

Ordonnance du DFI
sur la mise en œuvre de la compensation des risques
dans l'assurance-maladie
(OCoR-DFI)

du 14 octobre 2019 (Etat le 15 avril 2022)

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI),

vu les art. 4, al. 1 et 4, 5, al. 5, et 13, al. 2, de l'ordonnance du 19 octobre 2016 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR)¹,

arrête:

Art. 1 Liste des PCG

Les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) sont fixés en annexe.

Art. 2 PCG non autonomes et combinés

¹ Le PCG «hypertension (hyp)» est un PCG non autonome.

² Le PCG «diabète de type 2 avec hypertension (DM2+hyp)» est un PCG combiné.

Art. 3 Hiérarchisation des PCG

Les PCG sont hiérarchisés comme suit:

- a. le PCG «maladies auto-immunes (AIK)» prime le PCG «maladie de Crohn/colite ulcéreuse (MCR)», le PCG «psoriasis (PSO)» et le PCG «rhumatisme (RHE)»;
- b. le PCG «maladies cardiaques (CAR)» prime le PCG «cholestérol élevé (HCH)»;
- c. le PCG «BPCO/asthme aigu (COP)» prime le PCG «asthme (AST)»;
- d. le PCG «diabète de type 1 (DM1)» prime le PCG «diabète de type 2 (DM2)», le PCG «cholestérol élevé (HCH)» et le PCG «diabète de type 2 avec hypertension (DM2+hyp)»;
- e. le PCG «diabète de type 2 (DM2)» et le PCG «diabète de type 2 avec hypertension (DM2+hyp)» priment le PCG «cholestérol élevé (HCH)»;
- f. le PCG «cancer (KRE)» et le PCG «cancer complexe (KRK)» priment le PCG «tumeurs hormono-dépendantes (KHO)»;
- g. le PCG «cancer complexe (KRK)» prime le PCG «cancer (KRE)»;

RO 2019 3415

¹ RS 832.112.1

- h. le PCG «sclérose en plaques (MSK)» prime le PCG «maladies du système nerveux central sans sclérose en plaques (ZNS)»;
- i. le PCG «douleur neuropathique (SMN)» prime le PCG «douleurs chroniques sans opioïdes (SMC)».

Art. 4² Nombre minimal défini de doses quotidiennes standard de médicaments et nombre minimal défini d'emballages

¹ Un assuré peut être attribué à un PCG lorsqu'au moins 180 doses quotidiennes standard (DDD) de médicaments lui ont été remises.

² Il peut être attribuée au PCG «cancer (KRE)» et au PCG «cancer complexe (KRK)» lorsqu'au moins trois emballages de médicaments lui ont été remis.

Art. 5 Facteur de renchérissement des coûts

¹ Un facteur de renchérissement des coûts est déterminé pour chaque canton; ce facteur est calculé sur la base des prestations prises en charge au cours des 14 premiers mois de l'année de compensation et de l'année précédant cette dernière (année précédente) et corrigé des variations structurelles. Sont déterminants pour le calcul:

- a. le renchérissement global, déterminé en divisant la moyenne des prestations nettes durant l'année de compensation par la moyenne des prestations nettes durant l'année précédente;
- b. le renchérissement structurel, déterminé en divisant la moyenne des prestations nettes de l'année précédente, pondérée par les effectifs des assurés par groupe de risques de l'année de compensation, par la moyenne des prestations nettes de l'année précédente.

² La moyenne des prestations nettes est calculée par tous les assureurs et pour tous les groupes de risques.

³ Le facteur de renchérissement des coûts est obtenu en divisant le renchérissement global par le renchérissement structurel.

Art. 6 Entrée en vigueur

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 22 janv. 2021, en vigueur depuis le 15 mars 2021 (RO 2021 62).

*Annexe*³
(art. 1)

Liste des PCG⁴

³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 25 fév. 2022, en vigueur depuis le 15 avr. 2022 (RO 2022 166).

⁴ La liste des PCG n'est pas publiée au RO. Elle peut être consultée à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Assureurs et surveillance > Compensation des risques. La version applicable est celle du 25 février 2022.

