

Projet Echange de données sur la réduction des primes selon l'art. 65 LAMal

Concept «Echange de données sur la réduction des primes»

élaboré par la société eAVS/AI
sur mandat de la CDS et en collaboration avec santésuisse



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



santésuisse

Etat: 31 juillet 2014

Brève description	Concept d'échange électronique de données entre les organes d'exécution RP et les assureurs-maladie relatif aux réductions des primes en Suisse.
Catégorie	Rapport
Date	31 juillet 2014
Version	2-3
Statut	Version approuvée
Auteurs	Groupe technique de travail CDS/santésuisse <ul style="list-style-type: none">• Max Bühler, SWICA Organisation de santé• Olivier Guignard, canton de VD / GLAS• Erwin Hitz, CSS Assurance (responsable de projet du groupe de travail)• Sascha Jakobovic, IGS GmbH• Markus Jutzi, OAS canton de Berne• Stefan Loosli, Adcubum AG• Rita Pleisch, Helsana Assurances SA• Daniela Schwarzer, SWICA Organisation de santé• Max Siegrist, Institution commune LAMal (responsable des documents)• Jörg Steinbrüchel, Adcubum AG• Rainer Witzig, SVA canton d'Argovie• Andrea Zürcher, Institution commune LAMal
Editeur	Société eAVS/AI (www.eahv-iv.ch) / info@eahv-iv.ch sur mandat de la CDS et en collaboration avec santésuisse sur la base du concept RIP élaboré en commun.

Sommaire

1	Généralités	4
1.1	Entrée en vigueur	4
1.2	Contrôle des modifications	4
1.3	Documents référencés	5
1.4	Liste des abréviations	6
2	Introduction	8
2.1	Situation initiale	8
2.2	Limites	8
2.3	Structure de la documentation	8
3	Processus d'annonce	9
3.1	Aperçu des processus d'annonce	9
3.2	Dispositions d'application	11
3.2.1	Validité d'une décision RP	11
3.2.2	Décisions concernant plusieurs personnes	12
3.2.3	Date d'échéance d'une décision RP	12
3.2.4	Décisions à effet rétroactif ou à effet différé	12
3.2.5	Plafonnement	13
3.2.6	Suspension de l'obligation d'assurance pour les personnes soumises à l'assurance militaire	13
3.2.7	Réduction de primes en cas de prestations complémentaires (PC)	13
3.2.8	Changement de canton	13
3.2.9	Décompte annuel	14
3.2.10	Fusion, rachat, séparation, nouvelle création, dissolution, faillite	14
3.2.11	Identification univoque d'une décision RP	14
3.2.12	Adresse de la personne assurée	15
3.2.13	Séquence de traitement et numéro courant	15
3.2.14	Fréquence des annonces et temps de réponse	15
3.2.15	Livraison des données de l'assureur-maladie à l'organe d'exécution	16
3.2.16	Traitement des décisions électroniques antérieures à l'introduction du présent échange de données	16
3.2.17	Annonce de l'assureur précédent et de l'assureur suivant	17
3.2.18	Jour de référence	17
3.3	Processus d'annonce 1 «Nouvelle décision»	18
3.3.1	Annonce «Décision»	18
3.3.2	Annonce «Rejet de la décision»	18
3.3.3	Annonce «Confirmation de décision»	19
3.4	Processus d'annonce 2 «Interruption d'une décision»	19
3.4.1	Annonce «Interruption»	19
3.4.2	Annonce «Confirmation d'interruption»	20
3.4.3	Annonce «Rejet d'interruption»	20
3.5	Processus d'annonce 3 «Modification du rapport d'assurance»	21
3.5.1	Annonce «Modification du rapport d'assurance»	21
3.6	Processus d'annonce 4 «Demande de rapport d'assurance»	22
3.6.1	Annonce «Demande de rapport d'assurance»	22
3.6.2	Annonce «Réponse personne assurée»	23
3.7	Processus d'annonce 5 «Etat des décisions»	23
3.7.1	Annonce «Etat des décisions»	23
3.8	Processus d'annonce 6 «Effectif des assuré-e-s»	24
3.8.1	Annonce «Effectif des assuré-e-s»	24
3.9	Processus d'annonce 7 «Décompte annuel»	24
3.9.1	Annonce «Décompte annuel»	24
3.10	Exemple d'application	25
3.11	Exemple «jour de référence» et «décompte annuel»	27
4	Spécification de l'annonce	30
4.1	Version du schéma	30
4.2	Utilisation de sedex	30
4.3	Dispositions techniques d'application	30
4.3.1	Utilisation des standards eCH	30

4.3.2	Structure fondamentale de chaque annonce	31
4.3.3	Contrôle du schéma/validation	32
4.3.4	Futures modifications du standard d'interface.....	32
4.3.5	Numéro courant.....	32
4.3.6	Utilisation d'annonces groupées	32
4.3.7	Structure des données de l'annonce.....	33
4.3.8	Modèle de données et référencement.....	33
4.3.9	Données personnelles contenues dans toutes les annonces	34
4.3.10	Adressage.....	34
4.3.11	Formatage XML.....	34
4.3.12	Format des dates et des heures.....	35
4.3.13	Doubles annonces.....	35
4.4	Cadre de l'annonce.....	36
4.5	Types d'annonces et types de sous-annonces	36
4.6	Types	37
4.6.1	actionType (code d'action)	37
4.6.2	addressType (adresse).....	38
4.6.3	agencyType (organe d'exécution)	38
4.6.4	bagNumberType.....	38
4.6.5	bonusType (produit bonus).....	38
4.6.6	businessProcessIdType (numéro courant).....	38
4.6.7	declarationLocalReferenceType (références de l'expéditeur).....	39
4.6.8	decreeConfirmationType (confirmation de décision).....	39
4.6.9	decreeIdType (Numéro de référence de la décision).....	39
4.6.10	decreeInventoryType (état des décisions)	39
4.6.11	decreeInventoryElementType (éléments de l'état des décisions).....	39
4.6.12	decreeRejectType (rejet d'une décision).....	40
4.6.13	decreeRejectReasonType (motif du rejet d'une décision)	41
4.6.14	decreeType (décision)	41
4.6.15	insuranceDataType (données de l'assureur-maladie)	42
4.6.16	insuranceInventoryType (effectif des assuré-e-s)	42
4.6.17	insuranceQueryType (demande de rapport d'assurance).....	42
4.6.18	insuranceQueryResultType (réponse rapport d'assurance)	42
4.6.19	mutationReasonType (motif d'une modification du rapport d'assurance).....	43
4.6.20	mutationType (modification du rapport d'assurance)	43
4.6.21	personType (identification de la personne)	43
4.6.22	premiumAgeType (groupe de primes).....	43
4.6.23	premiumGroupType (groupe tarifaire).....	43
4.6.24	premiumRegionType (région de primes).....	44
4.6.25	statementType (décompte annuel).....	44
4.6.26	statementContributionYearType (montant annuel dans le décompte annuel) .	44
4.6.27	statementPersonType (inscription d'une personne dans le décompte annuel)	44
4.6.28	statementPersonPeriodType (période)	44
4.6.29	stopType (annulation ou abrégement)	45
4.6.30	stopConfirmationType (confirmation d'annulation ou d'abrégement)	45
4.6.31	stopRejectType (rejet d'annulation ou d'abrégement)	45
4.6.32	stopRejectReasonType (motif du rejet d'une interruption).....	45
5	Estimation des volumes de données.....	46
5.1	Hypothèses et principes.....	46
5.1.1	Annonces fréquentes.....	46
5.1.2	Annonces rares	46
5.2	Annonces sedex groupées sur un an, par organes d'exécution	47
5.3	Annonces sedex groupées sur un an, par assureurs-maladie	48
6	Exemples.....	49
6.1	Nouvelle décision.....	49
6.2	Confirmation de nouvelle décision.....	50
6.3	Décompte annuel.....	51
6.4	RP avec numéro de décision 0 - annonce interruption.....	53

1 Généralités

Pour améliorer la lisibilité du présent document, les désignations des professions et des personnes sont libellées soit au masculin soit au féminin. Il est toutefois évident que les deux genres sont concernés.

1.1 Entrée en vigueur

La version 2-3 est valable dès le 1^{er} janvier 2015. Une période transitoire de 6 mois est prévue. L'exploitation en parallèle doit donc être assurée jusqu'au 30 juin 2015.

1.2 Contrôle des modifications

Version	Date	Auteurs	Commentaire
1-0 / définitive	13.12.2011	Pich/ Gom	Approbation par le groupe de pilotage CDS/santésuisse
1-1 / définitive	06.02.2012	Mea	Reprise des anciennes données (chapitre 3.2.16). Nouveaux types pour l'état des décisions afin de pouvoir annoncer le numéro courant (chapitres 4.6.9 et 4.6.11). Code des Etats selon l'OFS au lieu des normes ISO (chapitres 3.2.15, 4.3.1, 4.3.9, 4.6.14, 4.6.21 et 4.6.2). Format du numéro de référence de la décision (chapitre 4.6.9).
1-2 / définitive	02.04.2012	Mea	Annonce «Confirmation de la modification du rapport d'assurance» supprimée (chapitres 3.5, 4.5 et 4.6). Généralisation de RP au lieu de RIP dans tout le document. Pas de numéro courant dans l'effectif des assuré-e-s (chapitres 3.8 et 4.6.18). Références de l'expéditeur (chapitre 4.6.7). Pas de prolongation d'une décision de RP (chapitres 3.2.3 et 3.4.1). Complément pour l'annonce groupée (chapitre 4.3.6)
2-0 / définitive	20.06.2012	Mea	Précisions concernant les dispositions d'application (chapitres 3.2.1, 3.2.4, 3.2.6, 3.2.8, 3.2.11, 3.2.12, 3.2.13, 3.2.15, 3.2.16, 3.2.17, 3.2.18 et 3.2.19). Précision concernant le processus d'annonce (chapitres 3.3 à 3.9). En particulier: décision trop éloignée dans le futur, personnes exclues, absence d'acte de défaut de biens (chapitres 3.3.1 et 3.3.2), annonce d'une interruption avec la décision initiale (chapitre 3.4.1), motifs d'annonce d'une modification du rapport d'assurance (chapitre 3.5.1), précisions à propos du décompte annuel (chapitre 3.9.1), modifications futures (chapitre 4.3.3), séquences XML Escape (chapitre 4.3.11), suivi de l'interface de données selon les modifications susmentionnées (chapitres 4.6.3, 4.6.4, 4.6.6, 4.6.10, 4.6.13, 4.6.13, 4.6.16, 4.6.19, 4.6.20, 4.6.24, 4.6.25, 4.6.28, 4.6.29, 4.6.28 et 4.6.32).
2-1 / définitive	04.03.2013	Mea	Actualisation des documents référencés (chapitre 1.3), description et illustration des processus d'annonces (chapitre 3.1), dispositions d'application (chapitres 3.2.13, 3.2.14 et 3.2.15), précisions concernant les processus d'annonces (chapitres 3.3.2, 3.3.3, 3.4.3, 3.5.1, 3.6.1, et 3.7.1), version de schéma (chapitre 4.1), dispositions techniques d'application (chapitres 4.3.1, 4.3.3, 4.3.6, 4.3.10 et 4.3.11), adaptations au schéma (chapitres 4.6.2, 4.6.11, 4.6.13, 4.6.14, 4.6.19, 4.6.22, 4.6.23, 4.6.28 et 4.6.29).
2-2 / définitive	15.07.2013	Mea	Précisions apportées aux sections suivantes: dispositions d'application (chapitres 3.2.10, 3.2.18 et 3.2.19), processus d'annonce (chapitres 3.4.1, 3.4.3, 3.5.1 et 3.9.1), exemple jour de référence et décompte annuel (chapitre 3.11), dispositions techniques d'application (chapitres 4.3.5 et 4.3.11), précisions apportées au niveau des types (chapitres 4.6.6, 4.6.20, 4.6.25 et 4.6.28). Aucune modification n'a été apportée au schéma.

Version	Date	Auteurs	Commentaire
2-3 / projet	31.07.2014	azu	Précisions apportées aux dispositions d'application (chapitres 3.2.1, 3.2.4, 3.2.14-18, 3.3.1, 3.3.2, 3.4.1, 3.4.3, 3.5.1, 3.8.1, 3.9.1, 3.11, 4.3.8, 4.3.11-13, 4.6.4, 4.6.13, 4.6.15, 4.6.19-20, 4.6.25, 4.6.28, 6.3) ; Supprimé : 3.2.19 ; Modifications des motifs de rejets : 4.6.13, 4.6.20 ; Nouvel exemple : 6.4

1.3 Documents référencés

▪ Documents

Réf	Document	Date
[1]	Concept ED-RIP, Version 2.0	06.07.2011
[2]	Organisation de projet de mise en œuvre de l'échange de données pour les art. 65 et 64a LAMal	27.06.2011

▪ Informations concernant les RP, les caisses-maladie, sedex et les thèmes apparentés

Document	URL
LPGA	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/830.1.fr.pdf
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), modifications du 22 juin 2011, dont en particulier les articles 106b à 106e entrés en vigueur au 1 ^{er} janvier 2012 http://www.admin.ch/ch/f/as/2011/3527.pdf
Commentaire OAMal	Commentaire et teneur des modifications: Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), modifications prévues pour le 1er janvier 2012 http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04104/12986/index.html?lang=fr
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, dont en particulier l'art. 65 http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.10.fr.pdf
OEDRP-DFI	Ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données sur la réduction des primes www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.102.2.fr.pdf
Commentaire OEDRP-DFI	Commentaire et teneur: Ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP), entrée en vigueur prévue pour le 1er janvier 2013 http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02875/13338/index.html?lang=fr
ORPM	Ordonnance du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.112.4.fr.pdf
Index des organes d'exécution RP	http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=fr
Liste des assureurs-maladie agréés	http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/11274/index.html?lang=fr
Nombre d'assuré-e-s par assureur-maladie et par canton	http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=fr

Document	URL
Information CDS	Information de la CDS sur la réalisation de la RP au niveau des cantons http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=581&L=1
LPC	Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/831.30.fr.pdf
OPC-AVS/AI	Ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, modification du 22 juin 2011 (entrée en vigueur au 1 ^{er} janvier 2012) http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/831.301.fr.pdf
Régions de primes	Définition des régions de primes 2012 par l'OFSP http://www.priminfo.ch/zahlen_fakten/praemienregionen2012.xls
Manuel sedex	Manuel pour les fournisseurs de software chargés de développer une interface entre les applications participatives et l'adaptateur sedex: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/00/00/12/01.html

1.4 Liste des abréviations

Terme	Commentaire
AI	Assurance invalidité
AM	Assureurs maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CC	Caisse de compensation
CCC	Caisse cantonale de compensation
CdC	Centrale de compensation. Assure la tenue des registres centraux (assurés, bénéficiaires de rentes) et constitue, depuis des décennies, une plateforme centralisée d'échange de données, notamment pour les caisses de compensation. Comprend aussi la Caisse de compensation fédérale (entreprises fédérales et apparentées), la Caisse de compensation suisse (Suisse de l'étranger et étrangers) et l'office AI pour les assurés de l'étranger
CDS	Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé
eCH	Association pour l'encouragement, le développement et l'adoption de standards d'E-Gouvernement en Suisse
ED	Echange de données
HMO	Health Maintenance Organization
IC LAMal	Institution commune LAMal
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
NAVS13	Numéro AVS à 13 chiffres
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OAS	Office des assurances sociales
OE	Organe d'exécution, à savoir l'autorité cantonale compétente selon l'art. 106b, al. 1 OAMal
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OPC	Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI)

Terme	Commentaire
ORPM	Ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
RP	Réduction des primes (RIP ou montant forfaitaire pour l'AOS selon l'art. 10, al. 3, let. d LPC)
RIP	Réduction individuelle des primes
sedex	Abréviation de «secure data exchange». Plateforme d'échange sécurisée et générique de l'OFS. Cette dernière est utilisée, selon la loi sur l'harmonisation de registres (LHR), pour le transfert de données réglé par la loi et les livraisons à la statistique.
XML	eXtensible Markup Language. Langage de balisage permettant de représenter des données sous forme de texte hiérarchiquement structuré

2 Introduction

2.1 Situation initiale

Suite à la modification intervenue au niveau de l'article 65 LAMal (modification du 19.03.2010), les montants alloués au titre de la réduction des primes sont versés dans tous les cantons directement aux assureurs. Selon l'art. 65, al. 2 de la LAMal, l'échange de données mis en place dans ce domaine doit avoir lieu selon un standard unifié. Ce standard est introduit au 1^{er} janvier 2014 avec force obligatoire. Dans 19 cantons, les caisses de compensation ou l'office des assurances sociales sont responsables de l'exécution des réductions des primes, alors que dans le reste des cantons, cette tâche peut être attribuée par exemple à l'administration fiscale.

Du côté des cantons, c'est la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) qui assume la conduite d'une mise en œuvre coordonnée du nouvel échange de données. Etant donné que dans les cantons, la responsabilité de cette mise en œuvre incombe généralement aux caisses de compensation, respectivement aux offices des assurances sociales, et qu'il s'agit également de mettre en place une standardisation technique, c'est la société eAVS/AI qui est chargée de la mise en œuvre effective et de l'introduction des mesures nécessaires.

Le concept commun «Echange de données RIP 2.0», élaboré en collaboration entre la CDS et santésuisse sur la base du concept RIP 6.0 de santésuisse, sert de base à la mise en œuvre technique du système. Les questions d'ordre spécifique déjà clarifiées par la CDS et santésuisse ainsi que les approches préconisées en matière de mise en œuvre technique contenues dans le concept «Echange de données RIP 2.2» ont été intégrées dans le présent concept.

2.2 Limites

Le présent concept se penche sur l'échange de données mentionné à l'article 65 LAMal. De ce fait, l'échange de données inhérent à l'article 64a, qui a également été modifié, sera traité dans un concept séparé.

2.3 Structure de la documentation

Les documents suivants ont été élaborés dans le cadre de l'échange de données relatives à la RP selon l'art. 65 LAMal:

- **Concept Echange de données RP (le présent document):**
Description du processus spécifique et technique d'annonce. Sert de document pour la mise en œuvre auprès des concepteurs de software et pour l'élaboration du schéma d'annonce (XML).
- **Concept RIP (référence [1]):**
Document conceptuel spécifique issu de la phase préliminaire du présent projet. Ce document est intégré au présent document et ne sera de ce fait plus utilisé.
- **Concept d'introduction et de test (à élaborer dans un document séparé):**
Décrit les procédures d'introduction et de tests permettant d'introduire, dans les délais impartis, un échange de données relatives à la RP de qualité appropriée auprès des 27 organes d'exécution et auprès des assureurs-maladie agréés selon l'art. 13 LAMal.
- **Concept d'exploitation (à élaborer dans un document séparé):**
Définition de la structure de l'organisation de l'exploitation et réglementation des processus nécessaires, y compris les tâches et les responsabilités y relatives.
- **Manuel d'utilisation (à élaborer dans un document séparé):**
Manuel technique sur l'échange des données relatives à la RP. Son contenu exact sera défini ultérieurement.

3 Processus d'annonce

3.1 Aperçu des processus d'annonce

Selon l'art. 65 LAMal, sept processus d'annonce sont mis en œuvre dans le cadre de l'échange de données relatives aux RP:

- **Processus d'annonce 1 «Nouvelle décision»**

L'organe d'exécution annonce une nouvelle décision RP à l'assureur-maladie concerné. Celui-ci répond par une confirmation ou un rejet dûment motivé.

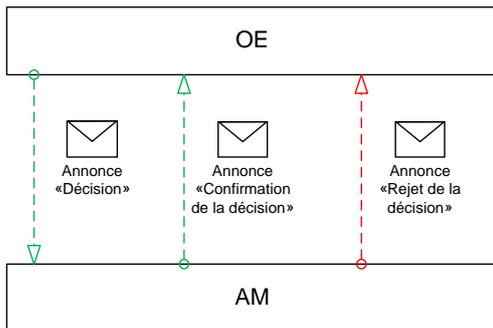


Illustration 1: Processus d'annonce 1 «Nouvelle décision»

- **Processus d'annonce 2 «Interruption d'une décision»**

L'organe d'exécution annonce une annulation ou un abrégement de la durée d'une décision RP à l'assureur-maladie concerné, qui peut notamment également exercer un effet rétroactif. L'assureur-maladie répond par une confirmation ou un rejet dûment motivé.

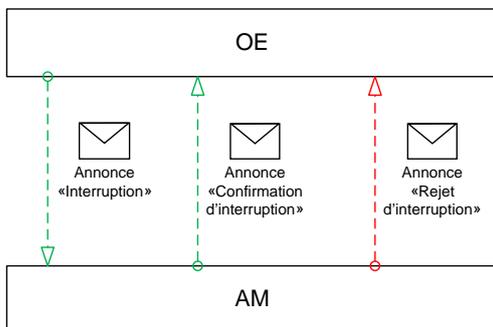


Illustration 2: Processus d'annonce 2 «Interruption d'une décision»

▪ **Processus d'annonce 3 «Modification du rapport d'assurance»**

Dès qu'une mutation des données pertinentes a lieu, l'assureur-maladie l'annonce à l'organe d'exécution. Cette annonce ne donne lieu à aucune réponse de la part de l'organe d'exécution (c.-à-d. il n'y a ni confirmation ni rejet). L'organe d'exécution vérifie si une nouvelle décision de RP doit être rendue. Si c'est le cas, l'un des processus d'annonce susmentionnés est alors utilisé.

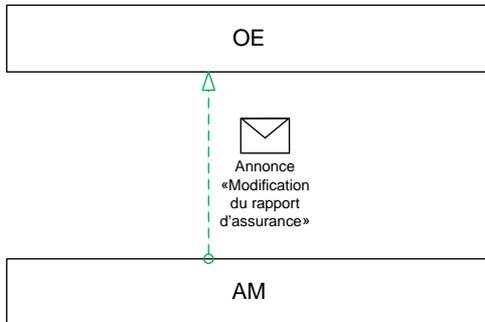


Illustration 3: Processus d'annonce 3 «Modification du rapport d'assurance»

▪ **Processus d'annonce 4 «Demande de rapport d'assurance»**

Si un organe d'exécution ne dispose d'aucune indication permettant de définir auprès de quel assureur-maladie une personne dispose ou disposait d'une couverture AOS, il peut adresser une demande à chacun des assureurs-maladie actifs dans le canton concerné. Ce processus d'annonce nécessite que l'OE dispose d'une base légale ad hoc.

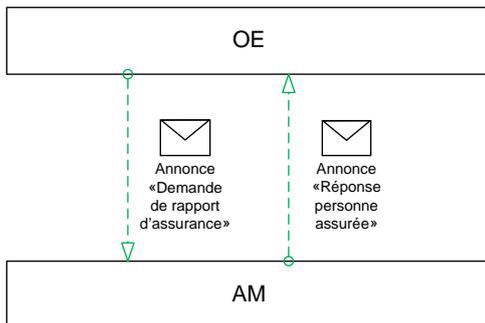


Illustration 4: Processus d'annonce 4 «Demande de rapport d'assurance»

▪ **Processus d'annonce 5 «Etat des décisions»**

Afin de mettre à jour les données, les organes d'exécution livrent aux assureurs-maladie – à de grands intervalles (p. ex. une fois par année) – l'inventaire des décisions. Cela permet de s'assurer qu'à long terme il n'y a aucune différence dans les données enregistrées. Ce processus d'annonce nécessite l'existence d'une base légale ad hoc dans le canton dans lequel l'OE qui veut livrer l'état des décisions est actif.

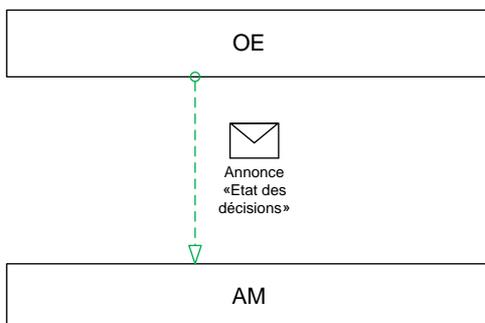


Illustration 5: Processus d'annonce 5 «Etat des décisions»

▪ **Processus d'annonce 6 «Effectif des assuré-e-s»**

Afin de mettre à jour les données, les assureurs-maladie livrent aux organes d'exécution – à de grands intervalles (p. ex. une fois par année) – l'effectif total de leurs assuré-e-s. Cela permet de s'assurer qu'à long terme il n'y a aucune différence dans les données enregistrées. Ce processus d'annonce nécessite l'existence d'une base légale ad hoc dans le canton dans lequel l'OE qui est actif veut disposer de l'effectif des assuré-e-s.

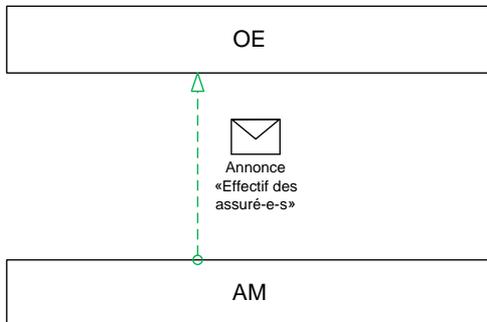


Illustration 6: Processus d'annonce 6 «Effectif des assuré-e-s»

▪ **Processus d'annonce 7 «Décompte annuel»**

Le décompte annuel permet de réaliser l'imputation annuelle définitive de toutes les personnes assurées. Le présent concept prévoit une procédure unifiée et relativement simple permettant de procéder à ce décompte annuel.

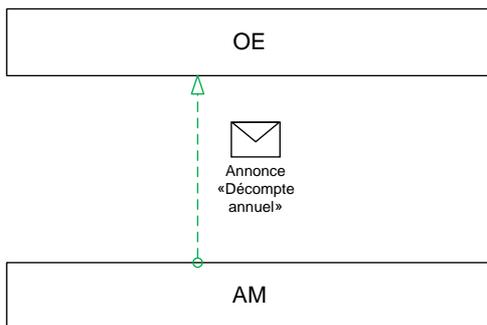


Illustration 7: Processus d'annonce 7 «Décompte annuel»

3.2 Dispositions d'application

i Afin de permettre une réalisation unifiée de l'échange des données, tous les participants doivent impérativement respecter les dispositions mentionnées ci-dessous.

3.2.1 Validité d'une décision RP

Les décisions RP sont valables pour une durée déterminée et affichent une granularité mensuelle. La durée est définie au moyen de la paire «Mois de début et mois de fin». Le mois de début et le mois de fin font partie intégrante de la durée de validité de la décision.

Exemple: une décision valable de janvier 2011 à février 2012 est valable du 1.1.2011 au 29.2.2012.

Une RP ne peut être décomptée que pour un mois où il existe une assurance obligatoire des soins AOS. En cas de fin du rapport d'assurance durant la période d'une décision, les subsides ne seront plus décomptés pour les mois où l'assurance n'est plus en vigueur, respectivement les subsides déjà versés devront être restitués. Une RP existante ne peut pas être réduite ou annulée par l'assureur en cas de fin de l'assurance obligatoire des soins AOS.

Si l'assurance obligatoire des soins est réactivée, la RP doit à nouveau être décomptée car l'interruption d'une décision est du ressort exclusif de l'OE concerné..

i L'assureur doit aussi pouvoir traiter l'interruption sans un motif de rejet lorsqu'il n'existe pas de relation d'assurance selon l'AOS.

3.2.2 Décisions concernant plusieurs personnes

En principe, une décision RP peut concerner plusieurs personnes, p. ex. tous les membres d'une famille. Dans ce cas, les montants RP doivent toujours être annoncés pour chacune des personnes concernées (selon art. 106b, al. 2b OAMal). En outre, plusieurs assureurs-maladie peuvent être impliqués, ce qui signifie que l'échange de données en résultant doit toujours être effectué individuellement:

- une nouvelle décision concernant N personnes génère N annonces individuelles «Nouvelle décision» qui doivent ne contenir chacune que les informations relatives à la personne concernée;
- le même numéro de décision est attribué à chacune de ces N annonces (decreeld);
- en cas de modifications (p. ex. décès d'une personne), il est de la responsabilité de l'OE de faire en sorte d'interrompre la décision et, le cas échéant, d'en émettre une ou plusieurs autres. Les annonces ultérieures doivent également être à nouveau générées sur une base individuelle;
- l'OE est responsable de faire en sorte que toutes les données pertinentes soient annoncées aux personnes concernées. En outre, il s'agit d'éviter que les assureurs-maladie ne doivent faire face à des incohérences décisionnelles concernant plusieurs personnes.

3.2.3 Date d'échéance d'une décision RP

Afin d'éviter, dans la mesure du possible, toute lacune dans le décompte RP des ayant-droits, des décisions RP sont actuellement émises sans date d'échéance. Avec la nouvelle procédure, cette façon de faire ne sera plus possible.

Il s'agit donc impérativement de fixer une date d'échéance, celle-ci étant toutefois susceptible d'être définie loin dans le futur. Dans le cadre du présent concept, cette pratique est toutefois déconseillée et il est recommandé d'émettre des décisions assorties d'un délai raisonnable. Si p. ex. une décision est valable une année à partir du mois de février, la durée de sa validité devrait porter jusqu'en février de l'année suivante. Enfin, si une décision est prise en février de l'année précédente mais qu'elle est abrégée au mois de décembre, une nouvelle décision devra être émise à partir du mois de janvier. Un exemple d'application est présenté au chapitre 3.10.

La date d'échéance annoncée correspond toujours au dernier mois durant lequel la RP est allouée.

Une décision de RP peut être abrégée, cela signifie que la date d'échéance de la décision peut être modifiée dans ce sens. En outre, une décision de RP peut être annulée en indiquant une date d'échéance avant la date de début. Toutefois, la prolongation d'une décision n'est pas possible.

3.2.4 Décisions à effet rétroactif ou à effet différé

Les organes d'exécution peuvent émettre de décisions RP à effet rétroactif (date de début d'effet) ne portant que sur l'année en cours ainsi que sur les quatre années la précédant (exemple: en 2011, uniquement pour les années 2007 à 2011). La date d'envoi de l'annonce fait foi. Toute autre décision rétroactive n'est pas possible par ce canal.

Les décisions à effet rétroactif plus important sont rejetées par l'assureur-maladie au motif de «Décision RP remontant trop loin dans le passé».

Les décisions à effet différé peuvent avoir au maximum une date de début d'effet de 15 mois dans le futur. Ainsi, l'application informatique du destinataire peut effectuer un examen de validité efficace.

Les organes d'exécution ne peuvent interrompre des décisions de manière rétroactive que pour l'année en cours ainsi que pour les quatre années la précédant (la date d'échéance doit être fixée au moins un mois avant la première date possible de début d'effet pour une nouvelle décision (Exemple : date d'annonce : 01.05.2014, décision de 01.2009 à 12.2010, dernière interruption possible 12.2009). Ainsi, il est assuré que la décision interrompue puisse être remplacée par une nouvelle décision.

Pour ces limitations concernant les effets rétroactifs ou différés d'une décision, il n'existe aucune disposition dans le droit fédéral. Il s'agit d'un accord entre les cantons et les assureurs.

Il est recommandé lors de l'annulation rétroactive d'une décision RP que les organes d'exécution cantonaux entreprennent directement le recouvrement des montants dus auprès de la personne assurée. Les raisons en sont les voies légales de recours et pour les PC la possibilité de demander une remise de l'obligation de restituer. Dans les deux cas, il est envisageable que le recours ou la remise rendent infondée la poursuite engagée par l'assureur.

3.2.5 Plafonnement

En annonçant une décision RP à l'assureur-maladie, l'OE indique également le montant RP maximal et fournit l'information sur un éventuel plafonnement.

En cas de modification de la prime tarifaire (p. ex. intégration de l'assurance-accident), l'assureur-maladie adapte lui-même le montant RP alloué à ses client-e-s au montant RP défini par la décision.

L'assureur-maladie annonce les modifications de la prime tarifaire à l'organe d'exécution au moyen de l'annonce «Modification du rapport d'assurance». L'organe d'exécution décide de la façon de réagir. Sur le décompte annuel, ces annonces sont indiquées avec la période concernée.

3.2.6 Suspension de l'obligation d'assurance pour les personnes soumises à l'assurance militaire

L'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM) pour plus de 60 jours consécutifs (art. 3, al. 4 LAMal). Cette suspension, nommée ci-après « suspension militaire », n'engendre ni rejet ni annonce de «Modification du rapport d'assurance».

L'assureur-maladie interrompt lui-même le versement RP et ne mentionne cette interruption que dans le décompte annuel. Si la suspension est annulée après que le décompte annuel a été élaboré, l'assureur-maladie verse de lui-même la RP et l'indique dans le prochain décompte annuel.

3.2.7 Réduction de primes en cas de prestations complémentaires (PC)

Selon l'art. 10, al. 3, let. d LPC, les bénéficiaires de prestations complémentaires perçoivent, à titre de réduction de prime, un montant forfaitaire destiné à l'assurance des soins. Les organes cantonaux d'exécution doivent donc également échanger des données concernant les bénéficiaires de prestations complémentaires. Etant donné qu'aucun système parallèle ne peut être mis en place pour cet échange de données, l'organe d'exécution est également responsable pour les annonces concernant les bénéficiaires de prestations complémentaires (voir l'art. 54a, al. 5 OPC-AVS/AI).

Afin que l'organe d'exécution puisse assumer sa tâche, l'organe compétent en matière de PC doit lui fournir les données nécessaires. Une solution appropriée doit être développée pour procéder à cet échange de données dans les cantons où les RIP et les PC sont prises en charge par des offices séparés.

L'échange de données concernant les réductions de primes des bénéficiaires de PC doit être mis en œuvre exclusivement par l'organe d'exécution RP.

Les décisions RP concernant les bénéficiaires de prestations complémentaires ne doivent pas contenir d'informations explicites permettant de les identifier, ni dans l'annonce ni par l'expéditeur.

3.2.8 Changement de canton

Contrairement à la pratique actuellement en vigueur dans quelques cantons, l'assureur-maladie est tenu de continuer à verser les RP à la personne assurée même si celle-ci change de canton selon l'art. 8 ORPM (RS 832.112.4) et ceci jusqu'à l'interruption de la décision en cours par l'organe d'exécution (normalement pour la fin de l'année). La compétence d'interrompre une décision appartient uniquement à l'organe d'exécution. C'est pourquoi il est nécessaire que le système informatique de l'OE puisse suivre tous les changements d'adresse des bénéficiaires RP.

Cette règle est valable indépendamment de la durée de validité initiale de la décision, en particulier si elle court sur l'année suivante.

3.2.9 Décompte annuel

En fin d'année (année civile) ou en cas de modification de ses activités commerciales en raison d'une fusion ou d'un rachat, l'assureur-maladie fournit un décompte annuel à l'organe d'exécution.

Le décompte annuel pour un exercice donné recense toutes les contributions RP (ou subsides) comptabilisées et confirmées jusqu'au 31 décembre (respectivement jusqu'à la date de modification de l'activité commerciale), y compris les éventuelles corrections apportées au cours de l'exercice, et tenant compte du fait que:

- l'année de la prime = année du décompte (indépendamment du fait que la comptabilisation ait eu lieu avant ou durant l'année du décompte);
- l'année de la prime < année du décompte (comptabilisé et confirmé dans l'année du décompte).

Ne font pas partie du décompte annuel les subsides dont:

- l'année de la prime < année du décompte et déjà comptabilisées dans le cadre d'un décompte annuel précédent;
- l'année de la prime > année du décompte.

Les numéros courants (selon chapitre 3.2.13) permettent de communiquer quelles annonces concernant une décision RP ont déjà été traitées.

3.2.10 Fusion, rachat, séparation, nouvelle création, dissolution, faillite

Dans de telles situations, une procédure ad hoc doit être convenue entre l'organe d'exécution et les assureurs-maladie concernés.

▪ Fusion, rachat, séparation, nouvelle création

Lorsque deux assurances-maladie fusionnent ou si un assureur-maladie en rachète un autre, l'assureur-maladie faisant l'objet d'une absorption doit adresser un décompte annuel aux organes d'exécution. L'assureur reprenneur doit garantir que les annonces rétroactives concernant l'assureur repris puissent être traitées et notamment qu'un décompte annuel correct puisse être établi.

Il en va de même en cas de séparation ou de nouvelle création avec transfert de l'effectif des assuré-e-s: aucune décision ne peut être reprise après le jour de référence.

Ceux-ci interrompent alors toutes les anciennes décisions en date du jour de la fusion et annoncent les nouvelles décisions au nouvel assureur-maladie, également en date du jour de fusion. Le nouvel assureur-maladie ne peut reprendre aucune décision qui aurait passé le cap du jour de référence indiqué, raison pour laquelle il est dans l'intérêt des assureurs-maladie d'annoncer assez tôt les fusions envisagées aux organes d'exécution.

▪ Dissolution, faillite

Les dissolutions d'assureurs-maladie sans succession juridique (= sans reprise des droits et obligations) ne permettent pas le traitement des annonces rétroactives. Dans de tels cas, les éventuels paiements ou créances en cours doivent être réglés directement entre l'OE et la personne assurée.

3.2.11 Identification univoque d'une décision RP

Etant donné que l'ensemble des échanges de données peut impliquer différentes décisions RP concernant la même personne assurée, chaque décision RP doit être référencée de façon univoque. Cela signifie que chaque annonce, dans n'importe quel sens de transfert, doit impérativement comporter cette indication de référence, à l'exception des annonces «Demande de rapport d'assurance» et «Effectif des assurés».

Afin d'assurer une identification univoque, l'organe d'exécution assigne un numéro de référence durable et univoque à chaque décision. Ce numéro de référence ne doit plus jamais être réutilisé par l'OE.

Ainsi, les décisions sont identifiées de façon univoque à l'aide des trois caractéristiques suivantes:

- OE ayant pris la décision;
- numéro de décision émis par l'OE;
- personne assurée (NAVS13).

Toutes les annonces relatives à une décision doivent comporter le même numéro d'assuré (NAVS13 de la première annonce). Cela doit également être garanti en cas de changement de celui-ci par la CdC, ce qui signifie qu'une interruption doit toujours faire référence au NAVS13 initial.

3.2.12 Adresse de la personne assurée

L'adresse de la personne assurée selon l'art. 13 LPGA doit être mentionnée dans tous les cas. Aucune synchronisation des adresses n'est prévue entre l'OE et l'assureur.

3.2.13 Séquence de traitement et numéro courant

Afin que les modifications des décisions RP n'engendrent pas de rejets inutiles, elles doivent être traitées selon une séquence correcte. Si p. ex. une décision est annulée et qu'une nouvelle décision est émise, l'annulation doit être traitée en premier par l'assureur-maladie.

Afin d'assurer la séquence correcte de traitement des annonces concernant un-e assuré-e défini-e, un numéro courant univoque et général est attribué aux processus d'annonces ci-dessous:

L'OE attribue le numéro courant aux processus d'annonces suivants:

- nouvelle décision (voir également chapitre 3.3) et interruption d'une décision (voir également chapitre 3.4).

L'assureur attribue un numéro courant au processus d'annonce suivant:

- modification du rapport d'assurance (voir également chapitre 3.5).

L'émetteur de la toute première annonce effectuée dans le cadre de l'un des trois processus d'annonce susmentionnés (dénommé ici «Emetteur initial») attribue un numéro courant progressif à l'annonce; ce même numéro sera ensuite repris pour toutes les annonces effectuées dans le cadre du processus en question. La combinaison «Emetteur initial» et «Numéro courant» doit être univoque du point de vue du destinataire.

Etant donné que, dans ce contexte, l'ordre croissant des numéros courants doit être respecté, notamment afin de pouvoir suivre la séquence correcte de traitement, aucune directive n'est édictée pour ce qui concerne la continuité de la numérotation à l'attention du destinataire; il est ainsi possible d'avoir des interruptions dans la suite des numéros courants attribués. Il est recommandé d'attribuer des numéros courants spécifiques à chaque destinataire; ainsi la future structure du système permettra d'éviter des «trous» dans la numérotation.

Le destinataire s'assure que toutes les annonces qu'il reçoit sont traitées dans l'ordre croissant de leur numérotation; fondamentalement, il s'agit de faire en sorte que *toutes* les annonces reçues soient traitées, même si certaines d'entre elles feront l'objet d'un rejet.

L'émetteur s'assure que toutes les annonces des processus d'annonces 1 à 3 concernant une personne à un moment donné soient contenues dans la même annonce groupée.

La séquence de traitement des annonces concernant différent-e-s assuré-e-s ne pose pas de problèmes pour autant qu'un numéro courant leur soit attribué dans tous les cas comme décrit ci-dessus.

Les annonces du processus d'annonce «Demande de rapport d'assurance» et les effectifs globaux (état des décisions, effectif des assuré-e-s, décompte annuel) ne comportent pas de propres numéros courants.

3.2.14 Fréquence des annonces et temps de réponse

En ce qui concerne l'envoi, il est recommandé de regrouper les annonces préparées et de les expédier au maximum une fois par jour. Il est également recommandé d'aller chercher et de

traiter les annonces reçues à un rythme quotidien au maximum. Pour des raisons de coûts et pour assurer une séquence de traitement correcte (numéro courant), il est préférable d'éviter des intervalles de traitement plus courts (par ex. toutes les heures).

Le destinataire dispose de 14 jours calendaires pour répondre à chacune des annonces reçues. Ce délai permet aux assureurs-maladie plus petits de traiter selon un rythme hebdomadaire les annonces reçues et d'y répondre.

En cas de déroulement successif de plusieurs processus, un temps de réponse maximal de deux semaines est accordé pour chaque processus. Le traitement global peut ainsi être allongé en conséquence.

L'art. 65, al. 4bis LAMal stipule: «Le canton communique à l'assureur les données concernant les bénéficiaires du droit à la réduction des primes et le montant de la réduction suffisamment tôt pour que celui-ci puisse en tenir compte lors de la facturation des primes. L'assureur informe le bénéficiaire du montant effectif de la réduction des primes au plus tard lors de la facturation suivante». Pour que l'assureur-maladie puisse procéder à la facturation en tenant compte de la réduction des primes, l'OE doit lui annoncer la décision y relative au plus tard en novembre de l'année précédente.

3.2.15 Livraison des données de l'assureur-maladie à l'organe d'exécution

Données de base

Les assureurs-maladie annoncent pour les cas prévus dans le présent concept les données de base complètes qui suivent aux organes d'exécution:

- personne assurée;
- prime tarifaire mensuelle;
- indication si l'assurance couvre ou non les accidents;
- date de début de la police d'assurance actuellement en cours;
- date de fin de la police d'assurance actuellement en cours (pour autant qu'elle soit connue).

Données complémentaires

A l'heure actuelle, pour pouvoir calculer les subsides, certains cantons exigent que l'échange de données entre les organes d'exécution et les assureurs-maladie comporte certaines données complémentaires. En font partie:

- la franchise annuelle;
- le groupe tarifaire (liste de choix – assurance de base selon OFSP, p. ex. modèle médecin de famille);
- le nom du produit (texte libre);
- l'échelon du bonus (liste de choix – échelon du bonus, p. ex. 15%);
- le groupe d'âge tarifaire (liste de choix – groupe d'âge tarifaire, p. ex. enfant);
- le pays tarifaire (Etat avec le code OFS du pays);
- la zone tarifaire (canton si pays tarifaire = 8100 (Suisse), sinon texte libre);
- la région tarifaire (selon liste OFSP si pays tarifaire = 8100 (Suisse), sinon texte libre).

Lors de l'introduction de l'échange de données RIP, les OE doivent signaler aux assureurs-maladie s'ils ont besoin des données complémentaires. C'est uniquement pour ces cantons que les assureurs-maladie annoncent les modifications des données complémentaires au moyen de l'annonce «Modification du rapport d'assurance». Les cantons concernés s'assurent de disposer de la base légale nécessaire autorisant la livraison de ces données, car elle n'existe pas dans le droit fédéral.

Les incohérences constatées dans les données complémentaires mais non identifiantes (donc toutes à l'exception du numéro AVS) ne sont pas un motif de rejet. Chaque organisme est responsable de la qualité de ses données.

3.2.16 Traitement des décisions électroniques antérieures à l'introduction du présent échange de données

Par le passé, d'une part certains OE n'ont pas annoncé les subsides sur une base mensuelle, d'autre part quelques assureurs-maladie n'ont pas traité et comptabilisé mensuellement les

subsidés annoncés. C'est pourquoi il est nécessaire de prévoir deux variantes pour le traitement de modifications concernant les décisions antérieures à l'introduction du présent concept (avant le 1.1.2014).

▪ **Variante 1: OE et assureurs ont travaillé sur une base mensuelle**

Les décisions prises avant l'entrée en vigueur du présent échange de données RP doivent pouvoir être modifiées avec un effet rétroactif allant jusqu'à cinq ans. Ces «anciennes» décisions ne peuvent pas être intégrées directement au nouveau système d'échange de données RP. Sont concernées les décisions qui seront encore en cours mais également l'ensemble des décisions dont la date de fin sera échue.

Reprise d'anciennes données

Lors de la reprise d'anciennes données, le numéro de référence de la décision et le numéro courant n'existent pas. Dans ce cas, ils doivent être annoncés avec 0.

- Les nouvelles décisions ont obligatoirement un numéro de référence différent de 0.
- Toutes les nouvelles annonces ont un numéro courant différent de 0.

Il est vivement recommandé aux OE lors de l'introduction du nouveau concept d'établir à nouveau toutes les décisions en cours à la date de référence et de ne pas reprendre telles quelles les anciennes données. Ainsi, les assureurs-maladie seraient en mesure de stopper à cette date toutes les décisions en cours qui ne feraient pas l'objet d'une nouvelle annonce des OE. Le processus précis est à définir entre les OE et les assureurs-maladie.

Modifications rétroactives de décisions antérieures à l'introduction du nouvel échange de données

En raison de leur numéro de référence 0, les décisions prises selon les dispositions de l'ancien système ne sont pas identifiables de façon univoque en cas d'interruptions. Raison pour laquelle ces décisions seront identifiées en fonction de leur mois de début et de leur mois de fin. Le montant mensuel de la RP n'est pas vérifié : les éventuelles différences de RP ont des conséquences sur le décompte annuel.

Les décisions sans date d'échéance portant sur plusieurs années doivent aussi être interrompues sans date d'échéance (c.-à-d. avec une date de fin « 9999-12 »). Les assureurs qui ont divisés ces décisions en plusieurs périodes doivent en conséquence interrompre la décision de l'année concernée et annuler toutes les décisions subséquentes.

▪ **Variante 2: OE et assureurs n'ont pas travaillé sur une base mensuelle**

Comme une affectation correcte des subsides ne peut pas être garantie, aucune annonce rétroactive ne peut être effectuée. Les éventuels actes de défaut de biens concernant cette période ne peuvent ainsi pas être comptabilisés à 87% au lieu de 85%.

3.2.17 Annonce de l'assureur précédent et de l'assureur suivant

L'assureur précédent et l'assureur suivant sont identifiés au moyen de leur numéro OFSP selon la liste des assureurs agréés par l'Office fédéral de la santé publique. Cette liste est complétée par le numéro 01572 pour l'assurance militaire et par le numéro 09999 pour l'Institution commune LAMal. En cas de dispense de l'obligation d'assurance selon l'art. 2 OAMal, il faut utiliser le numéro 09998. L'utilisation de numéros fictifs pour annoncer les assureurs précédents ou les assureurs suivants non identifiés n'est pas permise.

Indication : l'Institution commune LAMal n'est pas un assureur pour les assurés LAMal.

L'annonce signifie que la personne concernée a été, est ou sera inscrite auprès de l'IC LAMal. A ce titre, cette personne est assurée auprès d'un assureur-maladie établi dans l'UE ou l'AELE.

3.2.18 Jour de référence

Les annonces «Etat des décisions» et «Effectif des assuré-e-s» sont effectuées en fonction d'un jour de référence.

Le jour de référence est indépendant de la période de validité des données. Toute requête avec un jour de référence prend en compte l'ensemble des données existant dans le système jusqu'à ce jour (minuit) y compris. Les jours de référence doivent donc être antérieurs à la date de traitement de la requête.

Le chapitre 3.11 contient un exemple d'utilisation du jour de référence.

3.3 Processus d'annonce 1 «Nouvelle décision»

3.3.1 Annonce «Décision»

Description	Annonce d'une nouvelle décision RP concernant un-e assuré-e et valable durant une période définie.
Editeur	Organe d'exécution
Destinataire	Assureur-maladie
Événement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none"> Nouvelle décision RP Nouvelle décision émise suite à l'annulation ou à l'abrégement d'une décision existante
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none"> Une nouvelle décision ne peut être émise que si aucune autre décision concernant la même personne n'est en vigueur durant la période définie. Dans le cas contraire, il faut d'abord annuler ou écourter la décision qui est en vigueur. Une décision peut s'appliquer durant une période définie de l'année civile en cours ainsi que durant les quatre années civiles précédentes (date de début de la RP faisant foi).. Une date de fin de la RP doit être déterminée. La date de début de la RP ne doit pas dépasser 15 mois dans le futur. Le montant minimal doit être d'au moins 5 centimes.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> Personne assurée (identifiée selon les dispositions légales) Durée de la décision Montant RP mensuel Indication concernant un éventuel plafonnement
Autres remarques	L'OE doit vérifier la confirmation ou le rejet de l'annonce de la décision. En cas de rejet d'une décision, il se doit de réagir.

3.3.2 Annonce «Rejet de la décision»

Description	L'assureur-maladie rejette la décision car il ne peut procéder à la RP tel qu'annoncée.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Événement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none"> Réception de la décision RP
Conditions cadres	Parmi les différents motifs de rejet d'une décision, c'est le premier motif pertinent selon la liste ci-dessous qui doit être annoncé.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> Motifs du rejet: <ul style="list-style-type: none"> la décision RP remonte trop loin dans le passé; la décision RP est située trop loin dans le futur; divergence entre les numéros d'assuré (NAVS13) ; le numéro de décision concernant cette personne a déjà été utilisé par l'OE; l'assuré-e a changé d'assureur-maladie à la date de début de la période de décision; la personne concernée ne dispose d'aucune assurance AOS auprès de l'assureur-maladie en question à la date de début de la décision;

	<ul style="list-style-type: none"> durant la durée d'application de la décision, l'assuré-e dispose déjà d'une RP; Au cas où l'assuré-e est déjà au bénéfice d'une RP durant la période concernée par la décision, indication de la RP à l'OE concerné (s'il existe des RP issues de différents OE, c'est le premier OE valable qui sera annoncé). En cas de passage de l'assuré-e à une autre assurance-maladie, indication de cette dernière.
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none"> Si une personne n'est pas assurée à la date de début de la décision, l'assureur-maladie effectue une vérification à la veille de ce jour et, le cas échéant, annonce un changement pour une autre assurance-maladie avec indication de cette dernière.

3.3.3 Annonce «Confirmation de décision»

Description	L'assureur-maladie confirme une décision.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Événement(s) déclencheur(s)	Réception d'une décision RP
Conditions cadres	Comme mentionné au chapitre 3.2.15, les données de base doivent toujours être fournies alors que les données complémentaires ne sont fournies qu'aux cantons qui les exigent explicitement.
Contenus	Données de l'assureur concernant le rapport d'assurance établi avec la personne concernée.
Autres remarques	<p>Si l'assureur-maladie sait déjà qu'une modification des rapports d'assurance interviendra durant la période de la décision mais que la personne concernée est bien assurée à la date de début de la décision, la décision doit être traitée et confirmée. Dans un second temps, l'annonce «Modification du rapport d'assurance» devra encore être émise.</p> <p>Les assureurs qui effectuent des fins du rapport d'assurance sans que le nom du nouvel assureur ne soit définitivement connu doivent accepter les décisions et les traiter aussi longtemps que le nouveau assureur n'est pas connu (examen sur la date de début du rapport d'assurance moins un jour calendaire). L'annonce du nouvel assureur sera effectuée avec l'annonce « Modification du rapport d'assurance ».</p> <p>Concernant la manière de décompter la RP, se référer au chapitre 3.2.1.</p>

3.4 Processus d'annonce 2 «Interruption d'une décision»

3.4.1 Annonce «Interruption»

Description	Une décision précédemment émise est abrégée ou annulée.
Editeur	Organe d'exécution
Destinataire	Assureur-maladie
Événement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none"> Un-e assuré-e ne peut plus prétendre à la RP Réception d'une annonce de modification du rapport d'assurance
Conditions cadres	Aucune

Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Données complètes de la décision qui était en vigueur avant l'interruption (ces données ne sont pertinentes que pour l'identification des décisions comportant le numéro de décision «0»). • Si la décision est abrégée, le dernier mois (nouveau) de validité de la décision. • En cas d'annulation, la fin de la durée de validité doit être définie avant l'entrée en vigueur de la décision.
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Une prolongation de la décision de RP n'est pas possible. • Les données de la décision en vigueur avant l'interruption doivent être livrées de façon identique. • Au moyen d'une interruption, il n'est pas possible de procéder à une modification du montant de la RP. • L'OE doit vérifier la confirmation ou le rejet de l'annonce d'interruption. • Des exemples d'interruptions avec numéro de décision « 0 » se trouvent au chapitre 6.4.

3.4.2 Annonce «Confirmation d'interruption»

Description	Un abrégement ou une annulation est confirmé.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Événement(s) déclencheur(s)	Réception d'une annulation/abrégement d'une décision
Conditions cadres	Aucune
Contenus	Aucun
Autres remarques	Aucune

3.4.3 Annonce «Rejet d'interruption»

Description	L'interruption de la décision est rejetée.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Événement(s) déclencheur(s)	Réception d'une annulation/abrégement d'une décision
Conditions cadres	La suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire n'est pas un motif de rejet.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Motifs de rejet: <ul style="list-style-type: none"> • décision inconnue; • la date d'interruption annoncée est postérieure à la fin de la période de décision; • la date d'interruption annoncée se situe trop loin dans le passé; • interruption non valable avec un numéro de décision 0. • Au cas où l'interruption a lieu après la fin de la période de décision: indication de cette date de fin.

Autres remarques	Le motif de rejet «Interruption non valable avec numéro de décision 0» est utilisé lorsqu'une décision existe déjà dans le système, mais que l'interruption annoncée avec le numéro de décision «0» ne correspond pas à la décision en question. Des exemples d'interruptions avec numéro de décision « 0 » se trouvent au chapitre 6.4.
------------------	---

3.5 Processus d'annonce 3 «Modification du rapport d'assurance»

3.5.1 Annonce «Modification du rapport d'assurance»

Description	Annonce de mutation des données concernant un rapport d'assurance
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Evénement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none"> • L'assureur-maladie constate une modification de données concernant des décisions en vigueur ou futures. • Les modifications déjà connues au moment de la confirmation de la décision RP et qui concernent la période en question doivent être communiquées exclusivement lors de l'annonce «Confirmation de la décision».
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none"> • L'assureur-maladie annonce l'ensemble des nouveaux éléments de données. • L'organe d'exécution doit déterminer lui-même les champs qui ont été modifiés. • L'organe d'exécution détermine lui-même si les modifications annoncées doivent faire l'objet d'une nouvelle décision et/ou d'un abrégement/annulation d'une décision existante. • La suspension d'obligation d'assurance durant le service militaire n'est pas annoncée. • Les modifications concernant les données complémentaires ne sont annoncées qu'aux cantons qui les exigent explicitement. • Chaque décision concernée fait l'objet de sa propre annonce.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Données de l'assureur au sujet du rapport d'assurance avec la personne concernée. • Date de modification • Indication des motifs de mutation: <ul style="list-style-type: none"> • départ à l'étranger; • décès; • changement d'assurance-maladie (y compris nom du nouvel assureur-maladie); • départ pour une destination inconnue; • modification intervenue dans les données d'assurance. • Indication du report du début de l'assurance (y compris indication de l'assureur précédent).

Autres remarques	<ul style="list-style-type: none"> • L'assureur-maladie maintient la RP aussi longtemps qu'il existe un rapport d'assurance AOS actif ou jusqu'à ce que l'OE interrompe la décision (voir chapitre 3.2.1). • Lorsque l'OE interrompt la décision suite à la modification, l'assureur-maladie attend que l'OE lui transmette une nouvelle décision. Selon la situation, l'assureur-maladie traite la nouvelle décision ou la rejette à nouveau à cause des motifs existants, raison pour laquelle l'assureur-maladie peut transmettre à tout moment, dès qu'elles lui sont connues, toutes les modifications futures touchant la durée de validité de la décision. • Un changement d'assureur-maladie doit également être annoncé lorsque le changement intervient un jour après la fin de la durée de la décision. • L'OE reprend les informations et en tient compte lors du décompte annuel. • Le motif de la mutation doit toujours être indiqué. • En cas d'annulation de l'assurance de base, le motif de modification à communiquer est «Changement d'assureur-maladie». • Les modifications intervenues dans les données d'assurance ne doivent être annoncées que si elles concernent les données de base. Les modifications apportées aux données complémentaires ne sont annoncées que si l'OE le demande. • La date de modification se réfère à l'entrée en vigueur de la modification (cela signifie qu'en cas de résiliation de contrat, il faut annoncer le dernier jour de validité du contrat en question alors qu'en cas de modification du contrat, c'est le premier jour d'entrée en vigueur du nouveau contrat qui doit être annoncé). • Le changement d'assureur (provisoire ou définitif) ne doit être annoncé que lorsque le nouvel assureur est connu.
------------------	---

3.6 Processus d'annonce 4 «Demande de rapport d'assurance»

3.6.1 Annonce «Demande de rapport d'assurance»

Description	Au cas où un organe d'exécution ne possède aucune indication permettant de savoir auprès de quel assureur-maladie une personne était ou est assurée, il peut formuler une demande de rapport d'assurance auprès de plusieurs assureurs-maladie.
Editeur	Organe d'exécution
Destinataire	Plusieurs assureurs-maladie (au plus tous les assureurs-maladie actifs dans le canton); adressage individuel à chacun d'entre eux.
Événement(s) déclencheur(s)	L'organe d'exécution ne sait pas auprès de quel assureur-maladie un-e bénéficiaire est assuré-e.
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none"> • L'OE envoie la demande au plus à tous les assureurs-maladie actifs dans le périmètre relevant de sa compétence. • L'OE adresse une demande individuelle à chacun des assureurs-maladie susceptibles d'être concernés.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Personne assurée • Période concernée par la demande
Autres remarques	Il est imaginable que plusieurs assureurs-maladie répondent à l'annonce (l'assuré-e a changé d'assurance-maladie durant la période concernée, double assurance). L'organe d'exécution définit les étapes suivantes de la procédure.

3.6.2 Annonce «Réponse personne assurée»

Description	Les assureurs-maladie répondent et indiquent si la personne concernée disposait d'une assurance AOS chez eux durant la période mentionnée dans la demande.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Evénement(s) déclencheur(s)	Réception d'une demande concernant un-e assuré-e
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none"> • Les assureurs-maladie ne répondent que si l'assuré-e se trouve parmi leur effectif durant la période concernée par la demande. • La réponse doit être fournie dans les 7 jours suivants la demande.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Personne assurée • Début de la période d'assurance • Fin de la période d'assurance (au cas où le rapport d'assurance est terminé)
Autres remarques	S'il existe plusieurs rapports d'assurance durant la période concernée par la demande, une annonce séparée doit être émise pour chacun des rapports d'assurance existants. La suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire n'a pas valeur d'interruption.

3.7 Processus d'annonce 5 «Etat des décisions»

3.7.1 Annonce «Etat des décisions»

Description	Un organe d'exécution annonce à l'assureur-maladie toutes les décisions concernant l'ensemble de ses assuré-e-s afin de mettre à jour ses données.
Editeur	Organe d'exécution
Destinataire	Assureur-maladie
Evénement(s) déclencheur(s)	Commande de l'assureur-maladie (généralement par téléphone) avec indications de la période concernée et du jour de référence.
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none"> • Seules les données concernant des personnes assurées auprès du destinataire sont fournies. • L'annonce est émise sur commande, respectivement souvent selon accord téléphonique, entre l'OE et l'assureur-maladie. • La nécessité d'une éventuelle épuration de l'état des données est convenue directement entre l'OE et l'assureur-maladie et n'a pas lieu via l'échange électronique de données. • L'annonce est effectuée pour la période définie et en fonction du jour de référence demandé.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Jour de référence de l'inventaire des décisions • Période concernée • N fois le contenu d'une décision selon 3.3.1 (compte tenu de 3.4.1), y compris le dernier numéro courant attribué.
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les décisions concernant la période définie et actives au jour de référence seront annoncées (même si celles-ci devaient chevaucher la période définie). • Les décisions annulées ou rejetées ne seront pas livrées.

3.8 Processus d'annonce 6 «Effectif des assuré-e-s»

3.8.1 Annonce «Effectif des assuré-e-s»

Description	Un assureur-maladie annonce à l'organe d'exécution RP l'ensemble des assuré-e-s du canton concerné afin de mettre à jour l'état des données.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Evénement(s) déclencheur(s)	Commande de l'organe d'exécution (généralement par téléphone) avec indications de la période concernée et du jour de référence
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none"> • Seules les données concernant les personnes assurées domiciliées dans le canton demandeur sont fournies. • L'annonce est émise sur commande, respectivement souvent selon accord téléphonique, entre le canton et l'assureur-maladie. • La nécessité d'une éventuelle épuration de l'état des données est convenue directement entre l'organe d'exécution et l'assureur-maladie et n'a pas lieu via l'échange électronique des données. • L'annonce est effectuée pour la période définie et en fonction du jour de référence demandé.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Jour de référence de l'inventaire de l'effectif des assuré-e-s • Période concernée • N fois les données de l'assureur concernant le rapport d'assurance de la personne concernée.
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Selon le chapitre 3.2.15, les données de base sont fournies dans tous les cas. Les données complémentaires ne sont fournies que pour les cantons qui en font expressément la demande. • L'art. 106c, al. 6 OAMal donne au canton la possibilité de prévoir dans son droit cantonal le fait que l'assureur-maladie lui communique l'effectif des assuré-e-s. • Pour la transmission des personnes assurées, le numéro d'assuré (NAVS13) est indispensable. L'assureur doit faire tout son possible pour en disposer. Si cela n'est pas possible dans quelques cas exceptionnels, les assurés concernés ne seront pas annoncés.

3.9 Processus d'annonce 7 «Décompte annuel»

3.9.1 Annonce «Décompte annuel»

Description	Un assureur-maladie annonce à l'OE l'ensemble des subsides effectivement facturés (c'est-à-dire comptabilisés) durant l'année civile.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Variantes	Aucune
Evénement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Echéance de la période de décompte • Cessation d'activité d'un assureur (fusion, rachat)
Conditions cadres	Voir disposition d'exécution au chapitre 3.2.9.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Date d'établissement du décompte annuel

- Année de décompte concernée
- Le décompte annuel comprend la structure suivante (selon une hiérarchisation allant du haut vers le bas):
 - années de prime
 - comprenant: personnes assurées par année de prime
 - comprenant: périodes durant lesquelles rien n'a changé du point de vue de la RP
- Chaque période est composée des données suivantes:
 - du numéro de référence de la décision;
 - du dernier numéro courant relatif à cette décision, traité et comptabilisé par l'assureur;
 - du mois de début de la période en question;
 - du mois de fin de la période en question;
 - de la prime tarifaire cumulée;
 - du total de la RP allouée;
 - Indication d'une éventuelle suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire.

Autres remarques

- L'annonce doit contenir les numéros courants concernant les décisions (différents numéros courants sont attribués aux différentes décisions concernant une même personne). L'annonce du décompte annuel en tant que tel n'a pas de numéro courant.
- Les périodes avec des actes de défaut de biens seront traitées ultérieurement dans le cadre du concept destiné à l'art. 64a.
- Pour une période donnée, tous les mois concernés doivent avoir la même prime tarifaire. Si cela n'est pas le cas, il faut alors livrer plusieurs périodes différentes.
- L'année de décompte désigne l'année civile usuelle. Le décompte est toujours établi dans le courant de l'année civile qui suit, ainsi p. ex. en 2014 pour l'année de décompte 2013.
- Le chapitre 3.11 contient un exemple de décompte annuel.

3.10 Exemple d'application

L'historique RP d'une personne fictive est relaté ci-dessous, à titre d'exemple. Dans ce contexte, et toujours à titre d'exemple, on admet que l'organe d'exécution émet les décisions RP au début février et que, de ce fait, les décisions en question ont une validité d'un an, c'est-à-dire que leur échéance est fixée à fin février de l'année suivante.

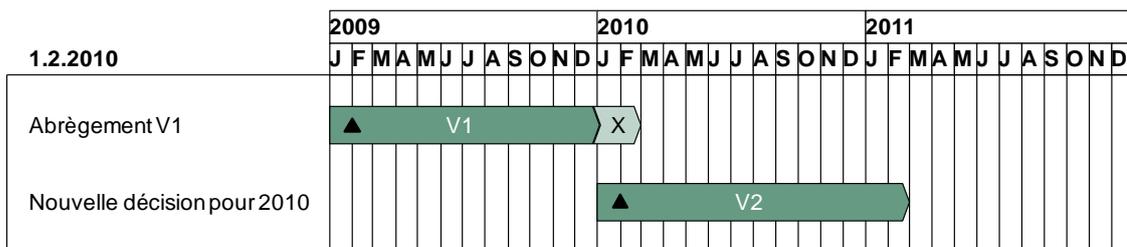
La personne en question se voit attribuer pour la première fois une RP pour l'année 2009. La décision V1 à ce sujet est transmise le 1^{er} mai 2009 à l'assureur-maladie.

	2009												2010												2011											
1.5.2009	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Nouvelle décision pour 2009	V1	▲																																		

Annonces envoyées:

- décision (OE → assureur): numéro courant 1, numéro de référence de la décision V1;
- confirmation de décision (assureur → OE): numéro courant 1, numéro de décision V1.

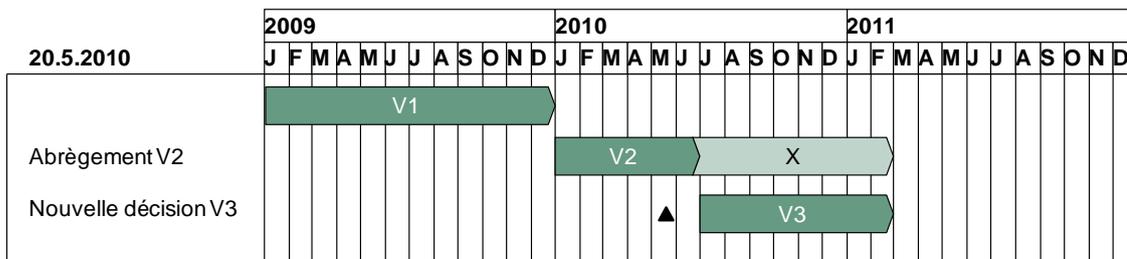
Par la suite, l'organe d'exécution part du principe que la RP sera allouée également en 2010 et émet, au 1^{er} février 2010, une décision valable pour toute l'année. De ce fait, la décision V1 est abrégée à fin 2009 et une nouvelle décision V2 est émise.



Annonces envoyées:

- interruption (OE → assureur): numéro courant 2, numéro de décision V1;
- décision (OE → assureur): numéro courant 3, numéro de décision V2;
- confirmation d'interruption (assureur → OE): numéro courant 2, numéro de décision V1;
- confirmation de décision (assureur → OE): numéro courant 3, numéro de décision V2.

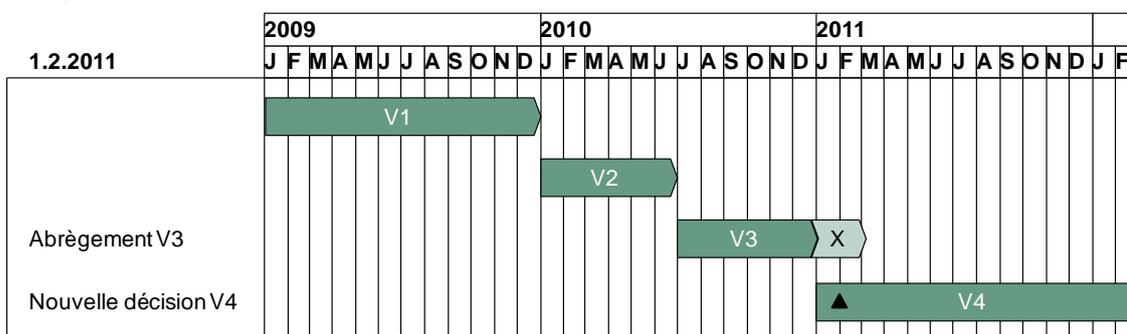
Dans le courant de l'année (au 20.5.2010), l'organe d'exécution décide que la RP doit être adaptée dès le milieu de l'année (p. ex. sur la base d'une annonce de mutation fournie par l'assureur-maladie). De ce fait, la décision V2 doit être abrégée pour fin juin 2010 et une nouvelle décision V3 émise pour le reste de l'année 2010.



Annonces envoyées:

- interruption (OE → assureur): numéro courant 4, numéro de décision V2;
- décision (OE → assureur): numéro courant 5, numéro de décision V3;
- confirmation d'interruption (assureur → OE): numéro courant 4, numéro de décision V2;
- confirmation de décision (assureur → OE): numéro courant 5, numéro de décision V3.

Par la suite, l'organe d'exécution part du principe qu'une RP sera allouée également en 2011 et émet, au 1^{er} février 2011, une décision valable pour toute l'année. De ce fait, la décision V3 est abrégée à fin 2010 et une nouvelle décision V4 est émise.



Annonces envoyées:

- interruption (OE → assureur): numéro courant 6, numéro de décision V3;
- décision (OE → assureur): numéro courant 7, numéro de décision V4;
- confirmation d'interruption (assureur → OE): numéro courant 6, numéro de décision V3;
- confirmation de décision (assureur → OE): numéro courant 7, numéro de décision V4.

indépendamment de la date à laquelle l'annonce a été traitée (le jour de référence doit se situer avant le moment de l'établissement de l'annonce).

Plage du jour de référence	Période d'annonce	Etat des décisions
Avant le 30.04.2009 compris	01/2010 – 12/2010	Vide
01.05.2009 – 31.01.2010	01/2010 – 12/2010	V1 (01/2009 – 02/2010)
01.02.2010 – 19.05.2010	01/2010 – 12/2010	V2 (01/2010 – 02/2011)
20.05.2010 – 31.01.2011	01/2010 – 12/2010	V2 (01/2010 – 06/2010) V3 (07/2010 – 02/2011)
01.02.2011 – 30.08.2011	01/2010 – 12/2010	V2 (01/2010 – 06/2010) V3 (07/2010 – 12/2010)
Depuis le 31.08.2011	01/2010 – 12/2010	V5 (01/2010 – 12/2010)

▪ **Décompte annuel**

Le tableau ci-dessous explique quels montants sont à annoncer en fonction du décompte annuel demandé, en supposant que les paramètres soient les suivants:

- montants RP: V1 = CHF 150, V2 = CHF 170, V3 = CHF 180, V4 = CHF 150, V5 = CHF 200;
- la prime tarifaire se monte à CHF 300 pour l'ensemble de la période concernée;
- de juin à août 2010, il y a eu une suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire.

Année de décompte	Année de cotisation	Décisions et périodes	Montant de la RP (CHF)		Primes tarifaires cumulées (CHF)	Suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire
2009	2009	V1, 01/2009 – 12/2009	12 x 150	1800	3600	
2010	2010	V2, 01/2010 – 05/2010	5 x 170	850	1500	
		V2, 06/2010 – 06/2010		0	0	Oui
		V3, 07/2010 – 08/2010		0	0	Oui
		V3, 09/2010 – 12/2010	4 x 180	720	1200	
2011	2010	V2, 01/2010 – 05/2010	5 x -170	-850	1500	
		V3, 09/2010 – 12/2010	4 x -180	-720	1200	
		V5, 01/2010 – 05/2010	5 x 200	1000	1500	
		V5, 06/2010 – 08/2010		0	0	Oui
		V5, 09/2010 – 12/2010	4 x 200	800	1200	
	2011	V4, 01/2011 – 12/2011	12 x 150	1800	3600	

4 Spécification de l'annonce

La présente partie technique constitue le contenu de la partie spécifique aux structures XML de chaque annonce.

4.1 Version du schéma

La version 3.0 du schéma (XSD) fait partie intégrante de la présente version du Concept ED-RP (2-3).

4.2 Utilisation de sedex

L'échange de données relatives aux RP est réalisé par l'intermédiaire de la plateforme sedex. Celle-ci a été élaborée par l'Office fédéral de la statistique dans un but d'harmonisation des registres et mise à disposition des autorités pour d'autres échanges. Dans le cadre de la stratégie suisse en matière d'e-Gouvernement, sedex est défini comme étant une plateforme stratégique d'échange de données. sedex affiche les caractéristiques suivantes:

- sécurité end-to-end (authentification, contrôle des accès, confidentialité, intégrité des données, réception des données);
- communication de type asynchrone, comme le courrier postal ou le courrier électronique. Cela signifie qu'il n'est pas garanti que les annonces parviennent à leur destinataire dans l'ordre de leur envoi;
- l'expéditeur est informé du statut de son envoi au moyen de quittances (transmission réussie ou non). La réception d'une quittance d'envoi ne constitue toutefois pas une confirmation du fait que l'annonce ait été traitée par son destinataire;
- l'expérience réalisée dans des domaines actuellement déjà productifs montre que la plateforme sedex est très fiable et stable.

La connexion à sedex a lieu au moyen de l'adaptateur sedex situé dans l'entreprise. L'interface des applications participatives du système sedex est essentiellement constituée, pour chaque participant, de trois répertoires qui sont intégrés à son système local de données. L'application permet de déposer les annonces à expédier dans un répertoire. Quant aux annonces reçues, elles peuvent simplement être récupérées dans un autre répertoire. Les quittances d'envoi générées par le système sont également mises à disposition sous forme de données dans le troisième répertoire.

De plus amples informations figurent dans le manuel sedex édité par l'OFS.

4.3 Dispositions techniques d'application

4.3.1 Utilisation des standards eCH

Lorsque cela est judicieux, l'échange global de données prend en compte les standards eCH. Les standards suivants sont ainsi utilisés:

- eCH-0007: standard des données Communes (ici: sigles cantonaux);
- eCH-0008: standard des données Etats et régions (ici: normes de l'OFS)
- eCH-0010: standard des données Adresses postales (ici: domicile des personnes physiques);
- eCH-0044: standard des données Echange d'identifications des personnes;
- eCH-0058: standard d'interface Cadre de l'annonce (dans la version 4);
- eCH-0090: enveloppe et quittance sedex.

Le standard eCH 0090 indique quelles sont les informations à fournir pour pouvoir envoyer des données par l'intermédiaire de sedex: «Les annonces expédiées par l'intermédiaire de la plateforme sedex se composent d'une enveloppe et des données utiles. L'enveloppe est un docu-

ment XML contenant les informations d'adressage nécessaires à la transmission correcte d'une annonce.» (extrait de la documentation concernant le standard eCH-0900).

Le standard eCH-0058 décrit les informations nécessaires à l'élaboration de l'annonce: «Le standard eCH-0058 se limite aux définitions techniques (éléments, déroulements, principes) pertinentes et valables pour toutes les annonces d'événements intégrées au trafic électronique entre les autorités. Une implémentation spécifique du cadre de l'événement doit être élaborée pour chaque domaine spécialisé sur la base du standard eCH-0058.» (extrait de la documentation concernant le standard eCH-0058).

L'illustration 1 indique une représentation schématique des différents niveaux.

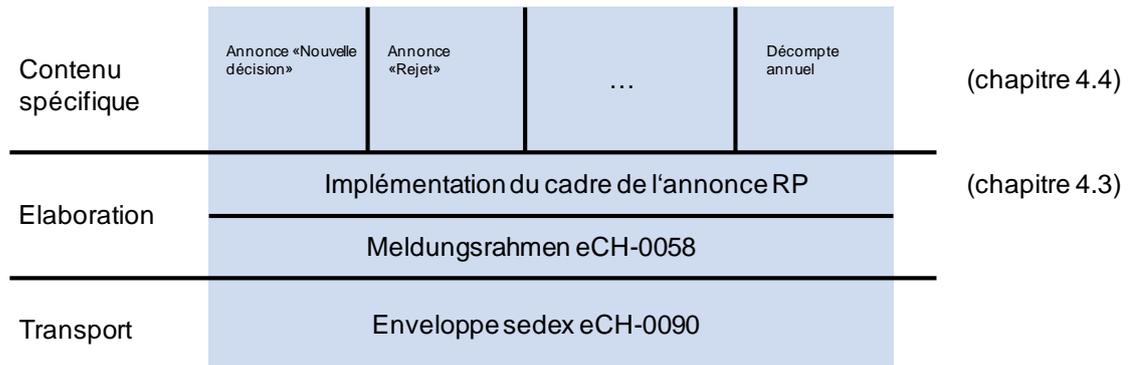


Illustration 8: classement des standards eCH 0090 et 0058

4.3.2 Structure fondamentale de chaque annonce

Chaque annonce est codée en tant que données de type XML et doit correspondre à un schéma prédéfini. Pour l'instant, les dénominations des annonces correspondent aux domaines de noms XML de type:

<http://www.gdk-cds.ch/xmlns/pv-5201-000101/1>

dans lesquels le dernier «1» signifie «première version». Les domaines de noms qui seront utilisés dans le cadre de l'exploitation effective ainsi que le lieu d'enregistrement officiel de la structure des fichiers devront être définis au plus tard dans la phase d'introduction.

Toutes les annonces de l'échange de données RP affichent la structure suivante (ici p. ex. une annonce «Nouvelle décision»):

```
<message>
  <header>
    <senderId>...</senderId>
    <recipientId>...</recipientId>
    ...
  </header>
  <content>
    <decree>
      <decreeId>...</decreeId>
      <person>...</person>
      ...
    </decree>
  </content>
</message>
```

Dans cette structure, l'élément <header> contient le cadre de l'annonce décrit au chapitre 4.3.11. Fondamentalement, le cadre de l'annonce est identique pour toutes les annonces spécifiées dans le présent concept. Les exceptions sont décrites de façon appropriée.

L'élément <content> contient le contenu spécifique à l'annonce. La structure de ce contenu varie en fonction de l'annonce. Toutes les spécifications à ce sujet figurent dans le tableau 1 du chapitre 4.5.

L'adaptateur sedex vérifie la conformité du schéma de l'enveloppe eCH-0090. L'exactitude des contenus des données doit, quant à elle, être garantie par l'émetteur et vérifiée par le destinataire.

4.3.3 Contrôle du schéma/validation

L'expéditeur est responsable de faire en sorte de procéder – avant l'envoi – à un contrôle du schéma (selon XSD) appliqué à l'ensemble des annonces (XML). Il est recommandé de contrôler le schéma également lors de la réception.

4.3.4 Futures modifications du standard d'interface

Il est fort probable qu'à l'avenir des modifications soient apportées au concept d'échange de données RP. Dans ce concept, les règles suivantes seront vraisemblablement appliquées.

Les modifications seront enregistrées à un jour de référence précis (par ex. au 1^{er} septembre d'une année). Dès cette date, les annonces devront pouvoir être élaborées tant avec les anciens standards qu'avec les nouveaux. Plusieurs versions des schémas et plusieurs logiques d'élaboration seront donc appliquées simultanément.

L'échange de données selon l'ancien standard sera ensuite abandonné à un jour de référence défini et ne sera plus utilisé par la suite.

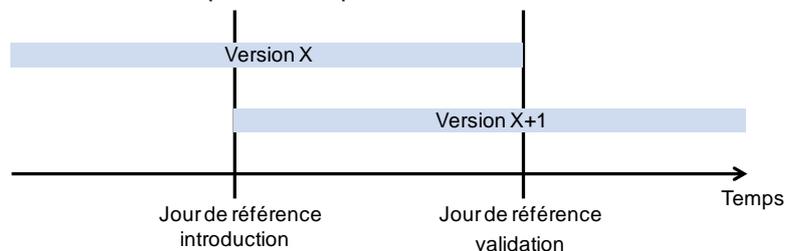


Illustration 9: validité des versions dans le cadre des futures modifications du standard d'interface

4.3.5 Numéro courant

Selon la disposition d'exécution 3.2.13, un numéro courant doit être attribué aux annonces «quotidiennes» afin de permettre au destinataire de les trier. Ce numéro courant est incrémenté à chaque annonce envoyée et fournit ainsi au destinataire la séquence exacte selon laquelle il doit traiter les annonces. Le numéro courant est défini sur une valeur de 64 bits (avec au maximum 18 décimales) et ne peut de ce fait pas être dépassé. Au besoin, les numéros courants peuvent être remis à zéro tous les six ans.

4.3.6 Utilisation d'annonces groupées

Etant donné leur quantité très importante, toutes les annonces ne pourront pas être envoyées immédiatement et individuellement par l'intermédiaire de sedex. Elles seront de ce fait regroupées et expédiées ensemble au maximum une fois par jour (annonce groupée). Selon le standard eCH-0058, le cadre de l'annonce prévoit de compacter ces annonces groupées sous forme de données ZIP contenant les données XML correspondant à chacune des annonces. Le dossier ZIP n'a qu'un seul niveau et ne contient aucun sous-dossier. Ces données ZIP seront ainsi expédiées au destinataire prévu en tant que paquet de données utiles contenues dans une seule enveloppe sedex (selon eCH-0090).

Toutes les annonces au sein d'une annonce groupée doivent être du même type d'annonce sedex (p. ex. 5211, voir chap. 4.4) et adressées au même destinataire. Exemple: les annonces „Confirmation/rejet d'une nouvelle décision“, „Confirmation/rejet d'interruption d'une décision“ et „Modification du rapport d'assurance“ seront envoyées ensemble.

Dans un tel cas, la quittance sedex se contente de confirmer à l'expéditeur l'arrivée de l'envoi groupé. Si l'expéditeur veut également s'assurer de la réception de chacune des annonces

individuelles, il doit procéder à une classification de style «Annonces individuelles incluses dans des annonces groupées». Ce concept n'est pas traité ici.

Exemple: un assureur-maladie expédie toujours l'ensemble de ses annonces le vendredi. En admettant que, depuis l'expédition du dernier vendredi en date, il ait collecté plusieurs annonces d'un type défini dans 20 différents cantons, il devra alors élaborer 20 fichiers ZIP groupant les annonces individuelles correspondantes sous forme XML puis les envoyer aux organes d'exécution concernés.

4.3.7 Structure des données de l'annonce

Dans le cadre des envois sedex, différentes directives formelles doivent être respectées:

- le nom du paquet de données utiles sedex doit correspondre au schéma **data_[XXX].zip**;
- le nom de l'enveloppe sedex doit correspondre au schéma **envl_[XXX].xml** (la valeur de [XXX] doit être identique à celle de l'enveloppe) ;
- le nom des données XML des annonces individuelles doit correspondre au schéma **message_[Action]-[Chiffre].xml** (p. ex. message_5-32533.xml)
 - l'indication [Chiffre] doit être univoque au niveau local, c'est-à-dire dans le cadre de l'annonce groupée;
 - l'indication [Action] correspond à la valeur dans l'en-tête <header> du message (1=nouveau; 5=demande; 6=réponse);
 - ce schéma doit être respecté même si l'annonce groupée ne contient qu'une seule annonce individuelle;
- dans le cas des annonces de type 000101, 000102, 000103, 000201, 000202, 000203, 000301, le [Chiffre] est constitué du numéro courant (qui doit être localement univoque). Cela présente l'avantage de permettre de trier les annonces déjà en fonction de leur dénomination sans devoir les ouvrir pour connaître le numéro courant.

L'illustration 2 fournit un aperçu schématique de la structure de l'enveloppe sedex et du paquet de données utiles y relatif (annonce groupée comprenant N annonces individuelles).

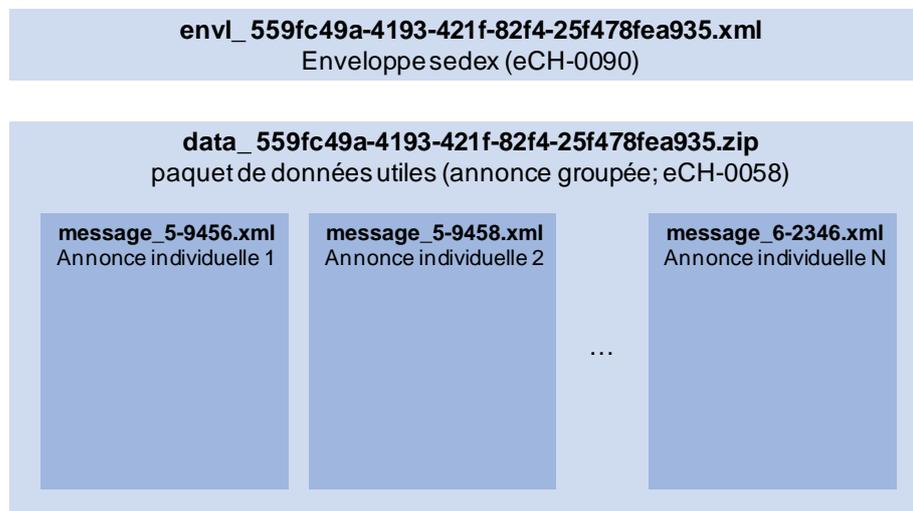


Illustration 10: structure des données de l'annonce

4.3.8 Modèle de données et référencement

Différents mécanismes sont utilisés pour l'identification et le référencement:

- vn: chaque assuré-e est identifié-e de façon univoque au moyen de son numéro AVS à 13 chiffres;
- decreeld: l'organe d'exécution attribue à chaque décision un code de référence univoque référencé en tant que tel par tous les organismes impliqués dans la suite de l'échange de données;

- **businessProcessId**: chaque processus d'affaires doit comporter un numéro de référence. Il appartient à l'office impliqué dans le processus d'affaires qui envoie la première annonce d'attribuer le numéro de référence. Dans le cadre de certains processus, ce code de référence sert de numéro courant (voir dispositions d'application 3.2.13). Toutes les autres annonces (réponses) qui font partie du processus d'affaires de la même instance doivent ensuite reprendre ce même numéro de référence;
- **messageId**: chaque annonce individuelle se voit attribuer une ID qui doit impérativement être univoque dans le contexte de l'expéditeur. Le contenu de **referenceMessageId** des demandes (**action=5**) et des réponses (**action=6**) doit être identique au contenu du champ **messageId** de l'annonce de réponse. Exemple: «**Décision**» et «**Rejet de la décision**». Il est à noter que la quittance **sedex** référence le champ **messageId** de l'annonce groupée mais pas ceux des annonces qui y sont contenues.

Les relations entre les différents objets et les mécanismes de référencement susmentionnés sont représentées schématiquement dans l'illustration 11.

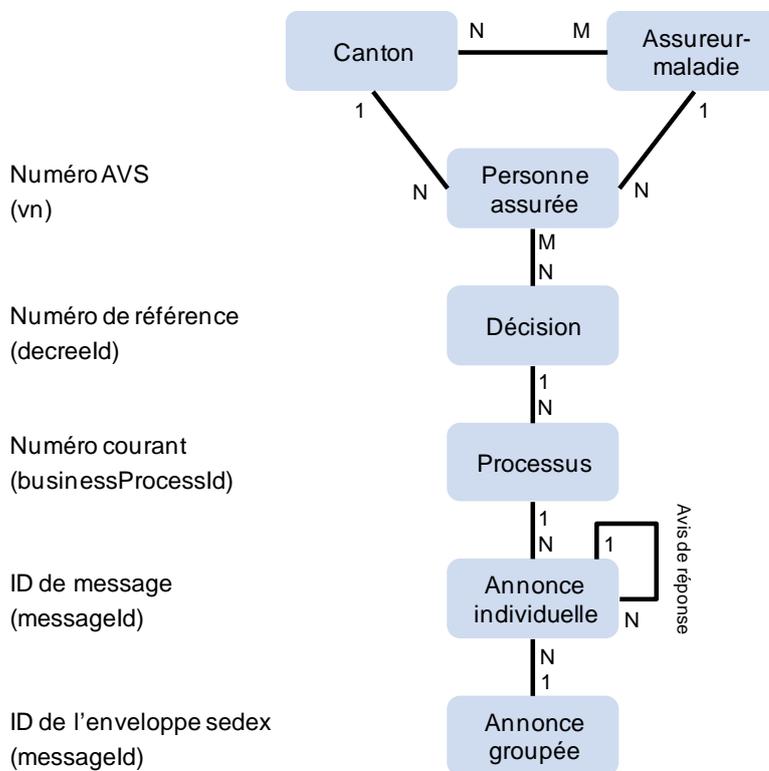


Illustration 11: modèle de données

4.3.9 Données personnelles contenues dans toutes les annonces

Afin de simplifier la recherche d'erreurs, les données personnelles sont fournies avec l'ensemble des annonces, même si l'assignation est effectuée en fonction des numéros de référence. Au-delà des caractéristiques définies, les données personnelles comprennent également l'adresse.

4.3.10 Adressage

En principe, un seul destinataire est défini.

4.3.11 Formatage XML

▪ Codage XML

Les données XML doivent être codées au moyen de la police de caractères UTF-8.

Les données XML devraient être formatées de manière à être bien lisibles et devraient de ce fait comporter des sauts à la ligne et des retraits.

Seules les cinq séquences XML Escape seront utilisées:

- " = "
- ' = '
- < = <
- > = >
- & = &

▪ **Indicateur d'ordre des octets (Byte Order Mark, BOM)**

Le Byte Order Mark (BOM, Unicode: U+FEFF, UTF-8: EF BB BF) est un indicateur d'ordre des octets, soit une commande qui définit la séquence des octets et la forme de codage dans une chaîne de caractères UCS/Unicode. En présence d'un codage UTF-16 et respectivement UTF-32, la séquence des octets doit être indiquée pour pouvoir interpréter correctement le flux de données.

Le concept ED-RP prévoit l'utilisation d'un codage UTF-8 pour l'échange de données RP, ce qui signifie que le BOM n'est pas nécessaire. De plus, l'utilisation de l'indicateur d'ordre des octets BOM dans des systèmes fonctionnant sur une base UNIX pose des problèmes de traitement des données. Etant donné que divers participants à l'ED-RP utilisent de tels systèmes, le BOM ne doit donc pas être utilisé.

▪ **Best Practices**

D'autres recommandations sont disponibles dans eCH-0018 (XML Best Practices).

4.3.12 **Format des dates et des heures**

Toutes les indications de dates et d'heures sont à donner en Temps universel coordonné (UTC). Ceci concerne en fait les types xs:dateTime, xs:date, xs:gYearMonth, xs:gYear.

- Le suffixe « Z » peut être employé (p. ex. « 2013-10Z » s'interprète de la même manière que « 2013-10 ». Cela est aussi valable pour « 2013-08-26T13:39:23Z » et « 2013-08-26T13:39:23 »).
- L'application des corrections de fuseaux horaires n'est pas permise. (p. ex. « 2013-10+02:00 » ou « 2013-08-26T11:39:23+02:00 » ne doivent pas être employés).

4.3.13 **Doubles annonces**

Les doubles annonces sont des annonces individuelles qui arrivent deux fois dans le système du destinataire. Lorsqu'une annonce groupée arrive deux fois, toutes les annonces individuelles qu'elle contient sont en fait des doubles annonces.

▪ **Processus d'annonce 1 à 3**

Les doubles annonces ne doivent pas être traitées par le destinataire. A l'intérieur d'une annonce groupée, les annonces individuelles qui sont identifiées comme étant des doublons sont à ignorer. Dans le cas d'une annonce groupée envoyée deux fois, par conséquent toutes les annonces individuelles sont à ignorer.

Les doubles annonces sont à examiner sur la base de l'ID de l'annonce (messageId), de l'ID de l'expéditeur (senderId) et du numéro de référence de la décision (decisionId).

Il est recommandé d'informer l'expéditeur de la survenance de doubles annonces.

▪ **Processus d'annonce 4**

On peut répondre deux fois aux demandes concernant le rapport d'assurance. Une identification des doubles annonces n'est pas nécessaire.

▪ **Processus d'annonce 5 à 7**

Les annonces sur l'effectif des assurés et sur le décompte annuel sont déclenchées et traitées manuellement. Une identification automatique des doubles annonces n'est pas nécessaire.

4.4 Cadre de l'annonce

Les champs ci-dessous, qui concernent le cadre de l'annonce, sont définis pour tous les types de sous-annonces RP. Ils sont basés sur la version 4 du standard eCH-0058 (cadre de l'annonce) et servent à l'adressage et à l'élaboration technique de l'annonce mais ne comprennent en soi aucun contenu technique.

Elément	#	Description
senderId	1	ID sedex de l'expéditeur
recipientId	1	ID sedex du destinataire
messageId	1	ID de l'annonce individuelle
referenceMessageId	0..1	ID de l'annonce de demande initiale (uniquement en cas d'annonce réponse avec action=6, mais ensuite contraignant)
businessProcessId	1	Numéro de référence univoque du processus d'affaires. Dans les cas 000101, 000102, 000103, 000201, 000202, 000203, numéro courant croissant de l'annonce (chapitre 4.6.6).
messageType	1	Type d'annonce sedex
subMessageType	1	Type de sous-annonce
sendingApplication	1	Application émettrice
messageDate	1	Date de message (moment de l'expédition), format UTC
action	1	Valeurs autorisées: 1= nouveau 5= demande 6= réponse
declarationLocalReference	1	Référence locale, p. ex. interlocuteur-trice, collaborateur-trice administratif-ve, responsable, désignation d'un département (chapitre 4.6.7).
testDeliveryFlag	1	Indication permettant de savoir s'il s'agit d'une annonce test ou non (son utilisation est définie dans le concept de test)
subject	0	Non utilisé
modificationDate	0	Non utilisé
uniqueIdBusinessTransaction	0	Non utilisé
ourBusinessReferenceId	0	Non utilisé
yourBusinessReferenceId	0	Non utilisé
eventDate	0	Non utilisé
initialMessageDate	0	Non utilisé
comment	0	Non utilisé
originalSenderId	0	Non utilisé
responseExpected	0	Non utilisé
partialDelivery	0	Non utilisé
businessCaseClosed	0	Non utilisé

4.5 Types d'annonces et types de sous-annonces

Les types suivants d'annonces sedex (messageType) sont utilisés:

- 5201: annonces fréquentes : organes d'exécution → assureurs-maladie

- 5202: demande de rapport d'assurance : organes d'exécution → assureurs-maladie
- 5203: annonces globales des décisions : organes d'exécution → assureurs-maladie
- 5211: annonces fréquentes : assureurs-maladie → organes d'exécution
- 5212: réponse rapport d'assurance : assureurs-maladie → organes d'exécution
- 5213: annonces globales de l'effectif : assureurs-maladie → organes d'exécution
- 5214: décompte annuel : assureurs-maladie → organes d'exécution

Le niveau de détail est différencié dans chaque domaine d'application générant ainsi d'ultérieurs types de sous-annonces en fonction du processus d'affaires. Dans ce contexte, le schéma AAAABB (avec AAAA = numéro du processus d'affaires, BB = numéro de l'annonce dans ce processus d'affaires) est utilisé. Exemple: l'annonce 1 contenu dans le processus 5 est dénommée 000501.

Comme précédemment décrit, chaque annonce individuelle et chaque processus d'annonce est différencié selon la structure de son contenu spécifique, c'est-à-dire en fonction de la définition du schéma de l'élément <content>. Les spécifications exactes de ces différents «types» sont fournies au chapitre 4.6. De manière générale, elles s'appellent *ElementnameType*.

Etant donné que différentes annonces sont utilisées, les sous-annonces et les types sont définis séparément (p. ex. *decreeType* est utilisé aussi bien de façon individuelle dans l'annonce «Nouvelle décision» que de façon multiple dans l'annonce «Etat global des décisions»). Toutes les annonces et tous les types utilisés sont indiqués dans le tableau 1.

Pro- cessus	Nom de l'annonce	Affectation des sous-éléments <header>-			Type des éléments en aval de <content>
		messageType	subMessageType	action	
1	Nouvelle décision	5201	000101	5	decree
	Confirmation d'une décision	5211	000102	6	decreeConfirmation
	Rejet d'une décision	5211	000103	6	decreeReject
2	Interruption	5201	000201	5	stop
	Confirmation d'une interruption	5211	000202	6	stopConfirmation
	Rejet d'une interruption	5211	000203	6	stopReject
3	Mutation du rapport d'assurance	5211	000301	5	mutation
4	Demande du rapport d'assurance	5202	000401	5	insuranceQuery
	Réponse du rapport d'assurance	5212	000402	6	insuranceQueryResult
5	Etat des décisions	5203	000501	1	decreeInventory
6	Effectif des assuré-e-s	5213	000601	1	insuranceInventory
7	Décompte annuel	5214	000701	1	statement

Tableau 1: annonces et types utilisés

4.6 Types

4.6.1 actionType (code d'action)

Seules les valeurs ci-dessous sont autorisées pour le code d'action (voir également Tableau 1):

- 1 = nouvelle annonce
- 5 = demande
- 6 = réponse

4.6.2 addressType (adresse)

Les éléments employés sont basés sur le type eCH0010:addressInformationType. Seuls ceux nécessaires dans le cadre de l'échange de données RP seront utilisés. Ainsi, la codification pour les Etats de l'OFS sera appliquée au lieu de la norme ISO. Pour les numéros postaux d'acheminement (NPA), il faudra indiquer soit celui pour la Suisse soit celui pour l'étranger.

Elément	Type	Vork.	Description
addressLine1	eCH-0010:addressLineType	0..1	Ligne d'adresse complémentaire pour des informations relatives à une personne (p. ex. adresse c/o)
addressLine2	eCH-0010:addressLineType	0..1	Ligne d'adresse complémentaire pour des informations pas relatives à une personne
street	eCH-0010:streetType	0..1	Dénomination de la rue (peut aussi être un lieu-dit, etc.)
houseNumber	eCH-0010:houseNumberType	0..1	Numéro de la maison (en option, si existant)
town	eCH-0010:townType	1	Nom du lieu (dans les adresses étrangères, si nécessaire ajouter l'indication de la province, etc.)
swissZipCode	eCH-0010:swissZipCodeType	1	Numéro postal d'acheminement suisse (à indiquer, si pays = 8100, correspond à la Suisse)
foreignZipCode	eCH-0010:foreignZipCodeType	1	Numéro postal d'acheminement étranger (à indiquer si le pays est étranger)
country	eCH-0008:countryIdType	1	Pays, code OFS du pays à quatre positions

4.6.3 agencyType (organe d'exécution)

Définit l'OE en fonction de l'abréviation du canton et respectivement l'Institution commune LAMal avec l'abréviation «GEKVG» (correspond à ICLAMal en allemand).

L'agencyType se base sur le type eCH-0007:cantonAbbreviationType et le complète pour l'Institution commune LAMal. Les éléments suivants sont autorisés: ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, GE, JU, GEKVG.

4.6.4 bagNumberType

Définit l'assureur maladie sur la base du numéro OFSP (voir chapitre 3.2.17).

Le bagNumberType est de type xs:token et limité à une séquence de 5 chiffres (débutant avec un zéro si nécessaire). Expression régulière: `^\d{5}$`.

Si l'assureur maladie est inconnu, il n'est pas possible d'utiliser une valeur fictive telle que 00000 ou 09999.

4.6.5 bonusType (produit bonus)

Produit bonus:

- 0 = 45 %
- 1 = 35 %
- 2 = 25 %
- 3 = 15 %
- 4 = 0 %
- 9 = aucun produit bonus

4.6.6 businessProcessIdType (numéro courant)

Le numéro courant est de type xs:unsignedLong et ne doit pas afficher plus de 18 positions (décimales).

4.6.7 declarationLocalReferenceType (références de l'expéditeur)

Décrit l'organe (service ou collaborateur) qui est compétent dans ce domaine du côté de l'expéditeur. Au lieu des références locales selon eCH-0058 (champ indéfini), la structure suivante est utilisée.

Elément	Type	#	Description
name	xs:token	1	Nom du collaborateur ou du service compétent
department	xs:token	0..1	Département
phone	analogue à eCH-0046:phoneNumberType	1	Numéro de téléphone
email	analogue à eCH-0046:emailAddressType	1	Adresse email
other	xs:token	0..1	Texte libre

4.6.8 decreeConfirmationType (confirmation de décision)

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision concernée
person	personType	1	Identification de la personne
insuranceData	insuranceDataType	1	Données de l'assureur-maladie

4.6.9 decreeldType (Numéro de référence de la décision)

Le numéro de référence est une suite de caractères alphanumériques et des trois caractères „_“ (soulignage), „-“ (moins) et „.“ (point) avec une longueur de 1 à 30 caractères.

Expression régulière: `^[a-zA-Z0-9_-\.\.]{1,30}$`

4.6.10 decreeInventoryType (état des décisions)

Elément	Type	#	Description
inventoryDate	xs:date	1	Date de référence de l'inventaire des décisions
beginDate	xs:date	1	Début de la période d'annonce
endDate	xs:date	1	Fin de la période d'annonce
decreeInventoryElement	decreeInventoryElementType	1..n	Décisions, y compris le numéro courant

4.6.11 decreeInventoryElementType (éléments de l'état des décisions)

Lors de l'annonce de l'état des décisions, la décision (decreeType) avec le dernier numéro courant traité (lastBusinessProcessId) sera indiquée. Au lieu d'une évolution du decreeType, les champs sont dupliqués (analogue au standard eCH).

Elément	Type	Vork.	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision concernée
person	personType	1	Identification de la personne
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de début (format YYYY-MM)
endMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de fin (format YYYY-MM)
amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Montant mensuel de la RP en CHF, en francs et centimes, arrondi aux 5 centimes et supérieur à zéro
limitation	xs:boolean	1	False= pas de plafonnement True= plafonnement sur la prime tarifaire
lastBusinessProcessId	businessProcessIdType	1	Dernier numéro courant traité pour cette décision

4.6.12 decreeRejectType (rejet d'une décision)

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision rejetée
person	personType	1	Identification de la personne
decreeRejectReason	decreeRejectReasonType	1	Motif du rejet de la décision
newInsurance	bagNumberType	0..1	Pour nouvel assureur-maladie, numéro OFSP du nouvel assureur
agency	agencyType	0..1	Au cas où l'assuré-e est au bénéfice d'une RP durant la durée de validité de la décision annoncée, indication de la RP de l'OE concerné

4.6.13 decreeRejectReasonType (motif du rejet d'une décision)

Le rejet de la part d'un assureur-maladie d'une décision, respectivement d'un abrégement ou d'une annulation, peut être motivé par les raisons suivantes lors de son annonce à l'organe d'exécution compétent:

- 1 = la décision RP remonte trop loin dans le passé;
- 2 = la décision RP est situé trop loin dans l'avenir;
- 3 = le numéro de décision concernant cette personne a déjà été utilisé par l'OE;
- 4 = changement pour un autre assureur-maladie;
- 5 = aucune assurance AOS au début de la période de validité de la décision;
- 6 = la personne assurée est déjà au bénéfice d'une RP durant la période de validité de la décision;
- 7 = (ce motif n'est plus employé);
- 8 = divergence entre les numéros d'assuré (NAVS13).

4.6.14 decreeType (décision)

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision concernée
person	personType	1	Identification de la personne
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de début (format YYYY-MM)
endMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de fin (format YYYY-MM)
amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Montant mensuel de la RP en CHF, en francs et centimes, arrondi aux 5 centimes et supérieur à zéro
limitation	xs:boolean	1	False= pas de plafonnement True= plafonnement sur la prime tarifaire

4.6.15 insuranceDataType (données de l'assureur-maladie)

Elément	Type	#	Description
premium	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Primes de tarif mensuelles en francs et centimes
accident	xs:boolean	1	True= avec accident False= sans accident
contractStartDate	xs:date	1	Début du rapport d'assurance AOS
contractEndDate	xs:date	0..1	Fin du rapport d'assurance AOS si connu/existant
franchise	xs:decimal (fractionDigits = 2)	0..1	Franchise annuelle en francs et centimes
premiumGroup	premiumGroupType	0..1	Groupe tarifaire
productName	xs:token	0..1	Nom du produit (texte libre)
bonus	bonusType	0..1	Produit bonus
premiumAge	premiumAgeType	0..1	Groupe d'âge tarifaire
premiumCountry	eCH-0008:countryIdType	0..1	Pays tarifaire, code OFS du pays à quatre positions selon http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/sg/01.html
premiumZoneCH	eCH-0007:cantonAbbreviationType	0..1	Zone tarifaire, en cas de pays tarifaire = 8100 (Suisse)
premiumZoneForeign	xs:token	0..1	Zone tarifaire, si étranger = texte libre
premiumRegionCH	premiumRegionType	0..1	Région tarifaire, si pays tarifaire = 8100 (Suisse)
premiumRegion-Foreign	xs:token	0..1	Région tarifaire, si étranger = texte libre

4.6.16 insuranceInventoryType (effectif des assuré-e-s)

Elément	Type	#	Description
inventoryDate	xs:date	1	Jour de référence de l'inventaire de l'effectif des assuré-e-s
beginDate	xs:date	1	Début de la période d'annonce
endDate	xs:date	1	Fin de la période d'annonce
insurance-QueryResult	insuranceQueryResultType	0..n	Résultat de la demande concernant une personne assurée

4.6.17 insuranceQueryType (demande de rapport d'assurance)

Elément	Type	#	Description
person	personType	1	Identification de la personne
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de début
endMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de fin

4.6.18 insuranceQueryResultType (réponse rapport d'assurance)

Elément	Type	#	Description
person	personType	1	Identification de la personne
insuranceData	insuranceDataType	1	Données de l'assureur-maladie

4.6.19 mutationReasonType (motif d'une modification du rapport d'assurance)

Il existe les motifs suivants pour une modification du rapport d'assurance:

- 1 = Départ à l'étranger
- 2 = Décès
- 3 = Changement d'assureur
- 4 = Départ vers une destination inconnue
- 5 = (ce motif n'est plus utilisé)
- 6 = Modification des données d'assurance

4.6.20 mutationType (modification du rapport d'assurance)

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision concernée
Person	personType	1	Identification de la personne
mutationDate	xs:date	1	Date de modification (Date de l'entrée en vigueur de la mutation)
insuranceData	insuranceDataType	1	Données de l'assureur-maladie
startDelay	xs:boolean	1	Identifiant indiquant un ajournement du début de l'assurance
mutationReason	mutationReasonType	1	Motif de la modification (doit toujours être indiqué)
otherInsurance	bagNumberType	0..1	Assureur précédent ou assureur suivant sur la base du numéro OFSP

4.6.21 personType (identification de la personne)

Les éléments utilisés se basent sur le type eCH-0044:personIdentificationType. Etant donné que, dans le standard original eCH-0044, l'indication du numéro AVS est optionnelle et que la date de naissance ne doit pas indiquer un jour précis, il est nécessaire, dans ce contexte, de reconstituer le type approprié pour l'échange de données RP et d'y inclure impérativement le numéro AVS (vn) ainsi que la mention de la date exacte de naissance (dateOfBirth).

Elément	Type	#	Description
vn	eCH-0044:vnType	1	Numéro AVS à 13 chiffres (NAVS13)
officialName	eCH-0044:baseNameType	1	Nom de famille
firstName	eCH-0044:baseNameType	1	Tous les prénoms dans la bonne séquence
sex	eCH-0044:sexType	1	Genre (1= masculin, 2= féminin)
dateOfBirth	xs:date	1	Date de naissance
address	addressType	1	Adresse

4.6.22 premiumAgeType (groupe de primes)

Groupe d'âges selon art. 61, al. 3, LAMal:

- 1 = enfants
- 2 = jeunes adultes
- 3 = adultes

4.6.23 premiumGroupType (groupe tarifaire)

Assurance de base selon OFSP:

- 1 = assurance de base avec franchise ordinaire ou franchise à option
- 2 = HMO
- 3 = médecin de famille
- 9 = autres modèles

4.6.24 premiumRegionType (région de primes)

Régions de primes selon OFSP:

- 1 = région tarifaire 1
- 2 = région tarifaire 2
- 3 = région tarifaire 3

4.6.25 statementType (décompte annuel)

Elément	Type	#	Description
statementDate	xs:date	1	Date d'établissement du décompte annuel annoncé
statementYear	xs:gYear	1	Année du décompte
statementContributionYear	statementContributionYearType	0..n	Inscription pour chaque année de prime

4.6.26 statementContributionYearType (montant annuel dans le décompte annuel)

Elément	Type	#	Description
year	xs:gYear	1	Année de décompte
statementPerson	statementPersonType	0..n	Inscription pour chaque assuré-e

4.6.27 statementPersonType (inscription d'une personne dans le décompte annuel)

Elément	Type	#	Description
person	personType	1	Identification de la personne
statementPersonPeriod	statementPersonPeriodType	0..n	Période durant laquelle rien n'a changé du point de vue RP

4.6.28 statementPersonPeriodType (période)

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision sous-jacente
lastBusinessProcessId Agency	businessProcessIdType	1	Dernier numéro courant de l'OE traité et comptabilisé pour cette décision
lastBusinessProcessId Insurance	businessProcessIdType	0..1	Dernier numéro courant traité et décompté par l'assureur pour cette décision (si existant); (n'existe que si une annonce «Modification du rapport d'assurance» a été émise)
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de début
endMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de fin
premium amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Prime tarifaire cumulée en francs et centimes
total amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Total des subsides alloués en francs et centimes
militarySuspension	xs:boolean	1	True = suspension active de l'obligation d'assurance durant le service militaire False = aucune suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire

4.6.29 stopType (annulation ou abrégement)

Elément	Type	#	Description
decree	decreeType	1	Décision annulée ou abrégée
stopMonth	xs:gYearMonth	1	Dernier mois durant lequel la décision est encore valable. En cas d'annulation: avant le mois de début (beginMonth) de la décision.

4.6.30 stopConfirmationType (confirmation d'annulation ou d'abrégement)

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision annulée ou abrégée
person	personType	1	Identification de la personne

4.6.31 stopRejectType (rejet d'annulation ou d'abrégement)

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision rejetée
person	personType	1	Identification de la personne
stopRejectReason	stopRejectReasonType	1	Motif du rejet de l'annulation ou de l'abrégement
stopMonth	xs:gYearMonth	0..1	Au cas où la décision est déjà interrompue, indication de la date de fin de cette interruption

4.6.32 stopRejectReasonType (motif du rejet d'une interruption)

Le rejet d'une interruption peut être dû aux motifs suivants :

- 1 = décision inconnue;
- 2 = date d'interruption annoncée postérieure à la fin de la période de validité de la décision initiale;
- 3 = date d'interruption située trop loin dans le passé;
- 4 = interruption non valable avec numéro de référence de la décision 0.

5 Estimation des volumes de données

5.1 Hypothèses et principes

L'évaluation des futurs volumes de données se base sur les statistiques officielles de l'Office fédéral de la santé publique qui indiquent le pourcentage de bénéficiaires RP par canton ainsi que le nombre d'assuré-e-s par canton et par assureur-maladie (données de l'année 2009, état des données au 24.08.2010, source: voir chapitre 1.3 – ces données prennent en compte 81 assureurs-maladie; les éventuelles fusions intervenues depuis lors ne sont pas prises en considération).

De plus, une enquête concernant le nombre d'assuré-e-s, le nombre de décisions RIP et la fréquence des annonces a été menée auprès d'organes d'exécution et d'assureurs-maladie sélectionnés. Cette enquête a permis d'émettre les hypothèses dont il est fait état ci-dessous. Les bénéficiaires de PC n'ont pas été pris en compte dans cette analyse.

5.1.1 Annonces fréquentes

A partir du nombre d'annonces individuelles, il a été possible de définir, en fonction des lois de la statistique, le nombre attendu d'annonces groupées pour chaque combinaison possible «canton - assureur-maladie» et d'en extrapoler les éventuels coûts effectifs des envois sedex.

Les évaluations des types d'annonces 5201, 5211, 5202 et 5212 sont basées sur les hypothèses suivantes :

- le pourcentage de bénéficiaires RIP (part des bénéficiaires RIP sur l'ensemble des personnes assurées dans un canton défini et auprès d'un assureur-maladie défini) ne dépend que du canton. Hors de cela, ce pourcentage est identique pour tous les assureurs-maladie actifs dans un canton défini;
- par année et par direction, il y a, pour chaque bénéficiaire RIP, deux annonces individuelles de type «Annonces fréquentes» selon chapitre 4.5 (nouvelle décision et confirmation/rejet, interruption et confirmation/rejet, modification);
- chaque canton envoie une «demande de rapport d'assurance» concernant 30% de ses bénéficiaires RIP (valeur empirique basée sur le nombre annuel de nouveaux bénéficiaires RIP). Etant donné que seuls les assureurs-maladie auprès desquels la personne concernée est assurée répondent à l'OE, le nombre d'annonces de réponses renvoyées est significativement moindre;
- deux scénarii ont été envisagés:
 - S1: envoi hebdomadaire, 52 dates d'envoi par année;
 - S2: envoi quotidien 52 x 5 = 260 dates d'envoi par année;
- la production d'annonces individuelles est équiprobable tout au long de l'année (ce qui signifie qu'elles ne sont pas toutes générées p. ex. à la fin du mois mais qu'elles sont produites en fonction des besoins, donc purement au hasard durant le laps de temps considéré).

Explication de la méthode d'évaluation: étant donné que chaque annonce individuelle a la même probabilité d'être générée à tout moment et en tenant compte de l'ensemble des dates d'envoi, la répartition du nombre d'annonces individuelles générées peut être extrapolée au moyen de la loi de Poisson avec le paramètre $\lambda = (\text{nombre d'annonces individuelles})/(\text{nombre de dates d'envoi})$.

Si $(1 - \exp(-1/\lambda)) \times (\text{nombre de dates d'envoi})$, on peut alors s'attendre à ce que de nombreuses annonces groupées soit générées avec au moins une annonce individuelle; \exp représentant dans ce cas la fonction exponentielle. Exemple: avec 456 annonces individuelles en une année et 260 dates d'envoi potentielles, on peut attendre $(1 - \exp(-456/260)) \times 260 = 0.82689 \times 260 =$ soit environ 215 annonces groupées.

5.1.2 Annonces rares

L'évaluation des annonces de type 5203, 5213 et 5214 est basée sur l'hypothèse suivante:

- le trafic des annonces n'a lieu que si l'assureur-maladie est actif dans le canton concerné. Chaque annonce potentielle sera envoyée exactement une fois par année.

5.2 Annonces sedex groupées sur un an, par organes d'exécution

Nr.	canton	5201		5202		5203	Total		Part	
		S1	S2	S1	S2		S1	S2	S1	S2
1	ZH	3238	14017	3744	18720	72	7054	32809	4.90%	5.13%
2	BE	3093	13301	3588	17940	69	6750	31310	4.68%	4.90%
3	LU	2507	9414	3484	17420	67	6058	26901	4.20%	4.21%
4	UR	1422	4139	3016	15080	58	4496	19277	3.12%	3.01%
5	SZ	2391	8489	3380	16900	65	5836	25454	4.05%	3.98%
6	OW	1684	4960	2912	14560	56	4652	19576	3.23%	3.06%
7	NW	1636	5127	3120	15600	60	4816	20787	3.34%	3.25%
8	GL	1796	5595	3172	15860	61	5029	21516	3.49%	3.36%
9	ZG	2098	7148	3328	16640	64	5490	23852	3.81%	3.73%
10	FR	2611	10396	3276	16380	63	5950	26839	4.13%	4.20%
11	SO	2534	9769	3484	17420	67	6085	27256	4.22%	4.26%
12	BS	2049	7290	3276	16380	63	5388	23733	3.74%	3.71%
13	BL	2347	8949	3380	16900	65	5792	25914	4.02%	4.05%
14	SH	1939	6817	3016	15080	58	5013	21955	3.48%	3.43%
15	AR	1776	5807	3120	15600	60	4956	21467	3.44%	3.36%
16	AI	1173	3061	2652	13255	51	3876	16368	2.69%	2.56%
17	SG	2698	10790	3536	17680	68	6302	28538	4.37%	4.46%
18	GR	2385	8614	3380	16900	65	5830	25579	4.05%	4.00%
19	AG	2979	12741	3536	17680	68	6583	30489	4.57%	4.77%
20	TG	2354	9078	3276	16380	63	5693	25521	3.95%	3.99%
21	TI	2081	8082	3068	15340	59	5208	23481	3.61%	3.67%
22	VD	2567	11056	3120	15600	60	5747	26716	3.99%	4.18%
23	VS	2839	11469	3432	17160	66	6337	28695	4.40%	4.49%
24	NE	1960	7183	2860	14300	55	4875	21538	3.38%	3.37%
25	GE	2062	8420	2860	14300	55	4977	22775	3.45%	3.56%
26	JU	1672	5451	2756	13780	53	4481	19284	3.11%	3.02%
27	Étranger	252	726	564	1166	12	828	1905	0.57%	0.30%
Total		58142	217893	84336	420022	1623	144101	639537	100.00%	100.00%

5.3 Annonces sedex groupées sur un an, par assureurs-maladie

Nr.	assureur-maladie	5211		5212		5213	5214	Total		Part	
		S1	S2	S1	S2			S1	S2	S1	S2
8	CSS Kranken-Vers. AG	1352	6753	1348	6197	26	26	2752	13003	2.69%	3.70%
32	Aquilana Versicherungen	1069	3189	556	1204	27	27	1679	4448	1.64%	1.27%
57	Moove Sympany AG	755	2541	460	909	25	25	1265	3500	1.24%	1.00%
62	SUPRA	933	2896	526	1315	26	26	1511	4263	1.48%	1.21%
97	Krankenkasse Luchsingen-Hä	121	304	53	81	16	16	205	416	0.20%	0.12%
134	Bezirkskrankenkasse Einsied	152	401	73	187	8	8	242	604	0.24%	0.17%
160	CM de la Fonction Publique	706	2274	413	1152	25	25	1169	3476	1.14%	0.99%
182	PROVITA Gesundheitsversich	1121	3589	648	1667	26	26	1822	5308	1.78%	1.51%
194	Sumiswalder Krankenkasse	638	1551	263	529	21	21	943	2122	0.92%	0.60%
216	Caisse-maladie EOS	139	461	82	136	15	15	251	628	0.25%	0.18%
246	Krankenkasse Steffisburg	208	887	163	398	4	4	379	1292	0.37%	0.37%
261	carena schweiz	774	2353	421	975	19	19	1233	3366	1.21%	0.96%
263	CMBB	992	3041	548	1306	26	26	1592	4400	1.56%	1.25%
290	CONCORDIA Schweiz. Krank	1404	6944	1379	6172	27	27	2837	13170	2.77%	3.75%
294	AGILIA Krankenkasse AG	512	1052	177	341	25	25	739	1443	0.72%	0.41%
312	ATUPRI	1327	6073	1168	3917	26	26	2547	10041	2.49%	2.86%
343	Avenir Assurances	1125	4348	820	2609	26	26	1997	7009	1.95%	1.96%
360	Krankenkasse Luzerner Hintel	398	1404	258	636	14	14	684	2068	0.67%	0.59%
376	KPT Krankenkasse AG	1368	6383	1243	4654	27	27	2665	11091	2.61%	3.16%
411	Xundheit	1154	3614	637	1276	27	27	1846	4944	1.80%	1.41%
445	Caisse-maladie Hermes	1117	4329	807	2226	26	26	1976	6607	1.93%	1.88%
455	ÖKK	1097	3963	736	2212	26	26	1885	6227	1.84%	1.77%
484	Panorama Kranken- und Unfal	893	2574	462	1188	26	26	1407	3814	1.38%	1.09%
509	Vivao Sympany AG	1213	4578	859	2694	27	27	2126	7326	2.08%	2.09%
556	KK St. Moritz	187	427	77	179	21	21	306	647	0.30%	0.18%
558	Krankenversicherung Flaachte	52	257	50	127	1	1	104	386	0.10%	0.11%
749	La Caisse Vaudoise	1050	3952	747	2430	26	26	1849	6434	1.81%	1.83%
762	KOLPING	1322	4880	871	1654	26	26	2246	6586	2.20%	1.87%
774	KK Easy Sana	415	1157	209	612	26	26	676	1820	0.66%	0.52%
780	Krankenkasse Elm	173	451	82	230	6	6	267	693	0.26%	0.20%
790	innova Wallis AG	496	1576	275	460	19	19	809	2074	0.79%	0.59%
820	Cassa da malsauns Lumnezia	52	259	51	151	1	1	105	413	0.10%	0.12%
829	KLuG Krankenversicherung	559	1664	307	793	24	24	913	2506	0.89%	0.71%
881	EKG Grundversicherungen	1326	5930	1148	3988	26	26	2527	9970	2.47%	2.84%
901	sanavals Gesundheitskasse	52	259	51	144	1	1	105	405	0.10%	0.12%
923	KRANKENKASSE SLKK	796	2550	458	1052	21	21	1296	3644	1.27%	1.04%
941	sodalis gesundheitsgruppe	103	401	75	289	2	2	182	694	0.18%	0.20%
966	vita surselva	204	445	80	262	22	22	328	751	0.32%	0.21%
994	Progrès Versicherungen AG	1346	6323	1237	4453	26	26	2635	10828	2.58%	3.08%
1003	Krankenkasse Zeneggen	45	84	13	15	1	1	60	101	0.06%	0.03%
1040	KKV	52	260	52	192	1	1	106	454	0.10%	0.13%
1060	Wincare Versicherungen AG	1373	6087	1170	3944	27	27	2597	10085	2.54%	2.87%
1097	Avantis Assureur maladie	549	1633	295	680	25	25	893	2363	0.87%	0.67%
1113	CM de la Vallée d'Entremont	52	260	52	239	1	1	106	501	0.10%	0.14%
1142	KK INSTITUT INGENBOHL	241	384	60	69	21	21	343	495	0.34%	0.14%
1147	Krankenkasse Turbenthal	52	159	26	34	1	1	80	196	0.08%	0.06%
1159	Auxilia Kranken-Vers. AG	588	1911	348	847	23	23	981	2804	0.96%	0.80%
1215	CM de Troistorrens	214	698	132	453	18	18	382	1187	0.37%	0.34%
1318	KK Wädenswil	133	390	72	235	4	4	213	634	0.21%	0.18%
1322	Krankenkasse Birchmeier	58	266	53	238	13	13	137	530	0.13%	0.15%
1328	kmu-Krankenversicherung	344	740	128	320	19	19	510	1099	0.50%	0.31%
1331	Krankenkasse Stoffel Mels Kf	60	260	50	108	3	3	115	375	0.11%	0.11%
1362	Krankenkasse Simplon	52	223	40	66	1	1	94	291	0.09%	0.08%
1384	SWICA Krankenversicherung	1367	6484	1274	5448	27	27	2695	11986	2.63%	3.41%
1386	GALENOS	1037	2904	502	876	26	26	1591	3832	1.56%	1.09%
1395	Vivao Sympany Schweiz AG	580	1699	304	704	27	27	938	2457	0.92%	0.70%
1401	rhenusana	509	1171	202	450	24	24	759	1669	0.74%	0.47%
1423	publiSana	246	635	112	228	9	9	376	881	0.37%	0.25%
1442	Fondation Natura Assurances	179	474	82	130	16	16	293	636	0.29%	0.18%
1479	Mutuel Assurances	1143	4587	877	3114	26	26	2072	7753	2.03%	2.21%
1507	AMB	103	321	61	258	13	13	190	605	0.19%	0.17%
1509	Sanitas Grundversicherungen	1401	6638	1299	5173	27	27	2754	11865	2.69%	3.38%
1520	Hotela Caisse maladie	616	1508	258	396	25	25	924	1954	0.90%	0.56%
1529	Intras Kranken-Vers. AG	1336	5986	1161	4421	26	26	2549	10459	2.49%	2.98%
1535	Philos Caisse-maladie et acci	780	2501	463	1455	26	26	1296	4008	1.27%	1.14%
1542	ASSURA	1334	5959	1163	4976	26	26	2549	10988	2.49%	3.13%
1551	Caisse-maladie Universa	1113	4365	820	2429	26	26	1985	6845	1.94%	1.95%
1552	aerosana Versicherungen AG	728	1986	364	1204	26	26	1144	3242	1.12%	0.92%
1555	Visana	1233	5336	1028	3814	27	27	2315	9204	2.26%	2.62%
1560	Agrisano	1229	5427	1037	3207	26	26	2318	8686	2.27%	2.47%
1562	Helsana Versicherungen AG	1352	6707	1330	5694	26	26	2734	12453	2.67%	3.54%
1563	innova Krankenversicherung A	1047	3500	628	1400	26	26	1727	4952	1.69%	1.41%
1565	avanex Versicherungen AG	1228	4641	873	3007	26	26	2153	7700	2.10%	2.19%
1566	Sansan Versicherungen AG	1325	5770	1111	3847	26	26	2488	9669	2.43%	2.75%
1568	sana24	1157	4251	783	2403	27	27	1994	6708	1.95%	1.91%
1569	Arcosana AG	1284	5574	1069	3481	26	26	2406	9108	2.35%	2.59%
1570	viacare	654	2115	384	887	24	24	1086	3050	1.06%	0.87%
1571	SanaTop Versicherungen AG	581	1298	215	288	25	25	846	1636	0.83%	0.47%
1574	maxi.ch	114	283	48	70	14	14	190	380	0.19%	0.11%
1575	Compact Grundversicherungen	1082	3598	646	1514	27	27	1782	5165	1.74%	1.47%
1577	Sanagate AG	868	2786	497	1061	26	26	1417	3899	1.39%	1.11%
Total		58142	217893	40901	130181	1623	1623	102289	351320	100.00%	100.00%

6 Exemples

6.1 Nouvelle décision

Eléments de l'entête de l'annonce (sous <header>):

Elément	Contenu
senderId	6-001000-1 (CC ZH)
recipientId	7-27-1 (Helsana)
messageId	ac7e3f65-f83d-4ea3-bb5d-09c8bfea6bda
businessProcessId	3
messageType	5201
subMessageType	000101
sendingApplication	Eléments: <ul style="list-style-type: none"> • manufacturer = Softwarehouse AG • product = solution logicielle • productVersion = 4.4.1
messageDate	2012-01-03T00:00:00Z
action	5 (demande)
declarationLocalReference	Eléments: <ul style="list-style-type: none"> • name = collaborateur XY • department = service des subsides • phone = 044 1234567 • email = collaborateur.xy@canton.ch
testDeliveryFlag	True

Eléments du contenu de l'annonce (sous <content>):

Elément	Contenu
decreedId	9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1
person	Person { vn = 756111222331 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } } }
beginMonth	2012-01
endMonth	2012-12
amount	105.25
limitation	False

6.2 Confirmation de nouvelle décision

Eléments de l'entête de l'annonce (sous <header>):

Elément	Contenu
senderId	7-27-1 (Helsana)
recipientId	6-001000-1 (CC ZH)
messageId	449127ce-f672-4a5e-b559-2ccb889d7800
referenceMessageId	ac7e3f65-f83d-4ea3-bb5d-09c8bfea6bda
businessProcessId	3
messageType	5211
subMessageType	000102
sendingApplication	Eléments: <ul style="list-style-type: none"> • manufacturer = Softwarehouse AG • product = solution logicielle • productVersion = 4.4.1
messageDate	2012-07-03T00:00:00Z
action	6
declarationLocalReference	Eléments: <ul style="list-style-type: none"> • name = collaborateur XY • department = service RIP • phone = 044 1234567 • email = collaborateur.xy@assureur.ch
testDeliveryFlag	True

Eléments du contenu de l'annonce (sous <content>):

Elément	Contenu
decreedId	9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1
person	Person { vn = 7561111222231 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } }
insuranceData	insuranceData { premium = 280.50 accident = False contractStartDate = 2010-01-01 }

6.3 Décompte annuel

Eléments de l'entête de l'annonce (sous <header>):

Elément	Contenu
senderId	7-27-1 (Helsana)
recipientId	6-001000-1 (CC ZH)
messageId	ea781d23-cc5b-4cb9-ac3f-07c28f57ff30
businessProcessId	5984673489674964
messageType	5214
subMessageType	000701
sendingApplication	Eléments: <ul style="list-style-type: none"> • manufacturer = Softwarehouse AG • product = solution logicielle • productVersion = 4.4.1
messageDate	2013-02-29T00:00:00Z
action	1 (nouveau)
declarationLocalReference	Eléments: <ul style="list-style-type: none"> • name = team finances RP • department = service des finances • phone = 044 1234567 • email = team.finances.rp@assureur.ch
testDeliveryFlag	True

Le contenu de l'annonce (sous <content>) comporte un élément <statement> qui se présente sous la forme suivante:

Elément	Contenu
statementDate	2012-31-01
statementYear	2012
statementContributionYear	N occurrences (une par année de prime), voir ci-dessous

dans lequel se trouvent plusieurs éléments <statementContributionYear> qui se présentent sous la forme suivante:

1^{er} exemple:

Elément	Contenu
year	2012
statementPerson	N occurrences (une par personne assuré), voir ci-dessous

dans lequel peuvent se trouver plusieurs éléments <statementPerson> qui se présentent sous la forme suivante:

Elément	Description
person	<pre> person { vn = 7569998887771 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } } </pre>

Elément	Description
	} }
statementPersonPeriod	N occurrences de: statementPersonPeriod { decreed = 9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1 lastBusinessProcessIdAgency = 3 beginMonth = 2012-01 endMonth = 2012-12 premium = 3366.00 (prime tarifaire cumulée: 12 fois 280.50) amount = 1263.00 (total des RP attribuées: 12 fois 105.25) militarySuspension = False }

2^e exemple:

Elément	Contenu
year	2011
statementPerson	N occurrences (une par personne assurée), voir ci-dessous

dans lequel peuvent se trouver plusieurs éléments <statementPerson> qui se présentent sous la forme suivante:

Elément	Description
person	person { vn = 756998887770 officialName = Hauser firstName = Kaspar sex = 1 dateOfBirth = 2000-02-29 address { street = Fünfeckpalast town = Musterstadt swissZipCode = 7000 country = 8100 } }
statementPersonPeriod	N occurrences de: statementPersonPeriod { decreed = 5f33992d-c323-45b3-b039-cf3458 lastBusinessProcessIdAgency = 5467 beginMonth = 2011-01 endMonth = 2011-12 premium = 3366.00 (prime tarifaire cumulée: 12 fois 280.50) amount = 600.00 (total des RP attribuées: 12 fois 50.00) militarySuspension = False }

6.4 RP avec numéro de décision 0 - annonce interruption

Exemples

Cas	Interruption	PV Début	PV Fin	RP-Montant	annuler du	annuler au
1	2012.06	2012.01	2012.12	50	2012.07	2012.12
3	2012.06	2012.08	2012.12	50	2012.08	2012.12
5	2012.06	2012.08	2013.02	50	2012.08	2013.02
6	2012.06	2012.08	9999.12	50	2012.08	9999.12

Quelles sont les conditions nécessaires pour la RP à -"annuler" mentionné au dessus?

1. La RP existante est origine de l'organe d'exécution qui fournit l'annonce.
2. La RP existante a le numéro de décision "0".
3. La RP existante ne doit pas être sans lacune.
4. Le montant RP existant ne doit pas correspondre au montant de l'annonce.