



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

**Office fédéral de la santé publique OFSP**

Unité de direction Assurance-maladie et accidents

# **Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal)**

## **Résumé des résultats de la consultation**

Berne, juillet 2011

# Table des matières

## A. Remarques introductives

1. Contexte	3
2. Objet	3
3. Principaux résultats	3

## B. Détail des résultats

1. Remarques générales	4
2. Dispositions particulières	5
3. Dispositions particulières touchant la modification du droit en vigueur	47

# A. Remarques introductives

## 1. Contexte

Le 1<sup>er</sup> février 2011, le Conseil fédéral a ouvert la consultation sur la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal), qui a duré jusqu'au 15 mai 2011.

Les cantons, les partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale, les associations faitières nationales de l'économie, les associations de protection des consommateurs, les fédérations de fournisseurs de prestations, l'Institution commune LAMal, les associations de patients, les assureurs ainsi que sept organisations spécialisées intéressées ont été invités à se prononcer sur le projet de LSAMal. En tout, 86 destinataires officiels, autorités et organisations intéressées, ont été sollicités. Le projet mis en consultation a également été publié sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).

Le Département fédéral de l'intérieur a reçu 88 réponses au total, dont 58 provenant d'autorités et d'organisations officiellement invitées à participer. Tous les cantons ont pris part à la consultation. Sur les treize partis dont l'avis a été sollicité, sept ont répondu (PLR, PS, PDC, UDC, Union démocratique fédérale, Les Verts et PCS).

## 2. Objet

La loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale est destinée à renforcer la surveillance sur les assureurs en consolidant notamment la transparence et en instaurant des règles de gouvernance moderne pour les entreprises d'assurance. Elle octroie à l'autorité de surveillance des moyens juridiques supplémentaires qui lui permettront de réagir dès que cela s'avère nécessaire et de prendre les mesures adéquates. La surveillance sur les groupes d'assurance incluant une caisse-maladie est améliorée. Le montant des sanctions pécuniaires est considérablement augmenté. Il est également prévu de créer une autorité de surveillance indépendante de l'administration fédérale.

## 3. Principaux résultats

Dans l'ensemble, les personnes et les organisations qui se sont exprimées dans le cadre de la procédure de consultation soutiennent la volonté de renforcer la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Certains intervenants reprochent toutefois au projet de loi de restreindre trop fortement la liberté des caisses-maladie, qui sont des entreprises travaillant dans un marché de concurrence.

Nous présentons ci-après le résultat de la consultation sur les quatre points suivants:

- Opportunité/nécessité d'élaborer une loi séparée
- Séparation assurance obligatoire des soins - assurances complémentaires
- Autorité de surveillance en dehors de l'administration fédérale
- Financement de l'autorité de surveillance

### 1. Nécessité/opportunité d'élaborer une loi séparée

Les cantons qui se sont prononcés sur ce point, le Centre patronal, physioswiss, Médecins de famille Suisse, l'Association suisse des courtiers en assurances (SIBA), l'ombudsman de l'assurance-maladie sociale, la Fédération suisse des patients, le Conseil suisse des aînés et le Forum Santé pour tous sont favorables à une loi séparée. Le Groupe Mutuel n'y est pas opposé.

En revanche, santésuisse, l'Association suisse d'assurances (ASA), l'association des petits et moyens assureurs-maladie (RVK), la CSS, l'ÖKK, Assura, le PLR, l'UDC, l'Union démocratique fédérale, l'Union suisse des arts et métiers (USAM), economiesuisse, la Fédération des Entreprises Romandes (FER), l'Union suisse des paysans, Aktion Freiheit und Verantwortung, la Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse (FARES) et le Konsumentenforum refusent l'idée d'une loi séparée.

### 2. Séparation assurance obligatoire des soins - assurances complémentaires

A l'exception des assureurs, tous les participants qui se sont exprimés sur cet élément demandent la séparation claire des deux domaines d'assurance.

### 3. Autorité de surveillance en dehors de l'administration fédérale

Les assureurs ne sont pas unanimes sur la question de la création d'une autorité de surveillance indépendante de l'administration. santésuisse n'y est pas favorable. Les assureurs de petite taille demandent d'intégrer la surveillance de l'assurance-maladie sociale dans la FINMA. La CDS et la majorité des cantons plébiscitent une autorité de surveillance indépendante de l'administration à la condition que les primes cantonales correspondent aux coûts cantonaux. Les partis politiques ne sont pas d'accord sur cette question. Les syndicats et economiesuisse sont opposés à la création d'une autorité de surveillance indépendante.

### 4. Financement de l'autorité de surveillance

Le financement de l'autorité de surveillance au moyen d'une redevance due par les caisses-maladie tel que prévu par le projet de loi mis en consultation s'est heurté à une très vive opposition. Tant les cantons que les assureurs, les partis politiques et les associations de protection des intérêts économiques rejettent la solution d'un financement de l'autorité de surveillance par une redevance prélevée auprès des caisses-maladie et qui se répercuterait sur les primes des assurés.

## **B. Détail des résultats**

### **1. Remarques générales**

Mis à part les remarques générales résumées au chapitre des principaux résultats (ch. 3, p. 3 s.), les remarques générales suivantes ont été faites sur le projet de loi :

La majorité des institutions qui ont pris part à la consultation expriment un avis critique sur le projet.

## 2. Dispositions particulières

### **Art. 1 [Objet et but]**

#### **Contre**

##### **Al. 1**

L'objet et le but de la loi tels que formulés dans l'art. 1 sont critiqués de divers points de vue. La surveillance sur les caisses-maladie (art. 1, al. 1, let. a) n'est pas contestée sur le principe ; les caisses-maladie (santésuisse, ÖKK, Lumneziana, kmu) et les associations d'assureurs-maladie RVK et SVK critiquent seulement l'emploi du terme « caisses-maladie », jugé désuet, qu'il faudrait remplacer par « assureurs-maladie ».

La RVK et les caisses-maladie ÖKK, kmu et Lumneziana demandent que la notion de « groupes d'assurance » (art. 1, al. 1, let. b) soit précisée par la correction « groupes d'assurance-maladie ». Cela permettrait de résoudre les éventuels problèmes de délimitation avec la surveillance sur les groupes au sens de la LSA. santésuisse, le Groupe Mutuel, l'USAM et l'Union suisse des installateurs-électriciens (USIE) estiment qu'il faut abandonner l'idée de surveiller les groupes d'assurance. L'USAM et l'USIE justifient cette position en arguant que la surveillance sur les groupes n'apportera pas de résultats supplémentaires si les différentes caisses-maladie ont déjà été contrôlées avec soin auparavant et que les droits et les obligations des sociétés du groupe envers celui-ci ainsi que les flux monétaires entre ces sociétés ont été pris en compte.

La caisse ÖKK souhaite que les réassureurs suisses actifs exclusivement dans le domaine de l'assurance-maladie ne soient pas soumis à la surveillance au sens de la LSAMal, car le besoin de protection des assureurs-maladie réassurés, vu leur puissance sur le marché et leur connaissance de la matière, est infiniment moindre que celui des assurés. Subsidiairement, cette surveillance devrait être limitée aux « réassureurs de l'assurance-maladie sociale », car la surveillance sur les autres réassureurs doit être exercée par la FINMA.

La Schweizerische Lehrerkrankenkasse (SLKK) objecte que ce n'est pas au législateur qu'il appartient d'exclure dans le projet de loi les assureurs privés en tant qu'offreurs de l'assurance-maladie sociale, même si à ce jour aucun assureur privé n'a encore été actif sur ce marché.

Art. 1, al. 1, let. d : l'Institution commune LAMal (IC LAMal) est opposée à un assujettissement à la LSAMal. Elle fait observer que nombre de ses tâches ne sont pas des tâches sujettes à surveillance, et que son financement est différent. Selon elle, une analyse détaillée des dispositions des chap. 1 à 6 montre que celles-ci ne sont pas applicables à l'IC LAMal, mais sont taillées sur mesure pour les assureurs-maladie. Si l'IC LAMal devait être soumise à la surveillance selon la LSAMal, il serait nécessaire de préciser quelles dispositions lui sont applicables et de quelle manière.

Proposition de l'IC LAMal : biffer toutes les dispositions de la LSAMal qui concernent l'IC LAMal.

Proposition subsidiaire : biffer l'art. 1, al. 1, let. d, et – s'il reste dans la LSAMal des dispositions qui concernent l'IC LAMal – disposition distincte relative à la surveillance analogue à l'art. 26 OAMal en vigueur.

##### **Al. 2**

Le Konsumentenforum relève que si la loi est utile aux assurés, elle limite aussi leur liberté de choix. physioswiss demande que les fournisseurs de prestations soient également mentionnés à l'al. 2, car eux aussi doivent être protégés. La caisse ÖKK, santésuisse et la SVK

demandent que l'al. 2 soit aligné sur la LSA, car le but principal de la loi est de protéger les caisses-maladie de l'insolvabilité.

### **Pour**

La plupart des participants à la consultation sont favorables à l'inscription de l'Institution commune LAMal au nombre des institutions surveillées.

### **Art. 2 [Caisses-maladie]**

#### **Contre**

En lien avec l'al. 2, les caisses ÖKK, Lumneziana, vita surselva et kmu, ainsi que la RVK et la FINMA, demandent la suppression de l'adverbe « principalement » à l'al. 1, car l'al. 2 du projet de LSAMal doit prévoir la séparation institutionnelle complète entre assurance-maladie sociale et assurance-maladie privée selon la LCA. Motif avancé pour cela par la FINMA : les objectifs de la LAMal et de la LSA sont fondamentalement différents. La séparation institutionnelle augmenterait considérablement la transparence et améliorerait sensiblement la répartition des tâches et l'efficacité de la FINMA et de l'autorité de surveillance au sens de la LSAMal. Certes, même en l'absence d'une séparation institutionnelle, la FINMA pourrait veiller à la correction de la gestion des assurances complémentaires, mais elle ne pourrait pas surveiller de manière appropriée les risques touchant l'ensemble de l'entreprise si l'instance responsable de l'assurance privée était une assurance-maladie sociale. De plus, la situation serait très insatisfaisante pour les caisses surveillées également, car elles seraient soumises à deux autorités de surveillance, auxquelles elles devraient rendre rapport selon des prescriptions réglementaires différentes. Cette faiblesse évidente du système actuel pourrait être largement corrigée par la séparation institutionnelle des champs d'activité.

La CDS souhaiterait elle aussi introduire la séparation institutionnelle entre assurance complémentaire et assurance de base, proposition expressément soutenue par les cantons AG, BL, BS, FR, JU, LU, NE, SG, SO, TG, TI et ZH. La FMH, la Fédération suisse des patients, pharmaSuisse et l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux sont également favorables à cette séparation institutionnelle. pharmaSuisse la juge indispensable pour empêcher les subventionnements croisés entre assurance de base et assurance complémentaire. Elle seule permettrait en outre de garantir de façon absolue, pour des motifs de protection des données et de sélection des risques, le respect de l'obligation de garder le secret dans l'intérêt des patients.

Comme alternative à la séparation institutionnelle entre assurance de base et assurance complémentaire, le Tessin propose de séparer les deux branches aussi bien dans le plan comptable général que dans le plan financier. La CDS propose pour sa part de répartir entre les deux les frais administratifs issus de l'utilisation commune des immeubles et des équipements. Les revenus réalisés et les pertes subies sur la fortune devraient également être partagés ; il faudrait en outre fixer des règles pour l'évaluation (proche du marché) et le transfert de titres entre les deux branches. L'autorité de surveillance devrait surveiller et l'assurance de base et l'assurance complémentaire, ce qui sera possible sans autre grâce à l'analogie avec les règles relatives à la surveillance des marchés financiers. La vue d'ensemble est indispensable pour surveiller le respect des principes cités et garantir qu'il ne puisse plus y avoir de transfert opportuniste de capital entre assurance de base et assurance complémentaire. JU réclame lui aussi la séparation institutionnelle entre les deux branches et soutient la proposition alternative de la CDS, de même que SO, qui demande en outre que la loi interdise les transferts de capital entre les deux branches d'assurance.

Pour la caisse ÖKK, la séparation institutionnelle ne saurait constituer qu'une proposition subsidiaire au cas où la nouvelle autorité de surveillance ne serait pas rattachée à la FINMA.

santésuisse souhaite elle aussi proposer le rattachement de l'autorité de surveillance à la FINMA. Mais pour contrer le problème des différents champs d'activité au sein de la même unité juridique, elle propose de soumettre à un « arbitrage » l'attribution d'affaires peu claires du point de vue du droit de la surveillance. Les caisses-maladie précitées, santésuisse, la SVK, la RVK, l'USAM et l'USIE souhaiteraient aussi que l'al. 1 soit reformulé de façon que les assurances complémentaires puissent poursuivre un but lucratif même si elles ne sont pas institutionnellement séparées de l'assurance de base.

Le Centre patronal voudrait exclure de la définition des caisses-maladie la possibilité d'institutions de droit public ; la FARES souhaite au contraire que des caisses-maladie de droit public soient possibles au niveau des communes, des cantons et de la Confédération.

La caisse ÖKK demande que l'art. 2 règle aussi la possibilité de l'activité de réassurance, de manière analogue à l'art. 6, al. 3, LSA.

### **Pour**

Le Konsumentenforum approuve le fait que les caisses-maladie puissent proposer des assurances complémentaires à côté de l'assurance-maladie sociale, car selon lui une séparation des deux branches n'est pas dans l'intérêt des consommateurs. Une gestion conjointe permet d'éviter des dépenses supplémentaires et des surcoûts des deux côtés.

### **Art. 3 [Régime de l'autorisation]**

#### **Al. 1**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva ainsi que l'association des petits et moyens assureurs-maladie RVK jugent la formulation trop compliquée et souhaitent une règle analogue à l'art. 3, al. 1, LSA. Proposition : « *Toute caisse-maladie au sens de l'art. 2 doit avoir obtenu un agrément de l'autorité de surveillance pour exercer son activité d'assurance.* »

#### **Al. 2**

L'ÖKK estime que, par analogie avec l'art. 6, al. 3, LSA, l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale visée à l'al. 1 doit aussi permettre d'exploiter des affaires de réassurance dans cette branche.

### **Art. 4 [Conditions]**

#### **Al. 1**

#### **Let. a**

#### **Contre**

Les caisses-maladie Assura, Groupe Mutuel, kmu, Turbenthal, Lumneziana, Sanavals, SLKK et vita surselva, les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK, ainsi que le PDC et la FMH, de même que l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux, l'Union suisse de paysans, l'Union suisse des paysannes et des femmes rurales, l'USAM, l'USIE et l'Union patronale suisse souhaitent éviter toute restriction de la forme juridique. Ils estiment que la prescription de la forme juridique entrave trop fortement la concurrence, ou qu'il est également possible de gérer convenablement l'assurance-maladie sous d'autres formes juridiques.

La FMH souhaite en outre l'ajout d'une lettre qui stipule que les caisses-maladie et les réassureurs ne peuvent pas gérer des établissements de traitement médical des assurés ni y participer financièrement, car la LAMal exige une séparation claire entre caisses-maladie et fournisseurs de prestations.

La FMH souhaite qu'il soit également précisé que les caisses-maladie obtiennent la certification pour le traitement des données en présentant les concepts de rôles et d'autorisations requis.

La FARES voudrait qu'il soit précisé que la SA ne doit pas avoir de but lucratif.

**Let. b**

Les associations de consommateurs FRC et ACSI soutiennent l'exigence du siège en Suisse.

**Let. d**

Les caisses-maladie Groupe Mutuel, kmu, Lumneziana et vita surselva et les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK souhaitent que la loi précise davantage la notion de « capital initial suffisant ». Kmu, Lumneziana, vita surselva et RVK trouvent en outre que les expressions « en tout temps » et « réserves suffisantes » devraient être concrétisées. Il faudrait, le cas échéant, définir une fourchette, comme à l'art. 8 LSA.

**Let. f**

La CDS et les cantons de BL, BS, LU, SG et TG souhaitent qu'il soit précisé que les primes sont fixées selon les coûts de chaque collectif d'assurés, c.-à-d. par canton ou, le cas échéant, par région de primes. Proposition : « ...et garantir l'égalité de traitement des assurés au sein du même collectif d'assurés et du même groupe d'entreprises ou holding ; »

**Let. f à j**

**Contre**

La RVK et les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva estiment que ces exigences ont catégoriquement leur place dans la LAMal et qu'elles doivent donc être biffées ici.

**Let. i**

Le Konsumentenforum et Ueli Kieser souhaitent qu'il soit précisé que seules doivent être admises les personnes qui en font la demande, et non toute personne tenue de s'assurer.

**Let. h**

**Contre**

Assura, de même que l'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes et femmes rurales, souhaitent que la pratique de l'assurance individuelle d'indemnités journalières ne figure pas parmi les conditions d'autorisation, ou ne soit pas obligatoire.

**Al. 2**

Le Groupe Mutuel et les associations d'assureurs-maladie santésuisse et SVK demandent qu'il soit précisé que l'autorité de surveillance *décide* le rétablissement de la situation conformément aux exigences légales.

**Art. 5 [Délégation de tâches]**

**Titre**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva et l'association d'assureurs-maladie RVK proposent de renommer le titre « externalisation » ou « outsourcing ».

### **Al. 1**

LU est d'avis que les entreprises ou fédérations à qui des tâches sont déléguées doivent aussi remplir les conditions de l'art. 4.

GE, Assura et Ueli Kieser jugent la délégation trop vague et peu claire. Assura aimerait en outre que les négociations tarifaires puissent être déléguées et que cela soit inscrit à l'al. 1.

La caisse-maladie SLKK et l'Union patronale suisse trouvent que la liberté d'entreprise est fortement restreinte si certaines tâches ne peuvent plus être externalisées. Les caisses Groupe Mutuel, kmu, Lumneziana et vita surselva, les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK, de même que l'USAM, l'USIE et l'Union patronale suisse, proposent d'introduire une autorisation générale de déléguer avec des exceptions définies (voir proposition santésuisse etc.).

### **Let. a**

La FMH souhaite une nouvelle réglementation des services de registre visés à la let. a par rapport à la cybersanté également en ce qui concerne les fournisseurs de prestations, parce que l'architecture ne doit plus dépendre seulement des décisions de santésuisse.

ChiroSuisse demande que soit examinée la possibilité pour les fournisseurs de prestations de consulter le registre visé à la let. a et de participer à son établissement.

PharmaSuisse souhaite que le registre soit tenu par l'organe de surveillance, afin qu'il soit garanti que les numéros sont attribués selon des critères conformes à l'Etat de droit. A cet égard, la situation actuelle serait insatisfaisante.

### **Let. b**

Les Médecins de famille Suisse trouvent que la let. b ne permet pas de savoir selon quelles méthodes le contrôle doit avoir lieu. Ils souhaitent qu'une méthode soit définie de concert avec les fournisseurs de prestations.

Physioswiss propose que le contrôle du caractère économique des prestations soit effectué sur le mode paritaire par les différentes associations professionnelles. La FMH remarque qu'il faut distinguer, à propos de ce contrôle, entre l'édiction des critères EAE par la Confédération, la définition des méthodes de contrôle et l'exécution des contrôles. Proposition :

*« La caisse-maladie peut déléguer à une autre entité du groupe d'assurance ou à une fédération les tâches suivantes, qui seront impérativement remplies sur une base paritaire avec les associations professionnelles des fournisseurs de prestations:.. »*

La FARES est opposée à la délégation de tâches.

### **Al. 2**

La Konsumentenforum relève qu'on ne peut pas savoir ce qu'il faut entendre par « activités auxiliaires ».

### **Al. 3**

FR appuie cette réglementation.

### **Al. 4**

Assura estime que la surveillance devrait aussi s'étendre aux entreprises auxquelles les caisses-maladie délèguent des tâches.

## **Art. 6 [Demande d'autorisation]**

### **Al. 1**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana et vita surselva ainsi que les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK se demandent si les caisses existantes doi-

vent aussi présenter un plan d'exploitation, car cela n'est pas clair. Elles demandent un délai de transition de plusieurs années.

## **Al. 2**

La caisse ÖKK se félicite que les exigences soient réglées de façon exhaustive.

La caisse SLKK ainsi que santésuisse et la SVK soulignent que l'assurance-maladie sociale, contrairement aux assurances complémentaires, est soumise à des prescriptions légales strictes et qu'il n'y a donc pour elle pas de marge de manœuvre dans le cadre d'un plan d'exploitation. Il n'est pas non plus dit clairement selon quels critères l'autorité de surveillance procédera aux contrôles. Pour la SVK, les let. b, e, h, l et n doivent être biffées purement et simplement. Il faudrait en outre ajouter à la let. i qu'un plan de réassurance ne doit être présenté que si une réassurance est prescrite.

Le Konsumentenforum juge que cette énumération au niveau de la loi est trop détaillée et que la procédure d'autorisation rend difficile la fondation d'une caisse-maladie. Les règles actuelles suffiraient.

## **Let. c**

pharmaSuisse relève que les obligations du conseil d'administration sont réglées dans le code des obligations. Il faut soit se prononcer en faveur de l'admission d'entreprises privées, soit confier ces tâches à des organes étatiques.

## **Let. m et n**

Assura souhaite que l'assurance facultative d'indemnités journalières soit facultative pour les caisses-maladie et demande donc de la biffer ici.

## **Let. o**

Les associations d'assureurs-maladie santésuisse et SVK souhaitent que les caisses doivent aussi présenter la communication en question si elles entendent pratiquer l'assurance-maladie dans la Principauté de Liechtenstein et qu'elles ont déposé une requête dans ce pays.

La Fédération suisse des patients souhaite qu'une communication et la requête correspondante soient aussi exigées si la caisse-maladie entend pratiquer l'assurance-accidents.

## **Al. 3**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana et vita surselva ainsi que les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK souhaitent biffer l'al. 3, car elles trouvent exagérée la présentation d'un plan d'exploitation comme condition d'autorisation pour une assurance-maladie sociale et la rejettent. Elles préféreraient à l'autorisation l'obligation de communication prévue à l'art. 5 LSA. Elles rejettent aussi, pour des raisons de sécurité du droit, le principe de la liste non exhaustive, que l'autorité pourrait allonger en tout temps.

## **Art. 7 [Modifications du plan d'exploitation]**

Les caisses-maladie Assura, kmu, Lumneziana, ÖKK, SLKK et vita surselva, de même que l'association d'assureurs-maladie RVK, l'USAM, l'USIE et l'UDC, souhaitent que les modifications du plan d'exploitation ne soient pas soumises à autorisation. Entrerait tout au plus en ligne de compte une réglementation analogue à l'art. 5 LSA, qui fait la distinction entre obligation de communication et nécessité d'obtenir l'agrément.

Les associations d'assureurs-maladie santésuisse et SVK sont également d'avis que l'art. 5 LSA devrait être repris dans une formulation analogue.

Richard Eisler ne comprend pas pourquoi le plan d'exploitation en tant que tel n'est pas soumis à autorisation, alors que toute modification du plan l'est. De plus, un assujettissement général à l'autorisation pour les modifications n'est pas praticable (p. ex. en ce qui concerne les CGA).

**Art. 8 [Modification de la structure juridique, transfert de patrimoine et transfert de l'effectif des assurés]**

La caisse ÖKK juge ce titre trop compliqué et propose à la place « Restructurations ».

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana et vita surselva ainsi que la RVK jugent que la composition de cette prescription prête à malentendu, car elle ne distingue pas clairement entre les faits qui sont soumis à autorisation et ceux qui font l'objet d'une obligation de communication ou de notification.

**Al. 1**

LU souhaite qu'il soit précisé que la communication doit être immédiate.

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana et vita surselva ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK jugent qu'on ne voit pas pour quelle raison une simple intention devrait déjà déclencher une obligation de communication. Elles et l'ÖKK souhaitent modifier comme suit l'al. 1 : « *Les transferts volontaires de l'effectif des assurés, les fusions et les scissions impliquant des assureurs-maladie sociaux requièrent l'autorisation de l'autorité de surveillance. Celle-ci octroie son autorisation si la protection des assurés, en particulier contre le risque d'insolvabilité de l'assureur qui va être repris et contre les abus, est garantie.* »

Ueli Kieser estime qu'il n'est pas clairement stipulé si seule une communication est nécessaire ou si une autorisation est requise.

**Al. 2**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK modifient comme suit l'al. 2 : « *Les transformations et les transferts de patrimoine doivent être communiqués à l'autorité de surveillance. Ils sont considérés comme étant approuvés si l'autorité de surveillance n'engage pas une procédure d'examen dans un délai de quatre semaines.* »

Assura, le Groupe Mutuel et santésuisse souhaitent biffer l'al. 2, trop vague et imprécis. De plus, la mise en œuvre de la loi sur les fusions est du ressort de la COMCO. santésuisse déplore aussi que le droit de résiliation des assurés en cas de transfert de l'effectif des assurés ne soit pas mentionné.

**Al. 3**

Assura juge cet alinéa inutile, parce que le transfert de l'effectif des assurés correspond plus ou moins au transfert de patrimoine visé à l'al. 1.

ChiroSuisse fait observer qu'en cas de transfert de l'effectif des assurés, les intérêts des fournisseurs de prestations doivent aussi être préservés.

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK proposent de reformuler l'al. 3 comme suit :

« *L'autorité de surveillance peut subordonner une restructuration à des conditions, lorsqu'elle risque, en raison de sa nature ou de son importance, d'être préjudiciable à la caisse-maladie ou de porter atteinte aux intérêts des assurés.* »

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK proposent d'ajouter un **al. 4** à la teneur suivante :

« *En cas de restructuration, les assureurs-maladie concernés doivent garantir que les rapports d'assurance existants puissent être maintenus inchangés.* »

Elles souhaitent également l'ajout d'un **al. 5** à la teneur suivante :

« *En cas de transfert volontaire de l'effectif des assurés, l'assureur-maladie reprenant est tenu d'informer individuellement du transfert et de leur droit de résiliation les preneurs des contrats d'assurance qu'il reprend, dans un délai de 30 jours à partir de la notification de l'approbation. Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance dans un délai de trois mois à partir de l'information individuelle. La FINMA peut exclure le droit de résiliation lorsque, d'un point de vue économique, le transfert de l'effectif des assurés ne comporte pas de changement du partenaire contractuel pour le preneur d'assurance.* »

La caisse ÖKK souhaite ajouter en outre l'**al. 6** suivant :

« *Si, en cas de transfert de l'effectif des assurés, de fusion, de scission ou de transformation, des modifications importantes du patrimoine actif ou passif de la société reprenante interviennent entre la conclusion du contrat de restructuration et l'approbation de l'autorité de surveillance des assurances, l'organe supérieur de direction ou d'administration de cette société en informe l'autorité de surveillance.* »

### **Art. 9 [Participations]**

La Fédération suisse des patients souhaite supprimer purement et simplement cet article, les caisses-maladie ne devant pas avoir la possibilité de prendre des participations dans d'autres entreprises.

La FARES juge ces dispositions inutiles, les caisses-maladie n'ayant pas de but lucratif.

L'USAM et l'USIE souhaitent qu'il soit précisé que dans ce genre de participations, les prescriptions de placement doivent être respectées en toutes circonstances.

### **Al. 1**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK jugent problématique de lier une simple intention d'achat ou de vente à l'obligation de communiquer.

PharmaSuisse estime que les participations à d'autres entreprises d'assurance devraient être exclues, si l'on veut qu'il y ait une concurrence.

Elle souhaite, tout comme l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux, qu'il soit précisé en outre qu'une assurance ne peut prendre une participation financière auprès d'un fournisseur de prestations, de manière à rester libre dans l'offre de prestations.

### **Al.4**

Ueli Kieser et le Konsumentenforum jugent que la notion d'« intérêts des assurés » n'est pas claire. Vu le poids de la décision de l'autorité de surveillance, on ne peut la faire dépendre d'une notion aussi vague.

Le Groupe Mutuel, santésuisse et la SVK souhaitent qu'il soit précisé que l'autorité de surveillance peut *par voie de décision* interdire une participation ou la subordonner à des conditions. L'USAM et l'USIE estiment pour leur part que les décisions de l'autorité de surveillance doivent pouvoir être soumises à l'examen du tribunal.

Pour pharmaSuisse, il faut poser ici la question de la compétence : il n'est pas toujours sûr que l'autorité de surveillance estime plus correctement les chances et les risques que la direction de l'entreprise.

### **Art. 10 [Autres dispositions]**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK proposent la formulation suivante :

« *Les dispositions de la loi du 6 octobre 1995 sur les cartels concernant l'appréciation des concentrations d'entreprises ainsi que la loi fédérale du 3 octobre 2003 sur la fusion, la scission, la transformation et le transfert de patrimoine sont réservées.* »

### **Art. 11 [Système de répartition des dépenses]**

Pas de remarques.

### **Art. 12 [Réserves basées sur les risques]**

De manière générale, le nouveau système est salué par la plupart des intervenants. Les cantons qui se sont prononcés sur cette disposition formulent quelques remarques : JU déplore que la disposition laisse aux assureurs la compétence d'évaluer les réserves suffisantes avec les risques d'erreur connus dans le passé. ZH exige la compensation des déséquilibres du passé et demande d'ajouter à l'art. 12 l'obligation de constituer des réserves par canton, afin que les réserves d'un canton ne puissent pas être transférées aux assurés d'autres cantons. AG critique le caractère peu précis de la disposition qui comporte une grande marge d'interprétation. FR estime que les situations de réserves insuffisantes ou excédentaires sont dues à une intervention insuffisamment incisive de l'OFSP.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent de préciser dans l'ordonnance le calcul des risques et de garantir l'égalité de traitement de tous les assureurs. Une entrée en vigueur (de la modification de l'OAMal relative aux réserves basées sur les risques) le 1<sup>er</sup> janvier 2012 est possible seulement avec une période transitoire de cinq ans. Font encore défaut des prescriptions sur les provisions pour les fluctuations de valeur des risques de capitaux (*Wertschwankungsrückstellungen für die Kapitalrisiken*), le contrôle par l'OFSP de la suffisance des provisions pour les cas d'assurance non liquidés, ainsi que l'application par l'OFSP des prescriptions existantes sur les réserves.

La SEC Suisse, la RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu soutiennent le calcul des réserves en fonction des risques. Une phase de test doit précéder l'introduction de ce nouveau système pour évaluer ses effets sur l'ensemble de la branche. Les caractéristiques principales des réserves basées sur les risques, la prise en compte complète des prétentions de réassurance et l'obligation de réassurance pour les caisses ayant de petits effectifs doivent être fixées dans la loi. La SEC Suisse demande une délégation de compétence au Conseil fédéral (entre autres pour le placement des réserves et des provisions).

Les caisses ÖKK, Lumneziana, vita surselva et kmu ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK demandent de supprimer « en particulier, » car la liste est exhaustive.

Assura conteste l'application du SST, qui pourrait entraîner une fluctuation permanente et à brève échéance des primes.

La caisse SLKK estime que dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, les risques de marché et de crédit sont de second rang. En outre, retenir dans la loi sur la surveillance des

risques financiers que ne courent qu'un nombre restreint d'assureurs n'est pas opportun. Il existe actuellement le reporting qui a fait ses preuves.

Pour la FMH, il faut examiner la transformation d'un système de réserves basées sur les primes en un cautionnement de garantie (par exemple par l'Etat) tel qu'il en existe dans le secteur immobilier.

Les associations de protection des consommateurs soutiennent la disposition.

L'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes et femmes rurales souhaitent le maintien du système actuel de calcul des primes et des réserves. Avec un financement selon le système de la répartition des dépenses, la fixation des réserves en fonction des risques n'a pas de sens. Elle entraînera une augmentation des coûts administratifs des caisses sans apporter d'amélioration pour la sécurité des assurés. Le système actuel permet à l'autorité de surveillance de réagir très rapidement (augmentation des primes en cours d'année). La situation de sous-dotation en réserves de certaines caisses n'est pas imputable à la base légale existante, mais à une application insuffisante de celle-ci.

L'USAM soutient la disposition, mais demande que les assureurs disposent d'un délai suffisant pour mettre en place le nouveau système et combler les éventuels déficits de réserves. Le niveau futur des réserves doit être fixé de sorte qu'il ne soit pas nécessaire de constituer de nouvelles réserves dans des proportions importantes. Les réserves de fluctuation de valeur dans le domaine des placements ne doivent pas être incluses dans les réserves basées sur les risques.

Richard Eisler plaide pour la suppression des dispositions sur les réserves. La pression de la concurrence oblige les assureurs à recenser leurs risques de manière adéquate et à constituer des réserves en conséquence. Les assureurs chercheront toujours le meilleur système d'évaluation des risques. Si un assureur se trompe dans son évaluation, il est le seul à en subir les conséquences. L'approbation du système d'évaluation des risques par l'autorité de surveillance incitera les assureurs à se reposer sur cette approbation étatique et à ne plus assumer de responsabilité dans l'évaluation de leurs risques.

### **Art. 13 [Provisions]**

AG, les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu, les associations d'assureurs-maladie RVK et santésuisse ainsi que l'ACSI et la Fédération suisse des patients demandent de préciser ce que signifie « provisions *appropriées* » en se référant à la norme Swiss GAAP RPC 41.

Les associations de protection des consommateurs demandent d'ajouter un principe de calcul pour éviter que les événements du passé ne se reproduisent.

Pour Richard Eisler, les prescriptions relatives aux provisions doivent garantir que l'assureur porte au bilan ces obligations de manière adéquate (protection des assurés et des fournisseurs de prestations).

### **Art. 14 [Fortune liée de l'assurance-maladie sociale]**

santésuisse et la SVK saluent l'inscription dans la loi de la fortune liée ; celle-ci n'a cependant de sens que si les banques dépositaires sont soumises à cette obligation (comme pour le modèle de convention avec la FINMA). L'art. 14 doit être concrétisé dans l'ordonnance. Par ailleurs, les art. 80 ss OAMal ne distinguent pas la fortune liée des caisses. Il y a lieu de préciser quelles sont les valeurs qui doivent être attribuées à la fortune liée.

Pour Assura, le dépôt séparé de biens affectés à la fortune liée engendre des coûts et n'est pas utile compte tenu des autres mesures prévues par la loi pour protéger les intérêts des assurés.

Richard Eisler est favorable aux prescriptions sur la fortune liée qui garantissent que la caisse dispose de suffisamment d'actifs pour faire face à un cas d'insolvabilité.

#### **Al. 1**

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu contestent l'expression « contrats d'assurance », car l'assurance obligatoire des soins ne connaît pas de contrat d'assurance, mais des rapports d'assurance. Le renvoi de l'art. 32 à l'art. 14 signifie-t-il que les prétentions formulées en vertu des contrats de réassurance doivent être garanties tant par la caisse-maladie que par le réassureur social ?

#### **Art. 15 [Approbation des tarifs de primes]**

Plusieurs cantons (AG, BS, GE, JU, VD, TI) et la FARES contestent la suppression de leur droit de regard lors de la procédure d'approbation des primes (art. 61, al. 5, LAMal). Ils exigent le maintien de ce droit, l'instauration d'un délai suffisant à cet effet et la possibilité de disposer de tous les documents nécessaires. BS réclame l'inscription dans la loi de l'obligation pour l'autorité de surveillance d'informer les cantons sur les données des assureurs relatives aux primes à approuver pour l'année suivante et sur les résultats définitifs de l'année précédente (y compris les mesures correctrices en cas de primes trop élevées ou trop basses). BS demande que les cantons reçoivent toutes les données nécessaires jusqu'à fin août. TI demande un droit de recours contre l'approbation des primes.

VS propose une collaboration étroite entre le canton et l'autorité de surveillance dans le cadre de la fixation des primes.

UR et la FARES demandent qu'une autorité politique (et non l'autorité de surveillance indépendante) approuve les primes (sur recommandation de l'autorité de surveillance).

La SLKK conteste l'approbation des primes par l'autorité de surveillance, qui ne doit pas avoir la compétence de prendre des décisions d'ordre opérationnel. Elle conteste également que l'autorité de surveillance puisse sauver la solvabilité d'un assureur grâce à ses moyens d'intervention dans la procédure d'approbation des primes. Pour la KK Turbenthal, la fixation des primes est l'affaire des assureurs. L'ASA relève que la correction des primes non approuvées est du ressort des assureurs et non de l'autorité de surveillance.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu, ainsi que l'USAM et l'USIE, demandent de supprimer la procédure d'approbation des primes. Si les primes sont approuvées par une autorité étatique, il y aura toujours un risque de pression politique qui fausse la loi du marché. Si la procédure d'approbation des primes est maintenue, l'autorité d'approbation doit assumer la responsabilité de ses erreurs.

#### **Al. 2**

Proposition de santé-suisse : « *L'autorité de surveillance vérifie si les tarifs de primes présentés garantissent la solvabilité de la caisse-maladie et d'autre part la protection des assurés contre les abus* ».

#### **Al. 3**

santé-suisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent de supprimer l'al. 3.

### **let. a**

Pour Richard Eisler, seule la let. a doit être maintenue. Les autres hypothèses doivent être supprimées car elles ne sont pas compatibles avec la concurrence voulue par le peuple. Le catalogue de prestations est fixé par la loi ; la concurrence entre les caisses doit donc nécessairement fonctionner au niveau des primes.

### **let. b**

Proposition de santésuisse, du Groupe Mutuel et de la SVK : « ne couvrent pas les coûts de leur rayon d'application et qu'aucune réduction des réserves n'est envisagée ». Le terme « rayon d'application » doit encore être précisé.

Pour Assura, il devrait être possible de fixer une prime inférieure aux coûts lorsque celle-ci permet de diminuer une réserve excessive ou lorsque le cercle des assurés n'est pas suffisant pour qu'une prime puisse être calculée en fonction des coûts.

### **let. c**

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent de préciser ce que sont les « réserves ou provisions excessives ».

Pour Assura, l'autorité de surveillance ne peut pas se fonder sur le seul SST pour approuver ou non les primes, car cet indicateur est très fluctuant.

Physioswiss propose une **let. d** : « *ne couvrent manifestement pas les prestations qui doivent être prises en charge selon le catalogue de prestations* ».

santésuisse et le Groupe Mutuel demandent l'introduction d'un **al. 4** : « *Le Conseil fédéral fixe le nombre minimal d'assurés à partir duquel cette disposition s'applique* ». Il faut tenir compte du fait que, pour les petits effectifs, les primes ne couvrent pas toujours les coûts.

La FMH critique le caractère compliqué et coûteux de la procédure d'approbation des primes.

## **Art. 16 [Non-approbation des tarifs de primes]**

L'ombudsman de l'assurance-maladie sociale et le PDC soutiennent cette disposition.

L'ASA, la SSPh, santésuisse, la SVK, la RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita sur-selva, kmu et ÖKK ainsi que l'UPS, l'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes et femmes rurales demandent de supprimer cette disposition. L'ASA, Assura et le PDC exigent que si l'autorité de surveillance a la compétence de fixer les primes, elle assume la responsabilité qui lui est liée. Le Groupe Mutuel propose d'ajouter un al. 3 : « Dans le cadre de cette activité, la responsabilité de la SASO est régie par l'art. 76 ».

Selon Aktion Freiheit und Verantwortung, la réglementation prévue n'est pas compatible avec la concurrence voulue en matière d'assurance-maladie. Richard Eisler craint qu'elle n'ouvre la voie à des décisions arbitraires de l'autorité.

### **Al. 1**

JU souligne que dans le droit actuel, l'autorité de surveillance peut déjà suggérer une prime appropriée dans la motivation de sa décision de non-approbation et il s'étonne que la forme des mesures provisionnelles envisageables ne soit pas précisée dans la disposition légale. LU propose de remplacer « par voie de mesures provisionnelles » par « prime applicable à titre provisionnel ». Kieser critique le terme allemand de « *provisorische Verfügungen* ».

Pour Assura, la voie des mesures provisionnelles restreint de manière trop importante la marge de manœuvre de la caisse et viole son droit d'être entendu.

Le Konsumentenforum et l'Union patronale suisse demandent sur quels critères l'autorité de surveillance se fonde pour considérer une prime comme adéquate. Le Konsumentenforum, pharmaSuisse et Ueli Kieser estiment que l'assureur doit avoir la possibilité de modifier les tarifs de primes soumis à approbation avant que l'autorité de surveillance ne statue, au besoin par voie de mesures provisionnelles.

Proposition du Groupe Mutuel : « Si l'autorité de surveillance n'approuve pas la prime demandée, elle fixe par voie de décision une prime appropriée au sens de l'art. 15 de la présente loi. [...] ».

#### **Al. 2**

Assura demande la suppression de l'al. 2, car il accorde à l'autorité de surveillance une prérogative qui doit appartenir à l'autorité judiciaire.

Pour pharmaSuisse, l'al. 2 est superflu si l'autorité de surveillance peut rendre une décision sans prendre en compte les primes proposées.

#### **Art. 17 [Remboursement des primes excessives]**

La FRC, la SKS et l'ACSI soutiennent le mécanisme de remboursement.

Les cantons (CDS, AI, BL, BS, LU, SG, TG, UR et ZH) et le PS sont favorables à cette disposition. Ils demandent qu'elle soit complétée en sorte que la compensation soit aussi opérée pour les primes qui sont nettement inférieures aux dépenses affectées aux prestations et que le remboursement soit aussi effectué pour les assurés qui ont changé de caisse. Si la situation économique de la caisse ne permet pas un remboursement durant l'année, le remboursement devra être effectué l'année qui suit. Pour AG, l'idée du remboursement est correcte, mais trop coûteuse à mettre en œuvre. En raison de la situation préoccupante de ses réserves, BE n'est pas favorable à une compensation immédiate. GL demande que les assureurs exposent pour chaque canton les recettes et les dépenses.

ZH et NE exigent que les déséquilibres du passé soient compensés avant que ne s'applique le mécanisme correcteur prévu par l'art. 17.

santésuisse et le Groupe Mutuel demandent de supprimer l'art. 17. Proposition subsidiaire : « <sup>1</sup> Si une caisse-maladie a encaissé pendant au moins deux ans, dans un canton, des primes pour l'assurance obligatoire des soins dépassant de façon inappropriée, au sens des art. 15 et 16 de la présente loi, les dépenses affectées aux prestations correspondantes dans le même canton, l'autorité de surveillance ~~ordonne~~ peut ordonner le remboursement de la part de primes encaissée en trop, pour autant que la situation économique de la caisse-maladie concernée le permette.

<sup>2</sup> Les coûts administratifs causés par le remboursement sont déduits du montant à rembourser.

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral définit le nombre minimal d'assurés d'un canton à partir duquel un remboursement peut intervenir. »

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et Assura, la FMH, le Konsumentenforum, l'USAM, l'USIE et l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux critiquent le caractère compliqué et la mise en œuvre coûteuse de la procédure de remboursement des primes excessives.

L'ASA, le Konsumentenforum, la RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK demandent la suppression de l'art. 17. ÖKK propose subsidiairement d'agir par la voie de compensations (*Verrechnungen*, « *Gutschriften* »).

Pour la Fédération suisse des patients, le remboursement ne doit pas dépendre de la situation économique de la caisse-maladie.

L'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes et femmes rurales demandent un délai de cinq ans pour compenser le compte de résultats des assureurs.

Selon Aktion Freiheit und Verantwortung et Richard Eisler, la réglementation prévue n'est pas compatible avec la concurrence voulue en matière d'assurance-maladie.

Ueli Kieser propose de supprimer l'art. 17, qui ouvre la voie à une mesure juridiquement discutable : le dépassement inapproprié des primes par rapport aux coûts découle de la marge dont dispose l'autorité. Se pose donc la question de la légalité de la sanction (remboursement), puisque la cause (dépassement) résulte de primes qui ont été approuvées et qui ont donc une validité légale.

#### **Al. 1**

JU demande de fixer dans la loi les critères permettant de qualifier une prime d'excessive. Les primes excessives ne doivent pas pouvoir être comptabilisées l'année suivante à titre de réserve ou de provision. VD demande d'expliquer dans l'ordonnance ce qu'il faut entendre par l'expression « dépassant de façon inappropriée ».

TI propose d'inscrire avant la disposition prévue l'alinéa suivant : « *Les primes cantonales doivent correspondre aux coûts cantonaux* », et demande de préciser la condition selon laquelle « *la situation économique de la caisse-maladie doit permettre le remboursement* ». VD veut avoir la garantie que pour chaque assureur, les primes correspondent aux coûts du canton, afin d'éviter un transfert des excédents de primes dans d'autres cantons.

#### **Art. 18 [Modalités du remboursement]**

Les cantons (CDS, AI, AR, BL, BS, OW, SG, TG et TI) sont favorables au mécanisme de correction prévu. Ce mécanisme ne doit toutefois pas remettre en question la compensation des différences résultant des primes prélevées dans le passé. Cette compensation doit être effectuée avant de mettre en œuvre le mécanisme correcteur prévu par l'art. 18.

Pour BE, FR, GE, JU, ZH, la FMH, le Konsumentenforum, la FRC, la SKS, l'ACSI ainsi que le PS, le remboursement doit aussi être effectué pour les assurés qui changent de caisse l'année suivante (la restriction de l'art. 18 est un frein au changement d'assureur). Seuls les assurés qui ont effectivement payé des primes trop élevées doivent bénéficier d'un remboursement. La FRC, la SKS et l'ACSI demandent que la caisse-maladie soit responsable du remboursement, puisqu'elle connaît le nouvel assureur des assurés.

GE, JU et le PS demandent que le remboursement soit calculé et versé par région de prime.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et Assura ainsi que l'Union patronale suisse, Aktion Freiheit und Verantwortung et Ueli Kieser demandent la suppression de l'art. 18.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent aussi la suppression de l'art. 18. Proposition subsidiaire : « *Le remboursement est effectué sous la forme d'une ristourne accordée à parts égales par la caisse-maladie aux assurés, selon les catégories d'assurés et les circonstances du cas d'espèce. Le remboursement est effectué aux assurés qui ont auprès*

*de cette caisse une couverture des risques dans le domaine de l'assurance-maladie sociale au 31 décembre de l'année pour laquelle les primes sont corrigées ainsi que pour l'année suivante. Le remboursement est effectué durant l'année civile au cours de laquelle la décision a été rendue est entrée en force. »*

Le Groupe Mutuel ajoute que si un mécanisme de remboursement est prévu, une mesure en cas de perte doit également être prévue.

### **Art. 19 [Frais d'administration]**

L'ombudsman de l'assurance-maladie sociale et pharmaSuisse soutiennent l'art. 19.

#### **Al. 1**

Pour AG, santésuisse, le Groupe Mutuel, la SVK et physioswiss, il faut édicter des règles claires, qui ne laissent aucune marge d'interprétation en matière de frais d'administration.

Pour l'ASA et l'UPS, il appartient à la concurrence de maintenir les coûts d'administration aussi bas que possible.

La FRC, la SKS et l'ACSI demandent de réintégrer dans cette disposition la possibilité d'intervention du Conseil fédéral sur la base de l'évolution générale des prix et des salaires.

Pour Richard Eisler, l'al. 1 est inutile, car la concurrence qui existe entre les assureurs exerce une pression sur les coûts d'administration. L'évolution de ces coûts depuis 1996 en est la parfaite démonstration.

#### **Al. 2**

Les cantons (CDS, BL, BS, FR, GL, JU, OW, SG, TG et VS) et le PS demandent de reprendre dans la loi la réglementation édictée par santésuisse (*gentlemen's agreement*) afin qu'elle soit applicable à tous les assureurs. Ils demandent aussi de restreindre plus fortement l'activité de courtier, de ramener les coûts de publicité à un strict minimum et de les plafonner selon un barème à définir par le Conseil fédéral.

Pour AG, les primes des assurés ne doivent pas financer les commissions des courtiers et les frais de publicité. Assura est favorable à l'inscription dans la loi de l'interdiction totale de l'indemnisation des courtiers dans l'assurance sociale et de l'interdiction des subventionnements croisés. Physioswiss et la Fédération suisse des patients demandent l'interdiction de l'activité de courtier et de la publicité dans l'assurance-maladie sociale.

La FRC, la SKS et l'ACSI ainsi que l'USS et les Verts demandent l'interdiction de la publicité et de toute activité de courtage dans l'assurance de base.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK proposent la modification suivante : « *Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions sur la limitation de l'indemnisation de l'activité des courtiers et des coûts de publicité. »*

Le Konsumentenforum et l'Union patronale suisse estiment l'art. 19 inutile si des prescriptions en matière de transparence sont imposées aux caisses. La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu, l'ASA, l'USAM et l'USIE demandent de supprimer l'al. 2, car les mesures d'autorégulation du marché suffisent. Le PDC estime également que les mesures prévues par l'art. 19, al. 2, représentent une trop grande ingérence dans l'autonomie des caisses.

L'Association suisse des courtiers en assurances (SIBA) et Ueli Kieser demandent principalement de supprimer l'art. 19, al. 2, qui viole l'égalité de traitement (intermédiaires liés juridi-

quement à une caisse - intermédiaires non liés juridiquement à une caisse), la liberté économique et la liberté contractuelle. La délégation contenue à l'al. 2 n'est pas assez précise. La SIBA demande subsidiairement que l'al. 2 soit formulé de la manière suivante : « Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions sur l'indemnisation de l'activité des intermédiaires liés à un ou plusieurs assureurs et des autres intermédiaires et sur les coûts de la publicité ». La SIBA demande la création d'un registre pour les intermédiaires d'assurance semblable à celui visé par l'art. 42 LSA. La FINMA doit tenir ce registre. La SIBA demande aussi d'introduire dans la LSAMal un devoir d'information pour les intermédiaires semblable à celui de l'art. 45 LSA.

comparis demande de supprimer l'art. 19, al. 2. Demande subsidiaire : compléter la disposition par l'expression « dans la mesure où, dans un cas particulier, le respect des prescriptions prévues à l'al. 1 l'exige ». La disposition est incompatible avec un système basé sur la concurrence. Elle entraîne une distorsion de la concurrence et n'est pas en mesure de faire baisser les coûts. Elle porte atteinte à la liberté économique. La clause de délégation n'est pas valable car pas assez précise.

Richard Eisler indique que les objectifs de l'al. 2 mentionnés dans le rapport explicatif (lutte contre la sélection des risques et économies dans le domaine de l'assurance-maladie sociale) ne peuvent pas être atteints par la disposition sur l'indemnisation des courtiers. La lutte contre la sélection des risques doit passer par une amélioration de la compensation des risques. La publicité et l'activité des courtiers augmentent l'information et la transparence. Si des courtiers recourent à des méthodes déloyales ou si la publicité est trompeuse, la législation existante (LCD) permet de sanctionner de tels comportements.

## **Art. 20 [Garantie d'une activité irréprochable]**

### **Contre**

AG trouve que les conseillers d'administration devraient bénéficier d'une qualification professionnelle suffisante, mais déplore le fait que l'al. 1 soit formulé d'une manière si imprécise qu'il ne peut avoir aucun effet. L'al. 1 peut être biffé purement et simplement. PharmaSuisse doute également qu'il soit possible de définir et d'imposer la garantie d'une activité irréprochable. Le Konsumentenforum estime pour sa part que l'article tout entier devrait être biffé, car il n'est pas acceptable que le Conseil fédéral décide des qualifications professionnelles des titulaires des fonctions en question. La caisse SLKK salue les efforts de gouvernement d'entreprise, mais ne veut ni de dispositions légales prévoyant la prise d'influence de l'autorité de surveillance sur la nomination de la direction, ni de dispositions du Conseil fédéral sur la publication des intérêts.

La caisse-maladie Turbenthal et l'Union patronale suisse surtout s'opposent à ce que la personne qui préside le conseil d'administration ou le comité ne puisse pas présider aussi la direction (al. 3). Les associations d'assureurs-maladie RVK et santésuisse et les caisses-maladie Lumneziana, Vita Surselva et kmu ne s'y opposent pas, mais souhaitent atténuer la prescription de l'art. 20 en sorte que les doubles mandats soient encore admissibles durant une période transitoire jusqu'aux prochaines élections.

Les caisses-maladie Assura et SLKK rejettent l'al. 4. Elles sont opposées à la publication des intérêts. Assura et santésuisse pourraient imaginer que les liens d'intérêts ne soient communiqués qu'à l'autorité de surveillance. La SLKK estime que la tâche d'édicter des dispositions sur la publication des intérêts doit être laissée à l'organe stratégique de l'assureur et que cela va d'ailleurs de soi pour une caisse-maladie sérieuse, comme en témoignent ses propres prescriptions internes en matière de loyauté.

## **Pour**

santésuisse, la RVK et la SVK, les organisations de défense des consommateurs FRC, SKS et ACSI, l'USAM et l'USIE ainsi que l'Union suisse des paysans, l'Union suisse des paysannes et Richard Eisler soutiennent les règles en matière de gouvernement d'entreprise et de transparence.

L'Union patronale suisse souhaite toutefois qu'il soit garanti que ces règles puissent s'appliquer de manière graduelle selon la taille de la caisse-maladie. L'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes trouvent également que les prescriptions en matière de gouvernement d'entreprise et de transparence ne doivent pas servir indirectement à faire de la politique structurelle. La RVK, les caisses Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK ainsi que santésuisse et pharmaSuisse tiennent au contraire pour arbitraire la différenciation des règles en matière de qualification professionnelle suivant la taille de la caisse-maladie (2<sup>e</sup> phrase de l'al. 2). Ces règles devraient être les mêmes pour toutes les caisses-maladie.

Al souhaite compléter l'al. 3 en sorte que les membres des Chambres fédérales ne puissent pas faire partie du conseil d'administration, du comité ou de la direction d'une caisse-maladie.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, Vita Surselva et kmu souhaitent que les prescriptions en matière de gouvernement d'entreprise, vu le rôle essentiel qu'elles jouent pour l'assurance-maladie, s'appliquent également à l'Institution commune LAMal.

## **Art. 21 [Publication des indemnités]**

### **Contre**

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK veulent biffer cette disposition. Elles estiment que la publication des indemnités n'améliore pas la protection des assurés. De plus, il faudrait aussi soumettre les fournisseurs de prestations à cette obligation, car ils touchent une part bien plus importante de l'argent des primes.

### **Pour**

La CDS et les cantons d'AG, BL, BS, OW, JU, SG et TG ainsi que le PS estiment judicieuse la publication des indemnités des membres du conseil d'administration, du comité et de la direction. Ils voudraient aller plus loin encore et limiter aussi l'indemnisation à la charge de l'assurance obligatoire des soins. AG et le PS justifient cette revendication par la nécessité d'empêcher un mouvement de spirale ascendante.

La SLKK aussi soutient la publication des indemnités de l'organe stratégique et de la direction. santésuisse, la SVK et le Groupe Mutuel soutiennent également cette prescription, mais souhaitent garantir par un complément que l'obligation de publication ne s'applique qu'à l'assurance obligatoire des soins.

Richard Eisler défend lui aussi cette prescription, bien qu'elle génère des frais administratifs, car il estime que l'utilité d'une plus grande transparence est plus importante que le dommage financier.

## **Art. 22 [Gestion des risques]**

### **Contre**

Assura s'oppose à ce que le Conseil fédéral prescrive la gestion des risques sans qu'il soit dit assez clairement de quelle manière il fera usage de la compétence de délégation. Les décisions concernant la gestion des risques devraient rester de la compétence des organes de décision de la caisse-maladie. Assura propose, à la place de l'al. 2, que la caisse rende compte à l'autorité de surveillance de ses règles internes de gestion des risques.

### **Pour**

La RVK, santésuisse et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK ne s'opposent pas à la gestion des risques, mais critiquent le fait que le projet de LSAMal copie la LSA et conduise ainsi à de coûteuses structures parallèles. Elles demandent par conséquent de coordonner le projet de loi avec la LSA. PharmaSuisse déplore que les normes de délégation aient été élaborées sans l'indispensable audition des intéressés.

Kieser critique le manque de clarté de l'art. 22, al. 2, qui ne dit pas sous quelle forme le Conseil fédéral doit édicter les dispositions en question.

## **Art. 23 [Contrôle interne de l'activité]**

### **Contre**

AG estime que l'introduction d'un organe de révision interne, suivant les circonstances, ne produira pas l'utilité nécessaire, car il ne pourra jamais travailler de manière totalement indépendante. Il faut donc que l'art. 23 se contente de prévoir que les caisses-maladie mettent en place un système de contrôle interne conforme à leurs besoins. AG relève cependant aussi que l'autorité de surveillance doit pouvoir confier des mandats complémentaires à l'organe de révision externe, comme le prévoit d'ailleurs l'art. 26, al. 2. L'USAM et l'USIE partagent cet avis.

La caisse-maladie Turbenthal soutient qu'il faut abandonner l'idée d'un système de contrôle interne, car celui-ci est effectué par les assurés.

santésuisse et la SVK exigent que l'al. 3 soit supprimé, car elles voient dans l'obligation faite à l'organe de révision interne de rendre compte à l'organe de révision externe une violation des règles de gouvernement d'entreprise.

### **Pour**

FR est favorable à la mise en place d'un système de contrôle interne adapté à la taille et à la complexité de l'entreprise. Il estime cependant que les motifs pour lesquels une caisse-maladie peut être libérée de l'obligation de mandater un organe de révision interne doivent être précisés dans la loi. La SLKK exige que la révision interne puisse aussi être confiée à un mandataire externe, sinon elle serait trop coûteuse pour beaucoup de caisses-maladie. Les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK ne s'opposent pas non plus à l'introduction d'un organe de révision interne. Mais elles souhaitent que la LSAMal, comme la LSA, abandonne l'exigence d'un SCI « efficace » et en reste aux exigences formulées par le CO. santésuisse et la SVK souhaitent supprimer la possibilité de libérer certaines caisses-maladie de l'obligation de mandater un organe de révision interne, afin que toutes les caisses soient soumises aux mêmes conditions.

## **Art. 24 [Rapports]**

### **Al. 2**

Les caisses-maladie Assura, Groupe Mutuel, kmu, Lumneziana, ÖKK, SLKK et vita surselva ainsi que les associations d'assureurs-maladie santésuisse, SVK et RVK jugent que le délai de remise du rapport de gestion au 31 mars est trop serré et souhaitent qu'il soit coordonné avec le délai valable pour les assurances privées, soit le 30 avril.

### **Al. 3**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva et l'association d'assureurs-maladie RVK souhaitent qu'il soit précisé que l'autorité de surveillance ne peut exiger des rapports intermédiaires que dans des cas fondés.

JU déplore que le contenu du rapport intermédiaire exigé n'est pas précisé et trouve que cela ne permettra pas forcément un meilleur contrôle.

pharmaSuisse estime qu'un tel pouvoir unilatéral illimité de l'autorité de surveillance ne devrait être possible que dans des cas d'exception définis par la loi.

### **Al. 4**

La caisse-maladie ÖKK propose que les assureurs-maladie soient tenus d'appliquer la norme de présentation des comptes Swiss GAAP RPC 41, car il serait très problématique d'édicter dans le droit de la surveillance des assurances des règles de présentation spéciales. Il est préférable de renvoyer à une norme de présentation des comptes reconnue.

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana, ÖKK et vita surselva ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK proposent que la présentation des comptes des caisses-maladie, des réassureurs et de l'Institution commune suive les recommandations en vigueur de la Commission Swiss GAAP RPC.

pharmaSuisse estime qu'un tel pouvoir unilatéral illimité de l'autorité de surveillance ne devrait être possible que dans des cas d'exception définis par la loi.

## **Art. 25 [Organe de révision externe]**

Pour santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK, l'organe de révision ne devrait avoir à remplir que les tâches énumérées à l'art. 26. Aucune condition supplémentaire pour la révision externe ne devrait être introduite.

La caisse-maladie Turbenthal considère que le contrôle restreint est suffisant pour les petites caisses.

Richard Eisler se prononce en faveur de cette disposition, qui engendrera peut-être des coûts administratifs pour les assureurs, mais qui permettra d'augmenter la transparence.

### **Al. 1**

Proposition de santésuisse, du Groupe Mutuel et de la SVK : « *Les caisses-maladie doivent mandater un organe de révision externe agréé d'examiner leur gestion* ».

La Chambre fiduciaire souligne qu'il faut distinguer entre le contrôle ordinaire (contrôle des comptes annuels au sens de l'art. 727 CO) et les vérifications selon les objectifs de l'autorité de surveillance. Alors que le contrôle ordinaire est défini en détail dans le CO, il manque une définition de l'organe de surveillance pour les vérifications relevant du droit de la surveil-

lance. Une telle définition fait déjà défaut pour la vérification de l'administration, inscrite actuellement à l'art. 87 OAMal. Les exigences relatives à une gestion correcte et régulière doivent être définies (p. ex. dans une directive).

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) s'interroge sur l'utilisation de l'expression « *ordentliche Überprüfung* ».

#### **Al. 2**

Le CDF relève que l'organe de révision externe doit effectuer un contrôle ordinaire. Or, s'agissant du contrôle ordinaire, le CO ne prévoit que l'expert-réviseur ou, pour les sociétés ouvertes au public, une entreprise de révision soumise à la surveillance de l'Etat. Selon le CDF, l'art. 25, al. 2, réserve en revanche au Conseil fédéral la prérogative de décider quelles catégories d'organes de révision externes agréés doivent être mandatées par les caisses-maladie. Le CDF voit une contradiction entre le fait que les exigences légales du CO et de la loi sur la surveillance de la révision (LSR) soient invoquées et que le Conseil fédéral doive, sur la base de critères non définis, décider de l'agrément effectif pour le contrôle des caisses-maladie. Il estime qu'une limitation par le Conseil fédéral à des entreprises de révision soumises à la surveillance de l'Etat constitue une restriction inutile à la concurrence car, en règle générale, les caisses-maladie ne sont pas des sociétés ouvertes au public.

Pour Assura, la possibilité donnée au Conseil fédéral d'établir encore de nouvelles conditions d'agrément paraît inutile, le renvoi à la LSR étant suffisant et plus transparent.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK proposent la suppression de cet alinéa.

### **Art. 26 [Tâches de l'organe de révision externe]**

#### **Al. 1**

La Chambre fiduciaire observe que la let. a fait référence au contrôle ordinaire. L'objet du contrôle et la présentation du rapport sont donc déterminés par le CO. La formulation de la let. b ne permet en revanche pas de saisir l'objet des vérifications ni la manière dont il doit en être rendu compte.

#### **Al. 2**

Le Konsumentenforum s'oppose à cet alinéa et en demande la suppression. Il en résultera des frais administratifs accrus et, partant, des coûts plus élevés, lesquels seront répercutés sur les primes. De plus, cet article ouvre la porte à l'arbitraire.

Assura considère également que les frais des contrôles particuliers ordonnés par l'autorité de surveillance ne devraient pas être assumés par les caisses-maladie, et au final par les assurés, puisqu'ils découlent d'une décision unilatérale de l'autorité de surveillance.

L'association des petits et moyens assureurs-maladie RVK et les caisses Lumneziana, vita surselva et kmu proposent de modifier cet alinéa en y intégrant le principe de causalité. Les mandats complémentaires ne doivent pas être mis a priori à la charge de la société, donc des assurés. Ces coûts doivent être financés par la Confédération, soit par les contribuables, ou, conformément au principe de causalité, uniquement par la caisse qui a fourni des renseignements insuffisants.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent la suppression de la dernière phrase pour les mêmes motifs. Ils proposent subsidiairement l'application du principe de causalité. Les mandats de l'autorité de surveillance à l'organe de révision ne devraient être confiés qu'en collaboration avec les assureurs-maladie.

pharmaSuisse juge démesuré ce pouvoir illimité, et ce d'autant plus que les frais sont mis à la charge de la caisse-maladie contrôlée indépendamment du fait que celle-ci se comporte correctement ou non.

L'USAM et l'USIE sont opposées à ce que l'autorité de surveillance puisse confier des mandats à l'organe de révision externe. Celui-ci travaillant sur mandat de l'assureur-maladie et étant indemnisé uniquement par ce dernier, ils jugent dérangeant que des tiers s'immiscent dans ce rapport contractuel.

FR juge la disposition judiciaire. L'organe de surveillance ne doit pas renoncer à des investigations nécessaires en raison de moyens personnels et/ou financiers insuffisants.

GL demande que la demande de précision qu'il a formulée pour l'art. 17 soit reprise et figure au nombre des tâches de l'organe de révision.

### **Al. 3**

Le Contrôle fédéral des finances juge le délai de l'al. 3 très serré.

Pour les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK et les caisses-maladie Assura, Lumneziana, vita surselva, kmu, ÖKK et Groupe Mutuel, le rapport devrait pouvoir être remis jusqu'au 30 avril (ce qui correspond au délai prévu par la LSA). Un délai au 31 mars apparaît trop serré.

La Chambre fiduciaire se prononce également pour une uniformisation du délai au 30 avril. Le rapport de révision prévu à l'art. 728b CO consiste en deux rapports : le rapport statutaire à l'intention de l'assemblée générale et le rapport résumé à l'intention du conseil d'administration. Les organes de révision seraient contraints de contrôler toutes les caisses-maladie clientes en mars durant la même période. Il ne serait dès lors plus possible que les mêmes teams contrôlent successivement différentes caisses-maladie. Les équipes de spécialistes constituées seraient remises en question, ce qui ne serait pas favorable à la qualité du contrôle. La date du 30 avril avancerait tout de même le délai d'un mois par rapport au délai actuel et coïnciderait de plus avec le calendrier des assurances complémentaires établi par la FINMA.

### **Art. 27 [Obligation d'annoncer de l'organe de révision externe]**

santésuisse et la SVK proposent de biffer cet article. Bien que cette disposition corresponde à l'art. 30 LSA, les obligations d'annoncer vont trop loin car elles font des organes de révision quasiment une deuxième autorité de surveillance. Les dispositions du droit de la société concernant la révision externe sont suffisantes.

L'USAM est également clairement opposée à ce que la non-observation des principes d'une activité irréprochable soit immédiatement annoncée à la surveillance. Il considère qu'il est suffisant que de telles violations soient mentionnées dans le rapport ordinaire de l'organe de révision.

Pour l'association des petits et moyens assureurs-maladie RVK et les caisses Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK, cet article répète inutilement l'art. 30 LSA. Il faudrait plutôt regrouper les lois sur la surveillance.

## **Chapitre 4 : Réassurance**

La caisse ÖKK demande de supprimer tout ce chapitre, car les réassureurs ne devraient pas être soumis à surveillance.

### **Art. 28 [Autorisation de pratiquer la réassurance]**

La caisse ÖKK demande de biffer cet article. Si la surveillance exercée sur les réassureurs devait être maintenue, l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale devrait autoriser automatiquement à pratiquer la réassurance dans ce domaine. De plus, les réassureurs au sens de l'art. 28, let. c, devraient être surveillés exclusivement par la nouvelle autorité de surveillance et non par la FINMA.

Pour la caisse SLKK, il est important que les autorisations existantes ne soient restreintes en aucune manière et gardent leur validité sans limitation de durée.

L'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes et femmes rurales demandent de tenir compte des besoins des petites caisses-maladie.

### **Art. 29 [Conditions d'autorisation]**

La caisse ÖKK demande de biffer cet article.

### **Art. 30 [Demande d'autorisation]**

santésuisse et la SVK soulignent que les exigences des let. b, f et g ne sont valables que pour les réassureurs, mais non pour les assureurs.

La RVK et plusieurs assureurs demandent de garder la même structure qu'à l'art. 6 LSAMal. De plus, la let. h devrait être biffée purement et simplement, car cela n'a aucun sens de soumettre les tarifs de réassurance à approbation.

La caisse ÖKK demande de biffer cet article.

### **Art. 31 [Réassureurs sociaux]**

santésuisse, la RVK, la SVK et plusieurs assureurs, de même que l'USAM, le Centre patronal et l'USIE, s'opposent à ce que les réassureurs ne puissent avoir d'autre forme juridique que la société anonyme ou la coopérative.

La caisse ÖKK demande de biffer cet article.

### **Art. 32 [Règles applicables aux réassureurs sociaux]**

La RVK et plusieurs assureurs demandent de supprimer la mention de la fortune liée, car celle-ci est un corps étranger dans la réassurance.

La caisse ÖKK demande de biffer cet article.

### **Art. 33 [Contrats de réassurance]**

La RVK et plusieurs assureurs demandent de biffer cet article.

La SLKK fait observer que les contrats de réassurance constituent une combinaison entre assurance de base et réassurance. Ce n'est toutefois pas judicieux, étant donné qu'un assureur LCA peut proposer la réassurance mais ne peut plus pratiquer l'assurance de base selon les prescriptions de la LSAMal. Il serait mieux que chaque branche ait son propre plan d'exploitation, d'autant plus que les risques courus sont diamétralement opposés.

## **Art. 34 [Tâches]**

FR salue cette disposition. JU est sceptique quant à son efficacité. AG demande de régler clairement les mesures que peut prendre l'autorité de surveillance.

Pour l'Union patronale suisse, le rôle de la surveillance consiste en une activité de contrôle et non de direction. La SLKK estime que les mesures de surveillance prévues ouvrent la porte à l'arbitraire de l'autorité de surveillance, qu'elles sont trop larges et qu'elles ne sont pas compatibles avec la liberté d'entreprise des caisses.

L'ombudsman de l'assurance-maladie sociale déplore que la disposition ne règle pas la surveillance des fournisseurs de prestations.

### **Al. 1**

La SEC Suisse demande que le respect du contrôle des conditions de la délégation de tâches (art. 5 LSAMal) soit prévu dans cette disposition.

#### **let. a**

Pour ChiroSuisse, l'activité de surveillance doit être décrite de manière plus étroite.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK proposent « *elle surveille la pratique de l'assurance-maladie sociale par les caisses-maladie* ».

#### **let. b**

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu demandent d'ajouter l'institution commune dans cette disposition.

Selon pharmaSuisse, pour assumer cette tâche, l'autorité de surveillance devrait être représentée dans la direction des assureurs.

SIBA (Association suisse des courtiers en assurance) salue l'art. 34, al. 1, let. e et demande que cette règle soit aussi valable pour les intermédiaires d'assurance.

#### **let. c**

Selon pharmaSuisse, pour assumer cette tâche, l'autorité de surveillance devrait être représentée dans la direction des assureurs.

#### **let. d**

Le PS demande des directives sur les placements des réserves et des provisions.

#### **let. e**

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent la suppression de la lettre e.

Le Konsumentenforum doute que l'autorité de surveillance puisse protéger les intérêts des assurés. Selon ChiroSuisse et physioswiss, la disposition devrait aussi prévoir la protection des fournisseurs de prestations contre les abus des caisses.

Pour la RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu, la protection des assurés contre les abus est du ressort des tribunaux et la procédure est prévue par la LPGA.

Selon pharmaSuisse, pour assumer cette tâche, l'autorité de surveillance devrait être représentée dans la direction des assureurs.

La SIBA (Association suisse des courtiers en assurances) salue l'art. 34, al. 1, let. e, et demande que cette règle soit aussi valable pour les intermédiaires d'assurance.

### **Al. 2**

Assura demande la suppression de l'al. 2, car il appartient aux autorités juridictionnelles et non à l'autorité de surveillance de veiller à une application uniforme du droit. L'ombudsman de l'assurance-maladie sociale est aussi d'avis que l'application uniforme du droit fédéral est de la compétence des tribunaux.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu demandent de biffer le mot « inspections ». ÖKK demande de remplacer « inspections » par « audits ».

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK proposent la modification suivante : « ~~L'autorité de surveillance peut adresser aux caisses-maladie et aux réassureurs sociaux des instructions visant l'application uniforme du droit fédéral et procéder à des inspections [...]~~ ». Proposition subsidiaire : prévoir aux art. 39 ss le pouvoir de l'autorité de surveillance d'adresser des instructions visant à l'application uniforme du droit fédéral. Pour l'USAM et l'USIE, la compétence de l'autorité de surveillance de notifier des instructions doit être restreinte au maximum.

### **Al. 3**

Pour le Konsumentenforum, le renforcement de l'autorégulation serait plus efficace que la possibilité de charger des tiers de tâches de surveillance. santésuisse, la SVK, Assura, le Groupe Mutuel, la SLKK, l'USAM et l'USIE refusent que les frais d'intervention de tiers soient mis à la charge de l'entreprise contrôlée. Avec la RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu, ils demandent de biffer l'expression « en tout temps ». Les conditions du recours à des tiers doivent être précisées et les frais doivent être supportés par celui qui les a provoqués.

### **Al. 4**

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK sont favorables à une autorité de surveillance unique pour les deux domaines et estiment que la coordination entre les deux autorités de surveillance engendrera des coûts supplémentaires.

La FARES demande la suppression de cette disposition, car les caisses-maladie ne doivent avoir que peu à faire avec les marchés financiers.

La FRC, la SKS et l'ACSI demandent de reprendre dans la loi les précisions contenues dans le rapport explicatif, à savoir l'obligation pour la FINMA d'avoir un comportement actif et de prendre l'initiative de la coordination si elle a connaissance, avant l'autorité de surveillance, d'un cas relevant de la compétence de l'une et de l'autre autorités.

## **Art. 35 [Obligation de renseigner]**

Pour ChiroSuisse, le droit de regard de l'autorité de surveillance et l'obligation de renseigner des assureurs et des autres services étatiques sont trop larges ; ils doivent être examinés sous l'angle de la protection des données et du secret professionnel des fournisseurs de prestations et réduits à ce qui est nécessaire.

### **Al. 1**

Pour la RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu, la liste des entités surveillées n'est pas complète au regard de l'art. 1, al. 1, LSAMal.

### **Al. 2**

santésuisse et la SVK demandent s'il ne faut entendre par « données » que les données statistiques, comme le laisse entendre le rapport explicatif.

### **Al. 3**

Pour la RVK et les caisses Lumneziana, vita surselva et kmu, la liste des faits qui doivent être annoncés à l'autorité de surveillance est indispensable (voir circulaire FINMA 2008/25).

### **Art. 36 [Echange d'informations et assistance administrative]**

Pour ChiroSuisse, le droit de regard de l'autorité de surveillance et l'obligation de renseigner des assureurs et des autres services étatiques sont trop larges ; ils doivent être examinés sous l'angle de la protection des données et du secret professionnel des fournisseurs de prestations et réduits à ce qui est nécessaire.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK souhaitent limiter la transmission d'informations et de documents à la réduction des primes. Pour le reste, les art. 31 LPGa, 82 et 84a LAMal suffisent.

### **Art. 37 [Publication des décisions]**

FR demande une publication systématique des sanctions à partir d'un certain degré de gravité à définir par le Conseil fédéral. santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent de limiter la possibilité de publication aux décisions entrées en force. Les décisions devront par ailleurs être rendues anonymes.

### **Art. 38 [Financement de l'autorité de surveillance]**

L'IC LAMal relève qu'elle n'est, à juste titre, pas mentionnée dans cette disposition. Il a manifestement été tenu compte du fait qu'elle ne dispose pas de fonds propres et qu'elle ne pourrait donc pas financer des frais de surveillance.

### **Contre**

La CDS et les cantons de AG, BE, BL, BS, GE, GL, JU, LU, NE, SG, TG, UR, VD et VS, qui la soutiennent explicitement dans leurs réponses séparées, exigent que l'autorité de surveillance reste financée par la Confédération. Ils motivent cette revendication surtout par l'indépendance morale de l'autorité de surveillance par rapport aux institutions surveillées, mais aussi, pour certains, parce qu'ils voient l'assurance-maladie sociale comme une tâche incombant à l'Etat. Cette opinion est partagée par les caisses Assura, SLKK, Lumneziana, vita surselva et kmu, les associations d'assureurs-maladie santésuisse, SVK et RVK, ainsi que la FARES, la FRC, la SKS et l'ACSI, l'USAM, l'USIE, l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux, l'USS, la Fédération suisse des patients, la Chambre fiduciaire et, à titre subsidiaire, Richard Eisler. Parmi les partis, les Verts et le PS rejettent le financement au moyen des redevances de surveillance.

Le Konsumentenforum, à l'instar de ChiroSuisse, juge qu'il n'est pas défendable, dans la situation tendue qui règne actuellement, que les assurés paient les frais supplémentaires causés par les redevances de surveillance via les primes d'assurance-maladie. Pour la FMH, il est problématique que les coûts de la surveillance soient supportés par les caisses-maladie, car cela ouvre la porte à une activité de surveillance tendancieuse (« je ne mords pas la main qui me donne à manger »). La surveillance devrait par conséquent être financée à 50 % au moins par des fonds de la Confédération. Le Centre patronal aussi souhaite que la surveillance soit financée en partie au moins par des fonds de la Confédération.

## **Pour**

L'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes et femmes rurales approuvent la répartition des frais selon le principe du responsable-payeur, et donc le report des charges sur les assureurs-maladie. pharmaSuisse aussi salue la redevance de surveillance, mais voudrait que celle-ci soit fixée en fonction des dépenses de chaque caisse-maladie. Ces frais ne devraient pas pouvoir être répercutés sur les payeurs de primes.

## **Section 3 : Mesures de surveillance**

### **Art. 39 [Mesures conservatoires]**

santésuisse, la SVK, plusieurs assureurs et l'Union suisse des paysans demandent la suppression de cet article.

ChiroSuisse et physioswiss demandent de ne pas seulement sauvegarder les intérêts des assurés, mais aussi de prendre en compte les exigences des fournisseurs de prestations.

#### **Al. 1**

santésuisse, la SVK, plusieurs assureurs, plusieurs associations faîtières de l'économie et pharmaSuisse jugent trop ouverte la description des conditions justifiant l'intervention de l'autorité de surveillance et demandent de respecter le principe de proportionnalité.

La RVK et plusieurs assureurs demandent un concept d'intervention avec des échelons bien définis. Ils jugent que « *paraissent* » constitue une base insuffisante pour justifier des mesures conservatoires. santésuisse aussi demande un échelonnement en fonction de la gravité de la situation.

L'USAM demande de limiter ces mesures à des scénarios de mise en danger clairement définis, principalement le risque d'insolvabilité.

santésuisse, la SVK, plusieurs assureurs et l'USAM demandent en outre que l'autorité de surveillance *décide*.

#### **Al. 2**

La RVK demande de mentionner aussi les réassureurs privés aux let. a, b, e et j.

*Let. a et b* : santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs proposent de remplacer ici les actifs par la fortune liée.

*Let. c* : santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs en demandent la suppression.

*Let. d* : santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs en demandent la suppression, ou du moins de préciser que l'assureur recevant doit avoir donné son accord. C'est ce que demande aussi l'USAM. La RVK et plusieurs assureurs demandent en outre de préciser qu'il s'agit d'un transfert forcé de l'effectif des assurés. pharmaSuisse demande comment il est possible de procéder à une attribution neutre du point de vue de la concurrence.

*Let. e* : santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs sont d'accord à titre subsidiaire.

*Let. f, g et i* : santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs en demandent la suppression.

*Let. h* : santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs demandent de la supprimer, ou de fixer des critères plus précis.

*Let. j* : santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs sont d'accord à titre subsidiaire.

*Let. k* : santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs demandent que l'autorité de surveillance puisse seulement *proposer* ces mesures à l'*autorité compétente*.

L'IC LAMal demande d'ajouter une lettre prévoyant qu'elle soit informée en cas de risque d'insolvabilité.

#### **Al. 3**

santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs demandent de biffer cet alinéa et de le remplacer par une disposition selon laquelle l'autorité de surveillance assume la responsabilité.

#### **Art. 40 [Délégué de l'autorité de surveillance]**

santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs demandent la suppression de cet article.  
L'USAM et l'Union suisse des paysans demandent de ne prévoir cette mesure que dans des situations d'exception, et seulement dans des conditions clairement définies.

##### **Al. 4**

santésuisse, la SVK, plusieurs assureurs et le Konsumentenforum s'opposent à ce que les assurés puissent supporter ces frais.  
L'USAM demande que le délégué assume la responsabilité.

#### **Art. 41 [Procédure en cas de transfert de l'effectif des assurés]**

santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs demandent la suppression de cet article.  
La RVK et plusieurs assureurs proposent d'en préciser le domaine d'application et de parler de transfert forcé de l'effectif des assurés.

##### **Al. 1**

La RVK et plusieurs assureurs trouvent que la formulation « *est déliée de son obligation de garder le secret à l'égard des personnes intéressées* » est trop générale.

##### **Al. 3**

Plusieurs cantons, le PDC, des associations faitières de l'économie, des organisations de défense des consommateurs, santésuisse, la SVK et plusieurs assureurs, mednetbern AG, R. Eisler et U. Kieser s'opposent à la limitation de la possibilité de changer d'assureur.

#### **Art. 42 [Ouverture de la faillite]**

La RVK et plusieurs assureurs demandent de protéger aussi l'IC LAMal de l'ouverture de la faillite sans contrôle.

ChiroSuisse propose de prendre également en compte les exigences des fournisseurs de prestations.

Le Konsumentenforum estime que cette disposition va trop loin.

#### **Art. 43 [Mesures en cas de mise en danger du système d'assurance-maladie]**

Le PDC et santésuisse proposent de régler ces mesures, si elles sont vraiment nécessaires, dans la LAMal puisqu'il s'agit de la protection du système.

Plusieurs participants déplorent que les conditions conduisant à la prise de mesures (« mise en danger du système ») ne soient pas suffisamment définies.

La CDS et plusieurs cantons demandent de ne pas prévoir de limitation des prestations légales. La FMH et les cantons de BE et ZH demandent de ne pas prévoir non plus de baisse des tarifs.

AG, l'UDC, le PS, les Verts, l'USS, H+ et plusieurs organisations de défense des consommateurs demandent de supprimer tout l'article. Ils partent de l'idée que le risque de mise en danger est minime et/ou que les possibilités d'action existantes (p. ex., législation d'urgence au sens de la Constitution fédérale) sont suffisantes.

## **Art. 44 [Fin de l'activité d'assurance]**

### **Al. 1**

Assura trouve qu'il n'est pas suffisamment clair que l'autorisation est retirée par voie de décision si la caisse-maladie n'est pas d'accord de cesser cette activité.

### **Al. 2**

Les caisses-maladie kmu, Lumneziana et vita surselva ainsi que l'association d'assureurs-maladie RVK jugent la liste incomplète, car en raison de l'affectation liée des fonds, tous les réassureurs actifs dans le domaine de l'assurance-maladie sociale sont concernés par cette règle. Il faut donc biffer l'adjectif « social » après « réassureur ».

### **Al. 3**

Ueli Kieser juge que la répartition prévue des réserves n'est pas praticable.

## **Art. 45 [Groupes d'assurance]**

AG considère que les groupes d'assurance ne devraient pas être autorisés. Les entreprises devraient être juridiquement indépendantes et n'être autorisées à pratiquer qu'une seule assurance-maladie. Faute de quoi, le risque encouru est une segmentation des assurés, laquelle n'est, à terme, bénéfique ni pour le système ni pour les assurés.

La FARES est également opposée à de tels groupes d'assurance. Le caractère hétéroclite des entreprises admises et l'insuffisance des exigences posées pour leur implication dans le traitement des problèmes relevant d'une assurance-maladie sociale diluent dangereusement l'aptitude de tels groupes à œuvrer dans le cadre de la LAMal.

Pour santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK, tout le chapitre doit être biffé. Si ce devait ne pas être le cas, seuls les art. 46, al. 1, et 48 devraient être repris dans la version qu'ils ont proposée. La notion d'unité économique est vide de sens car le capital de la caisse-maladie est dédié à un objectif clairement défini, conformément à l'art. 4, al. 1, let. f, qui stipule que les ressources provenant de l'assurance-maladie sociale ne peuvent être affectées qu'à des buts d'assurance-maladie sociale.

Ils considèrent en outre qu'il serait judicieux de préciser ce qu'on entend exactement par « *facteurs d'influence* », ces derniers étant actuellement définis par la jurisprudence concernant l'article 663e CO, laquelle est sujette à modification.

Une surveillance au niveau du holding est par ailleurs étrangère au système et ne présente, du point de vue de l'autorité de surveillance, aucun avantage. De plus, la surveillance au niveau du holding s'accompagne d'une dépense supplémentaire pour les assureurs.

L'USAM et l'USIE s'opposent à un contrôle des groupes. Ce dernier représente une charge administrative inutile pour tous les participants.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu proposent que les groupes d'assurance qui exercent en majeure partie dans le domaine de l'assurance privée soient surveillés par la FINMA afin d'éviter des doublons entre autorités et domaines de surveillance.

Pour la caisse ÖKK, la création d'une nouvelle autorité de surveillance amènerait cette dernière à revendiquer avec la FINMA la surveillance sur les groupes, lesquels pratiquent l'activité d'assurance tant selon la LAMal que selon la LCA. Cela serait du reste également le cas avec une séparation institutionnelle. Seule une surveillance intégrée à la FINMA leur paraît de ce fait appropriée.

TI salue l'instauration d'une surveillance des groupes d'assurance mais demande que la surveillance soit précisée au niveau de l'ordonnance. Le concept d'unité économique (art. 45, let. c) doit être mieux défini. Il faut aussi prévoir des limitations aux activités d'un groupe lorsque celles-ci sont manifestement contraires aux buts d'une assurance sociale (sélection des risques en répartissant les assurés entre les différentes caisses d'un groupe selon leur typologie).

L'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes et femmes rurales relèvent que les dispositions des art. 45 à 48, qui sont d'une manière générale à saluer, peuvent aussi être introduites dans la LAMal.

Assura relève que la notion d'unité économique est peu claire. Il manque une définition des facteurs d'influence ou de contrôle. La disposition doit être précisée, afin de délimiter clairement les groupes.

La SLKK renonce à se prononcer sur la question des conglomérats d'assurance et holdings.

#### **Art. 46 [Relations avec la surveillance individuelle]**

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK proposent de supprimer tout l'article ou au moins l'al. 2 et de modifier l'al. 1 afin que la surveillance se limite à l'activité de l'assurance-maladie sociale. Ils s'opposent fermement aux possibilités d'intervention prévues à l'al. 2. Comme les ressources de l'assurance-maladie sont liées, des dispositions sur le cumul des risques n'ont pas de sens.

Pour la RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu, l'art. 46 doit se référer explicitement à l'activité dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, sans quoi la manière dont la coordination des activités de surveillance doit avoir lieu n'est pas claire. Dans les faits, la surveillance sur les groupes d'assurance pourrait mener à la surveillance des assureurs privés qui se trouvent dans le groupe.

#### **Art. 47 [Garantie d'une activité irréprochable et organe de révision externe]**

Assura propose la suppression de cet article. Lorsque la société holding ne pratique pas l'assurance-maladie sociale, il n'y a aucune raison de la soumettre à des conditions spécifiques comme cela est prévu aux art. 47, al. 1, et 48. En outre, une révision des comptes de groupe ne se justifie pas au-delà de ce que prévoit déjà le CO. Au demeurant, les mesures de surveillance applicables à chaque assureur-maladie sont largement suffisantes pour garantir la sécurité et la pérennité du système.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent également la suppression de cet article. L'autorité de surveillance doit se limiter à l'assurance-maladie sociale.

#### **Art. 48 [Obligation de renseigner]**

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK proposent de supprimer cet article. Proposition subsidiaire : le modifier de manière à ce que l'obligation de renseigner ne concerne que l'activité dans le domaine de l'assurance-maladie sociale.

Assura propose également la suppression de cet article.

### **Art. 49 [Institution commune]**

L'IC LAMal rejette l'inscription proposée des règles concernant l'Institution commune dans la LSAMal (art. 49 ss) et l'abrogation de l'art. 18 LAMal. L'institution serait ainsi quasiment privée de la base même de son nom. Elle figure aussi sous le nom « Institution commune LAMal » dans le Règlement (CEE) n° 574/472 en tant qu'organisme de liaison et institution compétente pour l'entraide administrative. Un changement de nom pourrait avoir des conséquences négatives. Un éventuel nouveau nom tel que « Institution commune LSAMal » ne renverrait plus au domaine d'activité de l'assurance-maladie, mais donnerait à tort l'impression qu'il s'agit d'une institution chargée de surveiller les caisses-maladie. Cependant l'IC LAMal n'a aucune compétence en la matière.

Proposition de l'IC LAMal : biffer dans la LSAMal toutes les dispositions qui la concernent. Les dispositions en vigueur dans la LAMal, l'OAMal et l'OCOR doivent être maintenues.

Proposition subsidiaire : reformuler ainsi l'art. 49 : « *Les caisses-maladie gèrent la fondation créée selon l'art. 18, al. 1, LAMal. Celle-ci garde le nom d'« Institution commune LAMal ».*

La SLKK se réjouit du changement concernant la surveillance sur l'IC LAMal. Outre la compétence désormais claire, la SLKK attend de la nouvelle surveillance une nette amélioration de la gestion et une nouvelle réglementation légale de l'entraide en matière de prestations.

santésuisse et la SVK se félicitent que la surveillance sur l'IC LAMal soit réglée dans la LSAMal. Mais les contrôles matériels devraient être réglés dans la LAMal.

Pharmaswiss propose d'assigner à l'IC LAMal une nouvelle tâche : indemniser les fournisseurs de prestations pour leurs activités génératrices d'économies, comme l'optimisation de la prescription de médicaments par des cercles de qualité interdisciplinaires médecin/pharmacien, ou la prise en charge pharmaceutique de homes, qui réduisent les frais à la charge de la collectivité.

### **Art. 50 [Tâches de l'institution commune]**

L'IC LAMal salue l'initiative de réglementer toutes ses tâches au niveau de la loi. Mais cela devrait être fait dans la LAMal.

Proposition de l'IC LAMal : biffer dans la LSAMal les dispositions qui la concernent ; conserver les dispositions en vigueur dans la LAMal (art. 18 et 105) et dans l'OAMal (art. 19) et les regrouper dans la LAMal.

santésuisse propose de biffer cette disposition ou de l'intégrer dans la LAMal.

### **Art. 51 [Financement de l'institution commune]**

L'IC LAMal propose, on l'a vu, de biffer dans la LSAMal toutes les dispositions qui la concernent.

Sur le fond, elle est favorable à une réglementation du financement au niveau de la loi. Elle relève que le financement de la compensation des risques (actuellement art. 9 OCOR) et celui des frais d'administration de l'organisme de liaison, financés jusqu'ici par la Confédération (art. 18, al. 6, LAMal, art. 19, al. 3, dernière phrase, OAMal), ont été oubliés. Elle propose par conséquent que les tâches et le financement de l'IC LAMal continuent d'être réglés dans la LAMal, l'OAMal et l'OCOR.

Proposition subsidiaire : réglementer au niveau de la loi le financement de la compensation des risques et celui des frais d'administration de l'organisme de liaison.

santésuisse et la SVK proposent de biffer cette disposition ou de l'intégrer dans la LAMal.

### **Art. 52 [Gestion du fonds d'insolvabilité]**

L'IC LAMal relève que le contenu des art. 52 à 58 n'était réglé jusqu'ici que dans un règlement de l'IC LAMal. Elle approuve le principe de l'introduction d'une réglementation au niveau de la loi, qui augmente la légitimité des mesures à prendre par l'IC LAMal. Mais ces dispositions pourraient tout aussi bien être introduites dans la LAMal.

Proposition de l'IC LAMal : introduire les dispositions relatives au fonds d'insolvabilité dans la LAMal.

### **Art. 53 [Financement du fonds d'insolvabilité]**

Pour santésuisse, cet article définit exhaustivement les sources de financement du fonds d'insolvabilité, ce qui n'est pas le cas dans la loi actuelle.

AI et BE estiment que cette disposition doit être précisée (la let. c surtout).

#### **let. c**

L'IC LAMal suppose qu'il s'agit ici de l'excédent de recettes au sens de l'art. 67, al. 2<sup>ter</sup>, OAMal. Ces recettes n'ont rien à voir avec la surveillance et doivent donc être rayées de la LSAMal. La réglementation de la redistribution de l'excédent de recettes doit rester dans l'OAMal.

L'IC LAMal souligne aussi que cet excédent de recettes lui a jusqu'ici été remboursé (art. 67, al. 2<sup>ter</sup>, OAMal) ; selon le ch. 1.4 du « Règlement concernant le remboursement de l'excédent de recettes de l'industrie pharmaceutique aux assureurs-maladie » approuvé par le DFI, l'IC LAMal doit cependant le reverser aux assureurs sur la base de leur effectif d'assurés. L'IC LAMal n'est pas opposée à ce que l'excédent de recettes soit, au lieu de cela, directement crédité au fonds d'insolvabilité. Mais cela devrait être signalé comme une nouveauté dans le commentaire. Si au contraire le règlement en vigueur est maintenu, la let. c doit être biffée.

AI, BE, JU et LU jugent cette disposition trop peu opérationnalisable ; elle devrait aboutir à une alimentation excessive du fonds d'insolvabilité. Proposition alternative : une disposition réglant l'affectation des fonds qui devraient alimenter le fonds d'insolvabilité selon les dispositions légales, lorsqu'ils dépassent un montant maximal.

LU exige la suppression de la let. c et demande si cette disposition n'est pas en contradiction avec l'art. 17.

#### **let. d**

Pour santésuisse, il s'agit ici d'une nouvelle source de recettes. santésuisse et la SVK demandent de biffer purement et simplement la let. d.

FR et JU, au contraire, approuvent cette disposition.

### **Art. 54 [Montant du fonds d'insolvabilité]**

#### **Al. 1**

santésuisse relève qu'actuellement le fonds d'insolvabilité repose sur un contrat conclu entre l'IC LAMal et les assureurs et se monte à 70 millions de francs. Il est convenu que si ce montant devait être insuffisant, les assureurs mettraient à disposition les fonds nécessaires dans les plus brefs délais. Cette manière de procéder présente l'avantage de ne pas bloquer des fonds qui devraient être gérés par l'IC LAMal. Le système actuel a permis de régler trois quarts des cas d'insolvabilité de ces dernières années.

Pour le Konsumentenforum, il serait faux de définir le montant du fonds d'insolvabilité en fonction de la situation financière des caisses-maladie.

#### **Al. 2**

Pour l'IC LAMal, il n'est pas rationnel qu'en cas de dégradation de la situation des caisses-maladie celles-ci versent des contributions au fonds d'insolvabilité et qu'en cas d'amélioration de la situation elles reçoivent des versements du fonds d'insolvabilité. Mais elle peut accepter cette disposition et ne s'y oppose donc pas.

#### **Al. 3**

santésuisse est d'accord que l'autorité de surveillance doit être consultée comme aujourd'hui, mais n'accepte pas qu'elle soit la seule à avoir la compétence de décision en ce qui concerne le fonds d'insolvabilité.

santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent la suppression de l'al. 3.

Assura exige aussi de biffer cet alinéa. La possibilité donnée à l'autorité de surveillance d'ordonner l'augmentation du fonds n'est pas satisfaisante et devrait être abandonnée au profit de la situation actuelle, qui permet d'adapter rapidement le montant en fonction des circonstances et de ne pas bloquer inutilement des fonds importants.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu demandent de biffer l'al. 3. Elles voient dans cette mesure une atteinte disproportionnée à l'autonomie de l'IC LAMal.

L'IC LAMal voit dans cette nouvelle disposition un mélange entre compétence et responsabilité. Elle demande de biffer cet alinéa. L'OFSP a la possibilité d'intervenir à temps si la situation d'un assureur est compromise, raison pour laquelle le fonds d'insolvabilité n'a pas besoin d'être augmenté.

L'USAM et l'USIE sont clairement opposées à une augmentation du fonds d'insolvabilité, qui aurait pour conséquence une hausse des primes. Une telle augmentation ne serait du reste pas nécessaire, puisque le renforcement de la surveillance réduit fortement la probabilité que des cas d'insolvabilité surviennent. Si, une fois ou l'autre, le niveau du fonds n'était pas suffisant pour faire face à un cas d'insolvabilité, ce serait à l'Etat d'intervenir (comme il l'a fait pour sauver l'UBS). Le cas échéant, l'Etat devrait avoir le droit de reporter après coup sur les assureurs, entièrement ou partiellement, les frais occasionnés.

De l'avis des deux associations, il faudrait absolument inscrire dans la LSAMal des dispositions de protection du droit (légitimation active et passive, voies de recours).

#### **Art. 55 [Constatation de l'obligation d'allouer des prestations du fonds d'insolvabilité]**

IC LAMal : voir les remarques concernant l'art. 52.

santésuisse n'a pas de remarques.

#### **Art. 56 [Insolvabilité]**

IC LAMal : voir les remarques concernant l'art. 52.

santésuisse n'a pas de remarques.

#### **Art. 57 [Nature et étendue de la prise en charge des prestations]**

IC LAMal : voir les remarques concernant l'art. 52.

santésuisse n'a pas de remarques.

Selon le canton de FR, cette disposition ne précise pas d'où viendront les moyens financiers si ceux du fonds d'insolvabilité sont insuffisants. Cette lacune doit être comblée et la loi doit préciser qui prend le relais à court terme lorsque le fonds est vide.

### **Al. 3**

L'IC LAMal demande de compléter l'al. 3 pour la raison suivante : il y a une lacune pour les cas dans lesquels une caisse-maladie est insolvable et le fonds d'insolvabilité doit allouer des fonds, sans que la faillite ait été ouverte. Pour ces cas, il devrait être prévu que la caisse-maladie rembourse les prestations au fonds d'insolvabilité dès qu'elle est en mesure de le faire. Proposition : compléter l'al. 3 par la phrase suivante (en premier) : « *L'IC LAMal peut se retourner contre la caisse-maladie insolvable pour les prestations qu'elle a prises en charge à sa place.* »

## **Art. 58 [Recours]**

### **Contre**

La caisse SLKK souligne expressément qu'il n'est pas raisonnable de donner à l'IC LAMal la possibilité d'assumer les prétentions récursoires contre les organes qui sont responsables de l'insolvabilité de la caisse-maladie. En se référant à une procédure en cours, elle explique que l'IC LAMal pourrait agir intentionnellement en se servant des fonds de l'assurance-maladie sociale. De plus, les faits pénalement punissables doivent être poursuivis d'office.

Ueli Kieser fait observer qu'on ne sait pas clairement à quelles prétentions se réfère cette disposition. La cession légale n'est pas compréhensible, car elle se réfère aux prestations légales, alors que les prétentions transférées relèvent du droit de la responsabilité civile ; il n'y a donc pas congruence entre les prestations, ce qui est pourtant de règle dans la responsabilité civile. Il propose par conséquent de revoir complètement la rédaction de cette disposition.

### **Pour**

L'IC LAMal salue l'introduction de ces dispositions, qui ne reposaient jusqu'ici que sur un règlement. Mais la dernière phrase de l'art. 1 devrait être biffée, car la production des créances dans la procédure de faillite est déjà traitée à l'art. 57, al. 3.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK estiment que les bases éventuelles régissant la responsabilité doivent déjà être citées au préalable. De plus, les assurances RC des organes devraient être déclarées obligatoires.

## **Chapitre 8 : Procédure**

### **Art. 65**

Assura juge qu'il ne serait pas inutile de décrire plus précisément l'instance de recours et les conflits de compétence.

L'IC LAMal fait remarquer que l'art. 65 subordonne de manière générale la procédure de recours selon la LSAMal à la PA. Cependant, comme le montre l'art. 64, il est aussi possible que d'autres procédures (p. ex. LPGA) s'appliquent. L'IC LAMal pourrait d'ailleurs être sou-

mise à d'autres dispositions de l'organisation judiciaire pour l'accomplissement de ses diverses tâches. L'art. 65 n'est donc que partiellement valable pour les décisions de l'IC LAMal. C'est pourquoi elle demande de restreindre le champ d'application de l'art. 65 aux décisions prises par l'autorité de surveillance en vertu de la présente loi.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu font observer que la procédure de recours contre les décisions de l'autorité de surveillance devrait être explicitement réglementée.

santésuisse et le Groupe Mutuel proposent de compléter l'art. 65. Pour éviter tout malentendu et pour empêcher qu'il ne soit pas possible de porter les décisions de l'autorité de surveillance devant une instance supérieure, il leur paraît nécessaire de créer les bases légales correspondantes. Selon eux, on ne peut savoir clairement s'il est possible de déposer un recours administratif contre les décisions de l'autorité de surveillance ou si un recours présenté directement au Tribunal administratif fédéral est admissible. C'est pourquoi l'art. 65, al. 1, doit être complété ainsi : « Les dispositions de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative sont applicables à la procédure dans la mesure où la présente loi n'y déroge pas *expressément*. » Il faudrait de plus y ajouter le nouvel al. 2 suivant : « *Les recours déposés contre les décisions de l'autorité de surveillance suivent les dispositions de l'organisation judiciaire fédérale, en particulier celles de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral et de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral.* »

La SVK, comme santésuisse et le Groupe Mutuel, trouve qu'il est indispensable de créer les bases légales nécessaires pour éviter tout malentendu et pour empêcher qu'il ne soit pas possible de porter les décisions de l'autorité de surveillance devant une instance supérieure.

Ueli Kieser souligne qu'on ne sait pas clairement s'il est possible de déposer un recours administratif contre les décisions de l'autorité de surveillance (devant quelle autorité ?) ou si un recours présenté directement au Tribunal administratif fédéral est admissible.

## **Art. 66 [Forme juridique, siège et désignation]**

### **Contre**

#### **Al. 1**

BS demande qu'on abandonne l'idée de créer une autorité de surveillance indépendante. Il faudrait le cas échéant renforcer la surveillance et la laisser à l'OFSP. L'externalisation de l'autorité de surveillance ne produirait pas forcément une plus-value professionnelle, mais à coup sûr davantage de frais administratifs. En outre, il est à craindre qu'elle ait des effets négatifs sur les interfaces relatives aux autres tâches centrales de l'OFSP en matière de surveillance et de législation dans le domaine de la LAMal. D'autres inconvénients naîtraient aussi de la plus grande distance avec d'autres services de l'administration fédérale tels que l'OFAS, l'OFS et l'AFF.

L'OFSP est en outre un important interlocuteur politique pour tous les acteurs du domaine de la santé, en particulier pour les cantons. L'implication des cantons dans l'organisation et le financement de la santé et du social (p. ex. hôpitaux, réduction des primes, prestations complémentaires et aide sociale) pourrait être réduite. On peut aussi craindre une autorité de surveillance technocratique, trop proche des caisses-maladie surveillées.

JU souligne que la surveillance doit être exercée directement par l'administration. Un transfert de cette responsabilité serait contraire aux lois en vigueur, car le projet de LSAMal ne prévoit ou ne peut prévoir aucun contrôle juridique au sens de la PA. JU renvoie en outre à l'art. 76 LPGA, qui attribue directement au Conseil fédéral la responsabilité de la surveillance des assurances sociales.

SZ juge, citant l'exemple de la FINMA en lien avec le soutien apporté aux banques, que même une autorité de surveillance indépendante ne permet pas d'éliminer tous les risques.

Effectuer un contrôle étroit sur 80 sociétés d'assurance n'est pas possible, il rendrait la surveillance trop coûteuse, ce qu'il faut éviter.

SO estime que la surveillance doit être rattachée à la FINMA, car l'argument du rapport explicatif selon lequel les assureurs sociaux sont exposés à d'autres intérêts que les acteurs soumis à la surveillance des marchés financiers n'est selon lui pas convaincant. Le rattachement à la FINMA permettrait de mieux résoudre les problèmes d'interfaces. En cas de création d'une autorité de surveillance indépendante, il faudrait examiner si celle-ci ne devrait pas surveiller également les assurances soumises à la LCA, si elles ne sont pas institutionnellement séparées.

Le Konsumentenforum se demande si l'externalisation de la surveillance est même admissible lorsque les assurés ne sont pas représentés dans cette surveillance, et il renvoie à l'art. 72 de la Convention n°102 de l'OIT.

La caisse Assura craint qu'une externalisation de l'autorité de surveillance n'entraîne des coûts plus élevés, qui pourraient être évités si cette autorité était directement subordonnée au DFI. Une meilleure collaboration avec le DFI et l'OFSP, qui resterait chargé des travaux législatifs, permettrait en outre des gains d'efficacité. La collaboration entre deux unités différentes n'est jamais aussi efficace que celle qui a cours au sein d'une seule autorité. Il faut donc tenir particulièrement compte de ce point avant d'envisager une externalisation.

La RVK et les caisses-maladie SLKK, ÖKK, Lumneziana, vita surselva et kmu estiment qu'il faut envisager encore une fois le rattachement de la surveillance à la FINMA, en raison des effets de synergie avec le domaine des assurances complémentaires, et abandonner l'idée d'une surveillance indépendante, qui génère des frais d'administration trop élevés.

santésuisse et la SVK sont également opposées à une externalisation de l'autorité de surveillance et sont favorables au maintien de l'organisation existante. Il ne faut inscrire dans le projet de LSAMal que des dispositions sur l'indépendance, la responsabilité et l'activité d'information de l'autorité de surveillance.

L'Association suisse d'assurances est favorable à une réduction de l'influence de la politique sur la surveillance comme à une désimbrication de la surveillance matérielle et de la surveillance financière, mais elle estime qu'il n'est pas nécessaire pour cela de transformer la surveillance en une autorité indépendante autonome.

L'association hospitalière H+ fait observer que la création d'une autorité de surveillance indépendante ferait augmenter encore les coûts de la santé, sans bénéfice pour les patients.

Le PS et l'USS ainsi que la Fédération suisse des patients sont opposés à l'externalisation de la surveillance, car alors ni l'application de l'assurance-maladie, ni la surveillance ne seraient plus exercées par l'Etat. Il en résulterait une privatisation de tâches étatiques. Mais la politique doit pouvoir continuer d'exercer son influence. C'est aussi ce que pense Travail suisse, pour qui une externalisation n'entre pas non plus en ligne de compte.

La SEC Suisse est elle aussi opposée à la mise en place d'une autorité de surveillance indépendante, car dans ce cas le contrôle démocratique de la surveillance n'est plus garanti. Elle doute également qu'une surveillance indépendante de l'administration permette d'accéder à l'indépendance effective nécessaire. De plus, les innovations qui s'imposent pourraient aussi être obtenues avec la surveillance existante. Mais si l'on maintient l'option d'externaliser la surveillance, la SEC Suisse souhaite une représentation appropriée des assurés au sein de la nouvelle autorité, en tant que mesure susceptible d'inspirer confiance.

Richard Eisler n'est pas résolument opposé à une externalisation mais, pour des raisons d'efficacité, il préconise plutôt un rattachement à la FINMA.

La RVK et la caisse ÖKK critiquent le fait que le siège de l'autorité de surveillance soit limité à Berne et jugent la dénomination de cette autorité étrange et compliquée.

### ***Pour***

La CDS et les cantons de BE, BL, BS, LU, SG et TG approuvent la création d'une autorité de surveillance sous forme d'établissement de droit public indépendant, à condition qu'elle suive le principe selon lequel les coûts pour les cantons sont fonction des primes cantonales. Ils considèrent donc qu'une surveillance exercée par la FINMA ne serait pas appropriée. AG est lui aussi favorable à la création d'une autorité de surveillance indépendante, qui devrait continuer de porter une grande attention à la solvabilité des caisses-maladie. GL est également favorable à une autorité de surveillance indépendante, qui devrait amener plus de transparence et une plus grande sécurité financière pour les caisses surveillées.

Les organisations de défense des consommateurs FRC, SKS et ACSI soutiennent également la création d'une autorité de surveillance indépendante.

Le PLR est favorable sur le fond à une autorité de surveillance indépendante, mais subordonne son soutien à la condition qu'il n'en résulte pas de frais plus élevés pour les assurés. Partageant cet avis, l'Union patronale suisse exige la présentation de calculs à ce propos.

### ***Art. 67 [Organes]***

#### ***Contre***

santésuisse, la RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu demandent la suppression pure et simple de l'art. 67.

### ***Art. 68 [Conseil d'administration]***

#### ***Contre***

JU demande que la répartition des compétences entre le conseil d'administration et la direction soit mieux définie.

La FMH n'est pas d'accord que l'édiction d'ordonnances puisse être déléguée à l'autorité de surveillance indépendante (art. 68, al. 1, let. c).

Le CDF juge que le budget de l'autorité de surveillance indépendante sera probablement trop petit pour instituer un organe de révision interne professionnel. Il recommande donc d'y renoncer, ou de donner à cette disposition la forme potestative (art. 68, al. 1, let. e). A propos de l'art. 68, al. 4, le CDF relève que la présidence de l'autorité de surveillance ne pourra probablement pas être organisée comme une fonction à plein temps, si bien qu'il faudrait élaborer une autre disposition pour éviter les conflits d'intérêts.

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu demandent de préciser les qualifications requises des membres du conseil d'administration et de la direction (art. 68, al. 2), à moins que l'article tout entier ne soit supprimé. Elles estiment, avec la caisse ÖKK, que l'introduction de quotas par sexe à l'art. 68, al. 3, est étrangère au sujet et doit être abandonnée.

Ueli Kieser émet, sous l'angle des principes de l'Etat de droit, des réserves quant au pouvoir donné au conseil d'administration de l'autorité de surveillance d'émettre des ordonnances. Il faut vérifier si une sous-délégation au conseil d'administration est notamment admissible.

### ***Pour***

FR exige que le Conseil fédéral édicte des dispositions pour mieux définir la prévention des conflits d'intérêts, comme prévu à l'art. 20, al. 4, du projet.

TI demande que non seulement les deux sexes, mais aussi les régions linguistiques soient représentées de façon appropriée dans le conseil d'administration. VD demande que les cantons soient représentés au sein de l'autorité de surveillance, puisque les primes et les réserves doivent être fixées au niveau cantonal (art. 68, al. 3).

Les organisations de défense des consommateurs FRC, SKS et ACSI souhaitent que la nomination du conseil d'administration soit précisée dans une ordonnance, afin de prévenir les conflits d'intérêts.

### ***Art. 69 [Direction]***

#### ***Contre***

JU exige une réglementation spécifique à la nomination de la direction, et spécialement du directeur de l'autorité de surveillance, et en particulier des motifs d'empêchement concernant la nomination et la prévention des conflits d'intérêts.

### ***Pour***

text

### ***Art. 70 [Organe de révision]***

#### ***Contre***

Le CDF critique le manque de clarté du projet de LSAMal, qui ne dit pas selon quelles normes il faut effectuer la révision et en rendre compte. Il propose donc une disposition aux termes de laquelle le mandat de révision du Contrôle fédéral des finances suit les dispositions du code des obligations et le CDF rend compte au Conseil fédéral. Ainsi, il serait clair que le Conseil fédéral assume la fonction de l'assemblée générale.

### ***Pour***

text

### ***Art. 71 [Personnel]***

#### ***Contre***

Le CDF propose, en accord avec un rapport du groupe de travail interdépartemental pour la lutte contre la corruption, que les organes de surveillance soient soumis aux règles prévues par l'art. 22a de la loi sur le personnel de la Confédération (LPers). L'obligation de dénoncer et le devoir de dénoncer ne peuvent cependant être exigés des employés que s'ils bénéficient de la protection contre la résiliation prévue à l'art. 14, al. 1, LPers. Le CDF propose donc d'ajouter à l'art. 71, al. 3, du projet, au nombre des dispositions applicables par analogie, les art. 14, al. 1, et 22a LPers.

Le PS, les Verts et l'USS approuvent l'engagement du personnel sur la base d'un contrat de droit public, mais refusent la procuration générale donnée au conseil d'administration pour définir les rapports de travail. Ils exigent que le personnel de l'autorité de surveillance soit engagé aux conditions de la LPers. Le PS exige en outre que le personnel et les associations qui le représentent soient consultés au préalable, comme prévu à l'art. 33 LPers.

***Pour***

text

***Art. 72 [Secret de fonction]***

***Contre***

santésuisse, la SVK et le Groupe Mutuel demandent qu'un alinéa séparé renvoie à l'art. 320 CP pour la violation du secret de fonction.

***Pour***

text

***Art. 73 [Réserves]***

***Contre***

santésuisse, la SVK et le Groupe Mutuel exigent que les réserves soient réduites à 10 % d'un budget annuel, avec financement par la Confédération. Il n'est pas correct de constituer des réserves aux frais des assureurs, donc des payeurs de primes.

***Pour***

text

***Art. 74 [Trésorerie]***

***Contre***

Pas de commentaire particulier. Voir les commentaires relatifs à l'art. 66.

***Pour***

text

***Art. 75 [Etablissement des comptes]***

***Contre***

Pas de commentaire particulier. Voir les commentaires à l'art. 66.

***Pour***

text

### **Art. 76 [Responsabilité]**

#### **Contre**

JU juge qu'une restriction de la responsabilité (art. 76, al. 2) est inutile. Du reste, la restriction de la responsabilité en cas d'intervention d'un tiers dans la chaîne causale est un principe général du droit de la responsabilité, il n'est donc plus nécessaire de le mentionner. Si cette restriction est maintenue, il faudrait aussi préciser qu'elle ne s'applique pas si l'autorité de surveillance doit assumer le dommage en cas de (grave) violation de ses obligations.

santésuisse, la SVK, la caisse Assura et le Groupe Mutuel jugent que rien ne justifie une restriction de la responsabilité de l'autorité de surveillance. Un renvoi à la loi sur la responsabilité (LRFC, RS 170.32) de la Confédération suffirait. L'al. 2 doit être supprimé, affirment santésuisse, la SVK et le Groupe Mutuel, parce que l'autorité de surveillance n'assumera pas que des fonctions de surveillance, mais pourra prendre des mesures de grande portée, contrairement à la FINMA, qui n'est responsable que de ses omissions. Par ailleurs, dans le domaine des marchés financiers, les dommages peuvent se chiffrer par milliards, ce qui justifie une restriction de la responsabilité de la FINMA. Dans le cas de l'assurance-maladie sociale, les montants sont moindres, raison pour laquelle l'autorité de surveillance peut les assumer.

Face au renforcement prévu de la surveillance, les caisses-maladie n'auraient plus qu'une marge de manœuvre très limitée. La surveillance doit donc assumer la responsabilité ; elle ne peut du reste pas se soustraire à cette responsabilité au motif qu'elle n'aurait pas eu les connaissances et les attributions nécessaires pour remplir ses tâches complexes.

Ueli Kieser demande qu'il ne soit pas possible d'exclure la responsabilité de l'autorité de surveillance dans les cas où il y a eu violation des obligations à la fois de la part d'un assujetti et de l'autorité de surveillance. Il est inutile de préciser que cette dernière n'est pas responsable des dommages causés du fait que l'assujetti a violé ses obligations, car cela est évident.

#### **Pour**

text

### **Art. 77 [Exonération fiscale]**

#### **Contre**

Pas de commentaire particulier. Voir les commentaires relatifs à l'art. 66.

#### **Pour**

text

### **Art. 78 [Indépendance et surveillance]**

#### **Contre**

Ueli Kieser déplore que le rapport explicatif ne dise pas clairement si le recours administratif est adressé au Tribunal fédéral ou à une autre autorité. La question des voies de recours doit absolument être clarifiée. Par ailleurs, si l'on considère l'art. 76 LPGA en relation avec l'art. 78 du projet, on peut se demander s'il est même admissible de classer l'activité de surveillance comme prévu. Il ne peut pas s'agir d'une surveillance indépendante : le Conseil fédéral doit en tous les cas exercer la haute surveillance et en rendre régulièrement compte. Il faut absolument clarifier le lien entre les deux dispositions, l'art. 76 LPGA ayant la priorité.

**Pour**

#### **Art. 79 [Information du public]**

**Contre**

**Pour**

santésuisse, la SVK et les organisations de défense des consommateurs FRC, SKS et ACSI se félicitent que l'autorité de surveillance informe régulièrement le public de son activité.

#### **Art. 80 [Délits] et 81 [Contraventions]**

Pour NE, la mise en place de sanctions plus sévères va dans la bonne direction, mais les amendes prévues ne doivent en aucun cas être financées par le biais des primes. La FMH relève qu'il est judicieux de compléter les sanctions et les dispositions pénales pour, selon les mots de G. Eugster (in SVBR, 2007, p. 471, n° 231), « garantir une application de l'assurance-maladie sociale uniforme et conforme à la loi et prévenir les abus aux dépens des assurés ou dans la concurrence entre les assureurs-maladie ». Une surveillance bien comprise a besoin de sanctions et de dispositions pénales, et pas uniquement pour garantir la sécurité financière.

santésuisse et la SVK soulignent que les peines encourues sont beaucoup plus sévères que dans le droit actuel. Les dispositions prévues sont harmonisées avec les art. 86 et 87 LSA. Mais les peines encourues en cas de délit ou de contravention commis par négligence paraissent trop sévères. La question se pose de savoir comment la proportionnalité entre les différentes sanctions est assurée.

L'Union suisse des paysans et l'Union suisse des paysannes et femmes rurales remarquent que le renforcement justifié des dispositions pénales devrait devenir réalité dans la LAMal également. Ces associations demandent de respecter le principe de proportionnalité. Les montants prévus sont selon elles très élevés pour les petites caisses, et plutôt modestes pour les grandes.

santésuisse et la SVK proposent de supprimer les let. c et d de l'art. 81, al. 1, au motif que la présentation du rapport de gestion hors du délai imparti peut aussi ne pas être voulue. Si l'on pense que, aux termes de l'art. 24 LSAMal, les caisses ont jusqu'au 31 mars pour présenter à l'autorité de surveillance leur rapport de gestion sur le dernier exercice, il est disproportionné de punir d'une contravention le fait de présenter le rapport hors délai. Assura propose également de biffer l'art. 81, al. 1, let. c., et fait aussi observer que le montant de l'amende sanctionnant la non-constitution de provisions (let. d) est disproportionné. A propos de la let. e, elle relève qu'en vertu du principe de légalité, la violation d'une obligation, quelle qu'elle soit, ne suffit pas à constituer une infraction ; il faut désigner explicitement les obligations en question. Il faudrait en outre biffer la deuxième moitié de la phrase, les dispositions pénales du CP à cet égard étant suffisantes. Concernant la let. h, elle souligne que l'esprit

de la disposition visée de la LAMal doit être exprimé : une violation unique de l'interdiction ne suffit pas à constituer l'infraction. Sanctionner une violation unique ne serait pas adéquat.

GE et VS font observer qu'une peine devrait également sanctionner la violation de l'obligation d'admission (obligation prévue à l'art. 4, al. 1, let. f et i, LSAMal). Or la LSAMal n'en prévoit pas pour le refus illégal d'admission. Une admission rapide devrait également être garantie. Si l'assuré ne reçoit pas de réponse, il n'a pas non plus de moyen de prouver qu'il aurait dû être admis.

Assura fait observer qu'à l'art. 81, al. 1, let. a, le renvoi à l'art. 48 devrait être supprimé.

### ***Art. 82 [Violation de la loi ou d'une décision entrée en force]***

santésuisse, la SVK et le Groupe Mutuel proposent de biffer la let. b de l'art. 82 : les directives devant être édictées sous la forme d'une décision susceptible de recours, cette lettre est superflue. Au reste, les directives ne peuvent avoir le même effet qu'une loi.

Ueli Kieser souligne qu'il est faux de prévoir déjà une sanction administrative si une caisse ne suit pas une directive de l'autorité de surveillance. Il faut en effet tenir compte du fait qu'une directive ne constitue pas une norme de droit contraignante, mais ne doit être suivie que si elle s'en tient au cadre du droit supérieur. La let. b doit donc être supprimée purement et simplement.

VS salue le renforcement des peines à l'encontre des caisses-maladie. Mais les amendes ne devraient pas pouvoir être payées au moyen de l'argent des primes. Les responsables devraient les payer en tant que personnes physiques.

Assura propose de biffer la let. b de l'art. 82, car il faut distinguer entre violation de la loi et suite non donnée à une directive. Il n'est pas adéquat de sanctionner une caisse-maladie qui ne s'est pas conformée à une directive de l'autorité de surveillance. Ce manquement doit être constaté par une décision susceptible de recours. S'il n'est pas donné suite à cette décision, alors l'art. 82, let. a, s'applique.

JU souligne que les peines pécuniaires ne sont appropriées que lorsqu'elles frappent une personne physique, mais pas si elles peuvent être reportées sur l'assureur. Pour dissuader ce dernier, il serait plus efficace de le menacer du retrait de l'autorisation et de la publication de la décision. Pour ce qui concerne la let. b de l'art. 82, les notions utilisées sont trop vagues ; il faudrait préciser surtout la notion de « directive ».

### ***Art. 83 [Exécution]***

Pas de remarques

### ***Art. 84 [Modification du droit en vigueur]***

Pas de remarques

### ***Art. 85 [Dispositions transitoires]***

#### ***Al. 1***

Les caisses-maladie Assura, Lumneziana, vita surselva et kmu et les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK ainsi que le Centre patronal demandent de supprimer cette disposition (voir remarques relatives à l'art. 4, al. 1, let. a). Pour les organisa-

tions de défense des consommateurs FRC, SKS et ACSI, le délai de cinq ans est trop long. Un délai de trois ans est suffisant.

#### **Al. 2**

La RVK et les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu demandent en plus les délais transitoires suivants : présentation du plan d'exploitation (deux ans) et mise en œuvre de celui-ci (cinq ans) (art. 6 et 7) ; introduction des réserves basées sur les risques (art. 12) : au moins cinq ans, par analogie avec l'introduction du SST par la FINMA ; garantie d'une activité irréprochable (art. 20) : cinq ans, pour les rapports (art. 24) également.

#### **Art. 86 [Transfert des droits et obligations]**

##### **Contre**

Les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva et kmu ainsi que les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK demandent de supprimer cette disposition.

Pour Kieser, la compatibilité entre l'al. 3 (reprise immédiate des procédures par la SASO) et l'al. 1 (délai transitoire) pose problème au cas où le Conseil fédéral ne fait pas coïncider l'acquisition de la personnalité juridique propre de la SASO avec l'entrée en vigueur de la loi.

##### **Pour**

#### **Art. 87 [Transfert des rapports de travail]**

##### **Contre**

Les Verts jugent insuffisantes les règles relatives au transfert des rapports de travail. Il faut un minimum de prise en considération des partenaires sociaux, comme le prévoit la loi sur le personnel de la Confédération (LPers). Cela donne au personnel la certitude que son statut ne va pas changer, car il n'y a pas de raison qu'il change. Il faut donc reprendre la disposition selon laquelle l'autorité de surveillance engage le personnel conformément à la LPers. Les Verts, le PS et l'USS demandent de reformuler ainsi l'al. 4 : *La SASO aménage les restructurations selon un plan social.*

Les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et ÖKK ainsi que les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK demandent de supprimer cette disposition, car la nouvelle autorité de surveillance doit obligatoirement mettre les postes au concours. Cela vaut aussi en cas d'intégration dans la FINMA. La caisse ÖKK souligne que la LSAMal ne doit pas être une loi de l'administration pour l'administration.

##### **Pour**

#### **Art. 88 [Employeur compétent]**

##### **Contre**

Les caisses-maladie Lumneziana, vita surselva, kmu et Groupe Mutuel ainsi que les associations d'assureurs-maladie RVK, santésuisse et SVK demandent de supprimer cette disposition. santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK proposent comme alternative un al. 3 ayant la teneur suivante : « *En cas de recapitalisation de la caisse fédérale de pensions, cel-*

*le-ci est financée par la Confédération* ». Il n'est pas adéquat en effet que la recapitalisation soit financée par les primes.

**Pour**

**Art. 89 [Référéndum et entrée en vigueur]**

Pas de remarques.

**Dispositions transitoires**

ZH demande d'inscrire une disposition transitoire selon laquelle la nouvelle réglementation ne pourra entrer en vigueur que lorsque les différences cantonales issues des primes prélevées dans le passé auront été compensées. santésuisse, le Groupe Mutuel et la SVK demandent de conserver les dispositions transitoires concernant la compensation des risques.

**3. Dispositions particulières touchant la modification du droit en vigueur**

**LAMal, art. 00 [titre]**

Pas de remarques.

**LAMal, art. 00 [Suspension de la couverture accidents]**

Pas de remarques.

**Modification du droit en vigueur**

**Art. 59a LAMal [Données des fournisseurs de prestations]**

La FMH indique que les organisations de fournisseurs de prestations sont en train de définir avec l'OFS les informations qui sont pertinentes et praticables. Pour physioswiss, cette disposition n'est justifiée que si le contrôle de l'économicité est effectué à l'avenir de manière paritaire.