



23.048

## Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Échange de données, compensation des risques)

du 9 juin 2023

---

Monsieur le Président,  
Madame la Présidente,  
Mesdames, Messieurs,

Par le présent message, nous vous soumettons le projet d'une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie<sup>1</sup>, en vous proposant de l'adopter.

Nous vous proposons simultanément de classer les interventions parlementaires suivantes:

- |      |   |         |   |
|------|---|---------|---|
| 2018 | M | 17.3311 | Compensation des risques. Supprimer les assurés fantômes (N 29.9.2017, Brand; E 15.3.2018)  |
| 2020 | M | 18.3765 | Échange moderne de données par voie électronique entre les communes et les assureurs-maladie (N 14.12.2018, Brand; E 10.3.2020)                                 |
| 2020 | M | 18.4209 | Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs (N 22.3.2019, Hess; E 10.3.2020) |

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

9 juin 2023

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Alain Berset  
Le chancelier de la Confédération, Walter Thurnherr

<sup>1</sup> FF 2023 1546

## Condensé

***Le présent projet vise à introduire un échange de données supplémentaire entre les cantons et les assureurs afin de simplifier les tâches des uns et des autres. Il inclut dans la compensation des risques les assurés qui ont leur domicile à l'étranger et en exclut ceux avec lesquels les assureurs ne parviennent plus à entrer en contact depuis un certain temps.***

### **Contexte**

*Échange de données entre les cantons et les assureurs*

*Les cantons ont le devoir de contrôler le respect de l'obligation de s'assurer. Pour effectuer cette tâche, ils doivent avoir accès aux données les plus récentes sur les assurés. De leur côté, les assureurs doivent disposer des coordonnées exactes des assurés afin notamment de leur facturer la prime correspondant à leur domicile. Or, selon le droit en vigueur, ils ne peuvent obtenir des informations auprès des autorités cantonales qu'aux conditions restrictives de l'assistance administrative, sur demande écrite et motivée. Ils doivent par ailleurs vérifier que les personnes relevant du droit de l'asile répondent aux conditions requises pour être exclues de la compensation des risques. Un échange de données entre les cantons et les assureurs est également prévu à cette fin.*

*Assurés pris en compte dans la compensation des risques*

*La compensation des risques crée une compensation financière entre les assureurs-maladie qui présentent des structures de risque différentes. Les assureurs dont l'effectif d'assurés présente un risque de maladie supérieur à la moyenne reçoivent une contribution de compensation, tandis que les autres assureurs versent une redevance de risque. Selon le droit en vigueur, l'effectif déterminant pour la compensation des risques est en principe constitué des assurés de plus de 19 ans domiciliés en Suisse et seulement d'une très petite partie des assurés qui résident à l'étranger.*

*Certains assurés déménagent sans communiquer leur nouvelle adresse et l'assureur ne peut plus les contacter ni par conséquent encaisser les primes. Ces assurés demeurent dans l'effectif de l'assureur tant qu'ils sont soumis à l'obligation de s'assurer, celle-ci ne prenant fin que lorsque l'assuré décède ou qu'il quitte définitivement la Suisse. Ainsi, les assureurs continuent à payer la redevance de risque sans pouvoir encaisser les primes des assurés concernés.*

### **Contenu du projet**

*Échange de données entre les cantons et les assureurs*

*La présente modification de la loi sur l'assurance-maladie vise à instaurer un échange électronique de données entre les cantons et les assureurs selon une procédure uniforme, comme en matière de réduction des primes. Le domicile des assurés fera partie des données échangées et permettra de déterminer plus aisément le canton compétent pour l'affiliation et pour la prise en charge de la part cantonale des traitements hospitaliers. L'objectif de cet échange de données est également d'éviter les*

*cas de double assurance. Les motions 18.3765 Brand «Échange moderne de données par voie électronique entre les communes et les assureurs-maladie» et 18.4209 Hess «Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs» seront ainsi mises en œuvre. Par ailleurs, un échange électronique de données entre les cantons et les assureurs est institué dans la compensation des risques pour les assurés qui sont soumis au droit d'asile.*

*Assurés pris en compte dans la compensation des risques*

*À l'heure actuelle, seuls les assurés résidant en Suisse sont en principe pris en compte dans la compensation des risques, alors que les assurés vivant à l'étranger sont de plus en plus nombreux. La part de frontaliers, notamment, a fortement augmenté ces 20 dernières années et continue de le faire. Nombre de ces assurés bénéficient aussi des prestations de l'assurance obligatoire des soins en Suisse en raison de leur droit de choisir leur lieu de traitement. Ils sont donc dans une situation comparable à celle d'un assuré résidant en Suisse et doivent logiquement être inclus dans la compensation des risques, mais seulement pour la part des prestations dont l'effectif des assurés de leur État de résidence a bénéficié en Suisse. À l'avenir, tous les assurés relevant de l'assurance obligatoire des soins seront ainsi pris en compte dans la compensation des risques, à quelques exceptions près, ce qui renforcera le principe de solidarité.*

*Conformément à l'objectif poursuivi par la motion 17.3311 Brand «Compensation des risques. Supprimer les assurés fantômes», les assurés qui ne sont plus joignables et qui, par conséquent, ne paient plus de primes doivent être exclus des effectifs déterminants pour la compensation des risques.*

# Message

## 1 Contexte

### 1.1 Nécessité d'agir et objectifs visés

Le présent projet de modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)<sup>2</sup> met en œuvre les motions 18.3765 Brand «Échange moderne de données par voie électronique entre les communes et les assureurs-maladie», 18.4209 Hess «Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs» et 17.3311 Brand «Compensation des risques. Supprimer les assurés fantômes». Il prévoit en outre de procéder à une adaptation des règles régissant l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques: jusqu'ici, seuls les assurés résidant en Suisse étaient en principe pris en compte dans la compensation des risques; désormais, les assurés ayant leur domicile à l'étranger seront aussi inclus dans les effectifs déterminants pour le calcul de la compensation des risques.

### 1.2 Relation avec le programme de la législature et avec les stratégies du Conseil fédéral

#### 1.2.1 Relation avec le programme de la législature

Le projet n'a été annoncé ni dans le message du 29 janvier 2020 sur le programme de la législature 2019 à 2023<sup>3</sup>, ni dans l'arrêté fédéral du 21 septembre 2020 sur le programme de la législature 2019 à 2023<sup>4</sup>. Il est cependant nécessaire pour mettre en œuvre les motions 17.3311, 18.3765 et 18.4209.

#### 1.2.2 Relation avec les stratégies du Conseil fédéral

Le projet est compatible avec la stratégie Santé2030<sup>5</sup> que le Conseil fédéral a adoptée le 6 décembre 2019.

## 1.3 Classement d'interventions parlementaires

Le Conseil fédéral propose de classer les motions suivantes:

<sup>2</sup> RS 832.10

<sup>3</sup> FF 2020 1709

<sup>4</sup> FF 2020 8087

<sup>5</sup> La stratégie peut être consultée à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > Stratégie & politique > Santé2030 > Politique de la santé: stratégie du Conseil fédéral 2020–2030.

- motion n° 17.3311, déposée par le conseiller national Heinz Brand et intitulée «Compensation des risques. Supprimer les assurés fantômes»;
- motion n° 18.3765, déposée par le conseiller national Heinz Brand et intitulée «Échange moderne de données par voie électronique entre les communes et les assureurs-maladie»;
- motion n° 18.4209, déposée par le conseiller national Lorenz Hess, intitulée «Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs».

Le présent projet répond en effet entièrement aux objectifs qu'elles poursuivent.

## **2 Résultats de la procédure de consultation**

La procédure de consultation s'est déroulée du 17 novembre 2021 au 3 mars 2022<sup>6</sup>.

### **2.1 Échange de données entre les cantons et les assureurs**

Les participants à la consultation se sont tous montrés favorables au principe d'un échange des données. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a proposé que les cantons aient un accès direct aux données du système d'information central sur la migration (SYMIC), géré par le Secrétariat d'État aux migrations (SEM), pour faciliter le contrôle de l'obligation de s'assurer des frontaliers. Deux cantons ont par ailleurs demandé qu'un délai de transition de trois ans soit prévu pour mettre en place l'échange de données, afin de ne pas compromettre le bon fonctionnement du système actuel de réduction des primes. Plusieurs cantons ont également suggéré de reprendre la formulation de l'art. 65, al. 2, LAMal de manière à préciser que le Conseil fédéral fixe les modalités de la procédure uniforme après avoir entendu les cantons et les assureurs.

Par ailleurs, des associations de communes ont demandé de compléter l'art. 6b du projet en précisant dans un al. 2 que l'échange de données s'applique dans la même mesure aux communes situées dans les cantons qui leur ont délégué le contrôle de l'obligation d'assurance. Elles ont également relevé que le service national des adresses est inutile si l'actualité des données n'est pas garantie. Une association d'assureurs a proposé de compléter le projet en obligeant les cantons à informer les assureurs lorsqu'ils constatent que des assurés sont affiliés auprès de plusieurs assureurs. Enfin, un acteur de l'économie a déploré que le rapport explicatif n'aborde pas la protection des données et jugé nécessaire de traiter la question dans le message.

<sup>6</sup> Les documents de la consultation et le rapport des résultats peuvent être consultés à l'adresse suivante: [www.admin.ch](http://www.admin.ch) > Droit fédéral > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2021 > DFI > Procédure de consultation 2021/79.

## 2.2 Assurés pris en compte dans la compensation des risques

Dans l'ensemble, les cantons sont favorables au projet. Un canton a proposé d'exclure de la compensation des risques les retraités résidant à l'étranger. Un autre ne comprend pas pourquoi le projet prévoit de continuer d'exclure de la compensation des risques les personnes qui sont soumises à l'assurance suisse sur la base de l'accord du 30 novembre 1979 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans<sup>7</sup> (ci-après accord des bateliers rhénans).

Les partis politiques adhèrent globalement ou complètement au projet, alors qu'une organisation de l'économie rejette la modification portant sur la compensation des risques au motif que la qualité des données des assurés est insuffisante à l'étranger.

Les assureurs et les associations d'assureurs qui ont participé à la consultation ont explicitement approuvé l'exclusion des assurés fantômes de l'effectif déterminant pour la compensation des risques. Une association d'assureurs s'est opposée à d'autres exclusions prévues dans le projet et a proposé d'inclure les bateliers rhénans dans la compensation des risques, tout comme les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour, pour autant qu'elles aient séjourné une année civile complète en Suisse. Le Conseil fédéral s'en tient à la réglementation prévue dans l'avant-projet.

Les assureurs d'une association d'assureurs ont émis des opinions différentes quant à l'inclusion des assurés résidant à l'étranger dans la compensation des risques et se sont montrés en partie critiques. Une autre association d'assureurs et deux assureurs ont rejeté la prise en compte de ces assurés et le calcul correspondant proposé dans l'avant-projet. En lieu et place, l'association a suggéré l'exclusion des assurés domiciliés dans des États tiers et une compensation des risques séparée pour les assurés résidant dans un État de l'UE/AELE ou au Royaume-Uni (assurés de l'UE) et la seule prise en compte de l'âge et du sexe.

Le Conseil fédéral a procédé à plusieurs ajustements de l'avant-projet. Celui-ci continue d'inclure les assurés vivant à l'étranger dans la compensation des risques, mais en prenant uniquement la proportion des prestations dont l'effectif des assurés de l'État de résidence concerné a bénéficié en Suisse. Le Conseil fédéral fixera les modalités pour déterminer cette part. Pour un assuré domicilié à l'étranger, les indicateurs «séjour dans un hôpital ou un EMS» et «groupes de coûts pharmaceutiques (PCG)» fixés par le Conseil fédéral seront ainsi appliqués sur la base d'un groupe de référence, constitué des assurés en Suisse qui appartiennent au même groupe d'âge et au même sexe. Le Conseil fédéral se voit déléguer la compétence de fixer les critères pour déterminer le groupe de référence. Conformément à la systématique actuelle de la LAMal, seuls les principes et les éléments déterminants pour le calcul sont fixés: le calcul proprement dit sera réglé dans l'OCOR<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> RS 0.831.107

<sup>8</sup> RS 832.112.1

### 3 **Comparaison avec le droit étranger, notamment européen**

La législation de l'UE en matière de sécurité sociale ne prévoit pas d'harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sociale. Les États membres sont largement libres de déterminer la structure, le champ d'application personnel, les modalités financières et l'organisation de leurs systèmes de sécurité sociale. Toutefois, ils doivent respecter les principes de coordination prescrits par les règlements (CE) n° 883/2004<sup>9</sup> et n° 987/2009<sup>10</sup>, tels que l'interdiction de la discrimination, la prise en compte des périodes d'assurance et la fourniture des prestations au-delà des frontières.

Les systèmes d'assurance-maladie en Allemagne et aux Pays-Bas connaissent également l'instrument de la compensation des risques. Dans les deux pays, les risques des assurés vivant à l'étranger sont équilibrés avec ceux des assurés qui vivent dans le pays. Les deux pays font cependant face au même problème: le risque élevé de maladie ne peut être calculé correctement pour les assurés vivant à l'étranger en raison de données incomplètes concernant les indicateurs «séjour dans un hôpital ou un EMS» et PCG. Or sans ces indicateurs, les assureurs devraient verser une contribution trop élevée pour ces personnes au titre de la compensation des risques. Pour l'éviter, les Pays-Bas prévoient une réduction en pourcentage des contributions pour la compensation des risques.

## 4 **Présentation du projet**

### 4.1 **Contexte**

#### 4.1.1 **Échange de données entre les cantons et les assureurs**

Ces dernières années, trois motions ont été déposées sur le thème de l'échange électronique de données entre les cantons et les assureurs-maladie. Elles sont à l'origine du projet d'art. 6b LAMal, qui crée la base légale nécessaire pour cet échange de données.

La motion 16.3255 Brand «Assurance-maladie. Pour un échange efficient de données au lieu d'une bureaucratie onéreuse» visait à simplifier le contrôle de l'obligation de s'assurer dont les autorités cantonales ou communales sont chargées et à faciliter sur le plan administratif l'échange des données entre les services du contrôle des habitants et les assureurs-maladie. Un système de consultation en ligne avait été développé par SASIS SA et était utilisé par les communes. Toutefois, l'accès à ce service a dû être fermé, car il n'y avait pas de base légale suffisante du point de vue de la protection

<sup>9</sup> Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale; JO L 166 du 30 avril 2004, p. 1. Une version consolidée, non contraignante, de ce règlement figure au RS **0.831.109.268.1**.

<sup>10</sup> Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale; JO L 284 du 30 octobre 2009, p. 1. Une version consolidée, non contraignante, de ce règlement figure au RS **0.831.109.268.11**.

des données. Le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion et elle a finalement été classée en 2018.

La motion 18.3765 Brand «Échange moderne de données par voie électronique entre les communes et les assureurs-maladie» charge le Conseil fédéral de créer la base légale nécessaire à un échange de données par voie électronique qui permette de contrôler de manière économique le respect de l'obligation de s'assurer. Elle demande que les services du contrôle des habitants puissent bénéficier d'échanges électroniques simplifiés avec les assureurs-maladie pour effectuer les vérifications utiles et que l'échange de données soit unilatéral, à savoir que seuls les services de contrôle des habitants puissent obtenir des informations auprès des assureurs-maladie. Les Chambres fédérales ont adopté la motion, suivant la proposition du Conseil fédéral.

La motion 18.4209 Hess «Domicile, primes d'assurance-maladie et parts cantonales des prestations hospitalières. Moins de bureaucratie, moins d'erreurs» a également pour but de faciliter les échanges électroniques entre les cantons et les assureurs-maladie. Elle spécifie les domaines dans lesquels un échange électronique de données doit être introduit, notamment le domicile puisqu'il est lié à la part cantonale de la rémunération des prestations hospitalières et au calcul des primes. Elle vise également à éviter les doubles couvertures d'assurance grâce à l'échange de données et à réduire la charge bureaucratique pour les cantons et pour les assureurs-maladie. Contrairement à la motion précédente, elle prévoit un échange de données bilatéral entre les cantons et les assureurs-maladie. Le domaine de la réduction des primes impliquant déjà un tel échange de données (art. 65, al. 2, LAMal), le Conseil fédéral a proposé d'accepter la motion.

À l'heure actuelle, les assureurs ne peuvent obtenir des informations de la part des autorités cantonales et communales qu'aux conditions de l'assistance administrative, c'est-à-dire sur requête écrite et motivée. Ils ne peuvent communiquer des données aux cantons et aux communes qu'aux conditions restrictives posées par l'art. 84a LAMal, ce qui ne répond plus aux besoins.

Les pouvoirs publics tiennent des registres de leurs administrés. De leur côté, les assureurs doivent répertorier leur effectif. Au vu de la très grande mobilité de la population, ces registres et répertoires nécessitent une mise à jour continue. Les informations que détiennent les premiers sont utiles aux seconds et réciproquement. Il faut donc mettre sur pied un échange de données facilité entre les uns et les autres afin de leur permettre de disposer de données à jour.

En décembre 2020, le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de la consultation relative à la loi sur le service des adresses<sup>11</sup>. Il a décidé, sur cette base, de clarifier certains points et d'adapter le texte en conséquence. La mise en œuvre de la loi sur le service des adresses est du ressort de l'Office fédéral de la statistique. Le service national des adresses doit permettre à l'administration publique et aux services qui en ont besoin pour remplir leur mandat légal de consulter les adresses de domicile actuelles et les anciennes adresses des personnes résidant en Suisse. Il vise à simplifier les processus administratifs et à accroître l'efficacité des autorités dans l'accomplis-

<sup>11</sup> Les documents de la consultation et le rapport des résultats peuvent être consultés à l'adresse suivante: [www.admin.ch](http://www.admin.ch) > Droit fédéral > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2019 > DFI > Procédure de consultation 2019/57.



sement de leurs tâches. Il conviendra donc de déterminer si des synergies sont possibles, qui impliqueront le cas échéant des adaptations de la LAMal, une fois que le Conseil fédéral aura approuvé le message et que le Parlement aura traité le projet de loi sur le service des adresses.

Actuellement, pour déterminer si les personnes relevant du droit de l'asile (requérants d'asile, personnes admises à titre provisoire et personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour) sont exclues de l'effectif déterminant pour la compensation des risques, les assureurs doivent faire une demande écrite aux autorités administratives des cantons, des communes et, à titre exceptionnel, de la Confédération (art. 105a, al. 2, LAMal). Lors de la consultation, une association d'assureurs a relevé qu'il était difficile d'obtenir les informations relatives à la perception de l'aide sociale pour ces personnes. Le présent projet y remédie en introduisant un échange de données entre les cantons et les assureurs sur le modèle de celui prévu à l'art. 6b LAMal.

#### **4.1.2 Assurés pris en compte dans la compensation des risques**

Selon le droit en vigueur, l'effectif déterminant pour la compensation des risques est constitué avant tout des assurés majeurs qui ont leur domicile en Suisse. Les groupes d'assurés qui ne sont pas pris en compte sont actuellement énumérés dans la LAMal et dans l'OCOR: aux termes de l'art. 16, al. 5, LAMal, les mineurs sont exclus des effectifs déterminants. Sont également exclus, conformément à l'art. 105a, al. 1, LAMal, les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger sans autorisation de séjour qui séjournent en Suisse et bénéficient de l'aide sociale. Les assurés qui ont leur domicile à l'étranger en sont aussi exclus en vertu de l'art. 9, al. 2, OCOR. Afin de créer une réglementation claire, il est prévu de définir l'effectif déterminant pour la compensation des risques de manière exhaustive au niveau de la loi.

La révision vise à inclure dans la compensation des risques les assurés ayant leur domicile à l'étranger pour que toutes les personnes âgées de 19 ans et plus au 31 décembre de l'année concernée et soumises à l'obligation de s'assurer en vertu de l'art. 3 LAMal soient en principe prises en compte dans la compensation des risques.

L'Accord du 21 juin 1999 entre la Suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes<sup>12</sup> (ALCP), entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, et la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association européenne de libre-échange (AELE)<sup>13</sup> (convention AELE) régissent la coordination de la sécurité sociale. Sur la base de l'art. 95a LAMal, la Suisse a ainsi adopté les dispositions de coordination fixées par les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009. Des règles équivalentes ont été inscrites dans la Conven-

<sup>12</sup> RS 0.142.112.681

<sup>13</sup> RS 0.632.31

tion du 9 septembre 2021 sur la coordination de la sécurité sociale entre la Suisse et le Royaume-Uni<sup>14</sup>, qui est appliquée provisoirement depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2021.

En vertu de ce droit de coordination, les assurés de l'UE suivants sont soumis à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse: les frontaliers et les membres de leur famille, les membres de la famille des personnes qui sont titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse, les bénéficiaires de prestations de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille, ainsi que les bénéficiaires d'une rente suisse et les membres de leur famille.

Jusqu'à la fin de l'année 2012, les frontaliers et les membres de leur famille, les travailleurs détachés et les personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger et les membres de leur famille (art. 4 et 5 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal]<sup>15</sup>), ainsi que les assurés soumis à l'assurance-maladie suisse sur la base de l'accord des bateliers rhénans étaient inclus dans l'effectif déterminant pour la compensation des risques.

Avec la révision du 2 novembre 2011<sup>16</sup>, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013, de l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR)<sup>17</sup> tous les assurés vivant à l'étranger ont été exclus des effectifs déterminants pour la compensation des risques, principalement pour les raisons suivantes.

- Avant cette révision, seuls les frontaliers et les membres de leur famille, qui représentent plutôt de bons risques, étaient inclus dans les effectifs déterminants pour la compensation des risques. Par contre, les rentiers et les membres de leur famille, considérés plutôt comme de mauvais risques, n'étaient pas inclus. C'est notamment pour cette raison que des primes plus élevées que les primes suisses devaient être perçues à l'époque dans plusieurs pays de l'UE/AELE.
- Les rentiers et les membres de leur famille n'étaient pas pris en compte dans la compensation des risques, car le remboursement des traitements médicaux dans le pays de résidence pour ce groupe de personnes ne se fondait pas sur les coûts réels, mais sur des montants forfaitaires. Avec les nouvelles dispositions de coordination fixées par les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, que la Suisse a adoptés au 1<sup>er</sup> avril 2012 dans le cadre de l'ALCP, respectivement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 dans le cadre de la Convention AELE, le calcul sur la base de montants forfaitaires a été abandonné dans la plupart des pays. Depuis lors, les remboursements sont généralement effectués sur la base des dépenses réelles pour tous les assurés de l'UE.
- Depuis l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 de la nouvelle réglementation de la compensation des risques (modification du 21 décembre 2007 de la LAMal<sup>18</sup>), les séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social

14 RS **0.831.109.367.2**

15 RS **832.102**

16 RO **2011 5291**

17 RO **1995 1371; 1998 1841; 2001 140; 2002 925; 2004 5079; 2005 5643; 2006 4705, 4739; 2007 4477; 2009 4761; 2010 6163; 2011 5291; 2013 789; 2014 3481**

18 RO **2009 4755**

(EMS) en Suisse au cours de l'année précédente sont inclus dans la compensation des risques en tant que facteur de compensation supplémentaire. Pour les assurés vivant à l'étranger et faisant partie de l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques, seuls les séjours hospitaliers en Suisse et non ceux dans leur pays de résidence ont donc pu être pris en compte.

- Les assurés de l'UE constituaient à l'époque un groupe de personnes relativement restreint (environ 29 000 assurés en 2010).

Les évolutions suivantes au cours des dernières années ont montré que la réglementation actuelle doit être modifiée pour inclure les personnes assurées à l'étranger dans l'effectif déterminant pour la compensation des risques:

- Le nombre de personnes assurées en Suisse qui vivent à l'étranger ne cesse d'augmenter. Elles étaient près de 139 200 en 2020, dont environ 125 300 frontaliers et membres de leur famille sans activité lucrative et environ 13 900 rentiers et membres de leur famille sans activité lucrative. À ces personnes s'ajoutent encore environ 8300 personnes détachées dans le cadre de leur activité professionnelle ou employées auprès d'un service public ainsi que les membres de leur famille.
- Conformément à l'art. 25, al. 3, de l'ordonnance du 18 novembre 2015 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale<sup>19</sup>, les primes des assurés de l'UE (primes UE) doivent couvrir les coûts engendrés par les assurés de l'ensemble des États concernés pour l'assureur, après déduction d'une quote-part des revenus de ses capitaux. Pour fixer les primes applicables aux assurés de ces États, l'assureur prend en compte les différences de coûts entre les États. Les primes dépendent donc du groupe d'assurés qu'un assureur possède dans chacun de ces pays. Les assurés de l'UE constituent un groupe qui est réparti entre 19 assureurs en 2022, le marché étant dominé à 90 % par cinq assureurs, pour lesquels l'âge moyen des assurés de l'UE est de 38 ans contre 54 ans pour les autres assureurs. Certains assureurs assurent presque exclusivement des rentiers et d'autres surtout des frontaliers. Comme les assurés de l'UE ne sont actuellement pas inclus dans la compensation des risques et que la concurrence entre les assureurs ne fonctionne donc pas de manière optimale, il en résulte de grandes différences de primes.
- La révision du 30 septembre 2016 de la LAMal<sup>20</sup> a fait obligation aux cantons de prendre en charge la part cantonale (au moins 55 %) des traitements hospitaliers en Suisse pour les assurés de l'UE comme pour les assurés résidant en Suisse (art. 41, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup>, et 49a, al. 2, let. b, et 3<sup>bis</sup>, LAMal). Cette modification de la loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019, mettant en œuvre l'interdiction de discrimination adoptée avec le droit européen de coordination, qui exige que les assurés de l'UE soient traités de la même manière que les assurés résidant en Suisse. Cette révision a entraîné une réduction des primes UE, qui ne sont aujourd'hui généralement plus supérieures aux primes suisses. Au contraire: notamment en Allemagne et en France, où vivent la

<sup>19</sup> RS 832.121

<sup>20</sup> RO 2017 6717

plupart des assurés de l'UE, les primes de certains assureurs pour 2022 sont inférieures à la plupart des primes suisses. La prime moyenne pour les adultes avec la franchise ordinaire et la couverture accident est ainsi de 244 francs par mois en Allemagne et de 206 francs par mois en France, tandis que la prime moyenne pour les adultes, avec la franchise ordinaire et la couverture accident, est nettement plus élevée dans les cantons de Bâle-Ville (603 fr. 80 par mois) et de Genève (599 francs par mois). Il convient de noter que, contrairement aux assurés résidant en Suisse, les assurés de l'UE, domiciliés en Allemagne ou en France, entre autres, peuvent choisir de recevoir un traitement médical dans leur pays de résidence ou en Suisse.

Par ailleurs, certains assurés changent d'adresse sans communiquer leurs nouvelles coordonnées ni aux autorités, ni à leur assureur. Celui-ci doit les conserver dans son effectif et payer la redevance de risque correspondante alors qu'il ne perçoit plus la prime. Pour corriger cette situation, le Parlement a adopté la motion 17.3311 Brand «Compensation des risques. Supprimer les assurés fantômes», par laquelle il demande au Conseil fédéral de présenter une modification de la LAMal afin d'exclure de la compensation des risques les assurés partis sans laisser d'adresse et qui ne peuvent plus être contactés.

## **4.2 Réglementation proposée**

### **4.2.1 Échange de données entre les cantons et les assureurs**

Le présent projet prévoit d'introduire une procédure uniforme d'échange de données entre les cantons et les assureurs sur le modèle existant dans le domaine de la réduction des primes. Cet échange de données servira à vérifier de manière simplifiée le respect de l'obligation d'affiliation des assurés. Le lieu de résidence de l'assuré figurera parmi les données échangées. Cette information permettra de fixer le montant des primes à payer. Elle est également indispensable pour déterminer quel est le canton compétent pour la prise en charge de la part cantonale des prestations hospitalières.

La mise en œuvre de la procédure uniforme d'échange de données devra respecter la protection des données. Aux termes de l'art. 4, al. 3, de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD)<sup>21</sup>, ainsi qu'à l'article 6, paragraphe 3, de la loi du 25 septembre 2020<sup>22</sup> sur la protection des données, qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2023, les données personnelles ne doivent être traitées que dans le but qui est indiqué lors de leur collecte, qui est prévu par une loi ou qui ressort des circonstances. L'art. 84, let. a, LAMal habilite les organes chargés de contrôler l'exécution de la LAMal à traiter ou à faire traiter les données personnelles nécessaires pour accomplir les tâches qui leur sont assignées par la loi, à savoir notamment veiller au respect de l'obligation de s'assurer. De plus, conformément à l'art. 84b LAMal, les assureurs doivent prendre les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour garantir la protection des données.

<sup>21</sup> RS 235.1

<sup>22</sup> RO 2022 491

#### 4.2.2 Assurés pris en compte dans la compensation des risques

La présente révision inclut dans l'effectif déterminant pour la compensation des risques presque tous les assurés soumis à l'AOS qui ont leur domicile à l'étranger et en exclut ceux avec lesquels l'assureur ne peut plus entrer en contact depuis un certain temps.

Le principe de solidarité s'applique dans l'AOS et garantit notamment la solidarité entre les bien-portants et les malades. Tous les assurés peuvent changer d'assureur, quel que soit leur âge ou leur état de santé et, à partir de 26 ans, les personnes affiliées auprès du même assureur paient toutes les mêmes primes pour la même forme d'assurance. Cette solidarité nécessite aussi une solidarité entre assureurs, qui repose sur la compensation des risques: les assureurs qui assurent une majorité de personnes en bonne santé paient des redevances de risque et, en contrepartie, ceux qui assurent de nombreuses personnes présentant un risque de maladie plus élevé reçoivent des contributions de compensation.

Les assurés de l'UE ont tous un lien étroit («point de rattachement») avec la Suisse, qu'ils exercent une activité lucrative en Suisse, travaillent pour un employeur suisse à l'étranger ou bénéficient d'une rente suisse. Une grande partie de ces assurés ont le droit de choisir s'ils veulent recevoir un traitement médical dans leur pays de résidence ou en Suisse à la charge de l'AOS. S'ils bénéficient de prestations en Suisse, ils se trouvent dans une situation comparable à celle d'une personne résidant en Suisse. Il est donc opportun d'inclure ces assurés dans la compensation des risques pour les prestations dont ils ont bénéficié en Suisse. Concrètement, il est nécessaire de prendre en compte la proportion des prestations dont l'effectif des assurés de l'État de résidence concerné a bénéficié en Suisse, pour autant que cet effectif ait une certaine taille. Si sa taille est réduite, la part des prestations reçues en Suisse peut être déterminée conjointement pour plusieurs petits effectifs d'assurés. Le Conseil fédéral fixera dans l'ordonnance les modalités pour déterminer cette part. Les assureurs ayant majoritairement des mauvais risques à l'étranger bénéficieront également de la solidarité des assureurs ayant majoritairement des bons risques en Suisse (et à l'étranger). Il est proposé d'inclure les assurés à l'étranger dans les 26 compensations des risques existantes. Il faudra définir dans la loi comment appliquer dans leur cas les indicateurs de morbidité fixés par le Conseil fédéral.

L'accord des bateliers rhénans soumet ces derniers à l'assurance-maladie en Suisse. Il s'agit d'un groupe relativement restreint d'assurés, quelque 5000 personnes en 2020. En règle générale, ils ne travaillent sur un bateau rhénan que pendant quelques mois et ne disposent donc d'une assurance-maladie en Suisse que pour une courte période. Ils n'ont généralement aucun lien avec la Suisse, car ils n'y vivent pas et n'y travaillent pas: seul leur employeur est basé en Suisse. Par conséquent, ce groupe d'assurés ne devrait pas être tenu de faire preuve de solidarité avec les assurés qui vivent en Suisse. Il semble justifié qu'ils ne soient pas inclus dans la compensation des risques.

Pour le regroupement des données et le calcul de la compensation des risques, l'institution commune a besoin, entre autres, des données suivantes pour chaque assuré: canton de domicile, numéro AVS sous une forme pseudonymisée, année de naissance,

sexe et nombre de mois pendant lesquels la personne est assurée auprès de l'assureur. L'intégration des assurés résidant à l'étranger dans le système de la compensation des risques exige donc que les assureurs collectent également de manière systématique et correcte toutes les données nécessaires concernant ces assurés et les tiennent à jour, notamment pour attribuer chaque assuré au bon canton.

De plus, les assureurs doivent garder aujourd'hui dans leur effectif les assurés partis sans laisser d'adresse tant que le canton n'a pas statué sur la fin de l'obligation d'assurance de ces personnes et doivent donc continuer à payer pour ces assurés la redevance de risque sans percevoir les primes. La présente modification corrige ce point: si l'assureur ne peut plus entrer en contact avec un assuré pendant une certaine durée, ce dernier ne sera plus pris en compte dans la compensation des risques.

## 5 **Commentaire des dispositions**

### *Art. 6b*

Cette disposition instaure un échange de données entre les cantons et les assureurs, dans le but premier de vérifier le respect de l'obligation d'assurance (let. a). Cette tâche est attribuée aux cantons par l'art. 6, al. 1, LAMal. Ils peuvent toutefois la déléguer aux communes et à leurs services de contrôle des habitants en édictant une base légale au niveau cantonal. Les cantons devront compléter leur législation pour permettre aux communes d'avoir accès à la plateforme d'échange de données. Conformément à la systématique de la LAMal, la délégation aux communes doit en effet se faire dans le droit cantonal et non dans la loi fédérale.

Pour faciliter le contrôle de l'obligation d'assurance des frontaliers, la CDS a demandé qu'un accès direct des cantons au système SYMIC du SEM soit mis en place. Toutefois, la majorité des cantons doit avoir besoin de cet accès pour que le critère de proportionnalité soit rempli. Les cantons doivent donc tout d'abord se mettre d'accord sur les données du catalogue SYMIC qui leur sont utiles: ce n'est que lorsque ces réflexions auront été menées qu'ils pourront déposer une demande auprès du SEM pour modifier la législation et avoir accès au système SYMIC. Cette proposition de la CDS ne sera dès lors pas traitée dans la présente révision.

Le deuxième objectif de l'échange de données est d'éviter les cas de double assurance (let. b). Il arrive en effet que des assurés se retrouvent affiliés auprès de deux assureurs simultanément. Les causes sont multiples: il s'agit le plus souvent du non-respect du délai de résiliation (art. 7 LAMal) ou d'assurés ayant des impayés, qui sont empêchés de changer d'assureur en vertu de l'art. 64a, al. 6, LAMal et qui s'affilient malgré tout auprès d'un autre assureur. Pour que ce problème puisse être résolu, il est nécessaire de connaître la date d'affiliation auprès de chaque assureur et d'examiner si le changement d'assureur s'est fait dans le respect des dispositions légales. De plus, comme les cantons décèlent les cas d'assurance multiple, il est utile de mentionner qu'ils doivent les annoncer aux assureurs, l'objectif étant de limiter au maximum la durée de l'assurance double ou multiple.

Par ailleurs, l'art. 65, al. 2, LAMal traite de l'échange de données pour la réduction des primes et prévoit que le Conseil fédéral règle les modalités de l'échange de don-

nées après avoir entendu les cantons et les assureurs. Il est donc également pertinent que le Conseil fédéral entende les cantons et les assureurs pour l'échange de données prévu à l'art. 6b. C'est ce que prévoit l'al. 3. Pour que l'échange des données soit efficace, il est fondamental que ces informations soient à jour. Dans la mesure où l'actualité des données est garantie, le recours au service national des adresses pourrait être intéressant pour les cantons et les assureurs.

#### *Art. 16*

##### *Al. 4*

La deuxième phrase de l'al. 4 est légèrement adaptée sur le plan rédactionnel pour indiquer clairement qu'elle fait référence aux «autres indicateurs de morbidité appropriés» de la première phrase. Cette reformulation ne change rien sur le fond.

##### *Al. 5*

Le contenu de l'actuel al. 5 est intégré au nouvel art. 16a, al. 1, let. a. L'al. 5 peut donc être abrogé.

#### *Art. 16a*

Le droit en vigueur règle dans différentes dispositions quelles personnes sont exemptées de la compensation des risques: enfants (art. 16, al. 5, LAMal), requérants d'asile, personnes admises à titre provisoire et personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour (art. 105a LAMal). D'autres exceptions sont définies à l'art. 9, al. 2, OCoR. Le présent projet permet de réunir au sein d'une seule disposition dans la LAMal toutes les catégories d'assurés qui ne sont pas pris en compte pour la compensation des risques. Il définit plus clairement l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques et renforce la systématique de la LAMal.

##### *Al. 1*

L'al. 1 énonce le principe selon lequel la compensation des risques s'applique à tous les assurés de l'AOS. Lorsque cette obligation est suspendue parce qu'une personne est soumise à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire<sup>23</sup> pour plus de 60 jours consécutifs (art. 3, al. 4, LAMal), cette personne n'est pas prise en considération dans la compensation des risques pendant la période en question. Il découle de cette formulation que les assurés vivant à l'étranger sont désormais également inclus dans les effectifs déterminants pour la compensation des risques. Les exceptions sont fixées aux let. a à d.

##### *Let. a*

Cette disposition reprend l'art. 16, al. 5, LAMal. Elle n'apporte aucun changement par rapport au droit en vigueur: les enfants ne sont toujours pas pris en compte pour la compensation des risques.

<sup>23</sup> RS 833.1

*Let. b*

Cette disposition reprend l'art. 105a, al. 1, LAMal. Les requérants d'asile, les personnes admises à titre provisoire et les personnes à protéger sans autorisation de séjour qui séjournent en Suisse et bénéficient de l'aide sociale restent exclus de la compensation des risques.

Lorsque les requérants d'asile arrivent en Suisse, certains indicateurs de morbidité comme les PCG et le séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social au cours de l'année précédente ne sont pas connus. Le risque élevé de maladie ne peut donc pas être déterminé de manière correcte durant la première année. Par ailleurs, de nombreux requérants d'asile sont de jeunes hommes, ce qui représente plutôt un risque moins élevé de maladie. Toutefois, en raison de leur parcours de vie (guerre, système sanitaire lacunaire dans le pays d'origine), ils génèrent souvent davantage de coûts que les autres assurés du même sexe et du même groupe d'âge. Ces motifs justifient de les exclure de l'effectif déterminant pour la compensation des risques. Ainsi, l'assureur ne doit pas payer pour ces assurés une redevance de risque et le montant de la prime, sous déduction des frais d'administration, est disponible pour la couverture des coûts des prestations de l'AOS.

*Let. c*

Cette disposition reprend l'art. 9, al. 2, let. e, OCoR.

Comme jusqu'ici, les bateliers rhénans ne seront pas pris en compte dans l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques. Sur la base de l'accord des bateliers rhénans, les personnes travaillant sur un navire appartenant à une compagnie basée en Suisse et circulant sur le Rhin sont soumises à l'assurance-maladie en Suisse. Dans la plupart des cas, ils n'ont aucun lien avec la Suisse et il s'agit d'un très petit groupe de personnes, ce qui justifie leur exclusion de la compensation des risques.

*Let. d*

L'al. 1 dispose que l'inclusion dans l'effectif déterminant pour la compensation des risques est liée à l'obligation d'assurance. Celle-ci prend fin à la mort de l'assuré ou lorsque celui-ci quitte définitivement la Suisse<sup>24</sup>. Les cantons doivent veiller au respect de l'obligation de s'assurer (art. 6, al. 1, LAMal). Il leur appartient donc également de statuer sur la fin de cette obligation. Lorsqu'il est évident qu'une personne a quitté définitivement son domicile en Suisse et en a créé un nouveau à l'étranger, l'assureur doit dissoudre le rapport d'assurance. En revanche, lorsqu'il ne peut être établi qu'une personne a effectivement quitté le territoire helvétique, il incombe au canton de statuer sur la fin de l'obligation d'assurance. Le canton ne peut décider de la fin de cette obligation que s'il dispose d'informations suffisantes à ce sujet. Dans le cas contraire, la personne reste soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse. Au demeurant, en vertu de l'art. 24, al. 1, du code civil<sup>25</sup>, toute personne conserve son domicile en Suisse aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau à l'étranger.

<sup>24</sup> ATF 9C\_268/2015  
<sup>25</sup> RS 210



Les assureurs sont ainsi obligés de conserver dans leur effectif des personnes qui ont disparu sans laisser d'adresse jusqu'à ce que les autorités cantonales compétentes aient statué sur la fin de l'obligation d'assurance des personnes en question. Or, au vu des difficultés exposées ci-dessus, les autorités cantonales ne peuvent pas décréter la fin de l'obligation d'assurance si elles ne disposent pas d'éléments suffisants corroborant que ces personnes ont quitté définitivement la Suisse.

Les assureurs comptent dans leur effectif des assurés avec domicile inconnu auprès desquels ils ne peuvent prélever ni la prime, ni les participations aux coûts arriérées. Ils ne peuvent pas introduire de poursuites à leur encontre, ni par conséquent obtenir d'actes de défaut de biens que les cantons prennent en charge à raison de 85 % en vertu de l'art. 64a, al. 4, LAMal. Ces assurés n'envoient à leurs assureurs aucune facture de prestations, mais ces derniers doivent payer pour eux la redevance de risque. Le présent projet a pour but de corriger ce déséquilibre. Il prévoit que, à certaines conditions, ces assurés ne soient plus pris en compte dans la compensation des risques.

L'assureur doit essayer d'entrer en contact avec les assurés durant une certaine période. Il doit tout mettre en œuvre pour retrouver les assurés partis sans communiquer leur nouvelle adresse et s'adresser entre autres aux services cantonaux. Il devra disposer notamment d'une attestation écrite du service du dernier domicile connu de la personne selon laquelle celle-ci est partie sans laisser d'adresse. Il devra être en mesure de documenter qu'il n'a pas pu entrer en contact avec une personne déterminée pendant la durée prévue. Si un assuré réapparaît ou que l'assureur apprend d'une quelconque manière qu'il séjourne toujours en Suisse, l'assureur le réintroduira sans délai dans l'effectif déterminant pour la compensation des risques.

#### *Al. 2*

Les personnes relevant du droit de l'asile (requérants d'asile, personnes admises à titre provisoire et personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour) sont exclues de l'effectif déterminant pour la compensation des risques si elles séjournent en Suisse et qu'elles bénéficient de l'aide sociale (art. 16a, al. 1, let. b). Actuellement, les assureurs peuvent adresser une demande écrite aux autorités des cantons, des communes et, à titre exceptionnel, de la Confédération afin d'obtenir les données nécessaires pour déterminer si une personne appartient à cette catégorie d'assurés. Dans le cadre de la consultation, une association d'assureurs a relevé que les informations concernant l'aide sociale sont difficiles à vérifier. Afin de remédier à cette situation, un échange de données entre les cantons et les assureurs est institué à l'instar de celui qui est prévu aux art. 6b, 49a, al. 5, et 61, al. 5. Comme dans ces trois autres dispositions, il appartient au Conseil fédéral de régler les modalités après avoir entendu les cantons et les assureurs.

#### *Al. 3*

Cet alinéa reprend en grande partie l'art. 105a, al. 2, LAMal. Il est nécessaire de conserver cette disposition car l'assistance administrative prévue par l'art. 32 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales<sup>26</sup>

<sup>26</sup> RS 830.1

permet certes aux assureurs d'obtenir des autorités administratives et judiciaires de la Confédération, des cantons et des communes des renseignements, mais seulement dans quatre buts déterminés: fixer ou modifier des prestations ou en réclamer la restitution, prévenir des versements indus, fixer et percevoir les cotisations et faire valoir une prétention récursoire contre le tiers responsable.

Pour les assurés visés par l'art. 16a, al. 3, l'assureur s'adresse à une de ces autorités dans un autre but: celui de savoir si la personne doit être exclue de la compensation des risques. Puisqu'un échange de données est introduit entre les cantons et les assureurs pour permettre à ces derniers de déterminer si les personnes relevant du droit de l'asile sont exclues de la compensation des risques, les cantons ne figurent plus parmi les autorités appelées à fournir aux assureurs, sur demande écrite, des données. La présente disposition mentionne désormais explicitement les assureurs comme organes compétents pour l'assurance-maladie sociale chargés d'établir l'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques.

#### *Al. 4*

Cette disposition délègue au Conseil fédéral la compétence de fixer la durée pendant laquelle l'assureur doit avoir cherché en vain à entrer en contact avec les assurés visés à l'al. 1, let. d, avant de pouvoir les retirer des effectifs des assurés déterminants pour la compensation des risques. Cette durée devra être suffisante. En effet, de nos jours, il n'est pas rare que les personnes s'absentent de leur domicile durant plusieurs mois (vacances, déplacements pour motifs professionnels).

#### *Al. 5*

Des personnes résidant dans un État de l'UE/AELE sont soumises à l'obligation de s'assurer en Suisse depuis la reprise du droit européen de coordination des assurances sociales. Ces assurés peuvent être répartis en quatre groupes différents:

- les frontaliers et les membres de leur famille,
- les membres de la famille des personnes titulaires d'une autorisation d'établissement, d'une autorisation de séjour ou d'une autorisation de séjour de courte durée en Suisse,
- les bénéficiaires de prestations de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille,
- les bénéficiaires d'une rente suisse et les membres de leur famille.

Les assurés résidant à l'étranger comprennent également les travailleurs détachés et les membres de leur famille qui les accompagnent (art. 4 OAMal), ainsi que les personnes relevant d'un service public séjournant à l'étranger et les membres de leur famille qui les accompagnent (art. 5 OAMal). Ces personnes résident soit dans un pays de l'UE/AELE, soit au Royaume-Uni, soit dans un pays tiers. Actuellement, seules les personnes pour lesquelles une prime de résident en Suisse est perçue sont incluses dans la compensation des risques (art. 9, al. 2, let. d, OCoR). Il est prévu que tous les assurés précités qui sont domiciliés à l'étranger soient désormais inclus dans les effectifs déterminants pour la compensation des risques.

Si l'on introduisait une compensation des risques séparée pour les assurés domiciliés dans un État de l'UE/AELE ou au Royaume-Uni, elle devrait être calculée par pays de l'UE/AELE et pour le Royaume-Uni, par analogie aux compensations des risques cantonales en Suisse. Une telle compensation ne pourrait être faite que pour l'Allemagne et de la France, pays qui représentent à eux deux plus de 90 % des assurés concernés, la plupart des pays comme la Lituanie, l'Islande, la Lettonie, l'Estonie, la Norvège, l'Irlande, Malte, Chypre ou la Bulgarie ne présentant que des effectifs minimes. La prise en compte des assurés vivant à l'étranger dans les 26 compensations des risques cantonales existantes est beaucoup plus simple à mettre en œuvre et son résultat est plus satisfaisant.

Le projet prévoit dès lors que les assurés qui résident à l'étranger doivent être attribués à un canton pour le calcul de la compensation des risques (première phrase). Le Conseil fédéral a la compétence de fixer dans l'ordonnance les critères selon lesquels ces assurés sont attribués à un canton (deuxième phrase).

Les cantons sont également responsables de la majorité des assurés de l'UE, notamment les travailleurs frontaliers, dans plusieurs autres domaines de l'assurance-maladie. Il s'agit notamment du contrôle de l'obligation de s'assurer, de l'octroi de réductions de primes et de la prise en charge de la part cantonale des traitements hospitaliers en Suisse.

Il semble évident que les assurés qui ont un point d'attache avec un canton doivent être attribués à ce canton pour la compensation des risques. Le Conseil fédéral suivra ce principe lorsqu'il édictera les dispositions de l'ordonnance.

- Les frontaliers et les membres de leur famille, les membres de la famille des résidents en Suisse et les bénéficiaires de prestations de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille seront attribués au canton auquel ils sont rattachés, par exemple, dans le cas des frontaliers et des membres de leur famille, au canton où se situe leur lieu de travail.
- Les travailleurs détachés et les personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille, ont également un point d'attache avec la Suisse, à savoir leur dernier lieu de résidence en Suisse.

Les rentiers et les membres de leur famille qui vivent dans un pays de l'UE/AELE ou au Royaume-Uni n'ont plus de point d'attache avec la Suisse. La Confédération est donc responsable de contrôler qu'elles respectent l'obligation d'assurance et de leur accorder des réductions de primes. La Confédération a transféré ces tâches à l'institution commune. Le Conseil fédéral se fondera sur les règles relatives à la prise en charge de la part cantonale des traitements hospitaliers en Suisse pour attribuer les rentiers et les membres de leur famille à un canton. Pour ces derniers, l'art. 49a, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal prévoit que les cantons assument collectivement la prise en charge de la part cantonale, qui est répartie entre eux proportionnellement à leur population résidente. L'OCOR prévoit que les mois d'assurance de ces personnes sont répartis entre les différents cantons, proportionnellement à leur population résidente, en tenant compte du niveau de risque de maladie. Comme ce groupe d'assurés constitue un effectif réduit, leur prise en compte n'aura qu'un effet marginal sur la compensation des risques des différents cantons.

*Art. 16b*

En raison de l'insertion de l'art. 16a, l'actuel art. 16a LAMal devient l'art. 16b.

*Art. 17, al. 4*

L'art. 16, al. 4, LAMal définit le risque élevé de maladie en fonction de l'âge, du sexe et d'autres indicateurs de morbidité appropriés, qui sont fixés par le Conseil fédéral. À l'art. 1 OCoR, le Conseil fédéral a fixé deux autres indicateurs: les séjours en hôpital ou en EMS et les PCG. Le calcul de ces indicateurs de morbidité se fonde sur des données individuelles et ses modalités sont précisées dans l'OCoR.

Les indicateurs âge et sexe peuvent être appliqués aux assurés domiciliés à l'étranger comme aux assurés résidant en Suisse. Il en va autrement pour les indicateurs «séjour dans un hôpital ou un EMS» et «PCG»: contrairement aux assurés vivant en Suisse, les assurés de l'UE peuvent choisir de recevoir un traitement médical dans leur pays de résidence ou en Suisse. Ce choix repose sur le droit européen de coordination des assurances sociales. Les travailleurs détachés et les personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger ainsi que les membres de leur famille peuvent également choisir de se faire soigner dans le pays où ils sont employés ou en Suisse (art. 36, al. 4, OAMal). Il ne serait pas correct de ne prendre en compte que les indicateurs d'âge et de sexe pour les assurés vivant à l'étranger, car cela reviendrait à considérer que l'ensemble de ces assurés est en bonne santé et impliquerait que les assureurs doivent payer une contribution trop élevée au titre de la compensation des risques pour ces assurés. Il s'ensuit que le calcul des indicateurs «séjour dans un hôpital ou un EMS» et «PCG» ne peut se fonder sur des données individuelles pour les assurés vivant à l'étranger. Il faut une réglementation spéciale qui, en principe, doit être précisée dans la LAMal.

L'al. 4 propose d'appliquer aux assurés vivant à l'étranger les indicateurs de morbidité définis par le Conseil fédéral (séjour à l'hôpital ou en EMS et PCG) sur la base d'un groupe de référence, constitué des assurés en Suisse qui appartiennent au même groupe d'âge et au même sexe. Une norme de délégation autorise le Conseil fédéral à fixer les critères permettant de définir le groupe de référence. Celui-ci pourrait se composer de l'ensemble des assurés résidant en Suisse. Une distinction serait aussi possible en fonction des cantons. Comme les assurés vivant à l'étranger sont en grande partie des frontaliers, il serait aussi envisageable de n'inclure que des personnes sans couverture accident dans le groupe de référence. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) examinera plusieurs modèles et tiendra compte le cas échéant des expériences faites par d'autres pays pour définir le groupe de référence.

La réglementation prévue au présent alinéa implique ainsi une contribution de solidarité aux frontaliers et aux membres de leur famille, qui présentent généralement de bons risques et le paiement par les assureurs de redevances de risque pour ces personnes. Les assureurs qui, dans le canton où ces personnes travaillent, assurent aussi beaucoup de mauvais risques en plus des bons risques en seront déchargés d'autant.

*Art. 17, al. 5*

Comme exposé dans le commentaire de l'al. 4, une grande partie des assurés de l'UE et les travailleurs détachés qui séjournent à l'étranger, contrairement aux assurés vivant en Suisse, ont le droit de choisir s'ils veulent recevoir un traitement médical dans leur pays de résidence ou en Suisse. Ce droit d'option des assurés de l'UE se fonde sur le droit européen de coordination des assurances sociales. Celui-ci exige notamment l'égalité de traitement des assurés domiciliés dans un État de l'UE, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni avec les assurés résidant dans le pays, c'est-à-dire en Suisse (interdiction de la discrimination). Si les assurés qui sont domiciliés à l'étranger bénéficient de prestations en Suisse, ils se trouvent dans une situation comparable à celle d'une personne résidant en Suisse et peuvent donc être inclus dans la compensation des risques pour les prestations dont ils ont bénéficié en Suisse. L'OFSP a reçu des principaux assureurs de l'UE les chiffres empiriques de 2019 et 2020. D'après eux, les assurés résidant en Allemagne perçoivent près de 35 % de leurs prestations en Suisse. Pour les assurés domiciliés en France, la part des traitements médicaux en Suisse atteint environ 70 %. Concrètement, il est nécessaire de prendre en compte la proportion des prestations dont l'effectif des assurés de l'État de résidence concerné a bénéficié en Suisse, pour autant que cet effectif ait une certaine taille. Si sa taille est réduite, la part des prestations reçues en Suisse peut être déterminée conjointement pour plusieurs petits effectifs des assurés. À l'heure actuelle, le Conseil fédéral part du principe que les effectifs des assurés ne sont suffisamment importants qu'en Allemagne et en France pour calculer séparément la proportion des prestations pour ces pays. Il répartira peut-être les autres pays en groupes, en fonction de leur effectif d'assurés, et calculera conjointement la part pour les pays correspondants. Le Conseil fédéral a la compétence de fixer les modalités pour déterminer cette part. Pour éviter de grandes variations, il la définira pour une durée allant jusqu'à six ans. Il pourra aussi s'appuyer sur les valeurs moyennes des années précédentes et fixer la part de manière forfaitaire.

La révision entraînera un rapprochement des primes UE et des primes cantonales, en particulier dans les cantons de Genève et de Bâle, où travaillent beaucoup de frontaliers assurés en Suisse.

*Art. 17a, al. 1*

L'institution commune continuera d'effectuer la compensation des risques entre les assureurs au sein des différents cantons. En d'autres termes, elle effectuera 26 compensations des risques, soit une dans chaque canton, entre les assureurs opérant sur le territoire cantonal. Toutefois, les assurés vivant à l'étranger seront désormais également inclus dans les effectifs déterminants pour la compensation des risques. C'est pourquoi la référence à l'effectif des assurés est explicitement inscrite à l'al. 1.

*Art. 49a, al. 5*

Il est nécessaire que les cantons et les assureurs soient informés du lieu de résidence de l'assuré pour définir correctement quel est le canton compétent pour la prise en charge de la part cantonale des prestations hospitalières.

Comme aux art. 6b, al. 3, 16a, al. 2, et 61, al. 5, il faut également mentionner que le Conseil fédéral entend les cantons et les assureurs avant de régler les modalités de la procédure uniforme.

*Art. 61, al. 5*

Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant pour fixer les primes en vertu de l'art. 61, al. 2, LAMal. En effet, cette donnée est indispensable pour fixer le montant exact des primes à payer en fonction de la région de primes déterminante. Il est donc nécessaire que les cantons et les assureurs puissent s'échanger cette donnée essentielle.

Comme aux art. 6b, al. 3, 16a, al. 2, et 49a, al. 5, il faut également mentionner que le Conseil fédéral entend les cantons et les assureurs. En effet, il est important que la procédure uniforme mise en place tienne compte de leurs expériences, puisqu'ils sont les principaux bénéficiaires de l'échange de données.

*Art. 105a*

L'effectif des assurés déterminant pour la compensation des risques est désormais réglé dans la section «Compensation des risques» à l'art. 16a. L'art. 105a peut donc être abrogé, puisque l'art. 35, al. 1, de la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale<sup>27</sup> donne déjà à l'autorité de surveillance la possibilité de requérir les données concernées (cf. commentaire de l'art. 16a, al. 1, let. b, 2 et 3).

*Coordination avec un autre projet*

Le présent projet doit être coordonné avec un autre projet de révision de la LAMal, intitulé «Financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation<sup>28</sup>» (projet FUAH).

Le projet FUAH prévoit d'inscrire à l'art. 60, al. 4, LAMal que la Confédération paie la nouvelle contribution fédérale accordée pour le traitement en Suisse de tous les assurés domiciliés à l'étranger qui ne sont pas rattachés à un canton (pour l'essentiel les retraités). Les cantons continueront de payer la contribution pour les assurés qui leur sont rattachés, par exemple pour les frontaliers (cf. art. 60, al. 1 et 2, du projet FUAH). Puisque le présent projet prévoit de prendre en compte les assurés vivant à l'étranger dans la compensation des risques, la contribution fédérale devra être déduite au préalable en plus de la contribution cantonale. Il sera donc nécessaire d'inscrire aussi la contribution fédérale à l'art. 16, al. 3<sup>bis</sup>, du projet FUAH.

<sup>27</sup> RS 832.12

<sup>28</sup> FF 2019 3449, objet Curia 09.528

## **6 Conséquences**

### **6.1 Conséquences pour la Confédération**

#### **6.1.1 Conséquences financières**

La mise en place de l'échange électronique de données engendrera des frais qui seront répartis entre les cantons et les assureurs.

La prise en compte des assurés domiciliés à l'étranger dans la compensation des risques aura pour conséquence que les primes de l'UE auront tendance à augmenter dans les États qui comptent beaucoup de frontaliers et à diminuer dans les États qui compte de nombreux rentiers. Les primes en Suisse diminueront en moyenne d'environ 1,60 franc par mois. Dans l'ensemble, cette modification aura pour conséquence une baisse de près de 10 millions de francs des subsides que la Confédération accorde annuellement aux cantons pour la réduction des primes sur la base de l'art. 66 LAMal. En revanche, il faut s'attendre à une faible hausse des subsides que la Confédération accorde sur la réduction des primes pour les assurés de l'UE sur la base de l'art. 66a LAMal. Toutefois, cette augmentation devrait être inférieure à 10 millions de francs, aussi la Confédération pourrait-elle faire des économies. En 2021, les subsides s'élevaient à 0,7 million de francs<sup>29</sup>. Les adaptations des dispositions sur la compensation des risques n'auront aucune autre conséquence financière pour la Confédération.

#### **6.1.2 Conséquences sur l'état du personnel**

La modification de différents articles concernant l'échange électronique de données n'aura pas d'incidences sur l'effectif du personnel de la Confédération. La modification portant sur la compensation des risques entraînera une charge supplémentaire unique pour l'OFSP, qui peut être absorbée par les ressources existantes.

### **6.2 Conséquences pour les cantons et les communes**

La mise en place de l'échange électronique de données engendrera des frais qui seront répartis entre les cantons et les assureurs.

Les nouvelles dispositions incluant la quasi-totalité des assurés vivant à l'étranger dans la compensation des risques n'auront aucune conséquence financière significative pour la réduction des primes par les cantons, prévue aux art. 65 et 65a LAMal. Il ne faut pas s'attendre à d'autres conséquences financières pour les cantons et les communes.

<sup>29</sup> Voir rapport de gestion 2021 de l'institution commune de la LAMal, p. 7; le rapport peut être consulté (en allemand uniquement) à l'adresse suivante: [www.kvg.org](http://www.kvg.org) > Notre entreprise > Entreprise > Rapport de gestion 2021.

## **6.3 Conséquences économiques**

### **6.3.1 Échange de données entre les assureurs et les cantons**

Étant donné que l'échange de données entre les assureurs et les cantons pourra se fonder sur le modèle existant dans le domaine de la réduction des primes, les coûts de mise en œuvre seront réduits.

### **6.3.2 Assurés pris en compte dans la compensation des risques**

Le projet n'entraînera ni augmentation ni réduction des coûts pour l'assurance-maladie sociale. En effet, les redevances de risque et les contributions de compensation restent équilibrées, même avec la prise en compte des assurés domiciliés à l'étranger. Le projet augmentera cependant la charge de travail des assureurs et de l'institution commune, qui met en œuvre la compensation des risques entre les assureurs. L'institution commune devra en effet reprogrammer le calcul de la compensation des risques, ce qui entraînera pour elle un surcoût unique. Si les coûts administratifs des assureurs et de l'institution commune n'augmenteront que marginalement, les nouvelles dispositions auront des conséquences sur le niveau des primes suisses et sur celles des assurés de l'UE. La nouvelle réglementation aura en particulier un effet positif sur les primes cantonales des cantons où l'on trouve de nombreux frontaliers, qui ont tendance à présenter de bons risques. Selon les estimations réalisées à l'aide des données de 2021 (sachant que les modifications effectives dépendront du collectif de référence défini par le Conseil fédéral et de la situation démographique et sanitaire réelle des assurés de l'UE au moment de la mise en œuvre), le présent projet fera baisser les primes moyennes cantonales en 2023 dans les cantons de Bâle-Ville (604 francs) et de Genève (599 francs) respectivement d'environ 13 francs (-2,1 %) et 14 francs (-2,3 %), tandis que le canton de Bâle-Campagne (535 francs) devrait s'attendre à une réduction d'environ 4,50 francs (0,9 %). Dans le canton du Tessin, la prime moyenne devrait rester à 541 francs. Pour les assureurs qui assurent une majorité de frontaliers, les primes des assurés de l'UE auront tendance à augmenter. Inversement, les primes de l'UE diminueront pour les assureurs dont les effectifs dans l'UE se composent principalement de rentiers. On estime par ailleurs que la prime moyenne en 2023 pour les assurés domiciliés en Allemagne (250 francs) augmentera d'environ 45 francs (+18 %), celle pour les assurés domiciliés en France (207 francs) d'environ 129 francs (+62 %). Les primes devraient toutefois rester largement inférieures à la prime moyenne en Suisse.



## **7 Aspects juridiques**

### **7.1 Constitutionnalité**

En vertu de l'art. 117, al. 1, de la Constitution<sup>30</sup> (Cst.), la Confédération a la compétence de légiférer en matière d'assurance-maladie.

### **7.2 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse**

Les modifications de la loi proposées ne doivent pas être contraires aux obligations internationales de la Suisse. Elles doivent notamment être compatibles avec l'ALCP et la Convention AELE. L'annexe II de l'ALCP et l'annexe K, appendice 2 de la Convention AELE relèvent à ce titre qu'en Suisse, en relation avec les États de l'UE ou de l'AELE, le droit européen de coordination portant sur les systèmes de la sécurité sociale, par exemple les règlements (CE) n<sup>os</sup> 883/2004 et 987/2009, est applicable sur la base de l'art. 95a LAMal. Ce droit ne vise pas l'harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sociale. Les États parties sont largement libres de déterminer la structure concrète, le champ d'application personnel, les modalités financières et l'organisation de leurs systèmes de sécurité sociale. Toutefois, ils doivent respecter les principes de coordination, tels que l'interdiction de la discrimination, qui sont réglés dans le règlement (CE) n<sup>o</sup> 883/2004 et le règlement d'exécution (CE) n<sup>o</sup> 987/2009.

Le présent projet concerne un échange de données entre cantons et assureurs, l'inclusion dans la compensation des risques de presque tous les assurés ayant leur domicile à l'étranger et l'exclusion de la compensation des risques des assurés avec lesquels les assureurs ne peuvent plus entrer en contact depuis une certaine durée. Il est compatible avec les dispositions auxquelles la Suisse est soumise sur le plan international. Comme exposé au ch. 3, le droit européen applicable en Suisse n'impose pas de normes dans ces domaines. Le projet est donc conforme au droit européen repris par la Suisse.

Les modifications de la loi proposées sont compatibles avec les obligations internationales de la Suisse. L'inclusion des assurés résidant à l'étranger dans la compensation des risques et la disposition spéciale pour le calcul de la redevance de risque ou de la contribution de compensation, pour une personne assurée domiciliée à l'étranger (art. 16a, al. 5) tiennent compte du principe de non-discrimination.

### **7.3 Forme de l'acte à adopter**

Le projet prévoit des dispositions importantes au sens de l'art. 164, al. 1, Cst., puisqu'il donne de nouvelles compétences aux cantons et aux assureurs. Il doit donc prendre la forme d'une loi fédérale soumise au référendum.

<sup>30</sup> RS 101

## 7.4 Frein aux dépenses

Aux termes de l'art. 159 Cst., les dispositions relatives aux subventions, ainsi que les crédits d'engagement et les plafonds de dépenses, doivent être adoptés à la majorité des membres de chaque conseil s'ils entraînent de nouvelles dépenses uniques de plus de 20 millions de francs ou de nouvelles dépenses périodiques de plus de 2 millions de francs. Comme le projet ne prévoit ni de dispositions relatives aux subventions ni de crédits d'engagement ou de plafonds de paiement, il n'est pas soumis au frein aux dépenses.

## 7.5 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal donne au Conseil fédéral la compétence d'édicter des dispositions d'exécution dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Aux termes de l'art. 17a, al. 2, LAMal, le Conseil fédéral arrête les dispositions d'exécution concernant la compensation des risques. En outre, aux termes de l'art. 17, al. 3, LAMal, il peut prévoir des exceptions en ce qui concerne les indicateurs de morbidité pour le calcul de la compensation des risques.

Le projet autorise le Conseil fédéral à édicter des dispositions dans les domaines suivants:

- régler les modalités de la procédure uniforme d'échange de données (art. 6b, al. 3, 16a, al. 2, 49a, al. 5, et 61, al. 5);
- préciser dans l'ordonnance le nombre de mois qui doit être atteint pour que les assurés que l'assureur ne peut plus contacter, au sens de l'al. 1, let. d, soient retirés des effectifs des assurés pour la compensation des risques (art. 16a, al. 4);
- préciser dans l'ordonnance comment attribuer les assurés résidant à l'étranger à un canton pour le calcul de la compensation des risques (art. 16a, al. 5);
- fixer les critères permettant de déterminer, pour les assurés résidant à l'étranger, le groupe de référence sur la base duquel les indicateurs «séjours dans un hôpital ou un établissement médicosocial» et «PCG» sont appliqués, ce groupe de référence étant composé d'assurés résidant en Suisse qui appartiennent au même groupe d'âge et au même sexe (art. 17, al. 4);
- fixer dans l'ordonnance les critères permettant de déterminer, pour les assurés résidant à l'étranger, la proportion des prestations dont l'effectif des assurés de l'État de résidence concerné a bénéficié en Suisse afin de calculer la redevance de risque ou la contribution de compensation, cette part pouvant être déterminée conjointement pour plusieurs petits effectifs d'assurés (art. 17, al. 5).

## 7.6 Protection des données

Le traitement de données personnelles dans le cadre de la procédure d'échange de données doit respecter les dispositions de la législation sur la protection des données. En vertu de l'art. 8, al. 1, de la loi fédérale du 25 septembre 2020 sur la protection des données<sup>31</sup>, qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2023, les responsables du traitement et les sous-traitants doivent assurer, par des mesures organisationnelles et techniques appropriées, une sécurité adéquate des données personnelles par rapport au risque encouru.

Aucune réglementation supplémentaire n'est nécessaire pour la protection des données, car les assureurs doivent prendre les mesures organisationnelles et techniques nécessaires pour garantir la protection des données sur la base des dispositions de la LPD et de l'art. 84b LAMal.

<sup>31</sup> RO 2022 491

