



## **Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)**

(Adaptation à la modification de l'ordonnance sur l'État hôte, adaptation suite à la révision de la LAMal du 30 septembre 2016, modification suite à un arrêt du Tribunal fédéral, modifications dans le chapitre sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts, solde de la correction des primes)

Modifications prévues pour le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le 1<sup>er</sup> janvier 2019

Rapport explicatif

Berne, novembre 2017

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Contexte .....</b>	<b>3</b>
1.1	Concernant les dispositions à caractère international .....	3
1.2	Concernant l'arrêt du Tribunal fédéral selon lequel les primes doivent être perçues en jours .....	3
1.3	Concernant les propositions de la CDS et de santésuisse relatives au chapitre « Non-paiement des primes et des participations aux coûts » .....	3
<b>2</b>	<b>Contenu de la révision, principales modifications .....</b>	<b>4</b>
2.1	Adaptation à la modification de l'ordonnance sur l'État hôte (OLEH, RS 192.121) .....	4
2.2	Adaptation à la suite de la révision de la LAMal du 30 septembre 2016.....	4
2.3	Modification à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral selon lequel les primes doivent être perçues en jours.....	5
2.4	Modifications dans le chapitre « Non-paiement des primes et des participations aux coûts » .....	5
2.5	Autres modifications .....	5
<b>3</b>	<b>Commentaire des différentes dispositions .....</b>	<b>6</b>
3.1	Art. 6 Personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international .....	6
3.2	Art. 19a Répartition de la part cantonale entre les cantons .....	7
3.3	Art. 22 Contentieux .....	8
3.4	Art. 23 .....	8
3.5	Art. 29 Effectif moyen des assurés .....	9
3.6	Art. 36a Prise en charge des coûts dans le cadre de la coopération transfrontalière ....	9
3.7	Art. 36b Prise en charge des coûts des assurés résidant à l'étranger .....	11
3.8	Art. 37 Prise en charge des coûts des personnes assurées à l'étranger dans le cadre de l'entraide internationale en matière de prestations .....	12
3.9	Art. 91 Échelonnement des primes .....	13
3.10	Art. 99 Assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations .....	13
3.11	Art. 105e Annonces relatives aux poursuites .....	13
3.12	Art.105f Annonces relatives aux actes de défaut de biens .....	14
3.13	Art. 105j Organe de contrôle.....	15
3.14	Art. 105k Versements des cantons aux assureurs.....	16
3.15	Art. 136 Solde de la correction des primes .....	17
<b>4</b>	<b>Entrée en vigueur .....</b>	<b>18</b>

# 1 Contexte

## 1.1 Concernant les dispositions à caractère international

L'Assemblée fédérale a adopté le 30 septembre 2016 une révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) (FF 2016 7405). Le délai référendaire est échu le 19 janvier 2017. Cette révision habilite le Conseil fédéral à édicter des dispositions dans les domaines suivants.

Le Conseil fédéral doit fixer les conditions dans lesquelles les coûts des prestations fournies à l'étranger dans le cadre de la coopération transfrontalière à des assurés résidant en Suisse sont prises en charge (art. 34, al. 2, let. a, LAMal-rév).

Aux termes de l'art. 41, al. 2<sup>ter</sup>, LAMal-rév, si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence.

En cas de traitement hospitalier en Suisse suivi par les assurés en question, les cantons assument collectivement la prise en charge de la part cantonale fixée par le canton où se situe l'hôpital. Le montant dû à ce titre par chacun des cantons est réparti entre eux proportionnellement à leur population résidente (art. 49a, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal-rév). Une procédure doit être définie au niveau de l'ordonnance pour que cette disposition puisse être mise en œuvre.

En outre, le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur de cette révision de la LAMal.

L'occasion offerte par la présente révision de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)<sup>1</sup> est saisie pour édicter d'autres dispositions nécessaires, à caractère international, qui ne sont pas fondées sur la révision de la LAMal du 30 septembre 2016.

## 1.2 Concernant l'arrêt du Tribunal fédéral selon lequel les primes doivent être perçues en jours

Jusqu'à fin 2015, les assureurs percevaient les primes pour le mois entier, même s'ils ne devaient pas garantir la couverture d'assurance sur l'ensemble du mois. Tel est le cas notamment en cas de naissance, de décès, de départ à l'étranger, d'arrivée de l'étranger ou d'assujettissement à l'assurance militaire.

Le 3 décembre 2015, le Tribunal fédéral a statué que l'assureur, à la fin de l'obligation de s'assurer (décès, départ à l'étranger), doit rembourser la prime pour le reste du mois (ATF 142 V 87).

Se fondant sur cet arrêt, les assureurs ne calculent maintenant plus la prime des assurés qui entrent ou sortent en cours de mois pour le mois entier, mais en jours. Ce principe doit être pris en compte au moment de calculer l'effectif moyen des assurés (art. 29).

## 1.3 Concernant les propositions de la CDS et de SantéSuisse relatives au chapitre « Non-paiement des primes et des participations aux coûts »

Le 19 mars 2010, le Parlement a modifié la réglementation relative au non-paiement des primes et des

---

<sup>1</sup> RS 832.102

participations aux coûts ainsi qu'à la réduction des primes (art. 64a et 65 LAMal) et décidé que le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) visé par la loi sur les prestations complémentaires (LPC ; RS 831.30) doit être versé directement à l'assureur (art. 21a LPC). Se fondant sur cette modification, le Conseil fédéral a édicté des dispositions d'exécution (art. 105b à 106e OAMal et art. 22, al. 5, et 54, al. 5, de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, OPC-AVS/AI, RS 831.301). Ces modifications de lois et d'ordonnances sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Fin 2015, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et santésuisse, l'organisation des assureurs-maladie suisses, ont demandé à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) que soient modifiés les art. 105e, 105f, 105j et 105k OAMal, au motif que ceux-ci ont besoin d'être précisés pour la mise en œuvre de l'échange de données conformément à l'art. 64a LAMal.

## **2 Contenu de la révision, principales modifications**

### **2.1 Adaptation à la modification de l'ordonnance sur l'État hôte (OLEH, RS 192.121)**

Avec la révision de l'art. 6 OAMal, les personnes qui accompagnent des bénéficiaires de privilèges en vertu de la loi sur l'Etat hôte (LEH ; RS 192.12) peuvent être exemptées de l'AOS si elles disposent d'une couverture équivalente auprès de l'assurance d'une organisation internationale. Il en va de même pour celles qui accompagnent les personnes qui ont cessé leur activité pour une organisation internationale, mais qui restent assurées auprès de l'assurance-maladie de l'organisation. Cette réglementation sert à éviter les cas de double assurance et elle est en accord avec la révision de l'OLEH entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **2.2 Adaptation à la suite de la révision de la LAMal du 30 septembre 2016**

En vertu de l'art. 34, al. 2, let. a, LAMal-rév, le Conseil fédéral doit définir les conditions auxquelles sont pris en charge les coûts des prestations qui sont fournies à l'étranger, dans le cadre de la coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse. Les nouvelles dispositions de l'art. 36a OAMal s'inspirent de près de celles de l'art. 36a OAMal actuel concernant les projets pilotes.

Aux termes de l'art. 41, al. 2<sup>ter</sup>, LAMal-rév, si des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. Comme il importe de fixer une réglementation applicable à long terme par les assureurs-maladie, l'art. 36b, al. 1, OAMal prévoit que le canton de référence est le canton de Berne.

L'art. 49a, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal-rév fait obligation aux cantons, en cas de traitement hospitalier en Suisse suivi par des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou par des membres de leur famille, d'assumer collectivement la part cantonale fixée par le canton où se situe l'hôpital, répartie entre eux proportionnellement à leur population résidante. Pour que cette disposition de loi puisse être mise en œuvre, une procédure simple sera définie dans l'ordonnance. Les assureurs versent à l'hôpital les deux parts et, pour le remboursement de la part cantonale versée à titre de prestation préalable, ils présentent à l'institution commune leurs créances envers les cantons (art. 36b, al. 2, OAMal). Dans ce contexte, l'institution commune se voit attribuer les nouvelles tâches suivantes : réception des créances des assureurs-maladie, calcul du montant que chaque canton doit payer, réclamation des montants facturés à chaque canton et règlement des créances des assureurs. Comme l'institution commune assume déjà des tâches à caractère international et que le Conseil fédéral, en vertu de l'art. 18, al. 3, LAMal, peut lui confier d'autres tâches,

notamment afin de remplir des engagements internationaux, il était logique de lui attribuer aussi ces nouvelles tâches (art. 19a OAMal).

### **2.3 Modification à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral selon lequel les primes doivent être perçues en jours**

À la suite de cet arrêt du Tribunal fédéral, les assureurs doivent calculer l'effectif des assurés non plus en mois, mais en jours (art. 29).

### **2.4 Modifications dans le chapitre « Non-paiement des primes et des participations aux coûts »**

Fin 2015, la CDS et santésuisse ont proposé des adaptations en vue d'améliorer la mise en œuvre de l'art. 64a LAMal par les cantons et les assureurs, et notamment les adaptations suivantes :

- L'assureur devrait communiquer au canton non seulement les données personnelles des débiteurs qu'il met aux poursuites, mais aussi celles des autres assurés éventuellement concernés (par ex. des enfants) (art. 105e, al. 1).
- L'assureur devrait informer le canton, dans les deux semaines qui suivent la fin de chaque trimestre, de l'évolution des actes de défaut de biens établis depuis le début de l'année (art. 105f, al. 1).
- L'organe de révision devrait être tenu de vérifier les indications de l'assureur également en ce qui concerne les remboursements au canton en vertu de l'art. 64a, al. 5, LAMal (art. 105j).
- Pour les paiements du canton aux assureurs, il convient de régler la manière de procéder avec les réductions de primes qui concernent une période pour laquelle le canton a déjà pris en charge une créance en vertu de l'art. 64a, al. 4, LAMal (art. 105k).

### **2.5 Autres modifications**

Une adaptation résultant de l'entrée en vigueur de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal ; RS 832.12) le 1<sup>er</sup> janvier 2016 est apportée à l'art. 23. En outre, un nouvel article, l'art. 136, règle ce qui doit advenir du solde de la correction des primes. Le solde issu des suppléments de prime et de la contribution des assureurs doit être crédité au fonds d'insolvabilité. Le solde issu de la contribution de la Confédération doit avant tout servir à couvrir les coûts de mise en œuvre de l'institution commune. Un excédent éventuel de ce solde est également versé au fonds d'insolvabilité.

### 3 Commentaire des différentes dispositions

#### 3.1 Art. 6 Personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international

*Titre* : correction ne concerne que la version italienne

##### *Al. 3*

Lors de la modification de l'OLEH, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'art. 6, al. 3, OAMal avait été modifié. Alors que la précédente version mentionnait les membres de famille, ceux-ci ne figurent plus dans la nouvelle version. Il s'agit là d'une omission involontaire dont résulte une lacune que le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) souhaite combler. Afin d'éviter des cas de double assurance, il propose de réintroduire la possibilité d'exempter de l'assurance-maladie obligatoire les personnes qui sont assurées avec le titulaire principal auprès du système d'assurance-maladie de son ancienne organisation. La définition du champ d'application personnel figurant à l'al. 3 est simplifiée pour mieux correspondre à la réalité. En effet, selon la pratique actuelle, seules les organisations intergouvernementales, les institutions internationales, les secrétariats ou autres organes créés par un traité international et les tribunaux internationaux au sens de l'art. 2, al. 1, let. a, b, i et k, LEH offrent effectivement à leur personnel une couverture d'assurance pour les traitements en Suisse. Le renvoi aux lettres correspondantes de l'art. 2, al. 1, LEH permet d'éviter une longue énumération des bénéficiaires institutionnels. Il en va de même de l'alinéa 4.

Dans la version actuelle de l'al. 3, les anciens fonctionnaires à la retraite doivent bénéficier d'une couverture d'assurance « analogue » afin de pouvoir être exemptés de l'assurance obligatoire. Les al. 2, 4 et 7 de l'art. 2 OAMal relatifs aux motifs d'exemption posent la condition d'une couverture d'assurance « équivalente ». Ces deux expressions ne diffèrent pas fondamentalement l'une de l'autre. Dans l'intérêt des assurés concernés, il s'agit de veiller à ce que ceux-ci ne soient dispensés de l'obligation de s'assurer que si leur couverture d'assurance privée est effectivement équivalente à la LAMal. Pour faciliter la compréhension des conditions nécessaires à une exemption, il convient d'harmoniser la formulation y relative à l'al. 3, ainsi qu'au nouvel al. 4 en y inscrivant la condition d'une couverture d'assurance équivalente.

Il convient également de préciser que l'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception. L'ajout de cette phrase aux al. 3 et 4 (*in fine*) se justifie dès lors que les personnes concernées ne bénéficient d'aucun privilège en vertu du droit international, ou y ont renoncé. Il n'y a donc pas lieu de leur permettre de revenir sur leur choix d'assurance comme le prévoit l'art. 7, al. 6, OAMal pour les bénéficiaires de privilèges au sens de l'art. 6, al. 1. S'agissant de personnes qui résident durablement en Suisse, il convient d'éviter un aller-retour entre différents systèmes d'assurance pour des raisons particulières (d'ordre financier ou autre). Il serait également contraire au principe de solidarité de permettre à ces personnes d'intégrer le système de la LAMal lorsqu'elles sont âgées et malades, quand bien même elles n'y ont jamais cotisé.

Le délai de dépôt de la requête est fixé, comme pour les autres motifs d'exemption, à trois mois dès le début de l'obligation de s'assurer, ou de la survenance d'un motif d'exemption. Il en va de même de l'alinéa 4.

##### *Al. 4*

Les personnes autorisées à accompagner une personne bénéficiaire en vertu de l'art. 2, al. 2, let. c, LEH, en relation avec l'art. 11, al. 1, let. f, al. 2, let. f, et al. 3, let. g, OLEH, ne sont pas soumises à l'assurance-maladie obligatoire. Elles peuvent s'assurer auprès de l'assurance de l'organisation internationale avec le titulaire principal. Jusqu'à présent, cette règle s'appliquait uniquement aux personnes qui n'exerçaient pas d'activité lucrative. Les personnes qui travaillaient devaient s'assurer en Suisse, quand bien même elles bénéficiaient de la couverture d'assurance de l'organisation internationale. Afin d'éviter des cas de double assurance, le DFAE a procédé à la révision de l'art. 24 OLEH. Depuis le

1<sup>er</sup> janvier 2016, les membres de la famille et autres personnes accompagnantes (selon l'art. 22 OLEH) qui échangent leur carte de légitimation contre un permis Ci, afin d'exercer une activité lucrative en Suisse ne sont plus soumis à l'assurance-maladie obligatoire. Ces personnes n'entrent pas dans le champ d'application de l'alinéa 4, mais dans celui de l'alinéa 1. Selon l'art. 20 LEH, elles jouissent des mêmes privilèges, immunités et facilités que le titulaire principal. La renonciation aux privilèges ne concerne que l'activité lucrative exercée (art. 22, al. 4, OLEH). Sont exceptées les personnes assurées avec le titulaire principal dans un pays de l'UE ou de l'AELE conformément à l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681). Si ces personnes commencent une activité lucrative en Suisse, elles sont soumises à l'obligation de s'assurer.

Toutefois, l'OLEH ne s'applique pas aux personnes qui ne bénéficient pas de privilèges en vertu du droit international. Ainsi, les membres de la famille et les accompagnateurs au bénéfice d'un permis de séjour ou d'établissement, ou d'un permis de frontalier, ainsi que les personnes de nationalité suisse restent soumis à l'assurance-maladie obligatoire, même s'ils peuvent s'assurer auprès de l'assurance de l'organisation internationale avec le titulaire principal. Là aussi, la présente révision tend à éviter des cas de double assurance.

### **3.2 Art. 19a Répartition de la part cantonale entre les cantons**

L'art. 49a, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal-rév fait obligation aux cantons, en cas de traitement hospitalier en Suisse suivi par des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou par des membres de leur famille, d'assumer collectivement la part cantonale fixée par le canton où se situe l'hôpital, répartie entre eux proportionnellement à leur population résidente. Une procédure est définie dans l'ordonnance pour que cette disposition de loi puisse être mise en œuvre. Les tâches à accomplir dans ce contexte doivent être confiées à une institution.

L'institution commune remplit déjà plusieurs tâches pour les rentiers et les membres de leur famille qui résident dans un État de l'espace UE/AELE. Elle statue sur les demandes de dérogation à l'obligation de s'assurer déposées par les personnes de ce groupe (art. 18, al. 2<sup>bis</sup>, LAMal), affine d'office celles qui n'ont pas donné suite à l'obligation de s'assurer en temps utile (art. 18, al. 2<sup>ter</sup>, LAMal) et exécute pour elles la réduction des primes (art. 18, al. 2<sup>quinqüies</sup>, LAMal). Le Conseil fédéral est habilité, en vertu de l'art. 18, al. 3, à confier à l'institution commune d'autres tâches, notamment afin de remplir des engagements internationaux. C'est pourquoi il est logique de lui attribuer aussi les nouvelles tâches relatives à ce groupe de personnes.

Afin de contenir le plus possible les coûts occasionnés à l'institution commune par l'exécution des nouvelles tâches, il faut prévoir une procédure simple pour éviter les cas de double contrôle. C'est pourquoi le nouvel art. 36b, al. 2, OAMal prévoit que, dans ces cas, les assureurs versent à l'hôpital les deux parts et que, pour le remboursement de la prestation préalable, ils présentent leurs créances envers les cantons à l'institution commune. Ainsi, les tâches telles que la vérification de la qualité d'ayant droit et le contrôle des factures des hôpitaux sont laissées aux seuls assureurs-maladie.

L'institution commune se voit attribuer les nouvelles tâches suivantes : réception des créances des assureurs-maladie, calcul du montant que chaque canton doit payer en vertu de l'art. 49a, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal-rév, réclamation des montants facturés à chaque canton et règlement des créances des assureurs.

#### *Al. 1*

Cet alinéa prévoit qu'une fois que les assureurs lui ont présenté leurs créances conformément à l'art. 36b, al. 2, OAMal, l'institution commune calcule le montant dû par chaque canton au titre de la part cantonale. Comme, en vertu de l'art. 49a, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal-rév, cette part est répartie entre les cantons proportionnellement à leur population résidente, il est prévu en outre que pour calculer la population

résidante du canton, l'institution commune se réfère aux chiffres fournis par le dernier relevé démographique de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur la population résidante permanente moyenne. Il s'agit là d'une enquête reconnue et consultable par toutes les parties impliquées. Une fois le calcul effectué, l'institution commune doit réclamer le montant calculé à chaque canton.

#### *Al. 2*

Après réception des paiements des cantons, l'institution commune règle les créances des assureurs.

#### *Al. 3*

Cet alinéa règle le financement des nouvelles tâches de l'institution commune, car en vertu de l'art. 18, al. 6, LAMal, le Conseil fédéral règle le financement des tâches qu'il confie à l'institution commune en application de l'al. 3. Comme les cantons doivent assumer conjointement la part cantonale proportionnellement à leur population résidante, il est logique de leur faire supporter aussi dans les mêmes proportions le financement de ces nouvelles tâches. Les frais d'exécution de ces tâches seront plutôt modestes. En effet, aucune tâche de vérification ne sera confiée à l'institution commune, et cette dernière peut définir dans un règlement une procédure uniforme pour l'ensemble des cantons et des assureurs. Elle estime les frais à 100 000 francs par an au maximum.

#### *Al. 4*

Le conseil de fondation de l'institution commune doit définir les modalités de ses nouvelles tâches dans un règlement. Ce dernier portera notamment sur la vérification des comptes, le controlling des prestations, la mise en œuvre du remboursement des avances versées par l'assureur et l'exercice du droit de recours des cantons. Un règlement permet de garantir la mise en œuvre uniforme pour tous les cantons et les assureurs de la répartition de la part cantonale. Il aura un impact aussi bien sur les cantons que sur les assureurs, raison pour laquelle l'institution commune devra les consulter avant que le conseil de fondation adopte la version définitive du règlement. Par ailleurs, le règlement est soumis à l'approbation du département, selon l'art. 18, al. 1, LAMal.

### **3.3 Art. 22 Contentieux**

#### *Al. 3, phrase introductive et let. d*

Actuellement, l'art. 22, al. 3, OAMal règle dans quels cas l'institution commune tranche sous la forme d'une décision au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021) en cas de litige qui l'oppose à un assureur : il s'agit de la redistribution des réserves (let. a), de la perception de contributions au fonds couvrant les cas d'insolvabilité ou le paiement de prestations par ce fonds (let. b) et du versement de l'excédent de recettes au sens de l'art. 67, al. 2<sup>ter</sup> (let. c). Pour que l'institution commune puisse aussi trancher en cas de litige avec les assureurs-maladie en relation avec la répartition de la part cantonale entre les cantons, la nouvelle let. d lui accorde ce droit. Il faut aussi mentionner dans la phrase introductive l'abréviation de la loi citée, car le nouvel al. 3<sup>bis</sup> renvoie lui aussi à la PA.

#### *Al. 3<sup>bis</sup>*

Il faut en outre prévoir dans un nouvel alinéa que l'institution commune tranche aussi sous la forme d'une décision au sens de l'art. 5 PA en cas de litige qui l'oppose à un canton concernant la répartition de la part cantonale entre les cantons, par exemple, lorsqu'un canton conteste le montant de sa participation. Comme le Conseil fédéral a confié les nouvelles tâches à l'institution commune en application de l'art. 18, al. 3, LAMal, il doit aussi lui accorder la compétence de trancher sous la forme d'une décision pour qu'elle puisse effectivement remplir ces tâches.

### **3.4 Art. 23**

#### *Al. 1*

Selon l'art. 23, al. 1, en vigueur, deux des dispositions de l'OAMal applicables à l'institution commune



sont aussi applicables par analogie à la surveillance de l'institution prévue à l'art. 19 LAMal. Mais ces deux dispositions ont été abrogées avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et leur objet est régi aux art. 45 et 46 de la LSAMal, entrés en vigueur à cette date, applicables à l'institution commune. Il est judicieux que ces nouvelles dispositions élevées au niveau de la loi soient applicables par analogie à l'institution visée à l'art. 19, al. 2, LAMal, comme l'étaient auparavant les deux dispositions d'ordonnance abrogées. Par ailleurs, il ne faut plus que l'ordonnance parle d'une institution « prévue ».

Al. 3

Au lieu du terme de « rapport d'activité », on emploie plus souvent aujourd'hui – également de la part de la fondation Promotion Santé Suisse – celui de « rapport de gestion ». Aussi est-ce ce nouveau terme qui est utilisé ; par ailleurs, la disposition est déplacée de l'al. 1 à l'al. 3.

### **3.5 Art. 29 Effectif moyen des assurés**

Dans la section « Données nécessaires à la surveillance » du chapitre « surveillance », il est prévu que l'OFSP publie par assureur, entre autres, l'effectif des assurés (art. 28b, al. 2, let. h OAMal). Il est précisé à ce propos que dans les cas où l'assurance a duré moins d'une année, le nombre total des mois d'assurance divisé par douze est déterminant pour le calcul des effectifs moyens d'assurés (art. 29 OAMal). L'OFSP publie les effectifs moyens d'assurés dans les données servant à la surveillance des assureurs (voir « Statistique de l'assurance-maladie obligatoire », tableau 5.01).

Se fondant sur l'arrêt du Tribunal fédéral ATF 142 V 87, les assureurs ne calculent plus la prime des assurés qui entrent dans l'assurance ou en sortent en cours de mois (naissance, décès, départ à l'étranger, arrivée de l'étranger ou assujettissement à l'assurance militaire) pour le mois entier, mais par jours. Par conséquent, pour le calcul des effectifs moyens d'assurés, ils doivent désormais additionner les jours d'assurance et les diviser par 365 (ou 366 pour les années bissextiles).

Exemple : un assureur assure trois personnes sur une année bissextile. La première est assurée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre ( $366/366 = 1$ ), la deuxième est née le 15 mars ( $((17+275)/366 = 0,797814)$ ), la troisième décède le 3 juillet ( $((182+3)/366 = 0,505464)$ ). L'effectif moyen des assurés de cet assureur est donc de  $2.30328 (1 + 0,797814 + 0,505464)$ .

Comme l'art. 28b, al. 2, let. h, utilise le terme « effectif des assurés », ce terme doit aussi être utilisé dans le titre de l'art. 29 à la place de celui d'« effectif de risques ». Et comme cette disposition régit le calcul de l'effectif moyen des assurés, le titre doit être complété par l'adjectif « moyen ». La disposition précise que, pour le calcul de l'effectif moyen des assurés qu'il doit communiquer, l'assureur doit additionner les jours d'assurance de tous les assurés *pour l'année considérée*.

### **3.6 Art. 36a Prise en charge des coûts dans le cadre de la coopération transfrontalière**

Depuis 2006, l'AOS peut, en vertu de l'art. 36a OAMal, prendre en charge dans le cadre de projets pilotes le coût de prestations fournies à l'étranger, dans des zones frontalières. Il existe actuellement deux projets de ce type, dans l'espace Bâle/Lörrach et un entre le canton de Saint-Gall et le Liechtenstein, qui ont fait leurs preuves. Cela permet de renforcer les régions frontalières suisses et d'améliorer l'offre de soins dans les régions frontalières, ce qui correspond aussi à un besoin de ces dernières.

Pour que les projets pilotes en cours puissent être poursuivis durablement et que d'autres coopérations transfrontalières puissent se mettre en place, une base légale formelle était nécessaire ; elle a été créée par la révision de la LAMal du 30 septembre 2016.

Comme l'art. 34, al. 2, de la loi ne contient qu'une norme de délégation au Conseil fédéral, celui-ci a précisé dans son message du 18 novembre 2015 (FF 2016 1) qu'il entendait, pour la conception de la coopération transfrontalière, s'en tenir au cadre défini pour les projets pilotes actuels. Le Conseil fédéral

a déjà énuméré dans son message les conditions auxquelles la coopération transfrontalière sera liée. Ces conditions s'inspirent étroitement de celles de l'art. 36a OAMal applicable aux projets pilotes. Il convient de ne pas viser une plus grande ouverture.

C'est pour cette raison que les conditions actuellement applicables aux projets pilotes sont reprises autant que possible pour la coopération transfrontalière durable. Aussi, dans quelques dispositions de l'art. 36a OAMal, le terme de projets pilotes est-il simplement remplacé par celui de programmes de coopération transfrontalière, lesquels ne seront pas soumis à une limitation dans le temps. La règle selon laquelle un ou plusieurs cantons frontaliers et un ou plusieurs assureurs doivent présenter la demande conjointement est déplacée de l'al. 3 à l'al. 2, car elle concerne la demande et ne constitue pas une exigence relative au programme. La disposition touchant la limitation des projets pilotes dans le temps est supprimée. Il y a en outre déplacement des alinéas et des lettres. On ne commente ci-après que les dispositions qui ont fait l'objet d'un changement matériel.

#### *Al. 1*

Le nouvel al. 1 correspond matériellement à l'al. 1 actuel, à ceci près que c'est l'OFSP et non plus le Département fédéral de l'intérieur (DFI) qui pourra autoriser des programmes de coopération transfrontalière. L'art. 56 LSAMal prévoit que l'OFSP exerce la surveillance conformément à cette loi. C'est par conséquent l'OFSP qui est compétent pour autoriser un assureur à pratiquer l'assurance-maladie sociale. Pour cette raison, l'OFSP devrait également être compétent pour autoriser la coopération transfrontalière. L'autorisation par la Confédération sera conservée, puisque le Conseil fédéral a indiqué dans son message concernant la révision de la LAMal qu'elle était une condition préalable à la coopération. Par ailleurs, la Confédération souhaite maintenir un droit de regard dans cet assouplissement du principe de territorialité.

#### *Al. 3, let. a*

Au lieu de résidence habituelle comme dans l'art. 36a, al. 3, let. c, c'est le terme de résidence dans un canton frontalier qui est utilisé. Il est ainsi clair que le programme est ouvert à la population résidente du canton frontalier.

#### *Al. 3, let. b*

Aussi bien lors de la procédure de consultation (voir la synthèse des résultats de la consultation [rapport] d'avril 2015 sous <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2014.html> Procédures de consultation terminées, 2014, DFI) que durant les délibérations parlementaires, il a été demandé que les assureurs ne puissent pas contraindre les assurés à se faire traiter à l'étranger dans le cadre de la coopération transfrontalière. C'est pourquoi cette condition est inscrite dans la disposition d'ordonnance révisée.

#### *Al. 3, let. e, 2<sup>e</sup> condition*

Cette réglementation correspond au contenu de l'actuel art. 36a, let. f, ch. 2, OAMal, mais elle est formulée de façon plus claire. En vertu de cette disposition, les cantons et les assureurs-maladie ne peuvent intégrer dans un programme de coopération transfrontalière que des prestations dont les tarifs ou les prix ne dépassent pas ceux du canton frontalier où réside l'assuré. Les programmes de coopération transfrontalière ne se fondent pas sur le droit de coordination européen applicable aux assurances sociales que la Suisse a repris avec l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes<sup>2</sup> et la Convention du 4 janvier 1960 instituant l'Association Européenne de Libre-Échange (Convention AELE)<sup>3</sup>. C'est pourquoi il est justifié de réglementer ici le remboursement des coûts en dehors de l'entraide internationale en matière de prestations.

#### *Projets pilotes existants*

---

<sup>2</sup> RS 0.142.112.681

<sup>3</sup> RS 0.632.31

Conformément aux décisions du DFI du 3 novembre 2015, les projets pilotes de l'espace Bâle/Lörrach peuvent être menés jusqu'au 31 décembre 2018. En vertu de la décision du DFI du 31 décembre 2015, le projet pilote Saint-Gall/Liechtenstein peut être poursuivi jusqu'au 31 décembre 2019. Si les cantons frontaliers et les assureurs-maladie qui mènent ces projets souhaitent continuer ensuite à collaborer avec des fournisseurs de prestations de l'autre côté de la frontière, ils doivent présenter à l'OFSP une nouvelle demande fondée sur les nouvelles dispositions de l'art. 36a OAMal.

### **3.7 Art. 36b Prise en charge des coûts des assurés résidant à l'étranger**

#### *Al. 1*

Conformément à la nouvelle disposition de l'art. 41, al. 2<sup>er</sup>, LAMal-rév, lorsque des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou des membres de leur famille se soumettent à un traitement hospitalier en Suisse dans un hôpital répertorié, l'assureur et les cantons assument conjointement la rémunération à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de référence. Le Conseil fédéral détermine le canton de référence.

Les rentiers en question sont des assurés qui ne peuvent être attribués directement à un canton, car il n'est pas toujours possible de déterminer quel a été leur dernier domicile en Suisse. Ils n'ont donc plus de point de rattachement en Suisse, et c'est pourquoi le Conseil fédéral doit déterminer un canton de référence.

Il convient d'adopter au niveau de l'ordonnance une réglementation qui soit facilement applicable par tous les assureurs concernés et que le Conseil fédéral ne doive pas adapter chaque année. Il faut souligner que la désignation du canton en question comme canton de référence n'entraîne pour lui aucune conséquence, et notamment pas de conséquences financières.

Il ressort du message du 18 novembre 2015 (FF 2016 1) que le Conseil fédéral choisit comme canton de référence un canton dont les tarifs pour les hôpitaux répertoriés correspondent au tarif suisse moyen.

Des calculs ont indiqué que le canton de Berne répond à ce critère. Sur la base des chiffres clés des hôpitaux suisses<sup>4</sup> pour 2014 et 2015, les coûts moyens par cas et par année, standardisés selon le degré de sévérité, pour le secteur hospitalier (standardisation par indice de casemix, CMI), ont été calculés pour chaque canton. On n'a retenu que les hôpitaux de soins aigus dont les coûts moyens par cas, standardisés par CMI, étaient compris entre 5000 et 15 000 francs. Dans une première étape, on a calculé les coûts par cas standardisés par CMI pour chaque hôpital. Les coûts par cas du canton, dans la deuxième étape du calcul, résultent de la moyenne arithmétique par canton, pondérée selon le nombre de cas de l'hôpital.

Il est nécessaire de vérifier régulièrement si le canton de référence remplit ces conditions ou si un autre canton doit être désigné, ce qui implique une révision de l'OAMal.

#### *Al. 2*

En cas de traitement hospitalier en Suisse suivi par des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou par des membres de leur famille, les cantons, en vertu de l'art. 49a, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal-rév, sont tenus d'assumer collectivement la prise en charge de la part cantonale fixée par le canton où se situe l'hôpital, répartie entre eux proportionnellement à leur population résidante. Une procédure est définie au niveau de l'ordonnance pour que cette disposition puisse être mise en œuvre. De nouvelles tâches sont confiées dans ce contexte à l'institution commune par les dispositions de l'art. 19a OAMal.

---

<sup>4</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelem/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

Comme on l'a dit à propos de l'art. 19a OAMal, il convient de prévoir une procédure simple pour éviter les cas de double contrôle, afin de contenir le plus possible les coûts occasionnés par l'exécution des nouvelles tâches. C'est pourquoi le nouvel art. 36b, al. 2, OAMal prévoit que dans ces cas, les assureurs versent à l'hôpital les deux parts et que, pour le remboursement de la part cantonale versée à titre de prestation préalable, ils présentent à l'institution commune leurs créances envers les cantons. Cette réglementation laisse aux assureurs-maladie les tâches telles que la vérification de la qualité d'ayant droit et le contrôle des factures des hôpitaux, comme pour tous les autres assurés.

L'art. 49a, al. 3, LAMal prévoit que, pour la rémunération des prestations hospitalières, l'assureur et le canton peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts à l'hôpital. Certes, il s'agit là d'une disposition potestative, mais dans le cas spécial présent, il se justifie, pour les raisons indiquées plus haut, de régler dans l'ordonnance l'obligation pour les assureurs de verser les deux parts au titre de prestation préalable.

#### *Prise en charge des coûts des travailleurs détachés et des personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger*

Les dispositions de la loi révisée font obligation aux cantons d'assumer la part cantonale également pour les assurés de l'espace UE/AELE qui se soumettent à un traitement hospitalier en Suisse. Pour les assurés qui ont un point de rattachement actuel dans un canton, c'est ce canton qui est soumis à cette obligation. L'art. 49a, al. 2, let. b, LAMal-rév énumère de manière exhaustive les assurés concernés : 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 personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille. Pour les rentiers et les membres de leur famille qui n'ont plus de point de rattachement actuel en Suisse, les cantons assument collectivement la contribution cantonale, en vertu de l'art. 49a, al. 3<sup>bis</sup>, LAMal-rév.

Les travailleurs détachés (art. 4 OAMal) et les personnes relevant d'un service public qui résident à l'étranger (art. 5 OAMal), à l'intérieur ou à l'extérieur de l'espace UE/AELE, sont soumis à l'assurance suisse et ont quitté leur domicile en Suisse ne sont pas mentionnés à l'art. 49a LAMal. Les cantons ne peuvent donc pas être obligés de prendre en charge la part cantonale pour les traitements hospitaliers en Suisse de ce groupe de personnes. Seule la loi – et non l'ordonnance – pourrait régler une telle obligation. Pour ce groupe de personnes, l'intégralité des coûts hospitaliers revient donc à l'assureur-maladie. Il est inutile de régler explicitement cet élément dans l'ordonnance, car il ressort déjà a contrario des dispositions légales (art. 49a, al. 2, let. b, et 3<sup>bis</sup>, LAMal. Les assureurs-maladie peuvent récupérer les coûts ainsi occasionnés par le biais des primes.

### **3.8 Art. 37 Prise en charge des coûts des personnes assurées à l'étranger dans le cadre de l'entraide internationale en matière de prestations**

Cette réglementation correspond matériellement à la disposition de l'art. 37, let. b, OAMal actuel. En accord avec l'art. 49a, al. 1, de la loi, seul le terme de forfaits est remplacé par celui de rémunérations, car d'autres prestations peuvent être facturées outre les forfaits. De plus, il est précisé qu'il s'agit de personnes assurées à l'étranger. La disposition doit aussi mentionner le Liechtenstein, car l'entraide internationale en matière de prestations est également applicable à la relation entre la Suisse et la Principauté. Cette disposition s'applique aussi, par exemple, lorsqu'une personne assurée au Liechtenstein avec une carte européenne d'assurance-maladie doit suivre un traitement nécessaire en Suisse.

Avec les nouvelles réglementations des art. 41, al. 2<sup>bis</sup> et 2<sup>ter</sup>, et 49a, al. 2 et 3<sup>bis</sup>, LAMal-rév, les cantons sont tenus de prendre en charge la part cantonale également pour les traitements hospitaliers auxquels se soumettent en Suisse des personnes qui résident dans un État membre de l'UE, en Islande ou en Norvège et qui sont assurées en Suisse. C'est pourquoi la disposition de l'art. 37, let. a, OAMal actuel,

qui oblige les assureurs-maladie à prendre en charge l'intégralité des coûts hospitaliers pour ces assurés, doit être abrogée. Le Liechtenstein n'est pas mentionné dans les dispositions de loi citées, car il s'agit là de règles applicables aux personnes assurées en Suisse qui résident dans l'espace UE/AELE. Et comme la Suisse a convenu avec le Liechtenstein, dans la Convention AELE (annexe K, appendice 2, protocole 2 de l'annexe 2), que le principe de l'assurance au lieu de domicile s'appliquait à l'obligation d'assurance, il n'y a aucune personne assurée en Suisse qui habite au Liechtenstein.

### **3.9 Art. 91 Échelonnement des primes**

#### *Al. 2*

Cette disposition régit les primes des travailleurs détachés (art. 4 OAMal) et des personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger (art. 5 OAMal), qui résident hors de l'espace UE/AELE, sont assurés en Suisse et ont quitté leur domicile en Suisse. Pour les assurés qui résident en Suisse, les assureurs échelonnent les montants des primes, en vertu de l'art. 61, al. 2 et al. 2<sup>bis</sup>, LAMal, en fonction des différences de coûts cantonaux et régionaux. Pour les assurés résidant dans un État membre de l'UE ou de l'AELE, les primes sont, en vertu de l'art. 61, al. 4, LAMal, calculées en fonction de l'État de résidence. Pour les personnes qui résident hors de l'espace UE/AELE, sont soumises à l'assurance suisse et ont quitté leur domicile en Suisse, il est justifié que les assureurs ne puissent plus fixer qu'une prime pour tous, indépendamment de leur État de résidence, en fonction des coûts avérés. Si le faible nombre de personnes concernées rend l'exercice disproportionné dans la plupart des cas, l'assureur peut aligner les primes de ces assurés sur celles applicables en Suisse, les primes déterminantes étant celles valables au dernier domicile de la personne en Suisse ou au siège de l'assureur-maladie.

### **3.10 Art. 99 Assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations**

#### **a. Principe**

#### *Al. 1<sup>bis</sup>*

Aussi bien lors de la procédure de consultation (voir le synthèse des résultats d'avril 2015 sous <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2014.html> Procédures de consultation terminées, 2014, DFI) que durant les délibérations parlementaires, il a été demandé que les assureurs ne puissent pas agencer les programmes de coopération transfrontalière fondés sur l'art. 34, al. 2, let. a, LAMal comme une forme particulière d'assurance assortie de primes plus avantageuses. C'est pourquoi cette condition relative aux programmes de coopération transfrontalière est inscrite au nouvel al. 1<sup>bis</sup> de l'art. 99 OAMal. Comme il s'agit là d'une exception à l'art. 99, al. 1, OAMal, ce point doit être réglé ici et non à l'art. 36a OAMal.

### **3.11 Art. 105e Annonces relatives aux poursuites**

#### *Al. 1*

Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (art. 64a, al. 2, LAMal).

Dans son rapport du 28 août 2009 sur l'initiative parlementaire 09.425 « Article 64a LAMal et primes non payées », la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a observé à propos de l'art. 64a, al. 2, LAMal que l'autorité cantonale compétente doit également avoir la possibilité d'agir en faveur de l'assuré avant que la procédure de poursuite n'aboutisse à un acte de défaut de biens et que, pour cette raison, elle peut demander à l'assureur de lui indiquer le débiteur à l'encontre duquel il a engagé une procédure de poursuite (FF 2009 5977).

Se fondant sur cette disposition, l'art. 105e, al. 1, actuel fait obligation aux assureurs de communiquer à l'autorité cantonale compétente certaines données personnelles concernant les débiteurs.

En pratique, il s'est révélé que, dans certains cas, le canton ne disposait pas de données suffisantes pour décider s'il était compétent pour l'assuré concerné et s'il devait assumer les créances visées à l'art. 64a, al. 4, LAMal. Étant donné que les parents sont en règle générale tenus, en vertu du droit civil, de subvenir à l'entretien de leurs enfants, les assureurs peuvent engager contre eux des poursuites pour les primes de leurs enfants. La mère, le père et les enfants peuvent être assurés auprès d'assureurs différents. Par exemple, un assureur peut engager des poursuites contre une mère pour la prime de son enfant sans que la mère compte au nombre de ses assurés. En pareil cas, le canton souhaiterait obtenir les données personnelles non seulement de la mère, mais aussi de l'enfant.

Dans la mesure où aucun intérêt privé prépondérant ne s'y oppose, les organes chargés d'appliquer la LAMal ou la LSAMal, ou d'en contrôler ou surveiller l'application, peuvent communiquer des données, en dérogation à l'art. 33 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), à d'autres organes chargés d'appliquer la LAMal ou la LSAMal, ou d'en contrôler ou surveiller l'exécution, lorsque ces données sont nécessaires à l'accomplissement des tâches que la LAMal ou la LSAMal leur assignent (art. 84a LAMal). Sur la base de cette disposition, les assureurs peuvent communiquer aux cantons les données personnelles concernant les assurés, si les cantons en ont besoin pour l'application de l'art. 64a LAMal.

L'art. 64a, al. 2, LAMal prévoit que le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites. On ne peut pas conclure, du fait que cette disposition mentionne uniquement les débiteurs, que les assureurs ne seraient pas autorisés à communiquer les données concernant les assurés qui ne sont pas débiteurs. Ainsi, le canton peut exiger des assureurs qu'ils lui communiquent les données des débiteurs contre lesquels il a engagé des poursuites, ainsi que des autres assurés éventuels concernés par la poursuite (membres de la famille).

L'assureur ne peut toutefois communiquer les données du débiteur que dans la mesure où il les connaît. Si le débiteur ne compte pas au nombre de ses assurés, l'assureur ne dispose généralement pas de son numéro AVS, de sa date de naissance ni de son sexe. C'est pourquoi l'al. 1 précise que l'assureur est tenu de communiquer ces données pour autant qu'il les connaisse. En règle générale, le débiteur est assuré auprès de l'assureur concerné. Dans ce cas, l'assureur est tenu de fournir les données en vertu de l'art. 105g. Par contre, s'il ne compte pas le débiteur au nombre de ses assurés, il n'est tenu de fournir que les données qu'il connaît.

*Al. 1<sup>bis</sup>*

Ne sont en principe soumis à l'obligation de s'assurer que des personnes physiques (art. 3 LAMal). Mais il y a aussi des personnes morales qui paient régulièrement les primes d'assurés (par ex. les communes via leurs services sociaux). C'est pour cette raison que l'al. 1<sup>bis</sup> a été ajouté à l'art. 105e : si un assuré informe son assureur que ses primes sont payées par une personne morale, l'assureur est tenu de communiquer à l'autorité cantonale compétente le nom de cette personne morale ainsi que le numéro fédéral d'identification des entreprises (IDE) de celle-ci, pour autant qu'il le connaisse. Depuis 2011, l'Office fédéral de la statistique (OFS) attribue à chaque entreprise active en Suisse un IDE uniforme (voir à ce propos <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/registres/registre-entreprises/numero-identification-entreprises.html>). Les unités IDE ne comprennent pas uniquement des entités juridiques inscrites au registre du commerce, mais aussi des unités administratives qui doivent être identifiées en raison des tâches qu'elles accomplissent. C'est donc un identifiant unique qui a été créé avec l'IDE. Cela facilite l'échange automatique de données.

### **3.12 Art.105f     Annonces relatives aux actes de défaut de biens**

*Al. 1*

L'al. 1 en vigueur fait obligation à l'assureur d'informer l'autorité cantonale compétente, à la fin de chaque trimestre, de l'évolution des actes de défaut de biens établis depuis le début de l'année. Afin de clarifier le déroulement temporel, il est précisé que l'assureur est tenu de transmettre cette information *dans les deux semaines qui suivent la fin de chaque trimestre*.

### **3.13 Art. 105j Organe de contrôle**

#### *Al. 2, let. a*

Actuellement, l'organe de contrôle est tenu de vérifier l'exactitude des indications que les assureurs annoncent aux cantons concernant le paiement par les assurés des créances échues selon l'acte de défaut de biens.

La CDS et santésuisse demandent de supprimer de cette phrase les mots « *par les assurés* », arguant que, pour la réalisation de l'acte de défaut de biens, peu importe par qui la créance est payée. Il est aussi possible qu'elle soit payée par le débiteur ou par un tiers. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré (art. 64a, al. 5, LAMal). La loi part donc elle aussi du principe que la dette est réglée par l'assuré. Mais peu importe à l'assureur de savoir par qui la dette est réglée. Il convient par conséquent de supprimer les mots « *par les assurés* ».

Par ailleurs, la CDS et santésuisse demandent que l'organe de contrôle soit tenu de vérifier non seulement l'exactitude mais aussi l'exhaustivité des informations fournies par les assureurs.

#### *Let. b*

En vertu de l'art. 64a, al. 5, LAMal, l'assureur doit rétrocéder au canton 50 % du montant versé pour les créances arriérées. La CDS et santésuisse demandent que l'organe de contrôle soit aussi tenu de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des informations concernant ces remboursements. Leur argument est que l'art. 105f, al. 2, inclut dans le décompte final aussi bien les demandes de prise en charge des créances selon l'art. 64a, al. 3, LAMal que les remboursements selon l'art. 64a, al. 5, et que l'organe de contrôle doit donc vérifier les uns et les autres.

L'art. 64a, al. 3, LAMal prévoit uniquement que l'assureur demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester que celui-ci a vérifié l'exactitude des données qu'il a communiquées au canton. De ce fait, la question se pose de savoir si le Conseil fédéral peut obliger les assureurs à donner à leur organe de contrôle, à leur charge, d'autres mandats de vérification. Il peut y être répondu par l'affirmative, car l'on peut partir de l'idée qu'avec l'al. 3, le législateur entendait poser le principe de l'attestation par l'organe de contrôle des données communiquées par l'assureur au canton, mais non exclure une telle attestation pour des données mentionnées à d'autres alinéas.

Ainsi, l'organe de contrôle sera tenu de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité aussi de ces remboursements.

#### *Al. 3*

Dans la teneur actuelle, lorsque le canton désigne un autre organe de contrôle que l'organe de révision selon l'art. 86, il prend en charge les frais résultant des activités de l'organe de contrôle désigné (art. 105j, al. 3). Mais l'art. 86 OAMal a été abrogé à l'entrée en vigueur de la LSAMal. Son al. 1 prévoyait que chaque assureur désigne un organe de révision externe. Aujourd'hui, l'art. 25, al. 1, LSAMal prévoit que les assureurs mandatent un organe de révision externe agréé. C'est donc à cette disposition que le renvoi doit se référer.

### 3.14 Art. 105k Versements des cantons aux assureurs

#### Al. 3

La teneur actuelle de l'art. 105k, al. 3, est la suivante : « Si un subside rétroactif est accordé pour une période couverte par un acte de défaut de biens pris en charge par le canton et que la communication du droit au subside par le canton à l'assureur a lieu avant le décompte final, l'assureur déduit le subside en question dans son prochain décompte final. » Cette disposition peut être interprétée de diverses manières.

La CDS et santésuisse proposent de la modifier comme suit :

« Si un subside rétroactif est accordé pour une période couverte par un acte de défaut de biens pris en charge par le canton *avec le décompte final*, l'assureur déduit 85 % du subside en question dans son prochain décompte final. *La créance résultant de l'acte de défaut de biens est réduite du montant intégral du subside de réduction de prime. Si les périodes du subside rétroactif et des montants dus couverts par l'acte de défaut de biens ne se recoupent que partiellement, seule est prise en compte, pour la réduction de prime comme pour l'acte de défaut de bien, la part pro rata temporis qui correspond à la période de recouvrement.* »

Elles motivent leur demande par la nécessité de savoir comment procéder avec les subsides rétroactifs versés après que le canton a pris en charge l'acte de défaut de biens. La réduction de la dette (à hauteur de 100 % de la réduction de prime) n'est pas identique au remboursement au canton (à 85 %). La période n'est « couverte » au sens de la 1<sup>re</sup> phrase que si la période de l'acte de défaut de biens et celle du subside rétroactif sont identiques.

Il convient de modifier l'al. 3 en tenant compte de cette demande de la CDS et de santésuisse. La question se pose ici de savoir si l'art. 64a, al. 5, LAMal doit s'appliquer aux réductions des primes octroyées à titre rétroactif. Cette disposition vise à indemniser l'assureur pour les charges occasionnées par le recouvrement des créances qui font l'objet de l'acte de défaut de biens. Mais un subside rétroactif ne lui occasionne pratiquement aucune charge supplémentaire. Il faut donc partir du principe que cette disposition ne s'applique pas aux subsides rétroactifs.

Demeure ainsi une lacune législative que le Conseil fédéral peut combler en faisant appel à la répartition entre canton et assureur prévue à l'art. 64a, al. 4, LAMal (85 % et 15 % respectivement). Si un canton octroie un subside de réduction de prime pour une période pour laquelle l'assureur a déjà annoncé une créance selon l'art. 64a, al. 3, LAMal, l'assureur déduit 85 % de ce subside de son prochain décompte final. Cela signifie que l'assureur peut conserver les 15 % restants.

Mais comme l'assuré a droit à l'intégralité du subside, celui-ci doit être intégralement imputé à la créance à son égard. C'est pourquoi la créance doit être réduite, sur l'acte de défaut de biens ou le titre équivalent, du montant intégral du subside.

Si la période du subside de réduction de prime octroyé à titre rétroactif par le canton et celle de la créance qu'il prend en charge ne se recoupent que partiellement, le subside et la créance ne sont pris en compte que pour la part proportionnelle à la période de recouvrement.

Exemple : L'assuré ne peut pas payer ses primes mensuelles de 400 francs pour les mois de janvier à mars. L'assureur engage des poursuites contre lui et obtient un acte de défaut de biens de 1300 francs (1200 francs de primes plus 100 francs d'intérêts moratoires et de frais de poursuite). Il communique cette information au canton, qui lui règle 85 % de la créance, soit 1105 francs. Les 195 francs restants sont assumés par l'assureur. À partir d'avril, l'assuré paie à nouveau ses primes.

Par la suite, le canton octroie à l'assuré un subside de réduction de prime de 300 francs pour les mois de mars et avril et les paie à l'assureur. Celui-ci rétrocède au canton pour le mois de mars 85 % de cette réduction (255 francs). 15 % de la réduction de prime (45 francs) restent en possession de l'assureur, puisque le canton ne lui a réglé auparavant que 85 % de la créance. L'acte de défaut de biens demeure, et le montant de la créance est réduit de 300 francs ; il n'est donc plus que de 1000 francs. Comme aucun acte de défaut de biens n'a été soumis au canton pour la prime du mois d'avril, l'art. 105k, al. 3, modifié ne s'applique pas à la réduction de prime pour ce mois.

Par analogie avec l'art. 64a, al. 5, LAMal, la deuxième partie de la phrase est modifiée comme suit :



l'assureur *rétrocède au canton* 85 % de la réduction de primes en question.

### **3.15 Art. 136 Solde de la correction des primes**

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 2013, les primes de l'assurance obligatoire des soins ont été payées en trop dans certains cantons alors que dans d'autres, elles l'ont été en insuffisance. Le 21 mars 2014, le Parlement a décidé de corriger ces déséquilibres en adoptant une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (art. 106 à 106c LAMal ; RO 2014 2463). Celle-ci prévoit une correction des primes sur trois ans (2015-2017) portant sur un montant de 800 millions de francs, qui est remboursé aux assurés domiciliés dans les cantons dans lesquels des primes ont été payées en trop.

La correction des primes est financée à parts égales par trois sources différentes :

- Les assurés domiciliés dans les cantons dans lesquels des primes ont été payées en insuffisance entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 2013 versent un supplément de prime. La somme des suppléments de prime se monte au maximum à 266 millions de francs (art. 106, al. 6, LAMal dans la version de la modification du 21 mars 2014).
- La Confédération verse un montant spécial unique de 266 millions de francs en trois annuités identiques (art. 106a, al. 5 et 6, LAMal dans la version de la modification du 21 mars 2014).
- Les assureurs contribuent à la correction des primes en prélevant un supplément unique de prime de 33 francs par assuré. Ils peuvent aussi financer leur contribution par le biais de leurs réserves si celles-ci sont excessives (art. 106a, al. 2 et 3, LAMal dans la version de la modification du 21 mars 2014).

Le supplément de prime à prélever l'année suivante et le supplément unique de prime ont été calculés sur la base d'un effectif estimé. Par ailleurs, l'effectif des cantons dans lesquels des primes ont été payées en trop, annoncé par les assureurs, ne correspond pas exactement au nombre d'assurés bénéficiant effectivement de la correction des primes. Ces différences se répercutent sur le résultat de l'exercice annuel de la correction des primes. Cette dernière se fondant par définition sur des estimations, le législateur a admis implicitement l'existence d'un solde.

Le solde de la correction des primes 2015 a été utilisé pour la correction des primes 2017.

Pour les exercices 2016 et 2017, il faut distinguer selon la source de financement :

- Le solde de la contribution des assurés et des assureurs est versé au fonds d'insolvabilité (art. 136, al. 1, OAMal).
- Le solde de la contribution de la Confédération est affecté à la couverture des coûts que la mise en œuvre de la correction des primes occasionne à l'institution commune. L'institution commune gère le fonds de la correction des primes ; au terme de son activité, elle doit établir un rapport complet et le remettre à l'OFSP (art. 106b, al. 3, LAMal dans la version de la modification du 21 mars 2014). Elle doit être rémunérée pour ces tâches. Le montant qui subsistera après règlement de ces coûts sera versé au fonds d'insolvabilité (art. 136, al. 2, OAMal).

Le solde de la correction des primes qui est versé au fonds d'insolvabilité sert les intérêts des assurés, puisque le fonds est destiné à prendre en charge les coûts afférents aux prestations légales en lieu et place des assureurs insolubles (art. 47 LSAMal). L'utilisation du solde de la correction des primes est ainsi conforme à l'art. 5, let. f, LSAMal, car les ressources provenant de l'assurance-maladie sociale ne sont pas affectées à d'autres buts.

La correction des primes est effectuée jusqu'au 31 décembre 2017. Le règlement du solde conformément à l'art. 136 OAMal ne pourra donc pas être opéré avant 2018. Le versement au fonds d'insolvabilité sera exécuté jusqu'au 31 décembre 2018. L'art. 136 OAMal sera en vigueur jusqu'à cette date.

## 4 Entrée en vigueur

Les art. 36a et 99, al. 1<sup>bis</sup>, OAMal relatifs à la prise en charge des coûts dans le cadre de la coopération transfrontalière, qui se fondent sur la révision de la LAMal du 30 septembre 2016, doivent déjà entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour que des demandes puissent être présentées pour de nouveaux programmes. D'autres modifications qui ne sont pas liées à la révision de la LAMal et ne nécessitent pas de phase de mise en œuvre doivent aussi entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il s'agit des art. 6, al. 3 et 4, art. 23, al. 1 et 3, art. 29, 91, al. 2, art. 105e, al. 1 et 1<sup>bis</sup>, art. 105f, al. 1, art. 105j, al. 2 et 3, art. 105k, al. 3, et art. 136. À partir de cette date, les assureurs doivent calculer l'effectif des assurés pour l'exercice 2017 selon le nouveau droit (art. 29), et les organes de révision doivent vérifier les indications de l'assureur pour l'exercice 2017 selon le nouveau droit (art. 105j).

Comme les autres adaptations de l'OAMal qui sont liées à la révision de la LAMal du 30 septembre 2016 requièrent une phase de préparation pour les cantons, les assureurs-maladie et l'institution commune et qu'elles auront un impact sur le calcul des primes, elles ne pourront entrer en vigueur que le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Il s'agit des art. 19a, 22, al. 3, phrase introductive et let. d, al. 3<sup>bis</sup>, art. 36b et 37.