



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Rapport d'activité 2018

Surveillance de l'assurance-maladie sociale et de l'assurance-accidents



Impressum

© Office fédéral de la santé publique OFSP

Éditeur: Office fédéral de la santé publique OFSP

Date de parution: février 2019

Conception: diff. Kommunikation AG, Bern

Commandes: OFCL, Diffusion des publications fédérales, CH-3003 Berne

www.publicationsfederales.admin.ch

verkauf.zivil@bbl.admin.ch

N° de commande: 316.929.f

N° de publication OFSP: 2019-KUV-02

www.bag.admin.ch

Cette brochure paraît en français et en allemand.

Table des matières

1	Avant-propos	5
2	Principes	6
2.1	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-maladie	6
2.2	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-accidents	6
2.3	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire	6
3	Surveillance des assureurs-maladie	7
3.1	Résultats annuels des assureurs et interventions	7
3.2	Test de solvabilité LAMal 2018	7
3.3	Approbation des primes 2019	8
3.4	Audits relatifs à la fortune liée et au système de contrôle interne (SCI) effectués par l'organe de révision externe	9
3.5	Compensation des primes encaissées en trop	9
3.6	Réduction des réserves	10
3.7	Placements des capitaux	10
3.8	Réassurance dans la LAMal	10
3.9	Analyse des rapports de gestion	11
3.10	Contrôle des plans d'exploitation	12
3.11	Audit	12
3.12	Procédures traitées	13
4	Surveillance des assureurs-accidents	15
4.1	Mesures concernant les primes de la CNA en 2018	15
4.2	Conformité au risque des primes – divergences dans le calcul des provisions entre la statistique des risques et le compte d'exploitation	15
4.3	Changements intervenus dans les sociétés d'assurance LAA	16
4.4	Arrêt de principe du Tribunal fédéral (ATF 144 V 29) du 1 ^{er} février 2018 concernant la qualité pour former opposition de l'assureur-accidents « contra Adressat »	16
4.5	Questions relatives à la couverture d'assurance : personnes en réadaptation professionnelle AI ; personnes au bénéfice de l'aide sociale, réfugiés et demandeurs d'asile	17
5	Surveillance de l'assurance militaire	18
6	Surveillance de l'institution commune LAMal (IC LAMal)	19
7	Autres activités en relation avec la surveillance	20
7.1	Clôture de la procédure de correction des primes	20
7.2	Données de la surveillance	20
7.3	Demandes des assurés	21
8	Annexes	23
8.1	Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)	23
8.2	Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (SR 832.106)	23
8.3	Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2019 permettant de calculer la réduction de primes dans l'Union européenne, en Islande et en Norvège (RS 832.112.51)	23
8.4	Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM)	24
8.5	Adaptation des prestations de l'assurance militaire à l'évolution des salaires et des prix (ordonnance AM sur l'adaptation)	24
9	Glossaire	25
10	Tableau des abréviations	26



1 Avant-propos

Au début de l'année 2018, à l'échéance de la période transitoire, plusieurs dispositions importantes de la surveillance de l'assurance-maladie sociale sont entrées en vigueur. Les assureurs ont ainsi dû élaborer un plan d'exploitation complet et le soumettre à l'approbation de l'autorité de surveillance. Dans le même délai, ils ont dû remplir les exigences en matière de gestion des risques, regrouper et désigner de manière spécifique les actifs destinés à la couverture des prestations pour les assurés ainsi que mettre en place un audit interne. L'examen des plans d'exploitation, qui contiennent notamment une présentation de l'organisation, du financement, de la gouvernance et de la gestion des risques, a constitué une grande partie de notre travail durant l'année 2018. Les autres dispositions légales nous ont également occupés, tout comme les tâches habituelles telles que, par exemple, l'examen de la solvabilité, des primes et des bouclements annuels.

Compte tenu des prescriptions relatives au système de contrôle interne et à la fortune liée, les organes de révision externes joueront un rôle plus important dans la surveillance des assureurs. Ils auront à contrôler ces points sur place conformément aux programmes d'audit établis par l'autorité de surveillance. Ces contrôles, tout comme les exigences relatives aux documents à produire en lien avec le plan d'exploitation, ont été fixés de manière à entraîner le moins de frais possible pour les assureurs.

Afin de mieux comprendre les préoccupations des assureurs en la matière, nous avons mis sur pied un groupe « Conformité », au sein duquel les questions soulevées par la mise en œuvre des nouvelles dispositions ont pu être discutées. Chaque année, nous organisons également une séance d'échange avec les assureurs au sujet des nouveaux points de réglementation. Ces rencontres ont fait leurs preuves, permettant souvent d'arriver à une compréhension mutuelle, voire commune. Cependant, les assureurs et l'autorité de surveillance peuvent aussi avoir des avis divergents sur l'interprétation des lois et des ordonnances. Dans ces cas, une clarification peut être demandée au

juge. Cette année encore, plusieurs procédures ont fait l'objet de décisions en dernière instance et ont donc pu être terminées. Je me félicite de ce que jusqu'à présent, toutes les décisions ont confirmé l'interprétation soutenue par l'autorité de surveillance.

Dans le domaine de l'assurance-accidents, nous avons régulièrement des entretiens avec l'ASA et la CNA. Des échanges dans les domaines de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents ont également lieu dans un cadre institutionnel avec d'autres autorités de surveillance et organes de régulation. De nouvelles exigences légales, des changements dans les deux branches d'assurance et l'évolution des marchés financiers confrontent l'autorité de surveillance à des problématiques en constante évolution, qui soulèvent des questions toujours nouvelles. Les développements technologiques futurs continueront d'apporter leur lot de nouveautés en matière de modes de gestion et de modèles d'assurance. Ainsi, nous ne manquerons pas d'occasions de nous pencher à nouveau sur des idées intéressantes ces prochaines années.

Helga Portmann
*Responsable de la division
Surveillance de l'assurance*

2 Principes

2.1 Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-maladie

L'OFSP surveille les assureurs de l'assurance-maladie sociale (caisses-maladie et entreprises d'assurance privées concernées), les réassureurs de l'assurance-maladie sociale ainsi que l'Institution commune en vertu de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal; RS 832.12), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, et de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal; RS 832.121). En tant qu'autorité de surveillance, il doit notamment garantir la protection des assurés et la solvabilité des assureurs. Outre les directives de financement et les prescriptions relatives à l'approbation des primes, la LSAMal et l'OSAMal fixent des règles en matière d'activité irréprochable, de gestion des risques, de contrôles internes et de révision externe, que les assureurs doivent suivre et l'autorité de surveillance, contrôler.

2.2 Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-accidents

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire (LAA), on distingue, d'une part, la surveillance de l'application uniforme de la loi (surveillance dite de la loi ou de l'application) et, d'autre part, la surveillance de la gestion et de la solvabilité (surveillance dite institutionnelle). La surveillance de l'application est du ressort de l'OFSP pour toutes les sociétés d'assurance qui proposent la LAA, qu'il s'agisse d'assureurs privés, de la CNA ou de caisses publiques d'assurance-accidents.

En ce qui concerne la surveillance institutionnelle, elle incombe à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) lorsqu'il s'agit d'assureurs privés. L'OFSP et la FINMA doivent coordonner leurs activités. La CNA est quant à elle soumise au Conseil fédéral pour la haute surveillance institutionnelle, exercée par l'OFSP, alors que la surveillance institutionnelle directe de cette caisse incombe à

son conseil d'administration. Les caisses publiques d'assurance-accidents, pour leur part, sont surveillées par les collectivités qui les ont mises en place. Enfin, les assureurs tels que définis par la LSAMal sont soumis à l'OFSP pour la surveillance de l'application et pour la surveillance institutionnelle.

2.3 Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire

La surveillance de l'assurance militaire est exercée par deux organes fédéraux, l'OFSP et le Contrôle fédéral des finances (CDF).

Le Conseil fédéral a transféré la gestion de l'assurance militaire à la CNA. Celle-ci doit administrer cette assurance comme une assurance sociale distincte, avec une comptabilité séparée. L'OFSP surveille et coordonne l'application de l'assurance militaire.

3 Surveillance des assureurs-maladie

3.1 Résultats annuels des assureurs et interventions

Résultats annuels des assureurs

Les 53 assureurs AOS détenteurs de l'autorisation de l'OFSP à la fin 2017 ont réalisé durant l'exercice 2017 un résultat d'exploitation global de +931 millions de francs. Seuls sept assureurs ont bouclé sur un résultat négatif. Le résultat global positif se traduit par une augmentation des réserves, celles-ci passant de 6,258 milliards à 7,202 milliards de francs.

Le résultat actuariel de l'exercice 2017 a atteint 529 millions de francs, soit une augmentation de près de 622 millions de francs par rapport à l'exercice précédent, qui avait bouclé sur une perte de 93 millions de francs. L'exercice 2017 enregistre également des augmentations en ce qui concerne les primes (qui passent de 28,6 milliards à 30,2 milliards) et les prestations (passant de 27,2 milliards à 27,9 milliards). Durant la même période, les primes par assuré ont progressé de 4,7 %, comme en 2016, tandis que les prestations nettes n'ont augmenté que de 1,9 %.

En 2017, les frais d'administration par assuré se sont montés à 170 fr. 90, contre 163 fr. 10 l'année précédente. Exprimés en pourcentage des primes, ils sont restés inchangés à 4,7 %.

Concept d'intervention

L'autorité de surveillance veille à la solvabilité des assureurs-maladie. Elle s'appuie sur un concept d'intervention.

En début d'année, la situation actuelle des assureurs-maladie est évaluée en se fondant sur les critères actuels du quotient de solvabilité, du ratio combiné et du montant des provisions par assuré. En conséquence de cette appréciation, les acteurs dont l'exposition aux risques est jugée importante sont soumis à un reporting (mensuel ou trimestriel) envers l'autorité de surveillance durant l'exercice. Ce concept d'intervention prévoit six catégories pour évaluer les assureurs-maladie. Les assureurs dont la surveillance ne retient pas de mesures particulières correspondent à la première catégorie.

Les autres catégories impliquent comme mesures, selon une exposition au risque progressive, une prise de position ou la transmission de données trimestrielles ou mensuelles. Une dernière catégorie est prévue pour l'insolvabilité imminente d'un assureur et le retrait de son autorisation de pratiquer.

À la fin du mois de février 2018, l'autorité de surveillance a communiqué son évaluation aux assureurs-maladie concernés. Dans cette correspondance, elle leur a fait part des éventuelles faiblesses constatées et des mesures associées en leur priant de prendre position.

En 2018, l'autorité de surveillance a constaté que dix assureurs-maladie ne répondaient que partiellement aux attentes en matière de financement. Sept d'entre eux se sont soumis à un reporting trimestriel, alors que trois ont dû le faire mensuellement.

3.2 Test de solvabilité LAMal 2018

Les assureurs doivent constituer des réserves suffisantes pour garantir la solvabilité dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Depuis 2012, le montant minimal de ces fonds propres est déterminé en fonction des risques auxquels l'assureur est exposé (art. 14 LSAMal). Le test de solvabilité LAMal évalue les risques actuariels ainsi que les risques de marché et de crédit de manière analogue au Test suisse de solvabilité (SST) de la FINMA, tout en tenant compte de scénarios spécifiques à l'assurance-maladie et aux marchés financiers. Le taux de solvabilité pour un exercice donné résulte du rapport entre les réserves disponibles en début d'année et les réserves minimales nécessaires en fonction des risques. Le niveau de sécurité prescrit est de 1 %. Dit de manière simplifiée, une telle réserve permet d'amortir l'issue la plus défavorable intervenant dans un cas sur cent, tout en étant suffisante pour la moitié des cas restants. Une grande partie des engagements des assureurs-maladie est constituée par les provisions

actuarielles. Afin de pouvoir évaluer l'adéquation des provisions et le risque afférent à l'aide de méthodes actuarielles, l'OFSP procède chaque année, depuis l'introduction du test de solvabilité LAMal, à un relevé des données relatives au règlement des sinistres des cinq dernières années sur une base mensuelle.

L'OFSP a contrôlé les tests de solvabilité LAMal 2018 et les rapports les concernant. Des compléments ont été demandés lorsque les informations n'étaient pas conformes aux exigences. Les taux de solvabilité, les montants minimaux des réserves pour l'année 2018 et les réserves disponibles le 1^{er} janvier 2018 ont été publiés le 24 septembre 2018. Le tableau ci-dessous indique le nombre d'assureurs ayant présenté des taux de solvabilité insuffisants au cours des dernières années.

Année	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre total d'assureurs	67	65	63	59	57
Nombre d'assureurs présentant un taux de solvabilité insuffisant	7	3	14	6	2

Pour l'évaluation des taux de solvabilité des assureurs, il convient de noter que l'OFSP a contesté les données de deux assureurs, qui incluaient des apports, et celles d'un autre assureur, qui comportaient une augmentation de capital. Sans ces apports, les taux de solvabilité des assureurs concernés seraient plus bas.

L'OFSP examine actuellement une version révisée du test de solvabilité LAMal, qui devrait entrer en vigueur en 2020. La révision porte sur les scénarios et sur les risques actuariels. Deux tests en situation réelle ont déjà été réalisés sur une base volontaire afin de vérifier l'effet des modifications prévues et de calibrer les paramètres.

3.3 Approbation des primes 2019

Les assureurs-maladie ont eu jusqu'au 31 juillet 2018 pour soumettre à l'OFSP les primes 2019 accompagnées des extrapolations et des données sur le nombre d'assurés.

Les primes présentées sont vérifiées et approuvées conformément à la LSAMal et à ses or-

donnances d'application. L'approbation garantit que les primes sont conformes aux dispositions légales. L'autorité de surveillance est habilitée à exiger la hausse ou la baisse des primes qui ne correspondent pas aux coûts attendus. L'OFSP veille en particulier à ce que les primes couvrent les coûts dans chaque canton – ce qui interdit les subventions croisées entre cantons – et que les assureurs disposent des réserves nécessaires pour couvrir les risques d'évolutions inattendues.

L'OFSP contrôle les primes de l'AOS pour les assurés en Suisse et pour les assurés domiciliés dans l'UE ou dans l'AELE qui s'assurent conformément à la LAMal ainsi que les primes de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal. En ce qui concerne l'assurance-maladie obligatoire pour les assurés en Suisse, 51 assureurs ont présenté plus de 240 000 primes pour approbation. Les assureurs opérant en moyenne dans 20 cantons, il a donc fallu contrôler les primes pour plus de 1000 collectifs de risques. Vingt-trois assureurs proposent également une assurance UE/AELE et six assureurs offrent exclusivement l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

L'OFSP évalue le combined ratio (c'est-à-dire le rapport entre les dépenses et les recettes qu'un assureur doit réaliser au cours de l'année à venir) sur la base des réserves individuelles de l'assureur et du revenu des capitaux escompté. Un assureur disposant de réserves suffisantes peut faire prendre en compte les revenus du capital jusqu'à hauteur du pourcentage réalisé en moyenne sur les dix dernières années. Dans ce cas, le combined ratio peut être supérieur à 100 %. En revanche, un assureur qui doit constituer des réserves devra viser un combined ratio nettement inférieur à 100 %.

L'OFSP a vérifié la plausibilité des extrapolations 2018 et des budgets 2019 sur la base des coûts prévisionnels, de valeurs empiriques et de comparaisons entre assureurs.

Conformément à la modification de la LAMal adoptée le 17 mars 2017, la compensation des risques sera dès 2019 allégée de 50 % pour les jeunes adultes. Cet allègement correspond à environ 100 francs par mois et est financé par une augmentation d'environ 10 francs des contributions pour les assurés adultes. Ces contributions varient selon les cantons. Les assureurs peuvent reporter l'allègement sous forme de rabais sur les primes pour jeunes adultes, mais ils n'y sont pas obligés.

Selon les cantons, les rabais supplémentaires accordés pour 2019 étaient de l'ordre de 35 à 73 % du montant de l'allègement. Chez certains assureurs, le rabais peut atteindre jusqu'à 174 francs.

Jusqu'à présent, l'OFSP communiquait les nouvelles primes et leur accroissement sous forme d'accroissement moyen par rapport à la prime standard des assurés adultes. Depuis un certain temps, on observe toutefois une diminution constante du nombre d'assurés qui paient la prime standard; en 2016, ils ne représentaient plus qu'à peine 19 % des assurés adultes. De plus, la prime standard est systématiquement plus élevée que la moyenne des primes choisies par les assurés.

Par conséquent il a été décidé, pour la première fois cette année, de communiquer les primes moyennes, c.-à-d. la charge moyenne de prime par assuré selon les classes d'âge et les cantons. Les primes communiquées de cette manière sont plus représentatives, car elles tiennent compte des modèles d'assurance et des franchises, ainsi que des changements attendus par les assureurs pour l'année suivante.

Toutes les primes soumises ont été approuvées pour l'année 2019 et publiées le 24 septembre 2018. La prime moyenne calculée pour toute la Suisse augmente de 1,2 % par rapport à 2018. La prime des assurés adultes (dès 25 ans) augmente de 2,4 %, celle des jeunes adultes (19 à 25 ans) diminue de 15,6 % et celle des enfants (jusqu'à 18 ans) augmente de 2,4 %. La diminution des primes des jeunes adultes résulte des rabais plus élevés accordés suite à l'allègement de la compensation des risques.

En même temps que l'approbation des primes, l'OFSP a accepté la demande d'un assureur de réduire volontairement ses réserves.

3.4 Audits relatifs à la fortune liée et au système de contrôle interne (SCI) effectués par l'organe de révision externe

Les organes de révision externes fournissent une contribution importante en matière de contrôle du respect des exigences prudentielles, qui s'ajoute à la surveillance directe exercée par l'OFSP.

Le délai de transition de deux ans à compter de l'introduction de la LSAMal étant échu, les réviseurs des assureurs LAMal ont, pour la première fois en 2018, contrôlé le respect des exigences légales relatives à la fortune liée et au SCI.

Le programme d'audit « SCI » devait être soumis pour la première fois le 31 décembre 2018 au plus tard, tandis que la première échéance pour le programme d'audit « Fortune liée » est fixée au 30 avril 2019.

Les deux programmes d'audit élaborés par l'autorité de surveillance déterminent les domaines et les points à examiner, et définissent l'étendue d'audit requise dans les champs thématiques concernés. Les sociétés supervisées ont eu la possibilité d'émettre des suggestions durant le processus d'élaboration. En outre, l'autorité de surveillance a développé des outils d'analyse lui permettant de mener à bien sa tâche d'évaluation quantitative et qualitative des programmes d'audit soumis.

3.5 Compensation des primes encaissées en trop

Les assureurs doivent fixer les primes en fonction des coûts. Au moment de la fixation des primes, le coût des prestations n'est toutefois pas encore connu et il doit donc être estimé. Pour cette raison, il peut arriver que les primes fixées pour certains cantons s'avèrent a posteriori nettement supérieures aux coûts cumulés. Dans un tel cas, la LSAMal prévoit la possibilité pour les assureurs de requérir auprès de l'autorité de surveillance une compensation des primes. Il ressort de ce qui précède qu'une telle compensation doit constituer une exception.

En 2018, trois assureurs ont présenté des demandes de compensation de primes encaissées en trop à l'autorité de surveillance, qui les a approuvées. Les paiements de compensation des primes relatives à l'exercice 2017 demandés par les trois requérants concernaient jusqu'à sept cantons. Les bénéficiaires étaient quelque 95 000 personnes domiciliées dans ces cantons et assurées auprès des requérants en date du 31 décembre 2017. Les montants remboursés par assuré étaient compris entre 50 et 370 francs et ont été versés en 2018.

3.6 Réduction des réserves

Les assureurs peuvent réduire leurs réserves si celles-ci tendent à devenir trop importantes. Une telle démarche est facultative. Elle est soumise à l'approbation de l'autorité de surveillance et est autorisée à condition que le taux de solvabilité présumé après la réduction des réserves reste supérieur à 150 % même en cas de circonstances défavorables. L'assureur reporte la réduction en déduction des primes approuvées et fait figurer le montant de cette déduction sur la facture de primes.

En 2018, l'autorité de surveillance a approuvé une demande de réduction des réserves pour 2019. De ce fait, l'assureur concerné déduira 10 francs de la prime mensuelle de ses assurés adultes et 2 francs des primes mensuelles des jeunes adultes et des enfants. Ses réserves seront ainsi réduites d'un montant total probable de quelque 55 millions de francs.

3.7 Placements des capitaux

Les assureurs sont tenus d'investir, de gérer et de surveiller leur fortune avec diligence. Les placements appropriés et les limitations correspondantes sont clairement définis. L'autorité de surveillance vérifie chaque année si les dispositions et les limitations sont respectées par les assureurs.

Fin 2017, les assureurs de l'assurance obligatoire des soins avaient investi un montant de 13 milliards de francs, dont 58,7 % en obligations, 16,5 % en actions (plafond de 25 %) et 14,6 % dans l'immobilier (plafond de 25 %). Cette répartition entre catégories de placement est restée relativement stable par rapport aux trois années précédentes.

À l'intérieur des trois catégories de placement susmentionnées, les limitations suivantes s'appliquent :

- pas plus de 5 % des placements peuvent être concentrés sur un même débiteur, à moins qu'il s'agisse de la Confédération suisse, d'un canton ou d'un institut suisse émettant des lettres de gage ;

- pas plus de 20 % des placements à court terme (< 1 an) peuvent être concentrés sur un même débiteur s'il s'agit d'une banque ;
- pas plus de 5 % des placements immobiliers peuvent se trouver à l'étranger ;
- pas plus de 20 % des placements peuvent être investis dans des devises étrangères non couvertes.

L'autorité de surveillance a constaté qu'en 2017, les assureurs ont en grande partie respecté les directives de placement. Ceux qui ont enfreint les prescriptions ont été avisés en conséquence.

Conformément à la LSAMal entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, les assureurs avaient un délai de deux ans pour satisfaire à toutes les nouvelles exigences réglementaires relatives au placement des capitaux. Ces exigences visaient en particulier la répartition entre la fortune liée et la fortune libre, qui doit être telle que la fortune liée soit en tout temps suffisante pour couvrir les provisions actuarielles. Ces nouvelles dispositions s'appliquent donc pour la première fois à l'exercice 2018.

3.8 Réassurance dans la LAMal

Les petits assureurs-maladie, en particulier, souscrivent des contrats de réassurance pour se protéger contre une accumulation imprévisible de cas de maladie à coût élevé. En règle générale, il est convenu que le réassureur prenne en charge tous les frais compris entre un certain montant et une limite annuelle maximale, ou qu'un certain pourcentage de l'activité soit cédé au réassureur par un contrat en quote-part. Un peu plus d'un tiers des assureurs recourent actuellement à une couverture de réassurance. En 2017, ils ont versé à cet effet près de 12 millions de francs de primes et reçu en retour un peu moins de 10 millions de francs en prestations. L'année précédente, les primes se sont élevées à près de 40 millions de francs et les prestations à un peu moins de 35 millions de francs.

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle LSAMal, tous les contrats de réassurance nouvellement conclus et les primes convenues doivent être approuvés par l'autorité de surveillance.

Lors de l'examen des primes de réassurance, l'autorité de surveillance vérifie si elles correspondent aux risques assumés. La situation individuelle de l'assureur et le type de contrat de réassurance sont pris en compte.

L'autorité de surveillance a contrôlé les contrats entrés en vigueur en 2018 en se fondant sur les critères uniformes suivants :

- le réassureur doit être titulaire d'une autorisation pour la réassurance des risques de l'assurance-maladie sociale ;
- pas plus de 50 % des primes peuvent être cédées ;
- le contrat doit pouvoir être résilié pour la fin de chaque année civile, avec un préavis d'au moins six mois ;
- l'assureur ne peut conclure le contrat qu'aux conditions qu'il conviendrait avec un tiers indépendant.

Le contrôle porte en outre sur la question de savoir dans quelle mesure le contrat influe sur la situation de risque et s'il peut être pris en compte dans le test de solvabilité LAMal. La procédure de contrôle pour les formes de réassurance les plus répandues, soit l'assurance en excédent de sinistres et l'assurance en quote-part, se fonde principalement sur des données relevées régulièrement, notamment les données individuelles collectées dans le cadre du projet Bagsan. Si nécessaire, l'autorité de contrôle peut collecter des données supplémentaires. Pour les contrats en excédent de pertes (stop loss), il n'est pas possible d'indiquer un schéma général. Un examen actuariel approfondi des primes et du contrat s'avère nécessaire.

Fin 2018, l'autorité de surveillance a approuvé cinq nouveaux contrats de réassurance avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Les contrats en cours restent inchangés.

3.9 Analyse des rapports de gestion

Depuis l'entrée en vigueur de la LSAMal en 2016, de nouvelles dispositions réglementaires s'appliquent également aux rapports de gestion. Les règles minimales fixées dans la loi garantissent le droit des assurés d'être informés des activités opérationnelles des assureurs.

Ainsi, les assureurs doivent désormais publier les indemnités versées aux organes d'administration et de direction (montant global et montant accordé au membre dont la rémunération est la plus élevée, sans mention des noms des bénéficiaires). Comme jusqu'à présent, le rapport de gestion comprend au minimum le rapport annuel et le bouclage individuel statutaire, établi selon les Swiss GAAP RPC, avec ses cinq éléments. Les rapports de gestion doivent être remis à l'autorité de surveillance au plus tard le 30 avril de l'année suivante et publiés au plus tard le 30 juin.

En 2017, les exigences relatives aux rapports de gestion ont dans la plupart des cas été respectées. L'autorité de surveillance est néanmoins intervenue auprès de certains assureurs, par exemple en raison du non-respect du délai de publication du rapport ou de la présentation incomplète des comptes annuels prévus par les Swiss GAAP RPC.

L'examen a également porté sur le respect des prescriptions relatives à la publication des indemnités versées aux organes dirigeants. Conformément à la LSAMal, chaque entité juridique qui pratique la LAMal doit indiquer dans le rapport de gestion aussi bien le montant total des indemnités que le montant de l'indemnité la plus élevée versée respectivement à un membre de l'organe de direction et à un membre de l'organe d'administration. Fin 2017, l'autorité de surveillance a invité tous les assureurs à accorder une importance particulière à cette obligation de publier. Ce rappel a porté ses fruits puisque les dispositions en la matière ont – moyennant quelques interventions de l'autorité de surveillance – été respectées.

3.10 Contrôle des plans d'exploitation

Le contrôle des plans d'exploitation remis par les assureurs a occupé l'autorité de surveillance durant une bonne partie de l'année 2018. Les plans d'exploitation de tous les assureurs sont désormais approuvés.

Les principaux éléments du plan d'exploitation sont, d'une part, les données et documents relatifs à l'organisation et à la structure de l'assureur – qui informent sur l'organisation, la gestion et le contrôle de l'entreprise – et, d'autre part, les curriculum vitae des membres des organes d'administration et de direction – qui permettent de juger de leur qualification (formation et cursus professionnels).

L'obligation d'annoncer les contrats et les autres ententes par lesquels un assureur délègue des tâches importantes à des tiers a permis de se forger une image des pratiques d'externalisation en vigueur sur le marché de l'assurance-maladie ainsi que de leurs effets. On observe que les assureurs faisant partie d'un groupe d'assurance recourent par principe à des externalisations au sein du groupe.

L'autorité de surveillance a, pour la première fois, vérifié systématiquement si les dispositions relatives aux formes particulières d'assurance obligatoire des soins et à l'assurance facultative d'indemnités journalières étaient conformes à la LAMal et à la LSAMal. Dans certains cas, ces dispositions ont dû être mises à jour. Ces contrôles ont pour but de protéger les assurés contre les abus.

3.11 Audit

L'audit a pour objectif principal de vérifier si les assureurs respectent et appliquent correctement les dispositions légales prévues par la LSAMal et la LAMal (conformité). Les audits effectués sur place étaient principalement axés sur le respect de l'égalité de traitement des assurés et sur l'absence de sélection des risques par l'assureur. Un autre élément central était l'audit orienté processus du

contrôle des factures et de l'économicité des prestations des assureurs contrôlés. Dans ce cadre, les processus déterminants, le système de contrôle interne (SCI) ainsi que les instruments utilisés lors du contrôle des factures ont été évalués par rapport à leur pertinence, à leur adéquation et à leur efficacité.

À la fin de l'année, tous les assureurs sont analysés et classés selon un système de notation basé sur des critères de risque quantitatifs et qualitatifs. Les résultats de cette notation, l'analyse des données individuelles des assureurs ainsi que d'autres informations servent à déterminer quels assureurs feront l'objet d'un audit l'année suivante.

S'agissant de la gouvernance, la gestion des risques, le SCI ainsi que la surveillance des conflits d'intérêts ont été examinés. Les assureurs contrôlés disposent généralement de processus de gestion des risques et de systèmes de contrôle interne adéquats et bien documentés. Certains petits et moyens assureurs doivent toutefois respecter de manière plus systématique leurs règlements et les processus prévus.

Dans le domaine des prestations d'assurance AOS, l'autorité de surveillance a constaté que les assureurs remplissent en général de manière satisfaisante leurs tâches et obligations relatives au contrôle des factures et de l'économicité des prestations. Des améliorations restent toutefois possibles, notamment en ce qui concerne le contrôle des conditions de prise en charge des coûts dans le cadre des formes particulières d'assurance, tels que le modèle du médecin de famille. Des insuffisances ont été constatées dans la perception de la contribution aux frais de séjour hospitalier et de la participation aux frais prévue par la loi pour les prestations fournies pendant une grossesse; des mesures d'amélioration ont été exigées. L'audit a aussi porté sur le respect du principe de territorialité lors de l'achat de médicaments à l'étranger, ainsi que sur les conditions qui régissent la liste des spécialités lors de la prise en charge de certains médicaments. À cet égard, plusieurs assureurs ont été avertis en raison de leur pratique non conforme aux dispositions légales.

Dans le domaine Organisation conforme à la protection des données, l'audit a principalement critiqué certaines autorisations d'accès non conformes à des données sensibles enregistrées dans le dos-

sier électronique du patient. En vertu du principe de proportionnalité dans la protection des données, la restriction de ces droits d'accès trop étendus a été exigée. Par ailleurs, certains assureurs ont été priés de prendre des mesures afin de renforcer leur contrôle des prestataires de services externes.

Concernant l'obligation d'assurance, la section Audit a constaté que certains formulaires d'affiliation AOS n'étaient pas conformes aux prescriptions; ceux-ci ont dû être adaptés en conséquence. L'affiliation tardive de certains assurés en raison de documents manquants a parfois été critiquée. En outre, certaines procédures erronées pour les affiliations et les sorties en cours d'année, pour la suspension de la couverture accidents et pour la modification de la franchise annuelle avec effet rétroactif ont été constatées.

Les assureurs ont été priés de prendre les mesures nécessaires dans un délai déterminé. Ils doivent confirmer la mise en œuvre des directives par écrit et documenter les mesures prises.

Cette décision fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal administratif fédéral.

Deux autres procédures, concernant des apports et une augmentation du capital-actions, sont pendantes auprès de la même instance.

Par son arrêt du 6 novembre 2017, le Tribunal administratif fédéral a confirmé que les apports d'une holding dans trois compagnies d'assurance-maladie devaient être annulés comme exigé par l'autorité de surveillance. Le recours formé par les assureurs-maladie contre cette décision a été rejeté par le Tribunal fédéral le 21 novembre 2018. Dans son arrêt, le Tribunal a notamment retenu que les sources de financement de l'assurance-maladie obligatoire ont été fixées de manière exhaustive par le législateur. En outre, si un organisme au sein d'un groupe de sociétés au sens du CO peut certes faire office de fournisseur de l'assurance-maladie obligatoire pour des assureurs, le Tribunal fédéral a souligné que cela ne devait en aucun cas contrevenir aux dispositions de la LAMal (et des ordonnances d'application) ni permettre de les contourner.

3.12 Procédures traitées

Par décision du 24 septembre 2016, l'autorité de surveillance avait notifié à un assureur-maladie son refus d'approuver un projet de réduction des réserves. Le 9 avril 2018, le Tribunal administratif fédéral a rejeté le recours interjeté contre cette décision. Ce jugement n'ayant pas été attaqué, il est entré en force.

Le 24 octobre 2017, le Tribunal administratif fédéral a confirmé la décision du Département fédéral de l'intérieur de retirer à une compagnie d'assurance son statut de caisse-maladie. Les assurés de ladite compagnie d'assurance ont été transférés chez un autre assureur au début du second semestre de l'année sous revue.

Dans le cadre d'un audit effectué le 5 octobre 2017, l'autorité de surveillance a exigé de deux assureurs-maladie qu'ils modifient leurs procédures. Une demande de décision sur un acte matériel (éventuelle décision constatatoire) et une demande de récusation, du 13 juin 2018, se sont soldées par une décision de non-entrée en matière rendue le 6 août 2018 par l'autorité de surveillance.



4 Surveillance des assureurs-accidents

4.1 Mesures concernant les primes de la CNA en 2018

Depuis plusieurs années, la CNA obtient des rendements de placements financiers supérieurs à la moyenne. La situation financière confortable qui en résulte a amené le Conseil de la CNA à envisager de faire participer les assurés aux excédents de revenus du capital et à prévoir à cet effet un montant total de 958 millions de francs. De ce montant, environ 520 millions de francs seront utilisés pour réduire de 15 % les primes nettes AAP et AANP de l'année 2019. Le Conseil de la CNA décidera de l'utilisation du solde dans le courant de 2019.

Dans le cadre de sa surveillance institutionnelle de la CNA, l'OFSP a demandé des informations et une documentation détaillée sur les « mesures concernant les primes » prévues en 2018. Il a en particulier porté son attention sur la solvabilité de l'assurance après l'application des mesures prévues, notamment eu égard au financement d'une prochaine diminution du taux d'intérêt technique, au financement de ces mesures par le seul moyen des excédents de revenus sans recours au compte de risque, ainsi qu'aux modalités de mise en œuvre. En ce qui concerne ce dernier point, l'OFSP s'est particulièrement intéressé aux mesures prévues par la CNA pour s'assurer que les entreprises intègrent la réduction des primes AANP dans les décomptes de salaire et que la réduction de 15 % soit effectivement entièrement répercutée sur les employés.

4.2 Conformité au risque des primes – divergences dans le calcul des provisions entre la statistique des risques et le compte d'exploitation

Comme les années précédentes, le contrôle des tarifs LAA effectué par l'OFSP durant l'année sous revue a fait ressortir quelques manquements

sérieux en ce qui concerne les provisions figurant dans la statistique des risques. Ces manquements sont dus, d'une part, à des interprétations erronées du plan statistique et, d'autre part, au choix inadéquat des paramètres et des méthodes pour le calcul des provisions annoncées. Au final, cela peut conduire à des divergences significatives entre les provisions selon le compte d'exploitation et celles selon la statistique des risques. De l'avis de l'OFSP, ces manquements doivent être éliminés afin d'assurer la qualité des statistiques de société (HAST) et, par conséquent, celle des statistiques communes (GEST). En outre, le montant des provisions pris en compte dans la statistique des risques doit être ramené à un niveau comparable à celui des provisions nécessaires selon le compte d'exploitation. Avec ces améliorations, l'évaluation de l'OFSP concernant la conformité des primes et des tarifs par rapport au risque gagnerait en pertinence. À cet égard, l'OFSP est d'avis que non seulement le compte d'exploitation, mais également la statistique des risques devraient inclure les provisions nécessaires pour régler les sinistres sans perte ni bénéfice. De la sorte, des méthodes de calcul différentes ne pourraient plus être invoquées pour justifier des divergences fondamentales, puisque les provisions nécessaires visées seraient identiques dans la statistique des risques et dans le compte d'exploitation.

Ces questions ont été discutées avec les représentants de la commission technique Accidents (CTA) de l'Association suisse d'Assurances (ASA). L'ASA s'est dite prête à se pencher sur le problème et à l'étudier de manière approfondie au sein de la CTA. Le but de l'OFSP est de pouvoir envoyer aux assureurs LAA, en accord avec l'ASA, une circulaire les enjoignant à réaliser les améliorations demandées en vue de la prochaine remise de la statistique des risques.

4.3 Changements intervenus dans les sociétés d'assurance LAA

Durant l'exercice sous revue, l'autorité de surveillance a dû s'occuper de différents changements intervenus dans les sociétés d'assurance-accidents obligatoire selon la LAA.

Concordia, Assurance suisse de maladie et accidents SA assurait jusqu'à présent les prestations de courte durée tandis que les prestations de longue durée étaient assurées par le moyen d'un contrat de collaboration avec Solida Assurances SA. À partir du 1^{er} janvier 2019, Concordia, Assurance suisse de maladie et accidents SA ne pratiquera plus l'assurance-accidents obligatoire et transférera donc la totalité du portefeuille afférent à Solida Assurances SA. En coordination avec la FINMA, l'OFSP a notifié les décisions correspondantes le 25 juin 2018. Concordia, Assurance suisse de maladie et accidents SA sera radiée à la fin de 2018 du registre des assureurs-LAA de l'OFSP.

Jusqu'à présent, la Caisse-maladie Agrisano SA pratiquait l'assurance-accidents obligatoire en tant qu'assureur des prestations de courte durée. Pour les prestations de longue durée, elle disposait d'un contrat de collaboration avec Solida Assurances SA. À partir du 1^{er} janvier 2019, les deux formes d'assurance seront pratiquées par la seule Assurances Agrisano SA, qui pour ce faire reprendra les engagements de la Caisse-maladie Agrisano SA dans le cadre d'une succession universelle partielle. En coordination avec la FINMA, l'OFSP a notifié les décisions correspondantes le 28 septembre 2018. Au 1^{er} janvier 2019, Assurances Agrisano SA sera enregistrée dans le registre des assureurs LAA de l'OFSP et la Caisse-maladie Agrisano SA en sera radiée.

Comme elle l'avait déjà annoncé de longue date, la succursale zurichoise de Lloyd's London cessera son activité LAA à la fin 2018 et sera mise en run-off. Après clarification de la situation et en coordination avec la FINMA, l'OFSP a notifié, le 29 novembre 2018, une décision de radiation du registre des assureurs LAA à Lloyd's London pour la fin 2018.

4.4 Arrêt de principe du Tribunal fédéral (ATF 144 V 29) du 1^{er} février 2018 concernant la qualité pour former opposition de l'assureur-accidents «contra Adressat»

Il ressort de l'arrêt qu'au moment de son accident non professionnel, l'assurée travaillait au service de deux employeurs et était donc affiliée auprès de deux assureurs-accidents. L'un des assureurs était tenu à prestations, car c'est auprès de lui que l'assurée avait été assurée en dernier lieu contre les risques d'accidents. En tant qu'assureur-accidents en charge du cas, il a accordé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité ainsi qu'une rente d'invalidité. Dans la mesure où il s'agissait d'un accident non professionnel, le second assureur a été mis dans l'obligation de rembourser à l'assureur en charge du cas une partie des prestations d'assurance octroyées. Or, en désaccord avec les prestations promises, il a attaqué les décisions y relatives par voie d'opposition. Le premier assureur a contesté la qualité pour agir du second assureur et n'est pas entré en matière.

Le Tribunal fédéral a été appelé à décider si le second assureur était légitimé pour faire opposition à la décision de l'assureur en charge du cas. Dans son arrêt, il a admis que le second assureur était atteint par la décision d'une manière suffisamment grave pour que sa qualité pour agir soit justifiée. À défaut d'une opposition formée par l'assuré, la décision de l'assureur en charge du cas entrerait en force, tout comme la détermination de l'étendue des prestations à charge du second assureur, sans que celui-ci ne puisse disposer de la moindre influence. Par conséquent, la décision doit lui être notifiée, afin qu'il puisse faire usage des mêmes voies de droit que l'assuré. Le fait que le second assureur ne doit pas allouer ses prestations à l'assurée elle-même, mais doit rembourser sa part à l'assureur en charge du cas, ne change rien à sa qualité pour former opposition.

4.5 Questions relatives à la couverture d'assurance : personnes en réadaptation professionnelle AI ; personnes au bénéfice de l'aide sociale, réfugiés et demandeurs d'asile

a) Personnes en réadaptation professionnelle AI

La question de la couverture d'assurance-accidents des personnes bénéficiant de mesures de réadaptation professionnelle ou de mesures de réinsertion de l'AI s'était à nouveau posée en 2017. Le projet de développement de l'assurance-invalidité en suspens au Parlement vise certes à établir des règles en vue de clarifier la situation actuelle peu transparente, mais son issue est fort incertaine tant du point de vue de son contenu que du délai dans lequel il sera finalisé. Par conséquent, une clarification de lege lata s'avère indispensable. L'Office fédéral des assurances sociales s'est ainsi attelé à recenser toutes les mesures de réadaptation professionnelle et de réinsertion en vigueur, puis a examiné comment la couverture d'assurance-accidents est réglée, compte tenu des différentes constellations possibles. Les résultats de cette analyse et les questions encore en suspens ont été discutés fin 2017 et durant l'année sous revue avec l'OFSP, la CNA et l'ASA.

Sur la base de ces discussions, la lettre d'information aux offices AI (12.09.2018) et la recommandation ad hoc n° 01/2007 (révision du 27.06.2018) de la commission Accidents de l'ASA relative à la couverture d'assurance-accidents durant les mesures de réadaptation professionnelle AI ont été adaptées et mises à jour. Toutes les questions n'ont toutefois pas pu être clarifiées et la sécurité du droit n'est toujours pas entièrement garantie. On peut néanmoins dire, de manière simplifiée, que la couverture LAA est largement assurée dans tous les cas, sauf dans celui des placements à l'essai visés à l'art. 18a de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité. Dans la pratique, chaque cas doit toutefois être examiné individuellement.

b) Personnes au bénéfice de l'aide sociale, réfugiés, demandeurs d'asile

Dans son arrêt du 18 août 2017 (8C_302/2017), le Tribunal fédéral a retenu la couverture en matière de LAA d'une bénéficiaire de l'aide sociale qui effectuait un stage de formation sans salaire

ni contrat de travail. Les deux facteurs décisifs retenus par le Tribunal fédéral étaient les suivants : d'une part, il a constaté que l'entreprise locataire de services avait un intérêt économique à l'activité concrète de la bénéficiaire de l'aide sociale, qui effectuait des travaux de nettoyage ; d'autre part, il a considéré que compte tenu de sa durée, cet engagement équivalait à une formation pratique ou un stage de formation. En outre, le Tribunal fédéral a rappelé la jurisprudence selon laquelle la couverture LAA pouvait être indépendante d'un contrat de travail ou d'un accord salarial.

Étant donné que cet arrêt concernait en particulier les mesures prises à l'initiative des services sociaux, l'OFSP a dû se pencher sur la question de la couverture LAA non seulement des bénéficiaires de cette aide, mais aussi de personnes aux statuts de séjour divers, telles que les réfugiés et les demandeurs d'asile.

La position du Tribunal fédéral correspond à la conception du droit de l'OFSP et est en adéquation avec la jurisprudence en application du droit en vigueur. Comme il ressortait déjà d'autres décisions rendues dans ce domaine, la couverture LAA s'applique d'ordinaire lorsque l'activité sert un intérêt économique (cf. ATF 115 V 55ss concernant une jeune fille qui effectuait des travaux de nettoyage dans un centre équestre et recevait en contrepartie le droit de monter à cheval). De même, selon la pratique constante du Tribunal fédéral, un stage sans accord salarial et sans contrat de travail effectué à des fins de formation peut justifier une couverture LAA. Le statut de séjour, le statut de demandeur d'asile de la personne accidentée, ou encore le fait que cette personne soit au bénéfice de l'aide sociale ne sont pas des éléments décisifs. Lorsque, dans un cas donné, les critères déterminants sont remplis, la couverture LAA doit s'appliquer conformément au droit en vigueur.

5 Surveillance de l'assurance militaire

Première adaptation des primes d'assurance-maladie suite à l'introduction du nouveau système de financement

Conformément au nouveau système de financement entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018, le tarif des primes doit être fondé sur les coûts effectifs de l'assurance militaire pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés à titre facultatif, ainsi que sur les coûts des prestations en cas d'accident des assurés à titre facultatif. La loi précise que les primes pour les prestations en cas de maladie doivent couvrir au moins 80 % des coûts. La prime pour la couverture accidents des personnes assurées à titre facultatif consiste en un supplément calculé de manière à couvrir lui aussi au moins 80 % des coûts.

À l'entrée en vigueur du nouveau système de financement, le 1^{er} janvier 2018, la prime pour les prestations en cas de maladie a été fixée à 340 francs par mois et le supplément de prime pour la couverture des coûts effectifs des prestations en cas d'accident pour les personnes assurées à titre facultatif, à 24 francs par mois.

Durant l'année sous revue, pour la première fois, le tarif des primes pour l'année suivante a été adapté conformément aux nouvelles règles de financement. La prime pour la couverture maladie des assurés à titre professionnel et des assurés à titre facultatif a été fixée à 346 francs par mois, et la prime pour la couverture en cas d'accident des personnes assurées à titre facultatif à 30 francs par mois.

6 Surveillance de l'institution commune LAMal (IC LAMal)

L'autorité de surveillance surveille l'IC LAMal conformément à la LSAMal. L'autorité fédérale de surveillance des fondations (ASF) est compétente pour la surveillance relevant du droit des fondations.

Dans le cadre de l'entraide internationale en matière de prestations, l'IC LAMal a une fonction d'organe de liaison ainsi que d'institution d'entraide garantissant la fourniture des prestations à charge de l'assurance étrangère. En 2017, les frais d'intérêts découlant du préfinancement de l'entraide ainsi que les frais administratifs liés aux tâches qui lui sont déléguées par la Confédération (p. ex., tâches en faveur des retraités assurés en Suisse qui sont domiciliés dans un État membre de l'UE/AELE) se sont élevés à 2,4 millions de francs. Ce montant est en diminution de 0,3 million de francs par rapport à l'année précédente, ce qui s'explique par des coûts de capital moins élevés du fait de la baisse des taux d'intérêt.

L'IC LAMal gère la réduction des primes d'assurance pour les retraités établis à l'étranger et

leur famille. À l'instar des autres assurés, ces personnes ont droit à une réduction individuelle des primes s'ils sont de condition économique modeste. En 2017, la Confédération a versé 1,4 million de francs à l'IC LAMal aux fins de réduction des primes. Les 445 personnes qui ont bénéficié de cette mesure étaient majoritairement domiciliées en Allemagne (198) et en France (122).

L'IC LAMal doit fournir chaque année divers documents – notamment le rapport annuel et le rapport de l'organe de révision –, qui sont vérifiés par l'autorité de surveillance. Au début de chaque année, l'IC LAMal soumet également un budget relatif aux contributions fédérales. Celui-ci fait l'objet d'un contrôle de l'autorité de surveillance, qui porte sur les coûts de capital et les coûts administratifs, et d'une discussion commune avec l'IC LAMal.

7 Autres activités en relation avec la surveillance

7.1 Clôture de la procédure de correction des primes

Entre 1996 et 2013, des déséquilibres sont apparus dans les cantons entre les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS, assurance de base) et le coût des prestations médicales. Dans certains cantons, le ratio primes versées / coûts était plus bas que dans d'autres. En mars 2014, le Parlement a décidé de compenser partiellement ces déséquilibres, pour un montant total de 800 millions de francs. Cette somme est financée à parts égales par la Confédération, les assureurs-maladie et les assurés domiciliés dans les cantons où des primes ont été payées en insuffisance. Le montant de 800 millions de francs a été compensé entre les assurés durant les années 2015 à 2017 ; les détails de cette opération figurent dans le rapport d'activité de l'année précédente.

Les taux appliqués pour la correction positive ou négative des primes ont été fixés en se basant sur des évaluations prudentes des effectifs d'assurés. Des montants résiduels ont de ce fait résulté des différentes opérations de correction.

Le montant résiduel de la correction des primes de 2015 a été déterminé au printemps 2016. Il a été entièrement utilisé pour la correction des primes de 2017. Le montant résiduel de la correction des primes de 2016 n'a pu être déterminé qu'une fois que le montant du remboursement de 2017 a été fixé et il n'a donc pas pu être utilisé pour le remboursement de 2017. Le montant résiduel de la correction des primes de 2017 a quant à lui été déterminé au printemps 2018. Ces deux montants résiduels – soit au total 2,3 millions de francs – ont été versés en été 2018 au fonds d'insolvabilité de l'IC LAMal, conformément au droit.

7.2 Données de la surveillance

Les collectes de données auprès des assureurs fournissent des informations de base pour permettre à l'autorité de surveillance de remplir son rôle d'organe de surveillance et, par ailleurs, pour informer un large public et œuvrer ainsi à la transparence du système de santé suisse.

Elles regroupent des informations sur la situation financière des assureurs-maladie, sur leurs activités, leur solvabilité, leurs effectifs d'assurés et leurs prestations, pour ne citer que quelques éléments. Ces données par assureur sont également agrégées à l'ensemble du pays pour fournir des valeurs clés comme les prestations totales, les effectifs totaux d'assurés ou la somme totale des primes. Elles constituent la référence officielle pour toute information sur l'assurance-maladie obligatoire. Une grande partie de ces données sont mises à disposition annuellement dans la publication de l'OFSP (statistique de l'assurance-maladie obligatoire, www.bag.admin.ch/amstat) et sont accessibles à tous.

L'OFSP récolte des données individuelles anonymisées auprès des assureurs-maladie qui permettent à l'autorité de surveillance de procéder à l'évaluation des contrats de réassurance, l'analyse des patients à coûts élevés sur des petits collectifs ou qui peuvent être utilisées pour des études spécifiques comme la répartition des régions de primes.

7.3 Demandes des assurés

Les demandes des assurés et d'autres interlocuteurs (autorités, entreprises, associations, services étrangers) sont très diverses et couvrent tous les aspects de l'assurance-maladie sociale. Nous les recevons en outre dans toutes les langues. Un grand nombre de ces questions concernent l'affiliation à l'assurance, le changement de caisse-maladie et les primes (notamment les retards de paiement et les hausses excessives de primes). D'autres se rapportent aux modèles d'assurance spéciaux ainsi qu'aux retards ou aux refus de versement des prestations. L'autorité de surveillance constate souvent qu'il s'agit pour les assurés de vérifier la pertinence d'une réponse donnée par leur assureur. Une dernière catégorie de demandes concerne les questions en lien avec les relations internationales (règles de coordination, accord sur la libre circulation).



8 Annexes

8.1 Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)

Adaptation des franchises à l'évolution des coûts

En 2016, le Parlement a adopté la motion Bischofberger (15.4157 Assurance obligatoire des soins. Adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts). Aux termes de celle-ci, le montant des franchises, en particulier celui de la franchise ordinaire, doit être régulièrement adapté à l'évolution des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Avec cette motion, le Parlement entend renforcer la responsabilité individuelle des assurés et encourager un recours mesuré aux prestations médicales. Le Conseil fédéral a transmis son message au Parlement le 28 mars 2018 (FF 2018 2737). Selon son projet de modification de l'art. 64, al. 3, LAMal, toutes les franchises des assurés adultes augmenteront de 50 francs lorsque les coûts bruts moyens par an et par assuré auront dépassé le montant équivalant à treize fois la franchise ordinaire. Les franchises des enfants ne sont pas soumises à ce mécanisme d'adaptation. Le Conseil fédéral conserve la compétence de fixer les franchises (art. 103, al. 1 et 93, al. 1, OAMal). Le Parlement a commencé l'examen de ce projet en automne 2018.

8.2 Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (SR 832.106)

La révision de l'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes a été adoptée le 14 septembre 2018 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019. La révision porte sur la mise à jour de la liste des communes figurant dans l'annexe,

conformément au répertoire officiel des communes de l'Office fédéral de la statistique. Toutes les fusions de communes approuvées par les autorités cantonales jusqu'à la fin août 2018 et entrées en vigueur au cours de l'année 2018 ou le 1^{er} janvier 2019 ont été prises en compte.

8.3 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2019 permettant de calculer la réduction de primes dans l'Union européenne, en Islande et en Norvège (RS 832.112.51)

Selon l'ordonnance du 3 juillet 2001 concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (ORPMCE ; RS 832.112.5), le DFI doit fixer chaque année le facteur de correction du pouvoir d'achat entre la Suisse et le pays de résidence du rentier ainsi que les primes moyennes de l'assurance suisse dans les États de l'UE/AELE, afin de permettre le calcul du droit aux réductions de primes. Les primes moyennes sont celles de l'assurance de base (avec franchise unique à 300 francs et couverture accidents). Quant aux indices du niveau des prix, ils sont tirés des statistiques Eurostat (parités de pouvoirs d'achat / indices de niveau des prix / dépense de consommation finale des ménages). C'est l'institution commune selon l'art. 18 LAMal qui procède à la réduction de primes pour les rentiers. Les cantons se basent également sur ces valeurs pour les réductions de primes en faveur des travailleurs frontaliers. L'ordonnance du 30 novembre 2018 est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

8.4 Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM)

Les primes mensuelles pour les prestations de l'assurance militaire ont été adaptées avec effet au 1^{er} janvier 2019: celles pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés à titre facultatif ont été fixées à 346 francs et celles pour les prestations en cas d'accident des assurés à titre facultatif à 30 francs par mois (art. 28a, al. 1, et art. 28b OAM).

8.5 Adaptation des prestations de l'assurance militaire à l'évolution des salaires et des prix (ordonnance AM sur l'adaptation)

Le Conseil fédéral a décidé d'adapter les prestations de l'assurance militaire à l'évolution des salaires et des prix. Il satisfait ainsi aux obligations légales visant à faire coïncider l'adaptation des prestations de l'assurance militaire avec celle des rentes de l'AVS/AI. La dernière adaptation avait eu lieu au 1^{er} janvier 2017.

Conformément à l'art. 43, al. 1, de la loi sur l'assurance militaire (LAM), les rentes d'invalidité des assurés de l'assurance militaire qui n'ont pas en-

core atteint l'âge de bénéficier de l'AVS ainsi que celles des veuves et orphelins des assurés décédés qui n'ont pas atteint cet âge le 31 décembre 2018 doivent être adaptées pleinement à l'indice des salaires nominaux établi par l'Office fédéral de la statistique. Par conséquent, les rentes fixées en 2016 ou précédemment ont été augmentées de 1,3 %. Les rentes allouées en 2017 ont été augmentées de 0,7 %. Le montant annuel maximum du gain assuré a été augmenté conformément à l'évolution de l'indice des salaires nominaux et fixé à 154 256 francs.

Conformément à l'art. 43, al. 2, LAM, les autres rentes allouées pour une durée indéterminée, dont celles des assurés ayant atteint l'âge de bénéficier de l'AVS, doivent être adaptées pleinement à l'indice suisse des prix à la consommation. Étant donné que durant la période considérée cet indice a baissé, ces rentes n'ont pas été adaptées. Il en va de même pour le montant annuel servant de base au calcul des rentes pour atteinte à l'intégrité.

9 Glossaire

Audit

Les audits sont des inspections réalisées directement auprès des assureurs-maladie.

Bagsan

Données individuelles anonymisées de l'assurance-maladie obligatoire.

Collectifs de risques

Cette notion correspond à la fusion en groupes (groupes d'âge, cantons ou modèles d'assurance).

Combined Ratio

Le combined ratio est un indicateur exprimant le rapport entre les coûts (charge d'assurance et d'exploitation) et les primes. Un combined ratio inférieur à 100 % signifie que les primes de l'assureur couvrent ses coûts.

Conformité

On entend par conformité le respect des lois et des normes.

Fortune liée

Le montant théorique de la fortune liée correspond aux provisions techniques. Les assureurs doivent garantir les prétentions au titre des rapports d'assurance et des contrats de réassurance au moyen d'une fortune liée.

Gouvernance d'entreprise

La gouvernance d'entreprise définit le cadre juridique et factuel pour la gestion et la supervision d'une entreprise. Les contrats incomplets et les intérêts divergents offrent aux parties prenantes des opportunités, mais aussi des motifs de comportement opportuniste. En principe, les réglementations sur la gouvernance d'entreprise servent à restreindre la marge de manœuvre et les motivations des acteurs à adopter un comportement opportuniste par le biais d'arrangements juridiques et factuels appropriés.

(Source: Springer Gabler Verlag [éditeur], Gabler Wirtschaftslexikon, Mot-clé: Corporate Governance, en ligne sur internet:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55268/corporate-governance-v8.html>)

Provisions techniques

Les assureurs constituent des provisions techniques appropriées. Celles-ci comprennent les provisions destinées à couvrir les coûts des traitements de l'AOS passés qui n'ont pas encore été facturés, les provisions pour les cas d'assurance qui n'ont pas encore été facturés dans l'assurance facultative d'indemnités journalières et, si les primes sont échelonnées en fonction de l'âge d'admission, les provisions de vieillissement de l'assurance facultative d'indemnités journalières.

10 Tableau des abréviations

<i>AA</i>	Assurance-accidents
<i>AM</i>	Assurance militaire
<i>AOS</i>	Assurance obligatoire des soins
<i>ASA</i>	Association Suisse d'Assurances
<i>ASF</i>	Autorité fédérale de surveillance des fondations
<i>ATF</i>	Arrêt du Tribunal fédéral
<i>CDF</i>	Contrôle fédéral des finances
<i>CFST</i>	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail
<i>CNA</i>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<i>DFI</i>	Département fédéral de l'intérieur
<i>FINMA</i>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
<i>FF</i>	Feuille fédérale
<i>IC LAMal</i>	Institution commune LAMal
<i>LAA</i>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
<i>LAM</i>	Loi fédérale sur l'assurance militaire (RS 833.1)
<i>LAMal</i>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
<i>LCA</i>	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (RS 221.229.1)
<i>LSAMal</i>	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12)
<i>OAM</i>	Ordonnance sur l'assurance militaire (RS 833.11)
<i>OAMal</i>	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
<i>OEDRP-DFI</i>	Ordonnance du DFI sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (RS 832.102.2)
<i>OFCL</i>	Office fédéral des constructions et de la logistique
<i>OFSP</i>	Office fédéral de la santé publique
<i>OLEH</i>	Modifications de l'ordonnance sur l'État hôte (RS 192.121)
<i>OSAMal</i>	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
<i>RS</i>	Recueil systématique du droit fédéral
<i>SCI</i>	Système de contrôle interne



