

Rapport d'activité 2021

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



Impressum

Éditeur

Office fédéral de la santé publique OFSP
Division Surveillance de l'assurance

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
Case postale
CH-3003 Berne
Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch
www.ofsp.admin.ch/assurancemaladie

Date de parution

Février 2022

Commandes

OFCL, Diffusion des publications fédérales, CH-3003 Berne
www.bundespublikationen.admin.ch
N° de commande : 316.929.f

Versions linguistiques

Cette publication paraît en français et en allemand.

Version numérique

Disponible au format PDF dans les deux versions linguistiques à l'adresse www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/taetigkeitsberichte/taetigkeitsbericht-aufsicht-soziale-kranken-und-unfallversicherung.html.

Concept graphique et typographie

diff. Kommunikation SA, Berne

Table des matières

1	Avant-propos	6
2	Principes	8
2.1	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-maladie	8
2.2	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-accidents.....	8
2.3	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire	8
3	Surveillance des assureurs-maladie	9
3.1	Interventions sur la base d'indicateurs financiers	9
3.2	Test de solvabilité LAMal 2021	9
3.3	Approbation des primes 2022 et réduction des réserves.....	10
3.4	Compensation des primes encaissées en trop.....	11
3.5	Contrôle de la fortune liée et du système de contrôle interne (SCI) par l'organe de révision externe.....	12
3.6	Réassurance dans la LAMal	12
3.7	Analyse des rapports de gestion	13
3.8	Gouvernance d'entreprise	13
3.9	Audit	14
3.10	Dénonciations à l'autorité de surveillance, procédures de recours et procédures selon la loi sur la transparence (LTrans; RS 152.3)	15
4	Surveillance des assureurs-accidents	16
4.1	Comptes d'exploitation	16
4.2	Tarifs de primes.....	16
4.3	Surveillance de l'assurance-accidents obligatoire en général	17
5	Surveillance de l'assurance militaire	18
5.1	Réformes structurelles de l'assurance militaire	18
6	Surveillance de l'Institution commune LAMal	19
7	Autres activités en relation avec la surveillance	20
7.1	Données de la surveillance	20
7.2	Demandes des assurés	20
7.3	Réalisation de l'enquête sur les coûts des tests, rapports des organes de révision externes	21
7.4	Catégories de modèles.....	21
7.5	Délégation de tâches (externalisation)	21

7.6	Collaboration avec le PFPDT et circulaire n° 7.1 relative à la protection des données	22
7.7	Brexit	22
7.8	Projet ISAK.....	23
8	Annexes: législation.....	25
8.1	Législation relative à l'assurance-maladie.....	25
8.1.1	Message relatif à l'initiative d'allègement des primes et au contre-projet.....	25
8.1.2	Révision de la LAMal.....	25
8.1.3	Loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance	25
8.1.4	Modification de l'OSAMal.....	25
8.1.5	Contribution aux frais de séjour hospitalier (art. 104 OAMal).....	25
8.1.6	Modification de l'ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI; RS 832.112.11)	26
8.1.7	Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (RS 832.106)	26
8.1.8	Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2022 permettant de calculer la réduction des primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni (RS 832.112.51).....	26
8.1.9	Ordonnance de l'OFSP sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121.1)	26
8.2	Législation relative à l'assurance-accidents.....	27
8.2.1	Modification des normes comptables uniformes (baisse du taux technique)	27
8.2.2	Assurance-accidents des personnes participant à une mesure de réadaptation de l'AI.....	27
8.2.3	Adoption et mise en vigueur de la nouvelle ordonnance sur les travaux de construction (OTConst; RS 832.311.141)	27
8.3	Législation relative à l'assurance militaire	27
8.3.1	Adaptation de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM; RS 833.11).....	27
9	Rapports du Conseil fédéral	29
9.1	Rapport en réponse au postulat 20.3135 CSSS-CE. Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs.....	29
10	Glossaire	30
11	Liste des abréviations	31



1 Avant-propos

Au cours de l'exercice 2021, la division Surveillance de l'assurance a eu à s'occuper d'une grande diversité de thèmes et de questions. J'en relèverai trois en particulier.

Surveillance : qualité reconnue par le CDF

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) a audité l'organisation et l'activité de la division Surveillance de l'assurance de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sous l'angle de l'exhaustivité et de l'efficacité.¹ Il a examiné la mise en œuvre de la surveillance dans trois domaines : la protection des données de la part des assureurs-maladie, la compensation des risques et les tarifs de primes des assureurs-accidents.

Le CDF atteste que la division Surveillance de l'assurance exerce cette activité conformément à la loi, en suivant pour l'essentiel une approche basée sur les risques et sur une coordination interne systématique. La répartition interne des ressources est jugée rationnelle, coordonnée et transparente. Le CDF souligne en outre la flexibilité dont fait preuve la division pour gérer des tâches nouvelles sans ressources supplémentaires.

Le CDF a néanmoins relevé des potentiels d'amélioration dans les trois domaines examinés.

Protection des données : il existe ici des risques importants de sécurité et d'utilisation non conforme des données individuelles des assurés. Le CDF est d'avis qu'une clarification des rôles et un principe d'échange s'imposent entre l'OFSP et le préposé à la protection des données et à la transparence (PPPDT). Cette concertation a eu lieu. L'OFSP a remanié en conséquence sa circulaire 7.1², en collaboration avec le PPPDT.

Compensation des risques : la complexité de la compensation des risques a grandement augmenté avec l'adoption en 2020 de l'indicateur de morbidité supplémentaire « groupes de coûts pharmaceutiques » (PCG). L'OFSP élabore en conséquence un concept en vue de garantir à long terme la qualité des données des assureurs, sur lesquelles repose le calcul de la compensation des risques. Ce concept est étendu, suivant la recommandation du CDF, afin d'inclure dans le processus d'assurance-qualité toutes les parties prenantes, et notamment les assureurs, l'Institution commune LAMal, l'OFSP et les organes de révision.

Assurance-accidents : pour renforcer la pertinence des statistiques de risques, le CDF recommande de différencier les primes entre celles des tarifs et celles qui sont fixées sur la base des expériences acquises. Il conviendrait en outre d'accélérer l'établissement des statistiques de risques de l'année d'assurance écoulée.

L'OFSP reconnaît le bien-fondé de ces recommandations.

Révision de l'OSAMal : l'effet voulu se réalise

La modification de l'art. 26 OSAMal concernant la réduction volontaire des réserves est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2021. La nouvelle réglementation a été appliquée pour la première fois lors de la procédure d'approbation des primes 2022. La révision accroît la marge de manœuvre dont les assureurs disposent pour réduire leurs réserves. Les outils de réduction ont été hiérarchisés en ce sens que toute réduction des réserves doit être précédée d'un calcul des primes au plus juste. Répondant aux attentes des assurés et des milieux politiques, les assureurs ont été nombreux à appliquer ces possibilités légales, qui continuent de reposer sur un caractère volontaire. Outre le calcul

1 Rapport du CDF du 21 mai 2021 (Audit de la surveillance dans le domaine des assurances – Office fédéral de la santé publique). Contrôle fédéral des finances (admin.ch)

2 Circulaire 7.1, Surveillance par l'OFSP des domaines soumis aux dispositions de la LSAMal, de l'OSAMal, de la LAMal et de l'OAMal relatives à la protection des données

des primes au plus juste et le versement de compensations lors des réductions de réserves, ils ont également recouru à la possibilité de compenser les primes encaissées en trop et de déduire le produit du capital dans le calcul des coûts. Le montant des compensations reversées aux assurés en 2021 pour les primes encaissées en trop a atteint quelque 134 millions de francs, tandis que celui des compensations versées en 2022 au titre de la réduction volontaire des réserves devrait être d'environ 380 millions de francs. Le volume effectif de la réduction des réserves dépendra de l'évolution des coûts et du produit du capital en 2022. On le connaîtra au deuxième trimestre 2023, quand les comptes annuels des assureurs seront bouclés. Le Conseil fédéral estime que la réduction des réserves devra se poursuivre ces prochaines années et que des réformes s'imposent également pour freiner la hausse des coûts de la santé.

Coûts des tests : complexité de la facturation

La pandémie de Covid-19 a continué de peser d'un poids considérable en 2021. Une nouvelle tâche s'est ajoutée à celles de la surveillance de l'assurance avec le contrôle et la validation des décomptes établis par les assureurs et les cantons pour les coûts des tests, en vue de leur indemnisation.

La Confédération prend en charge depuis le 25 juin 2020 les coûts des tests Covid-19. Les assureurs, l'Institution commune LAMal et les cantons communiquent trimestriellement à l'OFSP le nombre d'analyses et les montants qu'ils ont versés à ce titre aux fournisseurs de prestations. Un formulaire de relevé mis au point de concert avec les acteurs permet de saisir les analyses remboursées par positions tarifaires. Cet instrument est régulièrement mis à jour en fonction des modifications de l'ordonnance 3 Covid-19.

Des rencontres de concertation ont lieu à cette fin avec les assureurs et les cantons. Les organes de révision externes vérifient annuellement les communications des assureurs et de l'Institution commune concernant les frais de tests remboursés. Ils examinent s'il existe des mécanismes appropriés permettant de contrôler si les fournisseurs de prestations ont facturé les coûts des tests conformément aux prescriptions légales, et en rendent compte à l'OFSP dans un rapport.

Les modifications régulièrement apportées à la stratégie en matière de tests et aux prescriptions légales, ainsi que les adaptations des processus et des documents qui en résultent, ont constitué, dans le cadre de cette nouvelle tâche, un défi particulier pour l'ensemble des acteurs. Même si la mise en application du processus de facturation s'est avérée techniquement complexe pour toutes les parties prenantes, ce processus fonctionne bien aujourd'hui. Les échanges entre la surveillance, les assureurs, l'armée et les cantons en vue de garantir le bon fonctionnement de l'assurance ont toujours été constructifs et empreints d'un grand engagement. Nos plus vifs remerciements vont à tous les acteurs pour leur esprit de coopération.

Philipp Muri

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 LAMal (IC LAMal) en vertu de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal; RS 832.12), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, et de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (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, règles 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 (AA), régie par la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), on distingue, d'une part, la surveillance de l'application uniforme de la loi (surveillance de l'application) et, d'autre part, la surveillance de la gestion et de la solvabilité (surveillance institutionnelle). La surveillance de l'application est du ressort de l'OFSP pour toutes les sociétés d'assurance qui proposent l'assurance selon la LAA, qu'il s'agisse d'assureurs privés, de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (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 haute surveillance institutionnelle sur la CNA incombe au Conseil fédéral; elle est 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 visés par la LSAMal sont soumis à la surveillance de l'OFSP, tant pour ce qui est de l'application que sous l'angle institutionnel.

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 CDF.

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

3 Surveillance des assureurs-maladie

3.1 Interventions sur la base d'indicateurs financiers

L'autorité de surveillance porte son attention sur la solvabilité des assureurs-maladie. Elle déploie à cet effet un concept d'intervention pour se préserver de l'insolvabilité possible d'un assureur-maladie. Les acteurs dont la situation financière ne répond pas aux exigences font l'objet d'une surveillance particulière.

En début d'année, la situation des assureurs-maladie est évaluée sur la base des critères du taux de solvabilité, du *combined ratio* et du montant des provisions par assuré. Les acteurs dont l'exposition aux risques est jugée importante sont soumis à un reporting plus fréquent envers l'autorité de surveillance.

Le concept d'intervention de l'OFSP retient six catégories pour évaluer les assureurs-maladie. La première regroupe les assureurs pour lesquels la surveillance prudentielle ne prévoit pas de mesures particulières. Les autres catégories comprennent des mesures, en fonction de l'exposition au risque, telles qu'une simple prise de position ou une transmission trimestrielle ou mensuelle des données. La dernière catégorie est celle des assureurs dont l'insolvabilité est imminente.

Cette année, l'autorité de surveillance a constaté qu'un assureur-maladie ne répondait que partiellement aux attentes en matière de financement. Cet assureur a été soumis à un reporting trimestriel.

3.2 Test de solvabilité LAMal 2021

Dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, les assureurs doivent disposer de réserves suffisantes pour garantir leur solvabilité. Le niveau minimal de ces fonds propres est déterminé depuis 2012 sur la base des risques auxquels l'assureur est exposé (art. 14 LSAMal). Dans le test de solvabilité LAMal, comme dans le Swiss Solvency Test (SST) de la FINMA, les risques d'assurance, de marché et de crédit sont évalués et enrichis par des scénarios spécifiques pour l'assurance-maladie ainsi qu'en lien avec les marchés financiers. Le taux de solvabilité pour une année donnée correspond au rapport entre les réserves disponibles au début de l'année et les réserves minimales déterminées sur la base des risques encourus. Le taux de solvabilité de chaque assureur doit être d'au moins 100 %. Autrement dit, l'assureur doit pouvoir faire face au montant moyen des dommages d'une année catastrophique, laquelle est définie comme une année où l'assureur est confronté à un événement survenant une fois par siècle.

Une part importante des engagements des assureurs-maladie est constituée par les provisions techniques. Afin d'évaluer par des méthodes actuarielles l'adéquation et le risque d'estimation des provisions, l'OFSP recueille chaque année depuis la mise en place du test de solvabilité LAMal, avec une granularité mensuelle, les données concernant le traitement des cas.

L'OFSP a contrôlé les tests de solvabilité LAMal 2021 saisis et les rapports correspondants. Tous les assureurs ont remis leur test de solvabilité dans le délai prescrit. L'autorité de surveillance a exigé d'eux quelques informations complémentaires, dont certaines indications sur les coûts liés au Covid-19, ainsi que la présentation du rapport de l'actuaire LSA pour les assureurs-maladie pratiquant à la fois l'assurance sociale et l'assurance complémentaire.

Les taux de solvabilité, les niveaux minimaux des réserves pour 2021 et les réserves disponibles au 1^{er} janvier 2021 ont été publiés le 28 septembre 2021. Le tableau ci-dessous indique, par année, le nombre d'assureurs dont la solvabilité était insuffisante.

Année	2014	2015	2016	2017
Nombre total d'assureurs	67	65	63	59
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	7	3	14	6

Année	2018	2019	2020	2021
Nombre total d'assureurs	57	57	56	55
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	2	0	1	2

Concernant l'évaluation du taux de solvabilité des assureurs, il faut savoir que, pour l'un d'entre eux, ce taux inclut une augmentation de capital. Cette évaluation a été contestée par l'OFSP. Le Tribunal administratif fédéral a rendu, le 31 mai 2021, un arrêt favorable à l'OFSP. Sans cet apport de fonds, le taux de solvabilité de l'assureur en question aurait été plus bas.

3.3 Approbation des primes 2022 et réduction des réserves

Les assureurs-maladie ont remis à l'OFSP au 31 juillet 2021, pour approbation, les primes prévues pour 2022, ainsi que leur estimation des coûts et du nombre d'assurés. Le contrôle et l'approbation des primes présentées par les assureurs se fondent sur la LSAMal et ses dispositions d'exécution. L'approbation des primes garantit que celles-ci répondent aux exigences légales. L'autorité de surveillance a la compétence d'exiger des hausses ou des baisses de primes si celles-ci ne correspondent pas aux coûts attendus.

Elle veille, en particulier, à ce que les primes couvrent les coûts dans chaque canton et à ce que tous les cantons soient traités de la même manière, afin d'éviter les subventionnements croisés entre cantons et de garantir que les assureurs disposent de réserves suffisantes pour couvrir les risques liés à une évolution inattendue. L'OFSP examine chaque année ex post les différences entre les résultats techniques cantonaux et calcule la proportion des primes payées en trop en Suisse par rapport au total des primes. L'objectif est que cet indicateur reste inférieur à 1%. En 2020, celui-ci était de 0,65 %, soit nettement mieux que la valeur cible. Les différences entre cantons ont diminué depuis l'instauration de la LSAMal en 2016.

L'OFSP vérifie les primes de l'AOS pour les assurés suisses, pour les assurés résidant dans un État de l'espace UE/AELE qui sont assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), ainsi que pour l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal. Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire pour les assurés suisses, 45 assureurs ont soumis plus de 260 000 primes pour approbation. Tous les assureurs ont présenté leurs primes dans le délai prescrit. Les nouvelles dispositions de l'OSAMal révisée ont fait apparaître des problèmes relativement importants en matière de qualité des données chez certains assureurs. La plupart de ces problèmes ont toutefois pu être résolus au début du processus de contrôle. Dans l'ensemble, plus de 15 000 primes ont été adaptées à la hausse et près de 80 000 à la baisse au cours du processus d'approbation. Les baisses ont concerné un très grand nombre d'assurés car les corrections ont, entre autres, été effectuées auprès de quelques grandes caisses-maladie. Comme les assureurs sont actifs dans une vingtaine de cantons en moyenne, il a fallu contrôler les primes de plus de 900 collectifs de risques. De plus, quelques assureurs proposent une assurance UE/AELE, et certains ne proposent que l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

L'OFSP a vérifié la plausibilité des estimations et des budgets présentés pour 2021 et 2022 en se fondant sur des prévisions des coûts, des valeurs empiriques et des comparaisons entre assureurs. Comme l'an dernier, cette vérification s'est avérée difficile en raison de la situation particulière créée par la pandémie, notamment parce que les prestataires n'ont pas tous facturé leurs prestations avec la même rapidité, mais aussi parce qu'une partie des traitements qui avaient été reportés ont pu être effectués.

L'OFSP se fonde sur la situation individuelle de l'assureur pour évaluer le *combined ratio*, c.-à-d. le rapport entre dépenses et recettes que les assureurs doivent obtenir l'année suivante. L'assureur peut faire prendre en compte les revenus de son capital, et ce à raison du rendement obtenu en moyenne sur les dix dernières années. Son *combined ratio* peut alors dépasser les 100 %. En revanche, s'il doit augmenter ses réserves, le *combined ratio* à viser sera inférieur à 100 %. Pour l'année 2022, plus de 70 % des assureurs ont inclus le produit du capital dans le calcul des primes, ce qui a contribué à la baisse de celles-ci.

L'entrée en vigueur de la révision de l'OSAMal, le 1^{er} juin 2021, a facilité le recours des assureurs aux outils de réduction des réserves. Ceux-ci leur ont permis de calculer les primes au plus juste. L'OFSP s'est assuré, entre autres, que l'outil de calcul des primes au plus juste a été appliqué de manière uniforme sur l'ensemble du domaine d'activité de l'assureur. Les assureurs pouvaient en outre déposer une demande de réduction des réserves au moyen de versements de compensation aux assurés, à condition d'avoir calculé leurs primes au plus juste. Ici, l'OFSP a notamment vérifié si les réserves des assureurs en question atteignaient encore le minimum légal une fois la réduction opérée. L'OFSP a également évalué la définition par les assureurs des assurés qui bénéficieraient d'un versement de compensation. L'outil de calcul des primes au plus juste a été utilisé par 30 assureurs; de plus, 14 assureurs ont présenté un plan de réduction des réserves. Ce sont ainsi près de 380 millions de francs qui seront remboursés aux assurés en 2022.

Les primes de tous les assureurs ont été approuvées pour toute l'année 2022, et publiées le 28 septembre 2021. La prime moyenne suisse a baissé de 0,2 % par rapport à 2021. La variation est de -0,3 % pour les adultes (à partir de 25 ans), de -1 % pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans) et de -0,3 % pour les enfants (moins de 18 ans). Comme il s'agit ici de valeurs moyennes, l'évolution des primes peut être différente pour les assurés pris individuellement.

3.4 Compensation des primes encaissées en trop

La LSAMal permet à l'assureur d'effectuer une compensation des primes encaissées en trop si ses recettes de primes dans un canton dépassent nettement, sur une année, les coûts cumulés dans ce canton, afin de rétablir l'équilibre entre primes et coûts. Ainsi, les assurés peuvent bénéficier d'une compensation s'ils vivent dans un canton dans lequel les primes de l'assureur se sont avérées après coup trop élevées, ou que les coûts des traitements médicaux ont été inférieurs à ce qui avait été prévu lors de la fixation des primes. En 2021, six assureurs ont présenté à l'autorité de surveillance des demandes de compensation des primes encaissées en trop pour l'exercice 2020, compensations qu'elle a approuvées. Ces assureurs ont effectué des versements compensatoires dans différents cantons pour un montant total de 133,5 millions de francs. Plus d'un million de personnes assurées au 31 décembre 2020 auprès de ces assureurs dans les cantons concernés ont bénéficié de ces compensations.

Le Conseil fédéral a adopté, le 14 avril 2021, la révision de l'OSAMal. Le nouveau droit précise quand les primes sont nettement plus élevées que les coûts (voir ch. 8.1.4).

3.5 Contrôle de la fortune liée et du système de contrôle interne (SCI) par l'organe de révision externe

Les programmes de test élaborés par l'autorité de surveillance concernant la fortune liée ainsi que les contrôles et le SCI à l'échelle de l'entreprise lui ont été remis pour la troisième fois. Tant les contrôles effectués par les organes de révision externes pour l'exercice 2020 que les contrôles de suivi exigés pour les irrégularités constatées sur l'exercice 2019 ont été intégrés dans les rapports sur l'audit prudentiel 2020. Par rapport à l'exercice 2019, le nombre d'irrégularités constatées et de recommandations formulées par les organes de révision a nettement diminué, tant en ce qui concerne la fortune liée que le SCI.

Les documents de travail remis par les organes de révision ont fait l'objet d'une revue critique. Toutes les constatations importantes, en particulier les irrégularités et les recommandations formulées, ont été discutées avec les organes de révision. L'autorité de surveillance a communiqué aux organes de révision que les irrégularités devaient être corrigées et les recommandations être suivies dans les délais fixés. Les organes de révision procéderont à un contrôle des mesures mises en place suite aux constatations faites pour l'exercice 2020 et en rendront compte à l'OFSP dans leur prochain rapport sur l'audit prudentiel.

3.6 Réassurance dans la LAMal

Pour se protéger contre une accumulation imprévue de cas de maladie coûteux, les petits assureurs-maladie, principalement, concluent des contrats de réassurance. En général, le réassureur prend en charge tous les coûts qui dépassent une limite convenue jusqu'à un montant maximal par année, ou alors le contrat de réassurance porte sur une proportion donnée de primes et de prestations que l'assureur cède au réassureur. Près de la moitié des assureurs-maladie sont actuellement couverts par un contrat de réassurance. Quelque 47,7 millions de francs de primes ont été

payés à ce titre en 2020, et les prestations de réassurance remboursées ont avoisiné les 47,5 millions. L'année précédente, les primes et les prestations de réassurance avaient dépassé les 100 millions de francs. Ce recul de volume est dû pour l'essentiel à la résiliation d'un contrat de cession portant sur une proportion importante de primes.

Depuis l'entrée en vigueur de la LSAMal, tous les nouveaux contrats de réassurance ainsi que leurs primes doivent être approuvés par l'autorité de surveillance. Le contrôle des primes de réassurance consiste à vérifier si celles-ci correspondent aux risques repris, compte tenu de la situation individuelle des assureurs et du type de contrat conclu.

L'autorité de surveillance a contrôlé uniformément les contrats qui lui ont été soumis et qui sont entrés en vigueur en 2021 selon les critères suivants :

- Le réassureur doit détenir une autorisation de pratiquer la réassurance des risques de l'assurance-maladie sociale.
- Les primes peuvent être cédées à hauteur de 50 % au maximum.
- Le contrat doit pouvoir être résilié pour la fin de chaque année civile et le délai de résiliation doit être d'au moins six mois.
- L'assureur ne peut conclure le contrat qu'aux conditions qui conviendraient aussi avec des tiers indépendants.

L'autorité de surveillance vérifie en outre dans quelle mesure le contrat influe sur la situation en matière de risques et si le test de solvabilité LAMal peut en tenir compte. Le contrôle des réassurances les plus courantes d'excédents de grands sinistres ou de cession d'une proportion de primes et de prestations se fonde principalement sur des données recueillies systématiquement, les données individuelles de BAGSAN. En cas de besoin, l'autorité de surveillance peut en recueillir d'autres. Aucun schéma général ne peut être indiqué pour les contrats Stop Loss. Dans leur cas, un contrôle actuariel des primes et du contrat s'impose. En 2021, 25 assureurs LAMal disposaient de réassu-

rances dans le domaine de l'AOS et de l'assurance d'indemnités journalières LAMal. L'OFSP examine en outre les comptes que lui rendent les réassureurs actifs conformément à l'art. 33 LSAMal. Les compagnies CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA et Helsana Assurances SA ont décidé de se retirer de la réassurance active de l'assurance-maladie sociale. Cela faisait déjà un certain temps qu'elles ne proposaient plus de produits de ce type. L'OFSP a décidé en conséquence de leur retirer l'autorisation de pratiquer la réassurance des risques de l'assurance-maladie sociale et leur nom a été supprimé de la liste des réassureurs admis.

3.7 Analyse des rapports de gestion

Depuis l'entrée en vigueur de la LSAMal, de nouvelles dispositions s'appliquent également aux rapports de gestion à partir de l'exercice 2016. Il s'agit de normes minimales garantissant l'obligation d'information des assureurs-maladie vis-à-vis des assurés concernant leur activité commerciale.

Les indemnités accordées aux membres du conseil d'administration et de la direction (montant global des indemnités accordées et montant accordé au membre dont la rémunération est la plus élevée, sans mention de son nom) doivent être publiées. Le rapport de gestion doit comprendre en outre au moins le rapport annuel et la clôture individuelle statutaire révisée des comptes selon Swiss GAAP RPC, avec ses cinq composantes. Les rapports de gestion doivent être remis à l'autorité de surveillance avant le 30 avril de l'année suivante et être publiés le 30 juin au plus tard. Pour les rapports de gestion, les résultats du contrôle du respect des prescriptions n'ont donné lieu à aucune constatation particulière.

3.8 Gouvernance d'entreprise

En plus des audits (voir ch. 3.9), les plans d'exploitation des caisses-maladie constituent une source importante pour l'examen de la gouvernance d'entreprise, ou pour la garantie d'une activité irréprochable. Les modifications des plans d'exploitation nécessitent l'autorisation de l'autorité de surveillance, par voie de décision, lorsqu'elles concernent les éléments suivants :

- statuts ;
- plans et contrats de réassurance ;
- indications relatives au champ territorial d'activité ;
- contrats et autres accords par lesquels les assureurs entendent déléguer des tâches importantes à des tiers ;
- tarifs de primes et dispositions relatives aux formes particulières d'assurance, à l'assurance facultative d'indemnités journalières et aux conditions générales d'assurance.

Les modifications qui ont trait à d'autres éléments des plans d'exploitation sont considérées comme approuvées si l'autorité de surveillance n'a engagé aucune procédure d'examen dans les huit semaines qui suivent la communication.

En 2021, quelque 160 demandes de modification du plan d'exploitation ont été présentées à l'autorité de surveillance. Trois quarts environ des demandes concernaient – à parts à peu près égales – l'organisation de l'assureur, des changements dans la composition des organes d'administration et de direction, la délégation de tâches importantes à des tiers ou des modifications des conditions d'assurance.

De plus, l'autorité de surveillance a examiné auprès de l'ensemble des caisses-maladie, en 2021, la mise en œuvre des dispositions transitoires de la LSAMal, qui arrivaient à échéance fin 2020. Cet examen comprenait entre autres le contrôle des liens d'intérêts et des autodéclarations concernant les éventuelles procédures civiles, pénales ou administratives ouvertes contre les membres des organes d'administration et de direction, ainsi que des directives relatives à la préven-

tion des conflits d'intérêts. L'autorité de surveillance a exigé de quelques caisses-maladie qu'elles apportent des améliorations en la matière. Ainsi, quelques-unes ne se sont pas tout de suite avisées que l'ensemble des liens d'intérêts visés à l'art. 38 OSAMal sont soumis à l'obligation de déclaration, indépendamment de l'appréciation subjective de l'éventualité d'un conflit d'intérêts. D'autres irrégularités mineures avaient trait au caractère incomplet d'autodéclarations ou aux directives relatives à la prévention des conflits d'intérêts. Dans l'intervalle, tous les assureurs-maladie ont rempli les conditions des dispositions transitoires.

Enfin, les compagnies d'assurances CSS, Helsana, ÖKK et Sanitas ont déposé des demandes de fusion à l'intérieur des groupes respectifs au 1^{er} janvier 2022. L'autorité de surveillance a suivi de près et autorisé les reprises concernées sous forme de fusion par absorption d'Intras assurance-maladie SA et de Sanagate SA par Arcosana SA, de Progrès Assurances SA par Helsana Assurances SA, de KVF Assurance-maladie SA par ÖKK Assurances maladie et accidents SA et de Compact Assurances de base SA par Sanitas Assurances de base SA.

3.9 Audit

Les contrôles sur place permettent d'avoir une vision plus précise des assureurs audités et de procéder à des comparaisons entre eux. Tous les assureurs sont analysés et classés chaque année à l'aide d'un système de notation basé sur des critères de risques, tant quantitatifs que 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 lors de la période suivante. Une procédure de contrôle standardisée garantit que les audits soient effectués de façon professionnelle et uniforme. Si des manquements sont constatés, un délai est imparti à l'assureur concerné pour communiquer à l'autorité de surveillance les mesures prévues. Les assureurs sont tenus de confirmer par écrit que ces mesures ont été appliquées et de les

documenter. Si des points faibles importants ont été constatés, des contrôles de suivi (follow-up) ont lieu pour vérifier que les manquements identifiés ont bien été corrigés.

Outre le contrôle du respect par les assureurs des dispositions de la LAMal et de la LSAMal, les audits se sont concentrés en 2021 sur la vérification, axée sur l'analyse des processus, du contrôle des factures et du caractère économique des prestations des assureurs audités. À cet égard, les processus déterminants, le SCI, les instruments destinés au contrôle des factures ainsi que la gestion des règles pour le contrôle automatique des factures ont été évalués sous l'angle de leur pertinence, de leur adéquation et de leur efficacité. Une autre priorité parmi les points à contrôler consistait dans l'égalité de traitement des assurés.

Dans le domaine de la *gouvernance d'entreprise*, les assureurs-maladie audités disposent en général de processus de gestion des risques et d'un SCI bien documentés et adéquats. Divers assureurs, surtout de relativement petite taille, ont, cette année, continué à développer et à mieux formaliser leur gestion des risques et leur SCI. Ces nouvelles prescriptions internes devront à l'avenir être appliquées et documentées systématiquement par les assureurs concernés.

Dans le domaine des *prestations d'assurance*, les assureurs-maladie audités remplissent en général bien leurs tâches et respectent leurs obligations concernant le contrôle des factures et de l'économicité des prestations et disposent en principe d'un SCI adéquat pour ce domaine. Il a néanmoins parfois été constaté que les prescriptions internes n'étaient pas à jour, ou que les processus de maintenance et de développement des règles de vérification n'étaient pas suffisamment formalisés et documentés. Chez quelques assureurs, certains contrôles clés n'ont pas été exécutés ou documentés conformément aux prescriptions fixées. En outre, quelques assureurs ont été avisés qu'ils devaient procéder systématiquement à la vérification de l'obligation de prise en charge, indépendamment du montant de la facture, et qu'en cas d'obtention d'une

restitution, ils devaient toujours restituer à l'assuré concerné la participation aux coûts perçue. Enfin, des points faibles ont été constatés dans la perception de la contribution hospitalière et de la participation légal aux coûts pour les prestations en cas de maladie fournies pendant la grossesse; des mesures d'amélioration ont été exigées en conséquence.

S'agissant de la *protection des données*, les assureurs-maladie audités sont organisés conformément à la loi et consacrent l'attention nécessaire à ce domaine sensible. Un assureur a été avisé qu'il devait développer sa surveillance et ses contrôles concernant les analyses provenant du *data warehouse*. Un autre a été avisé qu'il devait procéder régulièrement aux audits internes de protection des données prévus auprès des agences régionales et vérifier en particulier le respect des principes de proportionnalité et de finalité pour les autorisations d'accès à des données potentiellement sensibles concernant les prestations. Il a en outre été ordonné à quelques assureurs de procéder systématiquement aux contrôles clés dans le domaine des accès aux dossiers du médecin-conseil et de les documenter de façon à en assurer la traçabilité.

Dans les domaines de *l'obligation d'assurance et de la conformité des primes*, des instructions ont notamment été données concernant la divisibilité des primes, les changements de modèle ou de franchise en cours d'année, les formulaires de demande LAMal et l'obligation d'admission. La plupart des instructions étaient liées à des affiliations tardives non excusables et au supplément de primes dû par les assurés concernés. Il est apparu, de plus, que des améliorations étaient encore possibles quant au processus de couverture accidents ou à la suspension de celle-ci lorsque les assurés atteignent l'âge de la retraite.

3.10 Dénonciations à l'autorité de surveillance, procédures de recours et procédures selon la loi sur la transparence (LTrans; RS 152.3)

L'autorité de surveillance a traité une trentaine de dénonciations au cours de l'exercice écoulé. Elle a prêté une attention particulière à des dénonciations urgentes concernant la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers (art. 71a ss OAMal).

Un assureur avait fait recours contre l'instruction de restitution d'apports de fonds en lien avec une augmentation du capital-actions. Le Tribunal administratif fédéral n'est pas entré en matière, faute d'un objet de recours valable; cet arrêt est formellement entré en vigueur.

Dans le cadre d'un audit, l'autorité de surveillance avait donné l'instruction à deux assureurs-maladie de modifier leurs processus. Elle n'était pas entrée en matière sur une demande – présentée par la suite – de rendre une décision relative à un acte matériel (subsidièrement, une décision en constatation) et sur une requête en récusation. La procédure de recours ouverte devant le Tribunal administratif fédéral est encore pendante.

Dans le cadre d'une procédure LTrans, les requérants ont déposé une demande de médiation auprès du PFPDT après l'octroi d'un accès limité. Au terme de cette médiation, la demande d'accès a été précisée. Sur la base de cette formulation plus étroite, le PFPDT a recommandé l'accès; l'OFSP a suivi cette recommandation.

4 Surveillance des assureurs-accidents

4.1 Comptes d'exploitation

Les assureurs LAA sont tenus d'établir pour chaque exercice comptable un compte d'exploitation pour chaque branche (accidents professionnels, accidents non professionnels, assurance facultative). À la fin juin 2021, l'OFSP était en possession de tous les comptes d'exploitation des 28 assureurs LAA (entreprises d'assurance privées soumises à la LSA, caisses publiques d'assurance-accidents et caisses-maladie soumises à la LAMal).

L'OFSP a entré ces comptes d'exploitation dans une banque de données afin de les soumettre à des analyses de contenu et à des contrôles de plausibilité. Ces examens ont porté en particulier :

- sur le suivi de constatations faites pour l'exercice précédent, notamment concernant l'équilibre entre les frais d'administration et de traitement des sinistres, d'une part, et les suppléments perçus pour couvrir les frais d'administration, d'autre part ;
- sur l'adéquation des provisions visées à l'art. 90, al. 3, LAA par rapport à la baisse du taux technique à 1% pour toutes les rentes, autorisée par le Conseil fédéral à partir du 1^{er} janvier 2022 ;
- sur l'adéquation des suppléments pour frais d'administration par rapport aux frais effectifs d'administration et de traitement des sinistres.

Ces examens ont donné lieu à de nombreuses demandes de précisions, auxquelles il a été répondu par écrit. Là où des corrections s'imposaient, les assureurs LAA concernés ont reçu l'ordre de les apporter et de remettre à l'OFSP la version corrigée de leurs comptes.

S'appuyant sur les données des comptes d'exploitation des cinq dernières années, l'OFSP et la FINMA ont procédé à une analyse annuelle commune des risques pour tous les assureurs LAA visés à l'art. 68, al. 1, lit. a LAA, dans l'esprit d'une surveillance coordonnée au sens de l'art. 104 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202). Cette analyse se fonde sur un tableau de bord commun comprenant, entre autres indicateurs, les *combined ratios* de tous les as-

sureurs LAA ainsi que des valeurs de référence. Les compagnies dont des indicateurs présentent des anomalies ont été contactées par les deux autorités de surveillance en vue d'éclaircir le contexte des constatations faites et d'engager, le cas échéant, des mesures appropriées pour y remédier. La mise en œuvre de ces mesures sera suivie sur la base des prochaines analyses de risques.

4.2 Tarifs de primes

Les assureurs LAA enregistrés conformément à l'art. 68 LAA sont tenus de remettre à l'OFSP, jusqu'à la fin mai de l'année en cours, les tarifs de primes de l'année suivante.

Dans chaque branche d'assurance, la prime nette doit correspondre au risque. Se fondant sur cette prescription légale, l'OFSP contrôle ces tarifs sous l'angle de la conformité aux risques. L'objectif concret de cet examen annuel est de repérer les irrégularités à cet égard, en se référant aux statistiques des risques les plus récentes, et d'exiger des adaptations de tarif en conséquence, ou de susciter une adaptation de la tarification fondée sur l'expérience.

Outre l'examen des tarifs LAA présentés pour l'année d'assurance 2022, des efforts ont été déployés pour continuer d'améliorer la tarification fondée sur l'expérience au sens de l'art. 92 LAA, qui permet aux assureurs LAA d'appliquer aux entreprises, sur la base des expériences acquises, un tarif correspondant au risque qui leur est propre.

Le CDF a soumis en 2020 l'OFSP à un audit. S'agissant de la LAA, il recommande d'étudier la possibilité de raccourcir le délai de livraison des statistiques à l'OFSP afin de fonder l'examen de la conformité des primes aux risques sur des données plus récentes qu'actuellement. Il a également suggéré de différencier, dans les statistiques, la saisie des primes et des charges selon qu'elles sont fondées sur les tarifs standard ou sur les expériences acquises, pour que l'OFSP puisse évaluer

mieux et séparément la conformité aux risques des deux types de primes. L'OFSP traite actuellement ces deux questions en collaboration avec la Commission technique assurance-accidents de l'Association suisse d'assurances (ASA).

4.3 Surveillance de l'assurance-accidents obligatoire en général

En vertu de l'art. 79 LAA, l'OFSP doit veiller à une application uniforme du droit. Dans le cadre de cette surveillance de l'application, il est chargé de développer la LAA et de mettre en œuvre les innovations au niveau de la loi et des ordonnances. Sous ce rapport, l'OFSP est en contact avec diverses organisations et institutions suivant les thématiques en question. Par ailleurs, il contrôle la pratique de l'assurance-accidents obligatoire et contribue à sa conception par le suivi de la jurisprudence et la possibilité de recourir devant le Tribunal fédéral. Il peut également influencer sur l'uniformité et la correction de l'application du droit par ses réponses aux questions que lui posent citoyens et professionnels, et en traitant les dénonciations reçues. Au chapitre du financement, l'OFSP contrôle chaque année la conformité aux risques des tarifs de primes, sur la base des statistiques de risques des différents assureurs (statistiques de société) ainsi que de la statistique générale des risques (statistique commune). Les comptes d'exploitation sont eux aussi contrôlés annuellement et les résultats en sont analysés sur la base d'un tableau de bord géré conjointement avec la FINMA. Dans le cadre de la coordination de la surveillance (art. 104, al. 4, OLAA), la FINMA est chargée de surveiller la solvabilité des assureurs privés. Pour l'OFSP, la surveillance de l'application ne se limite pas à l'ensemble des assureurs LAA, mais porte aussi sur la Fondation caisse supplétive LAA, le Groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents (CSAA) et la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST).

L'OFSP exerce en outre, pour le Conseil fédéral, la haute surveillance institutionnelle sur la CNA, qui porte en particulier sur la solvabilité de cette dernière. Il examine en conséquence les comptes annuels de la CNA et soumet chaque année au Conseil fédéral une proposition d'approbation. Les documents qui s'y rapportent sont accompagnés à chaque fois d'un rapport sur la situation financière de la CNA, lequel se prononce sur les exigences en matière de solvabilité formulées à l'art. 111, al. 4, OLAA. Dans ce contexte, l'OFSP s'est aussi penché, ces dernières années, sur le SCI et la politique de placements de la CNA, incitant à certaines adaptations. De plus, un rapport de solvabilité, rendu régulièrement par la CNA, a été mis en place. Les primes de la CNA sont également soumises à examen, comme celles de tous les assureurs-accidents. Pour l'approbation des comptes annuels, la CNA doit toujours démontrer à l'OFSP que les primes sont conformes aux risques dans toutes les branches d'assurance. Au cours de l'exercice, l'OFSP a suivi sous l'angle du droit de la surveillance, en particulier, le projet de la CNA de rembourser en 2022 les primes encaissées en trop du fait que les coûts ont été inférieurs aux prévisions en raison de la pandémie de Covid-19.

5 Surveillance de l'assurance militaire

5.1 Réformes structurelles de l'assurance militaire

Dans le cadre des réformes structurelles, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI), par décision du 29 août 2018, de lui présenter un projet à mettre en consultation et portant sur l'abandon simultané, par l'assurance militaire, de l'assurance facultative et de la couverture d'assurance-maladie des assurés à titre professionnel, l'accent devant être mis sur les conséquences financières d'un tel changement de système.

Au terme d'une analyse approfondie, l'OFSP est parvenu à la conclusion que ce double abandon permettrait à la Confédération de réaliser des économies de l'ordre de 3,6 millions de francs, notamment en raison de la suppression de sa participation de 20 % aux coûts de l'assurance-maladie, mais qu'il entraînerait pour les cantons des coûts supplémentaires à hauteur d'environ 5,6 millions de francs, dus principalement à leur participation de 55 % aux coûts des traitements stationnaires, ainsi qu'au financement de la réduction des primes.

Au final, l'analyse des conséquences financières a montré que ce changement de système ne permettrait à la Confédération de réaliser que des économies marginales, alors que les charges augmenteraient pour les cantons. D'un autre côté, l'affiliation de nouveaux assurés à l'AOS pourrait faire diminuer un peu les charges financières de celle-ci grâce aux primes excédentaires. Dans ces conditions, et compte tenu des réserves exprimées par les cantons et par les associations professionnelles du personnel militaire, le Conseil fédéral a décidé, le 8 septembre 2021, d'abandonner le projet de rédiger et de mettre en consultation un projet prévoyant l'abandon simultané, par l'assurance militaire, de l'assurance facultative et de la couverture d'assurance-maladie des assurés à titre professionnel.

6 Surveillance de l'Institution commune LAMal

Pour l'application de l'entraide internationale en matière de prestations, l'IC LAMal fonctionne comme organisme de liaison et comme institution garantissant l'octroi de prestations à la charge de l'assurance étrangère. Pour 2020, les frais de taux d'intérêts relatifs au préfinancement de l'entraide en matière de prestations et les frais d'administration pour l'exécution des tâches que la Confédération a déléguées à l'IC LAMal (par exemple pour les retraités assurés en Suisse et résidant dans un État membre de l'UE ou de l'AELE) ont atteint 2,1 millions de francs au total, comme pour l'année précédente.

L'IC LAMal gère la réduction des primes pour les retraités assurés en Suisse et résidant dans un État de l'espace UE/AELE, et pour les membres de leur famille. La Confédération accorde à ces personnes une réduction individuelle des primes si elles sont de condition économique modeste. L'IC LAMal a versé (comme

l'année précédente) environ 0,9 million de francs en 2020 pour réduire leurs primes; 626 personnes en tout ont bénéficié de ces réductions, la plupart résidant en Allemagne (217) ou en France (96). L'IC LAMal remet chaque année à l'autorité de surveillance divers documents, tels que rapport annuel et rapport de révision, que celle-ci examine. Elle lui soumet en outre au début de l'année un budget concernant les subventions fédérales, que l'autorité de surveillance examine sous l'angle des frais d'administration et des frais d'intérêts mentionnés plus haut.

7 Autres activités en relation avec la surveillance

7.1 Données de la surveillance

Les données collectées auprès des assureurs fournissent des informations de base qui permettent à l'autorité de surveillance de remplir son rôle d'organe de surveillance et, par ailleurs, d'informer un large public, œuvrant 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 n'en citer que quelques éléments. Ces données par assureur sont également agrégées à l'échelle cantonale ou nationale pour fournir des valeurs clés comme le total des prestations, des effectifs d'assurés ou de la somme des primes. Elles constituent la référence officielle pour toute information sur l'assurance-maladie obligatoire. Une grande partie de ces données fait l'objet d'une publication annuelle de l'OFSP (statistique de l'assurance-maladie obligatoire, www.bag.admin.ch/amstat) et des données détaillées peuvent aussi être téléchargées sur le site de l'OFSP ou sur la plateforme de données de l'administration publique <https://opendata.swiss>.

L'OFSP récolte auprès des assureurs-maladie des données individuelles anonymisées qui permettent à l'autorité de surveillance de procéder à l'évaluation des contrats de réassurance et à l'analyse des patients à coûts élevés sur de petits collectifs, ou qui peuvent être utilisées pour des études spécifiques comme la répartition des régions de primes. Pour tenir compte de l'évolution de la compensation des risques entre assureurs, le relevé effectué en 2021 a été adapté aux critères relatifs aux PCG (*Pharmaceutical Cost Groups*), introduits en 2020.

L'achèvement en mars 2021 des débats parlementaires relatifs au nouvel art. 21 LAMal permet désormais une meilleure vision de l'évolution du relevé des données individuelles anonymisées.

7.2 Demandes des assurés

L'autorité de surveillance a de nouveau répondu à de nombreuses demandes écrites et orales émanant de citoyens. Il s'agissait principalement de questions relatives à l'obligation d'assurance et à l'exemption de diverses catégories de personnes, comme les frontaliers, les travailleurs détachés, les étudiants et les retraités. La prise en charge des coûts des vaccins contre le Covid-19 et des tests Covid-19 pour les personnes de nationalité étrangère séjournant temporairement en Suisse est aussi revenue souvent sur le tapis. Des doutes ont également surgi régulièrement quant à l'obligation d'assurance des grands voyageurs. Du fait qu'une baisse de la prime moyenne a été annoncée lors de la communication des primes 2022, les assurés dont la prime a néanmoins augmenté ont été nombreux à poser des questions. La réduction volontaire des réserves a également suscité des doutes et des questions. Enfin, certaines caisses-maladie ont augmenté la composante de la prime destinée à la couverture des accidents, modification qui n'a pas été comprise par tous les assurés concernés. Numériquement parlant, la division Surveillance de l'assurance a reçu quelque 1100 demandes par courriel et 2300 autres par téléphone. L'unité de direction Assurance maladie et accidents a reçu en outre environ 800 lettres posant des questions relatives à l'assurance-maladie ou à l'assurance-accidents. Logiquement, la division Surveillance de l'assurance a répondu aux demandes relevant du droit de la surveillance.

7.3 Réalisation de l'enquête sur les coûts des tests, rapports des organes de révision externes

La Confédération prend en charge, depuis le 25 juin 2020, les coûts des tests Covid-19. Les assureurs, l'assurance militaire, l'Institution commune LAMal, l'armée et les cantons communiquent trimestriellement à l'OFSP le nombre de tests et les montants qu'ils ont versés à ce titre aux fournisseurs de prestations au cours de la période de facturation. S'agissant des tests, les factures sont contrôlées par ces acteurs eux-mêmes, qui sont responsables de ce que les prestations soient facturées correctement.

L'OFSP vérifie la plausibilité des formulaires de relevé remis trimestriellement et les compare avec les factures. Dans quelques cas, il a dû renvoyer les factures et ordonner des rectifications, ce qui n'est pas sans lui occasionner un surcroît de travail non négligeable. Les organes de révision externes ont vérifié les décomptes des coûts des tests. Ils ont reçu pour cela un mandat d'audit des assureurs et de l'Institution commune LAMal, d'entente avec EXPERTSuisse. L'OFSP a contrôlé pour la première fois en 2021 ces rapports, qui n'ont donné lieu à aucune constatation particulière. Les coûts de ces audits sont supportés par les assureurs et par l'Institution commune.

7.4 Catégories de modèles

Dans l'AOS, les assureurs peuvent proposer des « modèles », c.-à-d. des formes d'assurance dans lesquelles le choix du fournisseur de prestations est limité. En contrepartie, les assurés bénéficient d'un rabais sur les primes. Les dispositions à ce sujet se trouvent aux art. 62, al. 1 et 3, LAMal et 99 ss OAMal. La plupart des assurés ont opté pour un de ces modèles.

Dans le comparateur de primes de la Confédération, priminfo.ch, les modèles sont subdivisés en trois groupes afin de faciliter aux assurés la recherche du modèle approprié : modèles du médecin de famille (consulta-

tion auprès du médecin de famille avant de consulter un spécialiste), modèles HMO (*Health Maintenance Organization*, cabinet de groupe comprenant des médecins de diverses disciplines) et « divers » (DIV), par exemple avec premier conseil par téléphone.

L'OFSP est en train de définir, de concert avec les assureurs, des catégories de modèles mieux appropriées. Il a besoin de leur soutien, car le droit en vigueur ne prévoit pas de telles catégories. L'adoption de ce projet est due au fait que la rubrique DIV comprend aujourd'hui, outre les modèles téléphoniques traditionnels, des modèles de télémédecine, des modèles où le premier conseil est donné en pharmacie et d'autres qui prévoient plusieurs premiers points de contact après conclusion de la police. De plus, les critères servant à distinguer la catégorie « modèle du médecin de famille » de celle des HMO ne permettent plus d'opérer clairement cette distinction.

Il importe de définir des catégories qui reflètent bien la diversité actuelle des modèles et permettent aux assurés de s'y retrouver. Ces catégories doivent en outre pouvoir se distinguer clairement l'une de l'autre, être simples à gérer pour les assureurs et être assez robustes pour accueillir encore de futurs modèles. Ce projet se trouve encore en phase d'évaluation.

7.5 Délégation de tâches (externalisation)

Les assureurs peuvent en principe déléguer des tâches à une autre entité de leur groupe d'assurance, à une fédération ou à des tiers (art. 6, al. 1, LSAMal).

Les relations d'externalisation des assureurs-maladie ont souvent donné lieu par le passé à des incertitudes. L'absence d'une réglementation uniforme complétant les bases légales s'est faite sentir, notamment pour apprécier si une tâche doit ou non être considérée comme importante. C'est pourquoi l'OFSP a été prié d'élaborer des dispositions complémentaires.

L'autorité de surveillance a alors rédigé un projet de circulaire visant à définir plus précisément cette thématique sur la base d'une analyse de la pratique actuelle. Le 31 mars 2021, elle a soumis ce projet, intitulé « Délégation de tâches (externalisation) », à toutes les caisses-maladie ainsi qu'aux fédérations intéressées, curafutura, RVK et santésuisse, les priant de se prononcer à son sujet jusqu'au 30 avril 2021. Elle a ensuite invité les représentants intéressés de la branche, le 10 août 2021, à une séance d'échanges interactive afin de répondre tant à leurs interventions qu'aux avis émis lors de la consultation.

Les derniers points à clarifier seront discutés avec les milieux intéressés lors d'une nouvelle séance d'échanges. La circulaire devrait entrer en vigueur au premier trimestre 2022.

7.6 Collaboration avec le PFPDT et circulaire n° 7.1 relative à la protection des données

Le CDF a examiné la manière dont la division Surveillance de l'assurance traite la protection des données. Dans son rapport d'audit, il partage l'avis de l'OFSP et de l'Office fédéral de la justice selon lequel l'OFSP n'est habilité à donner des instructions que concernant les normes de protection des données inscrites dans le droit de l'assurance-maladie. Étant donné que, dans ce domaine, la surveillance est partagée entre l'OFSP et le PFPDT, le CDF estime que les rôles respectifs des autorités de surveillance doivent être clarifiés et qu'un échange entre elles à ce sujet s'impose. La surveillance du respect de la protection des données par les assureurs doit être coordonnée, les compétences et les expériences des deux autorités n'étant pas les mêmes.

L'OFSP a remanié en conséquence, de concert avec le PFPDT, sa circulaire n° 7.1, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Les rôles respectifs des deux autorités de surveillance ont été clarifiés et harmonisés.

Un échange régulier avec le PFPDT est prévu afin de coordonner la surveillance du respect de la protection des données dans le domaine de l'assurance-maladie.

7.7 Brexit

Le Royaume-Uni est sorti de l'Union européenne (UE) le 31 janvier 2020. Le droit européen de coordination des assurances sociales, que la Suisse a repris avec l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE et ses États membres, a continué de s'appliquer dans les relations avec le Royaume-Uni jusqu'au 31 décembre 2020. Les personnes qui, après cette date, se sont trouvées dans une situation dépassant les frontières respectives ont dès lors été soumises au droit de l'État dans lequel elles ont séjourné. Une nouvelle convention de sécurité sociale a été conclue, le 9 septembre 2021, entre la Confédération suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Appliquée à titre provisoire depuis le 1^{er} novembre 2021, elle reprend, pour l'assurance maladie et accidents, les mêmes normes que le droit européen de coordination des assurances sociales. Par exemple, un retraité suisse qui transfère son domicile au Royaume-Uni restera assuré en Suisse contre les risques de maladie et d'accident. En cas de séjour temporaire dans l'autre pays, les coûts des traitements médicaux nécessaires sont pris en charge via l'entraide internationale en matière de prestations.

À chaque changement dans les relations entre la Suisse et le Royaume-Uni, l'OFSP a informé par écrit tous les organes d'exécution suisses de l'assurance maladie et accidents (assureurs, cantons, fédérations de fournisseurs de prestations) des conséquences qui en résultent pour ces assurances.

7.8 Projet ISAK

Dans le cadre de son activité de surveillance, l'OFSP contrôle la sécurité financière des assureurs-maladie. Il exige notamment leurs comptes annuels, ainsi que la présentation des primes de l'année suivante. Il en résulte de nombreux transferts d'informations et de données entre lui et les assureurs qu'il surveille. Le système d'information ISAK a été mis en place il y a quelques années pour procéder à ces échanges et soutenir les processus d'affaires internes.

Outre la nécessité de lancer un appel d'offres – le contrat-cadre avec le fournisseur actuel arrive à échéance –, des motifs d'ordre technique et professionnel invitent à l'élaboration d'un nouveau système. Sous l'angle technologique, ISAK commence à être dépassé et son extension nécessiterait un investissement de ressources considérable. Il n'assiste plus que partiellement les processus d'affaires actuels. Alors que la surveillance ne cesse d'évoluer, ISAK n'est plus en mesure de rendre entièrement compte des nouvelles tâches. S'il continue à être utilisé pour divers relevés, notamment en ce qui concerne les finances, les primes et les statistiques, il doit cependant être remplacé, entre autres, pour les raisons mentionnées plus haut.

Le remplacement du système actuel permettra de mieux respecter le principe de la source fiable unique (« *Single source of truth* »). Si faire se peut, toutes les activités de surveillance devraient être prises en compte de manière centralisée par un pool de données commun. L'OFSP espère qu'ainsi les requêtes seront encore plus complètes et les rapports plus parlants, ce qui devrait améliorer la transparence dans les évaluations relevant du droit de la surveillance.

Le nouveau système doit permettre de répondre aux besoins croissants des parties prenantes, tant internes qu'externes. Un relèvement des normes dans le domaine de la protection des données devrait améliorer encore la sécurité de l'information. Le nouveau système visera à automatiser les processus autant que possible et à refléter les flux de travail de façon aussi simple et cohérente que possible.

Ce système sera probablement de type modulaire et devrait par conséquent être extensible, mais il doit aussi pouvoir être complété par des techniques d'analyse modernes.

L'équipe de projet élabore actuellement les bases du système appelé à prendre le relais d'ISAK afin de pouvoir, une fois les exigences réunies, déterminer un partenaire pour la réalisation du projet et sa mise en application.



8 Annexes : législation

8.1 Législation relative à l'assurance-maladie

8.1.1 Message relatif à l'initiative d'allègement des primes et au contre-projet

Le 17 septembre 2021, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message relatif à l'initiative populaire fédérale « Maximum 10 % du revenu pour les primes de l'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) » et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie): 21.063 | Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes). Initiative populaire et contre-projet indirect. | Objet | Le Parlement suisse (parlament.ch). Voir aussi le communiqué de presse de l'OFSP: Le Conseil fédéral adopte le message sur le contre-projet à l'initiative d'allègement des primes (admin.ch).

8.1.2 Révision de la LAMal

Le 17 novembre 2021, le Conseil fédéral a chargé le DFI de procéder à une consultation concernant la modification de la LAMal relative à l'échange de données et à la compensation des primes. Cette révision vise à mettre en place un échange de données entre les cantons et les assureurs afin de simplifier les tâches des deux parties. Elle prévoit également d'inclure dans la compensation des risques les assurés qui résident à l'étranger et d'en exclure ceux qui ne peuvent plus être contactés durant une période donnée.

8.1.3 Loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance

Le 19 mai 2021, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message concernant la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance. Par cet acte modificateur unique, le Conseil fédéral met en œuvre la motion 18.4091 « Caisses-maladie. Réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité » et prévoit une modification de la LSAMal et de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Selon ce projet, le Conseil fédéral peut déclarer obliga-

toires, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale et celui de l'assurance-maladie complémentaire, les points de la convention des assureurs concernant l'interdiction du démarchage téléphonique à froid, la formation et la limitation de la rémunération des intermédiaires ainsi que l'établissement et la signature d'un procès-verbal d'entretien. Le projet prévoit aussi de nouvelles mesures du droit de la surveillance. Le non-respect des points de la convention déclarés obligatoires constitue une infraction inscrite dans la LSAMal et dans la LSA.

8.1.4 Modification de l'OSAMal

Le 14 avril 2021, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'OSAMal concernant la réduction volontaire des réserves et la compensation des primes encaissées en trop. Pour la réduction des réserves, le seuil du niveau des réserves dont doit disposer l'assureur après la réduction est abaissé de 150 % à 100 % et est inscrit dans l'ordonnance. Cette modification facilite la réduction des réserves en faveur des assurés. La réduction sera opérée en priorité par un calcul « au plus juste » des primes de l'année suivante. Pour la compensation des primes encaissées en trop, le projet définit quand les primes sont nettement plus élevées que les coûts. Le rapport entre les coûts et les primes (*combined ratio*) doit être inférieur à un certain niveau pour que l'assureur puisse rembourser aux assurés la part de la prime payée en trop. L'OFSP calcule ce niveau individuellement pour chaque assureur et chaque canton. Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2021.

8.1.5 Contribution aux frais de séjour hospitalier (art. 104 OAMal)

Le 26 mai 2021, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'OAMal concernant notamment la contribution aux frais de séjour hospitalier. Selon la nouvelle disposition, le jour de sortie et les jours de congé sont exclus du décompte des jours pour lesquels la contribution aux frais de séjour hospitalier doit être perçue. Les jours de congé sont calculés selon les règles de la structure tarifaire DRG. Ce complément permet de

garantir une application uniforme pour tous les traitements hospitaliers. La disposition est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

8.1.6 Modification de l'ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR-DFI; RS 832.112.11)

Une révision de l'OCOR-DFI est en cours. Les progrès de la médecine entraînent chaque année de nombreuses modifications dans la liste des spécialités (LS). La liste des PCG en annexe de l'ordonnance doit par conséquent être mise à jour avec les nouveaux médicaments inscrits dans la LS. Cette modification de l'ordonnance entrera en vigueur le 1^{er} avril 2022.

8.1.7 Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (RS 832.106)

La révision de l'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes a été adoptée les 25 août et 30 novembre 2021, et elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Elle porte sur la mise à jour de la liste des communes figurant au répertoire officiel des communes de l'Office fédéral de la statistique. Toutes les fusions de communes approuvées jusqu'en juillet 2021 et entrées en vigueur au cours de l'année 2021 ou au 1^{er} janvier 2022 ont été prises en compte.

8.1.8 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2022 permettant de calculer la réduction des primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni (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 l'Union européenne, en Islande ou en Norvège (ORPMUE; 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'espace 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 de 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'IC 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. Cette année, le titre de l'ordonnance ainsi que les phrases introductives des art. 1 et 2 ont été adaptés, compte tenu du nouvel accord de sécurité sociale conclu entre la Suisse et le Royaume-Uni. L'ordonnance du DFI, du 30 novembre 2021, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

8.1.9 Ordonnance de l'OFSP sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121.1)

Depuis le 1^{er} juin 2021, l'art. 50, al. 1, OSAMal prévoit que l'OFSP définit quelle est la version applicable des recommandations relatives à la présentation des comptes (dispositions RPC). Dorénavant, seule l'ordonnance de l'OFSP sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports sera modifiée en cas d'adaptation des dispositions RPC.

L'art. 1 de l'ordonnance précitée sera ainsi modifié pour intégrer la nouvelle version des dispositions RPC datant du 1^{er} janvier 2020. Par ailleurs, le plan comptable, qui constitue l'annexe de cette ordonnance, a également fait l'objet d'adaptations formelles. Il est publié sur le site internet de l'OFSP. Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

8.2 Législation relative à l'assurance-accidents

8.2.1 Modification des normes comptables uniformes (baisse du taux technique)

La CNA et l'ASA ont remis au DFI, le 12 novembre 2020, la demande commune présentée par l'ensemble des assureurs LAA les 5, 10 et 11 novembre 2020 en vue d'adapter les normes comptables uniformes et d'abaisser le taux technique à 1,0 % pour toutes les rentes au 1^{er} janvier 2022. Cette demande était motivée par la persistance du bas niveau des taux d'intérêts, avec pour corollaire les faibles perspectives de rendement des obligations à taux fixe. L'OFSP l'a examinée et a proposé au DFI de l'accepter, ce qui a été fait le 7 mai 2021. La décision d'abaisser le taux d'intérêt technique à 1,0 % (pour toutes les années d'accident) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Les autres paramètres des normes comptables uniformes restent inchangés.

Cet abaissement arithmétique de la rémunération entraîne pour les assureurs LAA un besoin de financement complémentaire qui se chiffre, selon leur demande, à quelque 2,7 milliards de francs (env. 8 % du capital de couverture, plus les provisions pour prestations à long terme). Conformément à l'art. 90, al. 3, LAA, des provisions suffisantes doivent être constituées pour financer le capital de couverture supplémentaire requis, et ce pour le 31 décembre 2021 au plus tard. L'OFSP contrôle en continu le respect de cette disposition légale.

8.2.2 Assurance-accidents des personnes participant à une mesure de réadaptation de l'AI

La couverture accidents des personnes participant à une mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité (AA AI) a été inscrite dans la LAA dans le cadre de la réforme « Développement continu de l'AI ». La CNA gère cette nouvelle catégorie d'assurés en tant que branche d'assurance distincte. L'AI finance les primes d'assurance-accidents LAA de ces assurés. Cette mesure devrait augmenter la disponibilité des

employeurs, dont les charges et les obligations seront ainsi allégées, à proposer des mesures de réadaptation. La mise en œuvre de cette innovation impliquait l'inscription dans la LAA et dans l'OLAA de diverses nouvelles règles, concernant notamment le salaire déterminant pour le calcul des prestations en espèces après un accident, le gain soumis au paiement des primes pour le calcul de celles-ci ainsi que la coordination avec l'AI. La couverture accidents des personnes participant à une mesure de réadaptation de l'AI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

8.2.3 Adoption et mise en vigueur de la nouvelle ordonnance sur les travaux de construction (OTConst; RS 832.311.141)

Le Conseil fédéral a adopté la nouvelle ordonnance sur les travaux de construction (OTConst) le 18 juin 2021. Cette révision totale de l'OTConst tient compte des progrès techniques et des conditions actuelles du monde du travail. La hauteur de chute à partir de laquelle des mesures de sécurité doivent être prises a aussi été uniformisée à cette occasion. La protection des travailleurs ainsi que la sécurité du droit s'en trouveront renforcées. La nouvelle OTConst entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022. L'art. 124 (Entrée en vigueur) prévoit, à son al. 2, que l'art. 31, al. 3, n'entrera en vigueur que le 1^{er} janvier 2024. Les circuits électriques alimentant des prises de courant d'une intensité nominale dépassant 32 A ne devront donc être équipés d'un dispositif de protection à courant de défaut qu'à partir de cette date.

8.3 Législation relative à l'assurance militaire

8.3.1 Adaptation de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM; RS 833.11)

Les primes des assurés à titre professionnel et des assurés à titre facultatif ont été adaptées avec effet au 1^{er} janvier 2022 et fixées à 365 francs par mois, et à 46 francs par mois pour la couverture accidents des assurés à titre facultatif (art. 28a, al. 1, et 28b OAM).



9 Rapports du Conseil fédéral

9.1 Rapport en réponse au postulat 20.3135 CSSS-CE. Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs

Le postulat 20.3135, adopté le 21 avril 2020 par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE), chargeait le Conseil fédéral de présenter un rapport relatif aux conséquences financières de la pandémie de coronavirus sur les agents payeurs dans le secteur de la santé, à savoir la Confédération, les cantons, les assureurs et les assurés. S'agissant des assureurs et des assurés, même si les coûts de la pandémie sont pris en considération pour toutes les assurances sociales (AOS, AA, AI, AM), l'accent est mis sur l'AOS. La division de l'OFSP Surveillance de l'assurance a rédigé la partie technique concernant son domaine. Le rapport livre pour chaque agent payeur une première analyse, essentiellement qualitative, des coûts de santé générés par la pandémie, selon l'état des connaissances au 31 mars 2021. On peut donc le considérer comme un rapport intermédiaire. Seuls sont pris en compte à ce stade les coûts directs liés aux soins médicaux prodigués à la population pendant la pandémie. Mais comme celle-ci dure encore, et compte tenu du décalage habituel entre le moment de la collecte des données et celui de leur traitement, les données quantitatives relatives aux coûts par agent payeur ne peuvent pour l'heure être fournies que dans une mesure très limitée.

La question des conséquences financières de la pandémie de coronavirus sur les agents payeurs dans le secteur de la santé ne pourra faire l'objet d'une analyse complète et obtenir une réponse circonstanciée qu'une fois la pandémie terminée, lorsque les données correspondantes seront disponibles. Il s'agira donc de rédiger un rapport de suivi complet sur la base du rapport intermédiaire en fonction de l'évolution de la pandémie.

10 Glossaire

Audit

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

Collectifs de risques

Ce terme désigne la formation de groupes (groupes d'âge, cantons ou modèles d'assurance).

Combined ratio

Le *combined ratio* est un indicateur exprimant le rapport entre les coûts (charges 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 (compliance)

Par conformité (angl. *compliance*), on entend le respect des lois et des normes.

Fortune liée

Le débit de la fortune liée correspond aux provisions techniques. Les assureurs sont tenus de garantir par une fortune liée les droits conférés par les rapports d'assurance et par les contrats de réassurance.

Gouvernance d'entreprise

La gouvernance d'entreprise définit le cadre juridique et factuel pour la gestion et la supervision d'une entreprise. Des contrats incomplets et des divergences d'intérêts offrent aux parties prenantes des occasions, 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 incitations pour les acteurs à adopter un comportement opportuniste au moyen d'arrangements juridiques et factuels appropriés. (Source : Springer Gabler Verlag [éditeur], Gabler Wirtschaftslexikon, entrée : Corporate Governance, en ligne à l'adresse : <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55268/corporate-governance-v8.html>)

ISAK

L'application internet ISAK sert à relever auprès des assureurs-maladie suisses les chiffres relatifs aux finances et à l'approbation des primes. ISAK est l'acronyme de *Informationssystem Aufsicht Krankenversicherung* (Système d'information de la surveillance de l'assurance-maladie).

Priminfo

Priminfo est une plateforme de comparaison des primes mise en place par l'OFSP pour le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Elle permet de comparer entre elles les primes de tous les assureurs-maladie.

Provisions techniques

Les assureurs constituent des provisions techniques appropriées. Celles-ci comprennent les provisions destinées à couvrir les coûts de traitements déjà effectués mais non encore 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 cette même assurance.

11 Liste des abréviations

AA	Assurance-accidents
AA AI	Assurance-accidents des personnes participant à une mesure de réadaptation de l'assurance invalidité
AELE	Association européenne de libre-échange
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance militaire
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASA	Association suisse d'assurances
BAGSAN	Statistique de l'OFSP basée sur les données anonymes des personnes assurées
CDF	Contrôle fédéral des finances
CFST	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
CSAA	Groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
HMO	Health Maintenance Organization
IC LAMal	Institution commune LAMal
ISAK	Système d'information de la surveillance de l'assurance-maladie
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LS	Liste des spécialités
LSA	Loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (RS 961.01)
LSAMal	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12)
LTrans	Loi sur la transparence (RS 152.3)
OAM	Ordonnance sur l'assurance militaire (RS 833.11)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
OCoR-DFI	Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1)
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
OSAMal	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
OTConst	Ordonnance sur les travaux de construction (RS 832.311.141)
PCG	Groupes de coûts pharmaceutiques
PPPDT	Préposé à la protection des données et à la transparence
RS	Recueil systématique du droit fédéral
SST	Test suisse de solvabilité
SCI	Système de contrôle interne
UE	Union européenne

