



CH-3003 Bern
BAG

À l'attention des assureurs LAMal,
de leurs réassureurs et
de l'Institution commune LAMal

Référence du document : 515.0000-2/6
Notre référence : PHE
Berne, le 9 décembre 2019

Madame, Monsieur,

Nous sommes heureux de vous informer des thèmes suivants :

1	Modification de la LAMal et de l'OAMal au 1^{er} janvier 2020	2
2	Autres modifications d'ordonnances au 1^{er} janvier 2020	2
3	Publication des primes selon l'art. 28 OSAMal	5
4	Supplément de prime en cas d'affiliation tardive	5
5	Droits découlant de la carte européenne d'assurance-maladie	5
6	Nouvelles conventions de sécurité sociale	6

1 Modification de la LAMal et de l'OAMal au 1^{er} janvier 2020

Obligation de répercuter les avantages : possibilité de convention pour améliorer la qualité et autorité compétente pour la surveillance

L'obligation de répercuter les avantages figure déjà dans la loi. Les fournisseurs de prestations sont ainsi tenus de répercuter sur le débiteur de la rémunération (les assureurs ou les assurés) les avantages directs ou indirects qu'ils ont perçus (art. 56, al. 3, LAMal). Dès le 1^{er} janvier 2020, les assureurs et les fournisseurs de prestations pourront convenir de ne pas répercuter intégralement les avantages perçus, à condition que plus de 50 % de tels avantages reviennent au final au débiteur de la rémunération, et que les avantages non répercutés soient utilisés pour améliorer la qualité du traitement (nouvel art. 56, al. 3^{bis}, LAMal). C'est désormais l'OFSP qui assumera la tâche d'exécution et de surveillance de la vérification de l'obligation de répercussion (nouveaux art. 82a et 92, al. 1, let. d, LAMal ; RO 2017 2782, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2017/2745.pdf>). Les aspects techniques ont été réglés au niveau de l'ordonnance (nouveaux art. 76a à 76c OAMal ; RO 2019 1400, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2019/1395.pdf>).

2 Autres modifications d'ordonnances au 1^{er} janvier 2020

2.1 Modification de l'ordonnance sur les régions de primes

La révision de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur (DFI) du 25 novembre 2015 sur les régions de primes (RS 832.106) a été adoptée le 30 août 2019 et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020 (RO 2019 2839 ; <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2019/2839.pdf>).

Elle concerne la mise à jour des communes 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'en juin 2019 et qui sont entrées en vigueur au cours de l'année 2019 ou qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2020 ont été prises en compte.

2.2 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

Comme chaque année, le DFI a mis à jour cette ordonnance (RS 832.112.51) pour l'année 2020 et fixé son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Le texte de l'ordonnance a été envoyé aux gouvernements cantonaux par courrier électronique. Vous le trouvez au recueil officiel.

2.3 Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie

La révision totale de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR ; RS 832.112.1) entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020 (RO 2016 4059). Le nouvel indicateur « groupes de coûts pharmaceutiques » (PCG) ne produit pas d'incitation économique négative, mais il permet d'identifier les assurés dont le besoin en médicaments constitue un indice de maladie chronique coûteuse. Les assureurs qui ont dans leurs effectifs ce type d'assurés seront déchargés de façon nuancée.

L'indicateur « PCG » sera appliqué pour la première fois lors de la livraison des données et du calcul de la compensation des risques 2020. La livraison des données par les assureurs à l'institution commune (IC) en 2020 pour la compensation des risques de 2019 et le calcul de la compensation des risques pour 2019 sont régis par l'ancien droit.

En ce qui concerne l'introduction de l'indicateur PCG, l'IC mènera, au cours du premier semestre 2020, un troisième test permettant de faire une simulation de l'année de compensation 2019. Les

critères retenus seront les effectifs des assurés de l'année 2019 ainsi que les prestations de l'année 2018. L'IC a besoin que les assureurs livrent les données d'ici au 31 mars 2020, et les résultats du test seront disponibles au plus tard le 31 mai 2020. L'IC fournira de plus amples informations ultérieurement. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recommande à tous les assureurs de participer à ce dernier test.

Une nouvelle révision de l'OCoR est en cours. Les adaptations proposées portent entre autre sur les délais de livraison des données, l'information des assureurs concernant la compensation des risques de l'année précédente et l'exclusion de la compensation des risques des assurés dont l'adresse est inconnue (motion 17.3311 « Compensation des risques. Supprimer les assurés fantômes. ». Une consultation informelle restreinte des assureurs est prévue au cours du premier trimestre 2020.

2.4 Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie

Le 14 octobre 2019, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a adopté (RO 2019 3415) l'ordonnance sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI ; RS 832.112.11). Cette ordonnance comporte désormais les hiérarchisations des PCG, le nombre minimal défini de doses quotidiennes standard (DDD) nécessaire à l'attribution à un PCG et le calcul du facteur de renchérissement des coûts. Elle entrera aussi en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Le DFI a également adopté la liste des PCG, en annexe de l'ordonnance. Celle-ci est publiée uniquement au format électronique sur le site internet de l'OFSP. Les avancées de la médecine entraînent chaque année de nombreuses modifications dans la liste des spécialités. La liste des PCG sera actualisée avant le calcul de la compensation des risques 2020 en ce qui concerne les médicaments et leurs substances actives. Nous prévoyons d'inviter les fédérations d'assureurs à donner leur avis sur un projet (consultation restreinte et informelle) en automne 2020.

2.5 L'ordonnance sur la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège

La révision de l'ordonnance sur la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (ORPMCE : RS 832.112.5) entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Tout d'abord, une adaptation terminologique a été nécessaire : l'expression « Communauté européenne » a été remplacée par « Union européenne ». Par conséquent, l'abréviation de l'ordonnance a aussi été modifiée (ORPMUE).

Afin de garantir une information plus transparente aux bénéficiaires potentiels, le calcul du revenu donnant droit aux réductions de primes a été précisé et certaines déductions ont été expressément mentionnées. Cette modification correspond à la pratique actuelle de l'IC, qui est chargée d'exécuter les réductions de primes.

Par ailleurs, le cours de conversion de l'administration fédérale des douanes sera dorénavant appliqué pour calculer la fortune et le revenu pris en compte en franc suisse des bénéficiaires de réductions de primes.

Les dispositions concernant le début et la fin du droit aux réductions de primes ont également dû être modifiées suite à une jurisprudence du Tribunal fédéral sur la divisibilité de la prime d'assurance-maladie (ATF 9C_268/2015). Il a de plus été précisé que l'IC calcule au jour près le montant des réductions de primes dans ces cas et le communique à l'assureur et à la personne assurée.

En outre, l'article relatif à la restitution des réductions de primes indûment perçues a été modifié. Comme l'IC verse directement à l'assureur le montant annuel des réductions de primes pour chaque

rentier, il se justifie d'exiger de la part de l'assureur la restitution, ce que prévoit désormais l'article révisé. Lorsqu'un rentier n'a plus droit aux réductions de primes, l'assureur lui réclame la prime restante, soit la part de la prime qui n'est plus couverte par la réduction de primes.

2.6 Ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale

Le 6 septembre 2019, le DFI a modifié l'ordonnance sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI ; RS 832.102.15) pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Seul le formulaire électronique en annexe de l'ordonnance a été modifié. Les changements portent notamment sur les risques actuariels, les scénarios et les risques de marché.

Nous prévoyons de vous transmettre en décembre une version provisoire du formulaire modifié. La FINMA actualisant les paramètres, également utilisés dans le formulaire, en janvier 2020, nous serons en mesure de publier le formulaire définitif pour le test de solvabilité 2020 sur le site internet de l'OFSP en février 2020.

2.7 Modifications de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Le 1^{er} janvier 2020, plusieurs adaptations de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) entreront en vigueur. Vous trouvez les modifications exactes du 2 juillet 2019 ainsi que les commentaires correspondants sur le site internet de l'OFSP (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte1.html>; page disponible uniquement en allemand ; rapport et dispositions en français).

a) Adaptation des contributions aux soins

Pour garantir la neutralité des coûts prévue par le législateur avec l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011, le DFI a vérifié les contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour la rémunération des prestations de soins avant et après l'introduction du nouveau régime. L'examen a révélé que les contributions aux établissements médico-sociaux doivent être augmentées de 6.7%, et celles aux soins à domicile diminuées de 3.6% afin de garantir que la rémunération de l'AOS reste identique avant et après l'introduction du nouveau régime.

b) Renforcement de la compétence du personnel infirmier

Le personnel infirmier évalue les besoins en soins sans l'intervention du médecin lors des prestations d'évaluation, de conseil et de coordination, ainsi que lors des soins de base selon l'OPAS. L'intervention du médecin est désormais encore nécessaire seulement pour l'évaluation des soins requis pour les traitements selon l'OPAS. La prescription médicale, qui détermine si le patient a besoin de prestations selon l'art. 7, al. 2, OPAS, respectivement de prestations de soins aigus et de transition, constitue la condition préalable à l'évaluation des soins requis.

c) Exigences minimales pour l'évaluation des besoins en soins dans les établissements médico-sociaux

Les instruments d'évaluation des besoins en soins utilisés aujourd'hui dans le domaine des établissements médico-sociaux mesurent différemment le besoin en soins. Par conséquent, il peut arriver que des situations de soins identiques soient évaluées différemment. Les nouvelles exigences minimales prévues relatives aux instruments d'évaluation des besoins en soins utilisés permettront à l'avenir d'évaluer respectivement de rémunérer de manière uniforme des cas similaires, indépendamment de l'instrument mis en place.

3 Publication des primes selon l'art. 28 OSAMal

Selon l'art. 28 de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal ; RS 832.121), si (comme cela est présumé en l'occurrence) l'assureur publie le tarif de primes approuvé, il doit également publier les primes de toutes les formes d'assurance qu'il pratique.

Cette disposition vise à informer l'assuré de manière approfondie. Afin que ce dernier soit en mesure de choisir un assureur et en particulier un modèle d'assurance en toute connaissance de cause, les assureurs ayant choisi de publier les montants des primes approuvés doivent également publier tous les modèles d'assurance, franchises et primes proposés. C'est la seule façon de garantir à l'assuré l'accès à toutes les primes applicables.

Une information complète de l'assuré et l'accès à l'ensemble des primes applicables ne sont possibles que si les modèles d'assurance sont publiés tels qu'ils sont soumis à l'approbation de l'OFSP et approuvés (c'est-à-dire tels qu'ils figurent dans le calculateur des primes officiel de la Confédération [www.priminfo.admin.ch]). Cela suppose que les assureurs rendent publics l'ensemble des modèles d'assurance proposés de manière équivalente, complète et différenciée en fonction de la dénomination du modèle et des primes correspondantes. Cela implique notamment de déclarer en toute transparence les écarts de prix entre les différents modèles et les restrictions (qui s'y rattachent) dans le choix des fournisseurs de prestations (p. ex. en présentant une liste des fournisseurs de prestations autorisés et en indiquant à quelle distance ils se trouvent du domicile de l'assuré).

4 Supplément de prime en cas d'affiliation tardive

Nous souhaiterions saisir cette occasion pour rappeler aux assureurs-maladie leurs obligations en cas d'affiliation tardive.

En premier lieu, il convient de relever qu'en cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation (art. 5, al. 2, LAMal).

En vertu de l'art. 5, al. 2, LAMal, l'assureur est tenu, en cas de retard non excusable, de prélever un supplément de prime auprès de la personne assurée. Il incombe alors à l'assureur d'examiner pour quelle raison l'affiliation a été retardée et si celle-ci doit être considérée comme excusable ou non. Si le retard n'est pas excusable, l'assuré doit verser un supplément aux primes mensuelles. La perception d'une contribution unique n'est pas autorisée. La durée de perception et le montant du supplément de prime sont définis à l'art. 8, al. 1, OAMal. Le supplément à facturer doit être équivalent au double de la durée du retard d'affiliation, mais au maximum de cinq ans. Il se situe entre 30 et 50 % de la prime. L'assureur fixe le supplément en fonction de la situation financière de l'assuré. Si le paiement du supplément met celui-ci dans la gêne, l'assureur fixe un taux inférieur à 30 % en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard. Si le retard n'est pas excusable, l'assureur est tenu dans tous les cas d'évaluer la situation financière de l'assuré. Il n'est pas perçu de supplément lorsque les primes sont prises en charge par l'autorité compétente d'aide sociale (art. 8, al. 2, OAMal). Afin que l'assuré ne puisse se soustraire au paiement du supplément de prime, si celui-ci change d'assureur, l'ancien assureur doit indiquer au nouvel assureur, dans le cadre de la communication visée à l'art. 7, al. 5, LAMal, l'existence d'un supplément de prime. Lorsqu'un premier supplément est fixé, les assureurs ultérieurs sont tenus de l'encaisser (art. 8, al. 3, OAMal).

5 Droits découlant de la carte européenne d'assurance-maladie

Nous avons régulièrement des échos selon lesquels certains assureurs informent leurs assurés que les traitements dispensés dans un État membre de l'UE ou de l'AELE sont pris en charge uniquement en cas d'urgence. Sur ce point, nous aimerions rappeler aux assureurs que les droits découlant de la carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) ne se limitent pas aux cas d'urgence. En revanche, les coûts des soins effectués dans un pays qui n'est pas membre de l'UE ni de l'AELE ne sont effectivement couverts qu'en cas d'urgence. Nous souhaiterions aussi préciser aux assureurs qu'ils

sont généralement tenus de prendre en charge les coûts d'un accouchement effectué dans un pays membre de l'UE ou de l'AELE.

En vertu de l'art. 19, al. 1 du règlement (CE) n°883/2004, l'assuré qui séjourne dans un État autre que celui qui est compétent peut bénéficier des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Selon l'art. 25, al. 3 du règlement (CE) n°987/2009, il s'agit des prestations en nature servies dans l'État membre de séjour, selon la législation de ce dernier et qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre la Suisse avant la fin de la durée prévue de son séjour pour y recevoir le traitement nécessaire.

Aux termes de la décision S3 du 12 juin 2009 du Parlement européen et du Conseil (disponible à l'adresse suivante : [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/fr/ALL/?uri=CELEX:32010D0424\(10\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/fr/ALL/?uri=CELEX:32010D0424(10))), l'art. 25, al. 3 du règlement (EC) n°987/2009 doit être interprété en ce sens que cette disposition s'applique à toute prestation en nature relative à la grossesse et à l'accouchement. Si une assurée séjourne dans un pays de l'UE ou de l'AELE, par exemple pour rendre visite à sa famille ou pour bénéficier de son aide, l'assureur doit prendre en charge les coûts de l'accouchement sur la base de la CEAM. La prise en charge des coûts peut toutefois être refusée si, lors de l'examen d'un cas particulier, plusieurs indices montrent que le séjour avait pour but l'accouchement dans une clinique spécialisée.

6 Nouvelles conventions de sécurité sociale

La Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République du Kosovo est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2019 (RS 0.831.109.475.1). Elle est applicable à l'AVS et à l'AI, mais n'a qu'un effet indirect sur l'assurance-maladie. La durée du détachement est de cinq ans. Pour les travailleurs détachés de Suisse au Kosovo, ainsi que pour les membres de leur famille sans activité lucrative qui les accompagnent, l'obligation d'assurance est prolongée de cinq ans (art. 4, al. 4 OAMal). Si ces personnes sont obligatoirement assurées contre la maladie au Kosovo, elles peuvent, sur demande, être exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse (art. 2, al. 2 OAMal). Les travailleurs détachés du Kosovo en Suisse, ainsi que les membres de leur famille sans activité lucrative qui les accompagnent, sont soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse. Ils peuvent en être exemptés conformément à l'article 2, alinéa 5 OAMal.

Le contenu de notre site internet (www.bag.admin.ch > Lois & autorisations > Législation > Législation Assurances > Bases légales Assurance-maladie > Conventions internationales de sécurité sociale > Autres conventions) sera prochainement adapté en conséquence, de même que le tableau « Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse ».

En vous remerciant pour l'agréable collaboration en 2019, nous vous présentons tous nos vœux pour la nouvelle année et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Division Surveillance de l'assurance
La responsable



Helga Portmann