



**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 : chr, MOC  
**Berne, le 17 décembre 2020**

Madame, Monsieur,

Comme d'habitude en fin d'année, nous souhaitons vous donner des indications sur les thèmes suivants:

## **1 Modifications d'ordonnances au 1er janvier 2021**

### **1.1 Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie**

Le 11 septembre 2020, le Conseil fédéral a adopté une révision de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1). Sur proposition des assureurs, le délai prévu pour la livraison des données par les assureurs et le délai pour la procédure de contrôle des organes de révision ont été légèrement raccourcis de manière que l'Institution commune (IC LAMal) puisse calculer plus tôt la compensation des risques et communiquer plus tôt aux assureurs les données sur leur effectif d'assurés. Ces modifications permettront aux assureurs d'effectuer correctement le calcul des primes et des rabais liés aux modèles d'assurance. Par ailleurs, également à la demande des assureurs, le Conseil fédéral a complété l'art. 20 OCoR avec des informations supplémentaires. Suite à d'autres adaptations, l'IC LAMal est habilitée à informer les assureurs si elle constate des cas d'assurance double ou multiple. Cette communication permettra aux assureurs d'analyser les cas avec les autres assureurs concernés et, après audition de la personne concernée, de mettre fin aux rapports d'assurance non conformes à la LAMal. Le Conseil fédéral a complété dans ce sens l'art. 9 de

l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Les modifications entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (RO 2020 3917, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2020/3917.pdf>).

Une révision 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) est en cours. Il s'agit d'en modifier l'art. 4. Après avoir analysé les données de la troisième phase de test, le DFI propose, pour l'attribution à un PCG oncologique, de mesurer la quantité de médicaments nécessaire en fonction du nombre d'emballages prescrits, alors que pour l'attribution aux autres PCG, c'est le nombre de doses quotidiennes standard (DDD) qui reste déterminant. Il s'agit également de mettre à jour la liste des PCG figurant dans l'annexe à l'ordonnance pour y intégrer les médicaments récemment admis dans la LS. Il est prévu que le Conseil fédéral approuve la révision en février 2021, en temps utile pour que la réglementation puisse s'appliquer lors du calcul de la compensation des risques 2020.

## **1.2 Ordonnance du DFI 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 25 septembre 2020 et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (RO 2020 4365, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2020/4365.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 jusqu'en juillet 2020 et qui sont entrées en vigueur au cours de l'année 2020 ou qui entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 ont été prises en compte.

## **1.3 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2021 permettant de calculer la réduction des 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 2021 et fixé son entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021 (RO 2020 5439, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2020/5439.pdf>.) Le texte de l'ordonnance a été envoyé aux gouvernements cantonaux par courrier électronique.

## **1.4 Ordonnance sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale**

Le DFI a modifié son ordonnance sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI ; 832.102.15) le 6 novembre 2020. Cette modification concerne le formulaire électronique qui constitue l'annexe de l'ordonnance. Elle consiste dans la prise en compte de la réassurance « gros risques » dans le calcul du risque aléatoire. Cette réassurance était prise en compte dans les formulaires précédents et la présente modification a pour objectif de remédier à cet oubli. La modification de l'ORe-DFI comprend aussi l'adaptation des taux de rendement attendu des marchés financiers afin d'harmoniser ces derniers avec les taux utilisés par la FINMA, la correction de paramètres de scénarios ainsi que des améliorations techniques et linguistiques. La modification est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (RO 2020 5161, <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2020/5161.pdf>).

## **2 Modification de l'Accord de siège du Comité international de la Croix-Rouge (CICR)**

L'Accord de siège entre le Conseil fédéral suisse et le CICR (Accord en vue de déterminer le statut juridique du Comité en Suisse ; RS 0.192.122.50) a été modifié. Le CICR a requis des adaptations pour tenir compte des évolutions importantes intervenues depuis sa signature en 1993. Elles entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Actuellement, les collaborateurs du CICR affectés à l'étranger doivent rester affiliés durant deux ans aux assurances maladie et accidents obligatoires suisses, car ils sont considérés comme du personnel détaché. Or, le CICR doit conclure une assurance pour les risques particuliers rencontrés lors d'affectations dans des zones à risque afin que ses collaborateurs soient entièrement couverts. Cela représente ainsi une double charge.

D'entente avec l'OFSP, l'Accord de siège a été modifié afin de remédier à cette situation. Désormais, dès leur transfert à l'étranger, ces collaborateurs ne seront plus soumis aux assurances maladie et accidents obligatoires suisses pour autant qu'ils soient couverts contre les risques de maladie et d'accidents par le CICR. Et cela même s'ils conservent un domicile en Suisse. Le même régime est applicable aux membres de famille n'exerçant pas d'activité lucrative qui accompagnent les collaborateurs du CICR. Par conséquent, aucune décision d'exemption de l'assurance-maladie suisse ne sera nécessaire.

### **3 Nouvelle convention de sécurité sociale**

La Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République fédérative du Brésil est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2019 (RS 0.831.109.198.1). 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 Brésil, 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 Brésil, elles peuvent, sur demande, être exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse (art. 2, al. 2 OAMal). Les travailleurs détachés du Brésil 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](http://www.bag.admin.ch) > Lois & autorisations > Législation > Législation Assurances > Bases légales Assurance-maladie > Conventions internationales de sécurité sociale > Autres conventions) a déjà été adapté en conséquence au 1<sup>er</sup> janvier 2020, de même que le tableau « Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse ».

### **4 À l'attention des assureurs-maladie qui pratiquent l'assurance en Allemagne**

Le 17 juin 2008, nous avons informé les assureurs qui pratiquent l'assurance en Allemagne d'une procédure spéciale s'appliquant à l'assurance des membres de la famille, sans activité lucrative, domiciliés en Allemagne. Cette procédure s'avérait nécessaire car seuls les membres non actifs de la famille résidant en Allemagne disposent d'un droit d'option individuel et peuvent s'affilier individuellement en Allemagne. Afin d'éviter à ces personnes des lacunes dans leur assurance-maladie, le « formulaire spécial : complément aux form. E 106 et E 109 dans les relations CH – DE » a été élaboré : il devait être rempli par l'assureur-maladie et envoyé à l'institution d'entraide en Allemagne.

Dès lors que les assureurs-maladie échangent les données avec l'Allemagne via le système d'échange électronique des données (EESSI), ce formulaire spécial ne doit plus être envoyé à l'institution d'entraide en Allemagne. En effet, l'EESSI ne change en rien le risque que les membres de la famille sans activité lucrative domiciliés en Allemagne ne soient pas assurés ou le soient trop tard. Les assureurs restent tenus de vérifier si la personne soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse a des membres de sa famille sans activité lucrative domiciliés en Allemagne et si ceux-ci entendent s'assurer en Suisse ou faire usage de leur droit d'option individuel. S'ils souhaitent s'assurer en Suisse, l'assureur doit alors les affilier. Il incombe aux assureurs de déterminer la façon dont ils auront accès aux informations nécessaires concernant les membres de la famille. À titre d'exemple, ils pourraient

maintenir le formulaire spécial et faire remplir le chiffre 1 par la personne tenue de conclure une assurance-maladie, sans toutefois l'envoyer à l'institution d'entraide en Allemagne.

## **5 Obligation d'informer en cas de déménagement dans un pays de l'UE/AELE**

Nous saisissons cette occasion pour informer non seulement les assureurs-maladie, mais aussi les cantons de leur obligation d'informer en cas de déménagement d'un assuré dans un pays de l'UE/AELE.

En vertu de l'art. 7b OAMal, les assureurs renseignent par écrit les assurés mentionnés à l'art. 6a, al. 1, LAMal, sur la prolongation de l'obligation de s'assurer. En l'espèce, il s'agit d'assurés qui transfèrent leur domicile de la Suisse vers un pays de l'UE/AELE. Ils restent tenus de s'assurer en Suisse dès lors qu'ils exercent une activité lucrative en Suisse (art. 6a, al. 1, let. a, LAMal), qu'ils perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse (art. 6a, al. 1, let. b, LAMal) ou qu'ils touchent une rente suisse (art. 6a, al. 1, let. c, LAMal). Si une personne assurée informe son assureur-maladie qu'elle transfère son domicile dans l'UE/AELE, l'assureur doit l'informer par écrit des cas dans lesquels elle reste soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse. Ces lettres d'information doivent également fournir des explications relatives au droit d'option.

En outre, les assureurs-maladie sont tenus de vérifier si la personne assurée déménageant dans l'UE/AELE reste soumise à l'obligation de s'assurer en Suisse. Si tel est le cas, il convient de continuer de l'assurer, à moins qu'elle ne fasse usage du droit d'option dont elle dispose.

Ces obligations s'appliquent à tous les assureurs-maladie, y compris à ceux qui ont un domaine d'activité restreint et qui ne pratiquent pas l'assurance dans les pays de l'UE/AELE ou pas dans l'ensemble de ces pays. Si un assureur ne pratique pas l'assurance dans le pays dans lequel la personne assurée déménage, il doit veiller à ce que cette personne soit assurée sans interruption auprès d'un assureur actif dans ce pays. Le cas échéant, l'assureur-maladie doit informer le canton compétent (art. 6, al. 2, LAMal) ou, s'il s'agit de rentiers, l'Institution commune LAMal (art. 18, al. 2<sup>er</sup>, LAMal) de sorte que le service compétent puisse affilier d'office une personne qui ne veut pas s'assurer.

L'art. 6a LAMal oblige également les cantons à informer les assurés qui transfèrent leur domicile dans l'UE/AELE de la prolongation de l'obligation de s'assurer.

## **6 Respect des délais et garantie des échéances**

L'autorité de surveillance a constaté que, durant l'année en cours, différents délais et échéances relevant du droit de la surveillance n'étaient pas respectés et que certaines modifications n'étaient pas mises en application. C'est pourquoi nous appelons tous les assureurs-maladie à planifier les affaires en cours et à venir avec diligence. Vous trouverez ci-après une sélection non exhaustive des différents délais et échéances :

### **6.1 Domaine technique**

S'agissant de la procédure d'approbation des primes, il est impératif de respecter les délais, notamment en raison du calendrier serré. Il est tout aussi important de se conformer aux délais pour le test de solvabilité LAMal. Si vous souhaitez de plus amples informations, l'autorité de surveillance renvoie aux lettres d'information et aux circulaires pertinentes (en particulier la circulaire 5.1), ainsi qu'à l'instruction d'emploi relative au test de solvabilité LAMal.

### **6.2 Dispositions transitoires de l'art. 59 LSAMal**

D'ici la fin de l'année, les assureurs doivent remplir les exigences relatives à la délégation des tâches

fixées à l'art. 6 LSAMal et garantir une activité irréprochable au sens de l'art. 20 LSAMal. Par analogie, cette dernière obligation s'étend également aux sociétés holding, quelle que soit leur forme juridique (cf. art. 44, al. 4, LSAMal). Dans sa lettre d'information du 27 juillet 2020, l'autorité de surveillance précise quels sont les indications et les documents à lui transmettre.

### **6.3 Communications préalables concernant le plan d'exploitation**

Toute modification du plan d'exploitation au sens de l'art. 8 LSAMal doit être communiquée préalablement par écrit à l'autorité de surveillance en vue d'une autorisation, avec l'ensemble des documents pertinents joints en annexe. Il convient de communiquer cinq mois à l'avance les modifications concernant le champ territorial d'activité ou les conditions d'assurance et deux mois à l'avance les modifications relatives à la délégation de tâches importantes (art. 7 LSAMal).

## **7 Remarques relatives à la délimitation entre assurance individuelle et assurance collective dans le cadre de l'assurance facultative d'indemnités journalières conformément à l'art. 67 ss LAMal**

Dans le cadre de la procédure ordinaire d'approbation des primes concernant l'assurance facultative d'indemnités journalières, les assureurs doivent notamment déclarer, via ISAK, si des assurances collectives sont proposées (et si oui, en indiquer le nombre). À plusieurs reprises, l'autorité de surveillance a eu connaissance du fait que des assurances individuelles avaient été répertoriées par erreur comme étant des assurances collectives.

Au sens de l'art. 67, al. 3, 2<sup>e</sup> phrase, LAMal, les assurances collectives peuvent être conclues par des :

- employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes ;
- organisations d'employeurs ou des associations professionnelles, pour leurs membres et les travailleurs de leurs membres ;
- organisations de travailleurs, pour leurs membres.

Le message relatif à la LAMal (FF 1992 I 77, 181) laisse entendre que le cercle possible des preneurs d'assurance (« les employeurs, les organisations d'employeurs, les associations professionnelles et les organisations de travailleurs ») et celui des assurés (« les employeurs, leurs employés, les membres des organisations mentionnées ainsi que les employés de ces membres ») sont fixés de manière exhaustive par la loi. Sous réserve de l'assurance de l'employeur pour lui-même au sens de l'art. 67, al. 3, let. a, LAMal, l'assurance collective est considérée comme étant une assurance au profit d'autrui (ATF 120 V 38 p. 41 consid. 3b) : il en découle que, dans les relations entre l'assureur d'une part et les personnes assurées (collectivement) d'autre part, il existe certes un droit propre de la personne assurée, mais pas de contrat (d'assurance) (DAVID HUSMANN/AURELIA JENNY, *in* : GABOR P. BLECHTA *et al.* [éd.], Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, Basel 2020, n° 37, 61ss, relativement à l'art. 67 LAMal [avec renvoi à l'obligation d'annonce, de collaboration et de diminution du dommage]). Un contrat collectif s'applique toujours à une pluralité de personnes assurées, raison pour laquelle il convient de refuser la conclusion d'un « contrat collectif » pour une seule personne assurée, notamment au vu des risques inhérents aux abus.

Si les critères ci-dessus ne sont pas tous remplis, il ne s'agit pas d'un contrat collectif.

L'instruction d'emploi relative au test de solvabilité du 3 février 2020, p. 42 contenant en partie des critères qui ne sont pas déterminants est en cours de révision.

Dans le contexte plus large de la délimitation entre assurance individuelle et assurance collective, les assureurs doivent vérifier si une modification du plan d'exploitation s'impose notamment selon l'art. 7, al. 2, let. m ou let. n, LSAMal. Tel serait le cas si aucune assurance collective n'était proposée, mais

que, par exemple, les critères tarifaires étaient définis dans le plan d'exploitation ou qu'elle était mentionnée dans les conditions d'assurance.

En vous remerciant pour l'agréable collaboration en 2020, nous vous présentons tous nos vœux pour la nouvelle année et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Unité de direction Assurance maladie et accidents  
Le responsable,



Thomas Christen  
Vice-directeur  
Membre de la direction

Division Surveillance de l'assurance  
Le responsable a.i.,



Cristoforo Motta