



**CH-3003 Berne, OFSP A-Priority**

Aux assureurs LAMal  
et à leurs réassureurs  
A l'Institution commune LAMal

Votre référence :  
Référence/Numéro de dossier : 515.0000-2/796150/  
Notre référence: PHE  
Berne, le 7 décembre 2011

## **Informations relatives aux modifications d'ordonnances et au calculateur de primes**

### **Calcul de la contribution hospitalière**

Mesdames, Messieurs,

#### **1 Réserves basées sur les risques**

En date du 22 juin 2011, le Conseil fédéral a approuvé une modification de l'OAMal, qui introduit à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 un système de réserves basé sur les risques. Les assureurs-maladie doivent évaluer eux-mêmes les risques auxquels ils sont exposés ainsi que le niveau minimal de réserves correspondant. Les principales bases de calcul sont définies dans les nouveaux art. 78 – 78c OAMal. Les détails techniques, comme par exemple les méthodes d'évaluation des actifs et des engagements ainsi que des explications sur les risques déterminants, sont décrits de manière plus détaillée dans l'ordonnance du DFI du 18 octobre 2011 sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI; RS 832.102.15), qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les réserves disponibles des assureurs LAMal seront évaluées sur la base d'un test de solvabilité, pour lequel un formulaire électronique sert de modèle de calcul. Ce formulaire est disponible sur le site Internet de l'OFSP sous [www.bag.admin.ch/solvenztest](http://www.bag.admin.ch/solvenztest). La version en vigueur pour l'exercice comptable 2012 est celle du 1<sup>er</sup> décembre 2011. Tous les assureurs-maladie ont l'obligation d'utiliser ce document comme base pour l'élaboration du rapport (art. 8 ORe-DFI). Le rapport sur le test de solvabilité, accompagné du formulaire électronique, doit être remis à l'OFSP jusqu'au 30 avril de l'exercice sous revue (Art. 9 ORe-DFI). Les demandes visant à prolonger ce délai de deux mois au maximum, comme prévu à l'art. 10 ORe-DFI, doivent être déposées jusqu'au 31 mars au plus tard.

Si un assureur ne remplit pas les exigences en matière de réserves au 1<sup>er</sup> janvier 2012, telles que résultant du test de solvabilité, il dispose d'un délai de cinq ans pour réunir le capital nécessaire (al. 1 de la disposition transitoire de la modification de l'OAMal du 22 juin 2011). Les réserves minimales de sécurité de 10 %, 15 % ou 20 % des primes à recevoir selon le nombre d'assurés, qui étaient en vigueur jusqu'ici, doivent être maintenues aussi longtemps que le niveau minimal des réserves calculé selon le test de solvabilité LAMal n'est pas atteint. L'obligation faite aux assureurs de se réassurer dans la mesure où ils comptent moins de 50'000 assurés dans l'AOS reste applicable jusqu'à ce que leurs réserves atteignent le niveau minimal calculé selon la méthode basée sur les risques.

La publication des données relatives à la surveillance (données individuelles de chaque assureur), qui a lieu chaque année au mois de septembre, portera en septembre 2012 sur les réserves disponibles au 31 décembre 2011 compte tenu des précédentes prescriptions en matière de réserves en vigueur à fin 2011. En septembre 2013, il est probable que les données publiées se rapporteront aux réserves disponibles au 1<sup>er</sup> janvier 2013 ainsi qu'au niveau minimal des réserves selon les résultats individuels obtenus par les assureurs au test de solvabilité pour l'exercice comptable 2013.

## **2 Modification de l'OAMal et de l'OCOR dans le cadre de la 3<sup>e</sup> actualisation de l'annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes Suisse - UE du 2 novembre 2011**

### **2.1 Généralités**

Les documents relatifs à cette révision (dispositions et commentaires) se trouvent sur le site Internet [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch), sous Actualités => Informations aux médias => 2 novembre 2011.

### **2.2 Révision de l'OAMal**

Dans quelques dispositions, seule l'expression "Communauté européenne" a été remplacée par "Union européenne".

Dans la plupart des États et aussi en Suisse, les remboursements des frais entre l'institution d'entraide et l'institution compétente s'effectuent désormais sur la base des dépenses effectives et non plus sur la base de montants forfaitaires. Pour cette raison, les dispositions suivantes ont été modifiées. L'ancienne lettre b de l'art. 19, al. 2 OAMal a été abrogée. En ce qui concerne l'article 92b, al. 3 OAMal, qui indique ce dont les assureurs-maladie doivent tenir compte lors de la fixation des primes, on a pu renoncer à la distinction faite jusqu'ici entre les assurés pour lesquels le remboursement des prestations s'effectuait sur la base de forfaits et ceux pour lesquels les frais effectifs étaient remboursés. Dans les pays qui ont maintenu le système des forfaits, ceux-ci ne couvrent plus que les traitements médicaux dans le pays de domicile. Selon l'art. 92c OAMal révisé, les assureurs doivent uniquement tenir une comptabilité séparée par Etat membre de l'Union européenne, ainsi que pour l'Islande et la Norvège.

Contrairement au projet soumis en procédure d'audition, l'art. 37 n'a pas subi de modification quant au fond. Lors d'un traitement hospitalier en Suisse, les assureurs-maladie doivent prendre en charge les forfaits selon l'art. 49, al. 1 de la loi pour toutes les personnes qui résident dans un Etat membre de l'UE/AELE et qui sont assurées en Suisse. Les cantons ne doivent pas verser de contribution cantonale pour ces assurés.

En ce qui concerne les travailleurs détachés et les personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger (en dehors de l'UE/AELE), l'art. 91, al. 2 OAMal prévoit que les assureurs-maladie peuvent échelonner le montant des primes par régions d'après leur lieu de résidence, s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon ces régions. Cependant, les assureurs-maladie ne recourent guère à cette possibilité. En général, ils facturent les primes suisses à ces assurés. Désormais, cette disposition précise que les assureurs-maladie peuvent leur appliquer les primes suisses en vigueur à leur

dernier domicile en Suisse ou au siège de l'assureur.

L'art. 101a, al. 2 OAMal a été abrogé. Désormais, les personnes qui résident dans un Etat membre de l'UE/AELE et qui sont assurées en Suisse ne peuvent plus adhérer aux formes particulières d'assurance.

L'art. 103, al. 7 OAMal a dû être modifié étant donné que le nouveau droit de coordination européen confère à toutes les personnes domiciliées dans un Etat membre de l'UE/AELE et assurées en Suisse le droit de choisir leur lieu de traitement, c.-à-d. qu'il leur permet de se faire soigner dans leur pays de domicile et en Suisse selon leur convenance. C'est pourquoi ces assurés doivent s'acquitter intégralement de la participation aux coûts pour les traitements en Suisse selon le droit suisse.

La date d'entrée en vigueur de la modification de l'OAMal n'est pas encore connue. Cette modification entrera en vigueur en même temps que celle de l'annexe II de l'Accord sur la libre circulation des personnes. Dès que nous aurons connaissance de cette date, nous en informerons les assureurs-maladie.

### **3 Recommandation pour le calcul de la contribution hospitalière (art. 104 OAMal)**

Les assurés s'acquittent d'une contribution journalière aux frais de séjour hospitalier (art. 104 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, OAMal). Après avoir discuté avec santésuisse de la manière adéquate de calculer cette contribution, nous vous recommandons de percevoir ce montant par jour du calendrier, indépendamment du fait que la personne assurée ait reçu ou non des repas à l'hôpital.

Cela signifie, par exemple, qu'une personne hospitalisée avant minuit et qui sort de l'hôpital le lendemain matin de bonne heure devra verser sa contribution pour deux jours d'hospitalisation.

Nous vous proposons également de percevoir cette contribution lorsque la personne assurée reçoit la permission de s'absenter de l'hôpital pendant la journée.

Nous partons également du principe que la contribution ne peut être perçue qu'une fois par jour civil, même si la personne assurée est transférée dans un autre hôpital le même jour.

Dans d'autres domaines (compensation des risques, financement hospitalier, statistique hospitalière), la durée du séjour hospitalier est définie selon d'autres bases légales et elle se calcule donc différemment. Par exemple, un séjour hospitalier du lundi à 20 heures jusqu'au jeudi à 9 heures sera considéré comme un séjour de trois nuits selon l'ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR), alors que la contribution hospitalière devra être payée pour quatre jours.

#### **3.1 Révision de l'OCoR**

Conformément à la révision de l'art. 4, al. 2, 2bis let. b, d et e ainsi que de l'art. 4, al. 3 de l'OCoR, toutes les personnes assurées en Suisse qui résident à l'étranger ne seront plus prises en compte dans les effectifs des assurés déterminants pour la compensation des risques d'un assureur.

La révision de l'OCoR entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

#### 4            **Calculateur de primes**

Le calculateur de primes a été mis sur pied cette année, en partie avec la collaboration des assureurs. C'est pourquoi nous tenons à vous remettre le communiqué de presse que nous avons publié à ce sujet.

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.

Division Surveillance de l'assurance  
La cheffe



Helga Portmann

Annexe : communiqué de presse