



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

## Rapport d'activité 2019

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



### **Mentions légales**

© Office fédéral de la santé publique OFSP

Éditeur: Office fédéral de la santé publique OFSP

Date de parution: février 2020

Conception: diff. Kommunikation SA, Berne

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

[www.publicationsfederales.admin.ch](http://www.publicationsfederales.admin.ch)

[verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

N° de commande: 316.929.f

N° de publication OFSP: 2019-KUV-07

[www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch)

Cette brochure paraît en français et en allemand.

# Table des matières

---

<b>1</b>	<b>Avant-propos</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Principes</b>	<b>6</b>
2.1	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-maladie .....	6
2.2	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-accidents .....	6
2.3	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire .....	6
<b>3</b>	<b>Surveillance des assureurs-maladie</b>	<b>7</b>
3.1	Interventions sur la base d'indicateurs financiers .....	7
3.2	Test de solvabilité LAMal 2019 .....	7
3.3	Approbation des primes 2020 .....	8
3.4	Compensation des primes encaissées en trop .....	9
3.5	Contrôle de la fortune liée et du système de contrôle interne (SCI) par l'organe de révision externe .....	9
3.6	Réassurance dans la LAMal .....	10
3.7	Analyse des rapports de gestion .....	10
3.8	Modifications dans les plans d'exploitation .....	11
3.9	Mise en œuvre d'EESSI dans l'assurance obligatoire des soins .....	11
3.10	Audit .....	12
3.11	Procédures traitées .....	13
<b>4</b>	<b>Surveillance des assureurs-accidents</b>	<b>15</b>
4.1	Adaptation des bases de calcul uniformes .....	15
4.2	Groupe de travail « Situation des taux dans la LAA » .....	15
4.3	Groupe de travail « Clubs sportifs » .....	16
4.4	Mise en œuvre d'EESSI dans l'assurance-accidents obligatoire .....	16
<b>5</b>	<b>Surveillance de l'assurance militaire</b>	<b>18</b>
5.1	Réformes structurelles dans l'assurance militaire .....	18
<b>6</b>	<b>Surveillance de l'Institution commune LAMal</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>Autres activités en relation avec la surveillance</b>	<b>20</b>
7.1	Données de la surveillance .....	20
7.2	Enquête sur le contrôle des factures .....	20
7.3	Demandes des assurés .....	21
<b>8</b>	<b>Annexes</b>	<b>23</b>
8.1	Ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de la Communauté européenne, en Islande et en Norvège (ORPMCE ; RS 832.112.5) .....	23
8.2	Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1) .....	23
8.3	Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.11) .....	24
8.4	Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (RS 832.106) .....	24
8.5	Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2020 permettant de calculer la réduction de primes dans l'Union européenne, en Islande et en Norvège (RS 832.112.51) .....	24
8.6	Ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (RS 832.102.15) .....	25
<b>9</b>	<b>Glossaire</b>	<b>25</b>
<b>10</b>	<b>Liste des abréviations</b>	<b>26</b>



# 1 Avant-propos

---

En cette troisième année depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal), il s'est avéré une nouvelle fois que la nouvelle réglementation a fait ses preuves.

Début 2019, pour la première fois depuis l'entrée en vigueur de cette loi, tous les assureurs disposaient de réserves suffisantes pour faire face aux pertes moyennes d'une année exceptionnelle. Un élément a contribué à cette bonne situation : en 2018 les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) n'ont augmenté que de façon marginale. Cela a aussi eu pour effet que le rapport primes-coûts a été très favorable. Les assurés en ont profité en ce sens que les primes pour 2019 et 2020 n'ont augmenté que faiblement. Le bas niveau des primes pour ces deux années devrait rétablir l'équilibre entre dépenses et recettes.

La surveillance ne s'est toutefois pas limitée, cette année non plus, aux aspects financiers, mais a aussi défini des thèmes d'audit prioritaires pour les processus mis en œuvre par les assureurs. Ainsi, nous avons vérifié en 2019 que ces derniers contrôlent bien les factures envoyées par les patients. L'objectif est que les caisses-maladie ne paient que ce qu'elles doivent effectivement prendre en charge, afin de maintenir aussi basses que possible les primes de tous les assurés. À notre demande, les organes de révision externes ont contrôlé cette année, pour la première fois, si les assureurs procèdent aux contrôles nécessaires afin de maîtriser les risques dans les processus de travail. Nous avons aussi vérifié pour la première fois en 2019 si les fonds destinés à couvrir les traitements non encore payés à la fin de l'année sont affichés et signalés séparément. En cas d'urgence, l'autorité de surveillance doit pouvoir s'y référer pour sauvegarder les intérêts des assurés.

Outre ces tâches de surveillance traditionnelles, nous avons participé aux travaux relatifs à l'échange électronique de données entre assureurs sociaux en Europe (EESSI). Les travaux techniques et organisationnels ont suffisamment

avancé pour que les premiers événements administratifs puissent être transmis par voie électronique en 2020. Mais nous devons adapter nos outils aux derniers développements à l'interne aussi, car le système informatique de saisie et d'analyse de données de la surveillance ISAK est arrivé au terme de son cycle de vie.

Le dernier délai transitoire de la LSAMal arrive à échéance fin 2020 ; c'est seulement alors que les exigences en matière de garantie d'une gestion irréprochable et de délégation de tâches à des tiers devront être remplies. Il est néanmoins permis de dire, aujourd'hui déjà, que le nouveau droit de la surveillance a fait ses preuves. Les assureurs ne cessent de progresser, que ce soit dans le domaine de la numérisation ou dans d'autres. En tant qu'autorité de surveillance, nous sommes ouverts à ces nouveautés et adaptons nos activités au marché.

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

## 2 Principes

---

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

L'Office fédéral de la santé publique (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 (IC LAMal) en vertu de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal; RS 832.12), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, et de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal; RS 832.121). En tant qu'autorité de surveillance, il doit notamment garantir la protection des assurés et la solvabilité des assureurs. Outre les directives de financement et les prescriptions relatives à l'approbation des primes, la LSAMal et l'OSAMal fixent, en matière d'activité irréprochable, de gestion des risques, de contrôles internes et de révision externe, des 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 selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), on distingue, d'une part, la surveillance de l'application uniforme de la loi (surveillance dite de la loi ou de l'application) et, d'autre part, la surveillance de la gestion et de la solvabilité (surveillance dite institutionnelle). La surveillance de l'application est du ressort de l'OFSP pour toutes les sociétés d'assurance qui proposent 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 CNA, quant à elle, est soumise au Conseil fédéral pour la haute surveillance institutionnelle, exercée par l'OFSP, alors que la surveillance institutionnelle directe de cette caisse incombe à son conseil d'administration. Les caisses publiques d'assurance-accidents, pour leur part, sont surveillées par les collectivités qui les ont mises en place. Enfin, les assureurs tels que définis par la LSAMal sont soumis à l'OFSP pour la surveillance de l'application et pour la surveillance institutionnelle.

### 2.3 Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire

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

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

# 3 Surveillance des assureurs-maladie

## 3.1 Interventions sur la base d'indicateurs financiers

L'autorité de surveillance porte son attention sur la solvabilité des assureurs-maladie et se fie à son concept d'intervention, pour se préserver de l'insolvabilité possible d'un assureur-maladie.

En janvier de chaque année, la situation actuelle des assureurs-maladie est évaluée sur la base des critères du quotient de solvabilité, du combined ratio et du montant des provisions par assuré. En fonction de cette évaluation, les acteurs dont l'exposition aux risques est jugée importante sont tenus de présenter périodiquement un rapport à l'autorité de surveillance (reporting mensuel ou trimestriel).

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 retient pas de mesures particulières. Les autres catégories impliquent comme mesures, selon une exposition au risque progressive, une prise de position ou la transmission de données trimestrielles ou mensuelles. La dernière catégorie est celle des assureurs dont l'insolvabilité est imminente ; elle prévoit le retrait de leur autorisation de pratiquer.

Le 28 février 2019, l'autorité de surveillance a communiqué son évaluation aux assureurs-maladie concernés. Dans cette correspondance, elle leur a fait part des éventuelles faiblesses constatées et des mesures associées en les priant généralement de prendre position.

En 2019, l'autorité de surveillance a constaté que sept assureurs-maladie ne répondaient que partiellement aux attentes en matière de financement. Six d'entre eux se sont soumis à un reporting trimestriel ; le septième a dû présenter un rapport mensuellement.

## 3.2 Test de solvabilité LAMal 2019

Les assureurs doivent disposer de réserves suffisantes pour garantir leur solvabilité dans l'assurance-maladie sociale. 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 de la FINMA, les risques d'assurance, les risques de marché et les risques de crédit sont évalués et enrichis par des scénarios spécifiques pour l'assurance-maladie ainsi qu'en lien avec les marchés financiers. Le ratio 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 de ses risques. Le niveau de sécurité est fixé à 1%. Autrement dit, les réserves doivent pouvoir absorber les pertes dans 99 cas sur 100 et suffire même à couvrir la moyenne des pertes des cas restants.

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 2019 saisis et les rapports correspondants. Comme certaines saisies ne satisfaisaient pas aux exigences, l'OFSP a dû en exiger de nouvelles. Cette année, le thème d'audit prioritaire consistait dans les risques financiers et les risques de crédit. Il s'agissait de contrôler l'adéquation de la prise en compte de créances au sein de groupes d'assurance, ainsi que les créances

en cours au titre des paiements dus à l'Institution commune LAMal pour la compensation des risques.

Les ratios de solvabilité, les niveaux minimaux des réserves pour 2019 et les réserves disponibles au 1<sup>er</sup> janvier 2019 ont été publiés le 26 septembre 2019. Le tableau ci-dessous indique, par année, le nombre d'assureurs dont la solvabilité était insuffisante.

Année	2012	2013	2014	2015
Nombre total d'assureurs	68	68	67	65
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	7	7	7	3

Année	2016	2017	2018	2019
Nombre total d'assureurs	63	59	57	57
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	14	6	2	0

Pour l'évaluation du ratio de solvabilité des assureurs, il faut savoir que, pour deux d'entre eux, des apports de fonds ont été pris en compte et que, pour un autre, le test de solvabilité inclut une augmentation de capital. Ces évaluations ont été contestées par l'OFSP. Sans ces apports de fonds, les ratios de solvabilité des assureurs en question auraient été plus bas.

### 3.3 Approbation des primes 2020

Les assureurs-maladie ont remis à l'OFSP pour le 31 juillet 2019, pour approbation, les primes prévues pour 2020, ainsi que leur estimation des coûts et l'indication 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 com-

pétence d'exiger des hausses ou des baisses de primes si ces dernières ne correspondent pas aux coûts attendus. Elle veille, en particulier, à ce que les primes couvrent les coûts dans chaque canton, 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 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), ainsi que pour l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal. Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire pour les assurés suisses, 51 assureurs ont soumis plus de 250 000 primes pour approbation. Comme ces assureurs sont actifs dans une vingtaine de cantons en moyenne, il a fallu contrôler les primes de plus de 1000 collectifs de risques. De plus, 24 assureurs proposent aussi une assurance UE/AELE, et 6 assureurs ne proposent que l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

Sur la base de la situation individuelle de l'assureur en matière de réserves et des revenus attendus du capital, l'OFSP évalue le combined ratio, c.-à-d. le rapport entre dépenses et recettes que les assureurs doivent obtenir l'année suivante. Si un assureur dispose de réserves suffisantes, il 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 nettement inférieur à 100%.

L'OFSP a vérifié la plausibilité des estimations et des budgets présentés pour 2019 et 2020 en se fondant sur des prévisions des coûts, des valeurs empiriques et des comparaisons entre assureurs. L'affinement de la compensation des risques pour 2020 par l'inclusion des groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) représentait cette année un défi particulier. Ce nouveau critère permet de mieux tenir compte, principalement, des assurés traités en ambulatoire et générant des coûts élevés, et de mieux indemniser leurs assureurs. Afin de vérifier la plausibilité des primes présentées par les



assureurs, l'OFSP s'est fondé sur deux tests dans lesquels une compensation des risques fictive a été calculée pour 2017 et 2018 avec inclusion du nouveau facteur de morbidité PCG. Ces tests ont été réalisés par l'IC LAMal avec le soutien de l'OFSP.

Les primes de tous les assureurs ont été approuvées pour toute l'année 2020, et publiées le 24 septembre 2019. La hausse de la prime moyenne suisse par rapport à 2019 est de 0,2%. La variation est de 0,3% pour les adultes (à partir de 25 ans), de -2,0% pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans) et de 0% pour les enfants (moins de 18 ans).

En même temps que les primes, la demande de réduction volontaire de réserves présentée par un assureur a été approuvée.

### 3.4 Compensation des primes encaissées en trop

La LSAMal permet à un assureur de demander à l'OFSP une compensation des primes 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'un remboursement de primes 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.

La hausse des coûts des prestations ayant été exceptionnellement faible en 2018, l'autorité de surveillance a reçu en 2019 de sept assureurs des demandes de compensation de recettes de primes trop élevées, compensation qu'elle a approuvée. Ces sept assureurs ont demandé des versements compensatoires pour l'exercice 2018 dans différents cantons. Plus d'un million de personnes qui étaient assurées auprès d'eux dans les cantons concernés au 31 décembre 2018 ont bénéficié de ces remboursements.

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

Dans les programmes d'audit élaborés par l'autorité de surveillance, une structure a été fixée pour différents domaines d'audit concernant la fortune liée ainsi que les contrôles et le SCI à l'échelle de l'entreprise. Les contrôles prévus ont été effectués pour la première fois par les organes de révision pour l'exercice 2018, et les programmes d'audit établis ont été remis dans le courant du premier semestre 2019. Toutes les irrégularités et les recommandations formulées à l'occasion de ces contrôles ont été reprises dans les rapports sur l'audit prudentiel pour l'exercice 2018.

Les documents de travail remis par les organes de révision ont fait l'objet d'une revue critique. Pour son évaluation qualitative et quantitative, l'autorité de surveillance a élaboré un outil d'analyse qui lui permet de se faire rapidement une vision d'ensemble des principales constatations. Toutes les constatations importantes, en particulier les irrégularités et les recommandations formulées, ont été discutées avec les organes de révision. Afin de garantir une compréhension uniforme de l'évaluation et du suivi des constatations faites, tous les organes de révision ont été invités à l'OFSP à l'automne. À la suite de cet échange avec les réviseurs, des entretiens individuels ont encore eu lieu avec tous les organes de révision. L'autorité de surveillance a communiqué aux assureurs et à leurs organes de révision que les irrégularités et recommandations formulées devaient être réglées dans les délais fixés. Les organes de révision procéderont à un contrôle des mesures mises en place pour régler les constatations faites pour l'exercice 2018 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 que l'assureur cède au réassureur. Un tiers environ des assureurs-maladie recourent actuellement à la réassurance. Quelque 11 millions de francs de primes ont été payés à ce titre en 2018, et les prestations de réassurance remboursées ont avoisiné les 5,5 millions de francs, contre respectivement 14 et 11 millions de francs l'année précédente.

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 2019 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 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.

L'autorité de surveillance a approuvé fin 2019 huit nouveaux contrats de réassurance prenant effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les contrats en cours continuent à être valides sans changement.

### 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. Ces normes minimales prescrites par la loi garantissent 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 2018, les résultats du contrôle du respect des prescriptions sont dans l'ensemble positifs. L'autorité de surveillance est intervenue auprès de quelques assureurs parce que leur rapport n'a pas été publié dans les délais et que les comptes annuels selon les dispositions RPC étaient incomplets.

Un autre thème d'audit consistait dans le respect des dispositions concernant la publication des indemnités accordées aux organes de direc-

tion. La LSAMal exige que toute unité juridique qui applique la LAMal publie dans son rapport de gestion tant le montant global des indemnités accordées que le montant accordé au membre de chacun des deux organes de direction dont la rémunération est la plus élevée. La plupart des assureurs ont respecté cette obligation pour l'exercice 2018, mais l'OFSP a dû intervenir à ce propos auprès de quelques-uns.

### 3.8 Modifications dans les plans d'exploitation

Le contrôle par l'autorité de surveillance des plans d'exploitation remis par les assureurs s'est achevé en 2019. Les plans d'exploitation de tous les assureurs ont ainsi été approuvés.

Les demandes qui parviennent actuellement à l'autorité de surveillance concernent les modifications des plans d'exploitation. De telles modifications nécessitent une autorisation de l'autorité de surveillance si elles concernent les statuts, le plan de réassurance et les contrats de réassurance, les indications sur le champ territorial d'activité, les contrats et autres accords par lesquels les assureurs entendent déléguer des tâches importantes à des tiers, les tarifs de primes et les dispositions sur les formes particulières d'assurance, sur l'assurance facultative d'indemnités journalières et sur les conditions générales d'assurance. Les modifications concernant les autres éléments des plans d'exploitation sont réputées autorisées si l'autorité de surveillance n'engage pas une procédure d'examen dans un délai de huit semaines à compter de la communication.

En 2019, la majorité des demandes de modification des plans d'exploitation a concerné des modifications de l'identité et du curriculum vitae des membres des organes d'administration et de direction, des indications sur les moyens de recensement, de limitation et de contrôle des risques, ou des dispositions sur les formes particulières d'assurance et sur les conditions générales d'assurance.

### 3.9 Mise en œuvre d'EESSI dans l'assurance obligatoire des soins

Dans le cadre de l'application de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu entre l'Union européenne (UE) et la Suisse, les règlements CE n<sup>os</sup> 883/2004 et 987/2009 prévoient le remplacement des formulaires papier utilisés pour l'échange international de données concernant les assurances sociales par un échange électronique de données.

La Suisse, comme les États membres de l'UE ou de l'AELE, se prépare activement à ce changement. La base en est constituée par le programme SNAP-EESSI (Swiss National Action Plan for Electronic Exchange of Social Security Information), placé sous la responsabilité de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), qui a pour objectif de mettre en place le point d'accès national – l'organisme central de liaison avec l'étranger assurant le lien avec le réseau international EESSI –, de gérer les projets de mise en œuvre des différents assureurs sociaux et de les coordonner dans chaque phase de mise en œuvre. Le projet « Sickness » des assureurs-maladie est l'un de ces projets au sein du programme SNAP-EESSI. En sa qualité d'autorité de surveillance des assureurs-maladie suisses, l'OFSP est responsable de veiller à ce qu'EESSI soit mis en œuvre par tous les assureurs. Outre l'application de l'échange de données proprement dit, les assureurs sont tenus de garantir l'assistance au niveau de la branche. Dans le cadre des travaux de projet propres à la branche, les assureurs ont décidé que, pour un nombre de cas estimé à 20 000 pour l'ensemble de la branche, aucune « solution de branche » ne devait être élaborée. Les assureurs traiteront donc les dommages à l'étranger au moyen d'accès individuels à l'application RINA (Reference Implementation for a National Application), une interface utilisateur en ligne.

Une séance d'information a eu lieu début 2019 à l'OFSP. Une cinquantaine de représentants de différents assureurs y ont pris part. Depuis lors, presque tous les assureurs ont adhéré au contrat d'assistance conclu entre l'IC LAMal et santé-suisse. L'assistance de premier niveau, que ce

contrat règle entre autres et qui est assurée par l'IC LAMal, a pris un bon départ.

Après le coup d'envoi donné à EESSI le 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'OFAS a décidé, en sa qualité d'autorité responsable de la mise en œuvre d'EESSI en Suisse, que le raccordement des différentes assurances sociales au point d'accès national devrait se faire par étapes. Le raccordement des assureurs-maladie au point d'accès devrait probablement se faire dans le courant de l'an prochain.

Aux termes de l'art. 75b de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) révisée, les services de la Confédération perçoivent auprès des institutions compétentes des émoluments pour le raccordement à l'infrastructure destinée à l'échange électronique des données avec l'étranger et pour l'utilisation de celle-ci. Le Conseil fédéral a élaboré à cet effet un tarif dans l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA), qui sera probablement mis en consultation d'ici février 2020. Dès l'entrée en vigueur des nouvelles bases légales, l'OFAS facturera aux différentes branches des assurances sociales les coûts d'utilisation d'EESSI.

### 3.10 Audit

Les contrôles sur place permettent d'avoir une vision plus précise des assureurs audités et de procéder à des comparaisons entre eux. L'objectif premier de ces audits est de vérifier le respect des dispositions de la LAMal et de la LSAMal par les assureurs. Lors de ces contrôles effectués sur plusieurs jours, l'accent a été mis sur le respect de l'égalité de traitement des assurés et sur l'absence de sélection des risques par l'assureur. Un autre thème d'audit prioritaire a consisté dans la vérification, axée sur l'analyse des processus, du contrôle des factures et du caractère économique des prestations des assureurs audités. Dans ce cadre, les processus déterminants, le système de contrôle interne (SCI) ainsi que les instruments utilisés lors du contrôle des factures ont été éva-

lués par rapport à leur pertinence, à leur adéquation et à leur efficacité.

Tous les assureurs sont analysés et classés chaque année à l'aide d'un système de notation basé sur des critères de risques quantitatifs et qualitatifs. Les résultats de cette notation, l'analyse des données individuelles des assureurs ainsi que d'autres informations servent à déterminer quels assureurs feront l'objet d'un audit la période suivante. En cas d'incidents ou d'événements spécifiques, des contrôles ad hoc peuvent être effectués sur place. Une procédure 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 prendre des mesures. Les assureurs sont tenus de confirmer par écrit l'application des directives et de documenter les mesures correspondantes. En cas de points faibles importants, des contrôles de suivi ont lieu pour vérifier que les défauts constatés ont bien été corrigés.

Pour les thèmes ayant trait à la gouvernance, l'évaluation a porté sur la gestion des risques, le SCI et la surveillance des conflits d'intérêts. Les assureurs-maladie audités disposent en général de processus de gestion des risques et d'un SCI bien documentés et appropriés. Chez quelques petits et moyens assureurs, les règlements existants et les processus définis doivent être appliqués de façon plus systématique. Dans certains cas, les rapports internes à l'intention du conseil d'administration doivent être développés davantage.

Dans le domaine des prestations d'assurance de l'AOS, les assureurs audités remplissent en général bien leurs tâches et respectent leurs obligations concernant le contrôle des factures et de l'économicité des prestations. Toutefois, quelques assureurs ont été invités à améliorer ou à développer leurs processus de contrôle rétrospectif des factures. En outre, le contrôle des conditions de prise en charge des coûts dans les formes particulières d'assurance, par exemple le modèle du médecin de famille, doit être renforcé chez quelques assureurs. Par ailleurs, des points faibles ont été constatés dans la perception de la

taxe hospitalière et de la participation légale aux coûts pour les prestations fournies pendant une grossesse, et des mesures d'amélioration ont été exigées. Un autre thème d'audit a consisté dans le contrôle du respect du principe de territorialité lors du retrait de médicaments ou de produits de la LiMA à l'étranger. À cet égard, plusieurs assureurs ont été avertis en raison de leur pratique non conforme aux dispositions légales.

S'agissant du contrôle d'une organisation conforme à la loi sur la protection des données, ce sont surtout quelques accès à des données personnelles sensibles dans le dossier électronique de l'assuré ou à des documents du médecin-conseil trop étendus qui ont fait l'objet de critiques. En vertu du principe de proportionnalité applicable à la protection des données, la restriction de ces droits d'accès aussi larges a été exigée. Enfin, des mesures de renforcement du contrôle des prestataires externes par les assureurs ont été exigées dans quelques cas.

En ce qui concerne l'obligation d'assurance, les indications exigées sur certains formulaires d'adhésion à l'AOS ne correspondaient parfois pas aux prescriptions légales et ont dû être adaptées. Le processus d'admission de divers assureurs accusait des faiblesses, notamment pour ce qui est de la détermination du début de l'assurance, et des améliorations ont été exigées. Au chapitre de la conformité des primes, ce sont surtout le paiement anticipé de la prime ainsi que la divisibilité des primes à la naissance qui ont donné lieu à des directives.

### 3.11 Procédures traitées

Dans le cadre d'un audit, l'autorité de surveillance avait ordonné à deux assureurs-maladie de modifier leurs processus. Elle n'est pas entrée en matière sur la demande de rendre une décision sur un acte matériel (éventuellement une décision en constatation), non plus que sur une demande en récusation. Une procédure de recours devant le Tribunal administratif fédéral est pendante.

La même instance doit en outre juger un recours concernant une augmentation du capital-actions.

Une procédure de recours devant le Tribunal administratif fédéral impliquant trois demanderessees concernant des participations financières est entrée en force : alors que le tribunal n'est pas entré en matière sur l'un des recours, les deux autres ont été rejetés et les demanderesses ont été obligées de restituer les participations financières versées.

Un assuré a formé recours devant le Tribunal administratif fédéral contre la décision de l'OFSP relative à l'approbation des primes d'un assureur-maladie pour 2019. Le Tribunal administratif fédéral constate que le recourant peut requérir du juge le contrôle de la légalité du tarif des primes qui lui est appliqué en formant un recours contre sa propre prime après décision et décision sur opposition de son assureur, mais non en formant un recours contre l'approbation du tarif de primes dans son ensemble. Le recours a été déclaré irrecevable.

Concernant la demande d'un citoyen fondée sur le principe de la transparence dans l'administration, l'autorité de surveillance a maintenu son refus d'accès à l'ensemble des pièces et de la correspondance qu'un assureur lui a soumises en vue de l'approbation de ses primes. Le citoyen a interjeté recours auprès du Tribunal administratif fédéral que celui-ci a rejeté. Ledit recours n'est cependant pas encore entré en force.



## 4 Surveillance des assureurs-accidents

---

### 4.1 Adaptation des bases de calcul uniformes

L'Association suisse d'assurances (ASA) a déposé le 28 septembre 2018 auprès du Département fédéral de l'intérieur (DFI) une demande d'adaptation des bases de calcul uniformes dans la LAA sous la forme d'un abaissement du taux d'intérêt technique à 1,5% pour toutes les rentes, demande soutenue par la CNA et par la communauté d'intérêts des autres assureurs LAA. Cette demande s'inscrit dans le contexte de la persistance de taux d'intérêt bas, alors que le taux technique est relativement élevé: 2% pour les accidents survenus à partir de 2014 et 2,75% pour les accidents antérieurs à 2014. L'OFSP a examiné la demande et a adressé au DFI une proposition en ce sens qui a été adoptée le 13 février 2019. L'abaissement demandé du taux d'intérêt technique à 1,5% (pour toutes les années d'accident) est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les autres paramètres des bases de calcul uniformes restent inchangés.

Le nouveau taux technique de 1,5% entraîne pour les assureurs LAA, au 1<sup>er</sup> janvier 2020, un besoin de financement complémentaire qui, selon la proposition, se monte pour l'ensemble de la branche LAA à quelque 5,1 milliards de francs (env. 16% du capital de couverture, plus les provisions pour prestations de longue durée). Conformément à l'art. 90, al. 3, LAA, des réserves suffisantes devaient être constituées à cet effet pour le 31 décembre 2019 au plus tard. L'OFSP vérifie en permanence le respect de cette disposition. Pour les primes nettes, il résulte de la baisse du taux d'escompte à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 un besoin supplémentaire d'environ 2,5% pour les nouveaux sinistres. L'OFSP a vérifié au cours de l'exercice sous revue si les tarifs LAA remis pour l'année d'assurance 2020 tiennent compte de cet aspect.

### 4.2 Groupe de travail « Situation des taux dans la LAA »

Selon sa circulaire du 18 février 2019 aux assureurs-maladie et accidents, le comité du Fonds destiné à garantir les rentes futures a décidé à l'unanimité de relever pour le 1<sup>er</sup> janvier 2020 la prime de répartition à 5% des primes nettes, tant pour les accidents professionnels que pour les accidents non professionnels, et de maintenir à 100% la part du taux d'intérêt pour 2021.

En principe, la LAA prévoit un financement des allocations de renchérissement au moyen des excédents d'intérêts résultant des produits d'intérêts arithmétiques (sur la base de la moyenne arithmétique sur dix ans des obligations de la Confédération à dix ans, « taux 10/10 ») qui dépassent le taux technique. La perception d'une prime de répartition n'est prévue que si ces excédents ne suffisent pas pour financer les allocations de renchérissement. Tel est déjà le cas depuis quelques années, car le « taux 10/10 » est tombé au-dessous de la valeur du taux technique et les « excédents d'intérêts » sont désormais négatifs. Pour garantir le financement nécessaire aux allocations de renchérissement, le supplément de prime prévu à cet effet a dû être relevé pour le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Par ailleurs, le produit d'intérêts arithmétique du « taux 10/10 » ne couvre plus non plus le taux technique. Pour compenser cette lacune, un intérêt supplémentaire sur les provisions pour prestations à court terme et prestations de longue durée, lui aussi fondé sur le « taux 10/10 », a été introduit. Bien que la part de l'intérêt supplémentaire ait été relevée progressivement à 100%, niveau déjà fixé pour 2021, le produit obtenu ne suffit pas pour couvrir les intérêts manquants (sur les capitaux de couverture des rentes allouées). En clair, il en résulte des prélèvements importants sur le fonds de l'association, ce qui risque, à moyen terme, de compromettre sérieusement sa situation.

C'est dans ce contexte qu'a été constitué, sur la suggestion du comité du Fonds destiné à garantir les rentes futures, le groupe de travail « Situation des taux dans la LAA », formé de représentants de cette association, de l'ASA, de la FINMA et de l'OFSP. Ce groupe de travail examine dans un premier temps la question de savoir si le « taux 10/10 » est encore approprié en tant que modèle de calcul du produit du capital dans la LAA face à la situation sans précédent de persistance de taux d'intérêt négatifs. Des modèles susceptibles de le remplacer sont examinés dans ce contexte, ainsi que d'autres possibilités d'adaptation. L'objectif est de parvenir à une solution durable pour la LAA, qui rétablisse la stabilité du fonds et qui puisse s'adapter aux changements de la situation du marché avec le plus de flexibilité possible.

### 4.3 Groupe de travail « Clubs sportifs »

Conformément à la LAA, toutes les associations qui rétribuent leurs membres pour leurs activités sont considérées comme des employeurs. Si au moins une personne touche plus de 2300 francs par année, l'association est tenue d'assurer contre les accidents toutes les personnes qui figurent sur sa liste des salaires.

Longtemps, les accidents survenus lors d'activités rémunérées pour des clubs sportifs étaient déclarés comme accidents non professionnels et pris en charge par l'assurance-accidents de l'employeur principal. En 2016, la branche LAA a été sensibilisée à cette question, avec pour conséquence que la compétence pour les accidents du sport déclarés comme accidents non professionnels a fait l'objet d'une plus grande attention. S'il s'avère que le club sportif a rémunéré la victime de l'accident pour son activité dans le cadre du club, cette personne doit obligatoirement être assurée selon la LAA par le biais du club en tant qu'employeur. Ainsi, l'accident est un accident professionnel survenu au sein du club et il ne

peut pas être annoncé comme accident non professionnel et pris en charge par l'assurance-accidents de l'employeur principal.

Cette pratique plus stricte s'appuyant sur la loi se traduit pour les clubs sportifs concernés par des frais d'assurance élevés. Les primes de l'assurance selon la LAA doivent être fixées en fonction des risques. Comme le risque d'accident est généralement important dans les activités sportives, cela se reflète dans le niveau des primes. Étant donné ce profil de risque défavorable, il est souvent très difficile pour les clubs sportifs de trouver même un seul assureur LAA qui soit disposé à les accepter. Beaucoup de clubs ne trouvent un assureur LAA qu'après que ce dernier leur a été attribué par la caisse supplétive LAA.

Pour éviter que l'obligation de s'assurer selon la LAA ne place les clubs sportifs face à des problèmes financiers insolubles, et en particulier pour trouver une solution pour le sport populaire non commercial, un groupe de travail interdisciplinaire formé de représentants de l'ASA, de la CNA, de la commission ad hoc des sinistres LAA, de la caisse supplétive, de l'OFSP et de Swiss Olympic a été institué. Au cours de l'exercice, ce groupe a examiné plusieurs propositions du sous-groupe de travail. Il a ainsi trouvé une piste de solution qui est actuellement discutée au sein des organes compétents des différents acteurs. Leurs approbations étaient attendues autant que possible pour la fin de l'exercice sous revue.

### 4.4 Mise en œuvre d'EESSI dans l'assurance-accidents obligatoire

Pour le contexte initial, on peut se reporter aux explications données au ch. 3.9. Le cadre juridique est le même pour l'assurance-accidents obligatoire.

Ainsi, le projet « AWOD » (Accidents at Work and Occupational Diseases) constitue l'un des projets réalisés dans le cadre du programme SNAP-EESSI. En sa qualité d'autorité de surveil-



lance de l'assurance accidents obligatoire, l'OFSP est responsable de veiller à ce que tous les assureurs mettent EESSI en œuvre. En collaboration avec l'OFAS, la CNA et l'ASA, un processus dit « hors ligne » a été mis au point pour la branche LAA en ce qui concerne les accidents professionnels : l'accès en ligne à EESSI passe exclusivement par un organe central, l'organisme de liaison pour la Suisse (CNA). Tout échange avec l'étranger passe par cet organisme de liaison, de sorte que les assureurs-accidents ne doivent entreprendre ni adaptations techniques ni formations en lien avec la mise en place d'EESSI. Le processus entre les différents assureurs-accidents et l'organisme de liaison pour la Suisse reste « hors ligne » et se fonde comme jusqu'ici sur les formulaires E habituels. Ceux-ci devraient encore être simplifiés afin de limiter l'échange de données au strict minimum indispensable. Dans l'intervalle, tous les assureurs-accidents ont adhéré au processus hors ligne de raccordement électronique à l'UE passant exclusivement par l'organisme de liaison pour la Suisse.

L'échange électronique de données entre les États membres de l'UE et de l'AELE a officiellement débuté le 1<sup>er</sup> juillet 2019. L'OFAS, en sa qualité d'autorité responsable de la mise en œuvre d'EESSI en Suisse, a décidé que le raccordement des différentes assurances sociales au point d'accès national devrait se faire par étapes. Pour le domaine « AWOD », le coup d'envoi devrait être donné vers le milieu de 2020.

S'agissant de l'indemnisation de l'organisme de liaison pour le travail de développement accompli et pour les coûts supplémentaires dus à l'exploitation d'EESSI en faveur de l'ensemble de la branche LAA, la CNA et l'ASA sont en contact en vue d'un accord contractuel.

Aux termes de l'art. 75b de la LPGA révisée, les services de la Confédération perçoivent auprès des institutions compétentes des émoluments pour le raccordement à l'infrastructure destinée à l'échange électronique des données avec l'étranger et l'utilisation de celle-ci. Le Conseil fédéral a élaboré à cet effet un tarif dans l'OPGA, qui sera probablement mis en consul-

tation d'ici février 2020. Dès l'entrée en vigueur des nouvelles bases légales, l'OFAS facturera aux différentes branches des assurances sociales les coûts d'utilisation d'EESSI.

Une difficulté particulière dans le domaine « AWOD » réside dans les accidents non professionnels car ceux-ci, dans tous les États de l'UE et les autres États membres de l'AELE, sont considérés comme des maladies et sont traités selon le processus prévu pour les cas de maladie. Il n'est donc pas possible de procéder avec l'EESSI comme prévu pour les accidents professionnels. L'OFAS, l'OFSP, l'ASA et l'IC LAMal mènent actuellement un dialogue intense entre eux et avec l'étranger afin de mettre en place, pour les accidents non professionnels également, un processus d'échange électronique de données aussi simple et efficace que possible.

## 5 Surveillance de l'assurance militaire

### 5.1 Réformes structurelles dans l'assurance militaire

Le 29 août 2018, le Conseil fédéral a chargé le DFI d'élaborer avant le début de la prochaine législature, en vue de le mettre en consultation, un projet prévoyant l'abandon par l'assurance militaire (AM) de l'assurance facultative ainsi que de la couverture d'assurance en cas de maladie pour les assurés à titre professionnel. L'assurance facultative actuelle est destinée aux assurés à titre professionnel retraités qui avaient conclu auprès de l'assurance militaire une assurance de base (similaire à l'AOS) pour la prise en charge des coûts en cas de maladie et d'accident. Quant aux assurés à titre professionnel, ce sont des personnes qui ont choisi comme profession la carrière militaire (militaires de carrière actifs).

Les personnes qui subissent une atteinte à leur santé alors qu'elles accomplissent leur service militaire ou un service de remplacement, ainsi que leurs proches si elles décèdent, ont droit, en vertu de la Constitution, à un soutien approprié de la Confédération. La même protection constitutionnelle est garantie aussi à la protection civile. Ainsi, toutes les personnes astreintes au service en vertu de l'obligation générale de servir sont protégées. Mais les personnes qui ont choisi pour profession la carrière militaire et qui prennent ensuite leur retraite ne sont pas couvertes par la protection constitutionnelle. L'obligation de prise en charge de l'AM pour les maladies

des assurés à titre professionnel survenues dans leur quotidien professionnel, c.-à-d. en dehors du service obligatoire, ainsi que dans leurs loisirs, ne peut donc pas s'appuyer sur la Constitution, pas plus qu'une obligation de prise en charge de l'AM à l'égard des assurés à titre facultatif.

En cas d'abandon par l'AM de la couverture maladie pour les assurés à titre professionnel, les militaires de carrière devraient conclure une assurance de base selon la LAMal. En cas de suppression de l'assurance facultative, les militaires de carrière ayant pris leur retraite à l'âge ordinaire ou de manière anticipée devraient conclure une assurance de base selon la LAMal avec couverture accidents. Ce changement de système aurait pour conséquence que les militaires de carrière et les personnes précédemment assurées à titre facultatif devraient à l'avenir assumer une partie des dépenses en cas de maladie et d'accident dans le cadre de la participation aux frais (franchise et quote-part), comme c'est le cas dans l'AOS.

Au cours de l'exercice sous revue, l'OFSP a élaboré les grandes lignes du projet à mettre en consultation et étudié les conséquences financières d'un tel changement de système.

## 6 Surveillance de l'Institution commune LAMal

---

L'autorité de surveillance assume la surveillance de l'IC LAMal en vertu de la LSAMal. La surveillance en vertu du droit des fondations est du ressort de l'autorité fédérale de surveillance des fondations.

Pour l'application de l'entraide administrative interétatique, l'IC LAMal fonctionne comme organisme de liaison et comme institution garantissant l'octroi de prestations à charge de l'assurance étrangère. Pour 2018, les frais d'intérêts se rapportant au préfinancement de l'entraide en matière de prestations et les frais administratifs pour l'exécution des tâches que la Confédération a déléguées à l'IC LAMal (par ex. pour les retraités assurés en Suisse et résidant dans un État de l'UE/AELE) ont atteint 2,1 millions de francs au total. Cela représente, par rapport à l'exercice précédent, une économie de 0,3 million qui résulte de la diminution du coût du capital due au bas niveau général des taux d'intérêt.

L'IC LAMal gère la réduction des primes pour ces retraités et pour les membres de leur famille. Ces personnes, comme les autres assurés, ont droit à la réduction individuelle des primes si elles sont de condition économique modeste. L'IC LAMal a versé un million de francs en 2018 pour réduire leurs primes ; 608 personnes en tout en ont bénéficié, principalement en Allemagne (220) et en France (141).

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 administratifs et du coût du capital mentionnés plus haut.

## 7 Autres activités en relation avec la surveillance

---

### 7.1 Données de la surveillance

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

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

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 des petits collectifs, ou qui peuvent être utilisées pour des études spécifiques comme la répartition des régions de primes.

### 7.2 Enquête sur le contrôle des factures

Les grands principes et les données clés du contrôle des factures et de l'économicité des prestations ont été déterminés lors d'une vaste enquête auprès de tous les assureurs-maladie assujettis. Il s'agissait de répondre en détail aux questions suivantes :

- a. Contrôle des factures au sens strict : de quelle manière (par voie électronique ou manuellement) et avec quels systèmes de contrôle les justificatifs remis sont-ils saisis et vérifiés ? Quelles sont les limites des systèmes de contrôle et comment les règles de contrôle sont-elles entretenues et développées ? Concrètement, quels aspects sont contrôlés et comment l'assureur agit-il si le décompte des prestations n'est pas correct ?
- b. Contrôles de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (EAE) des prestations dans des cas particuliers : comment l'adéquation de la prestation fournie est-elle contrôlée (informations utilisées, règles de contrôle) ? Quelles autres sources sont utilisées en plus (assuré, médecin-conseil, etc.) ?
- c. Contrôles EAE généraux : quels contrôles sont effectués ex post (en particulier au niveau des fournisseurs de prestations) ? Quelles données sont analysées pour cela ? Quelles démarches entreprend l'assureur lorsqu'il constate des irrégularités ou des indices de fraude de la part d'un fournisseur de prestations ?
- d. Limites des systèmes de contrôle : où ces systèmes se heurtent-ils aujourd'hui à leurs limites ? Quelles en sont les raisons ? Quels sont les défis futurs qui en résultent ?

Le rapport sur les résultats de cette enquête a été publié le 31 janvier 2020. Ces résultats serviront ensuite à déterminer les mesures à prendre dans le domaine du contrôle des factures.

### 7.3 Demandes des assurés

Les nombreuses demandes écrites et orales reçues de citoyens et d'instances diverses (autorités, employeurs, organismes étrangers, etc.) invitent à conclure que de nombreuses questions et incertitudes subsistent concernant le système d'assurance-maladie. Quelques citoyens inquiets s'adressent au DFI et attendent du Conseil fédéral un conseil, ou expriment leur mauvaise humeur au sujet de la hausse des primes. Ils y joignent souvent des propositions pour faire baisser les coûts de la santé. Beaucoup d'assurés se plaignent aussi auprès de l'OFSP à propos de faits relevant du domaine international, ou lui demandent confirmation que les renseignements obtenus des caisses-maladie sont corrects. Les assureurs-maladie montrent ainsi encore des incertitudes dans la mise en œuvre de l'Accord sur la libre circulation. Enfin, l'OFSP reçoit encore des demandes sur d'autres sujets, comme le changement d'assurance, les formes particulières d'assurance ou les conséquences en cas de non-paiement des primes.



## 8 Annexes

### 8.1 Ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de la Communauté européenne, en Islande et en Norvège (ORPMCE ; RS 832.112.5)

La révision de l'ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (ORPMCE) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 explicitement mentionnées. Cette modification correspond à la pratique actuelle de l'IC LAMal, qui est chargée d'effectuer les réductions de primes.

Par ailleurs, le cours de conversion de l'Administration fédérale des douanes sera dorénavant appliqué pour calculer en francs suisses la fortune et le revenu pris en compte 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 un arrêt du Tribunal fédéral sur la divisibilité de la prime d'assurance-maladie (ATF 9C\_268/2015). Il a de plus été précisé que dans ces cas l'IC LAMal calcule au jour près le montant des réductions de primes et le communique à l'assureur et à l'assuré.

En outre, l'article relatif à la restitution des réductions de primes indûment perçues a été modifié. Il indique désormais que l'assureur doit rembourser à l'IC LAMal la réduction de primes reçue indûment par l'assuré. Dans la majorité des cas de

restitution (décès du bénéficiaire ou transfert de son domicile en Suisse ou hors de l'UE), l'assureur dispose encore du montant à restituer et la restitution peut se faire aisément.

### 8.2 Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1)

Le 1<sup>er</sup> janvier 2019 est entrée en vigueur une modification de loi qui procure aux assureurs un allègement dans la compensation des risques pour les jeunes assurés. Cela leur a permis de proposer à ces derniers des primes plus avantageuses dès cette date.

La compensation des risques pour 2019 se calcule pour la dernière fois avec l'indicateur « Coût des médicaments de plus de 5000 francs au cours de l'année précédente ».

La compensation des risques pour 2020 se calculera avec l'indicateur PCG, conformément à l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR), totalement révisée, du 19 octobre 2016. Il s'agit de la modification la plus importante de l'OCOR à ce jour, tant en ce qui concerne les données à saisir (désormais individuelles) que le calcul de la compensation (désormais au moyen d'une méthode de régression en deux étapes).

En vue de l'intégration de l'indicateur PCG et en collaboration avec l'OFSP, l'IC LAMal a réalisé à l'été 2019 avec les assureurs le deuxième test, qui a permis de simuler l'année de compensation 2018 et qui a été calculé de façon prospective, comme pour la compensation des risques actuelle.

Au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2020, l'IC LAMal procédera avec les assureurs au troisième test, simulant la nouvelle compensation des risques pour l'année de compensation 2019.

Une autre révision de l'OCOR est en préparation. Les assureurs demandent des délais plus courts tant pour la communication de leurs don-

nées que pour la publication par l'IC LAMal du décompte final et des autres informations relevant de la compensation des risques. Ils demandent également des informations individuelles sur leurs assurés. Ces adaptations devraient leur permettre de calculer des primes et des rabais corrects, d'estimer les futurs paiements compensatoires, et de valider et rendre compréhensible le calcul de la compensation des risques. Une audition informelle des assureurs dans un cadre restreint est prévue pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2020.

### **8.3 Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.11)**

Le DFI a édicté son ordonnance sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI; RS 832.112.11) le 14 octobre 2019. Y sont définies la hiérarchisation des PCG, le nombre minimal de doses quotidiennes standard (DDD) déterminant l'attribution à un PCG ainsi que le calcul du facteur de renchérissement des coûts. Elle est également entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Le DFI a édicté en annexe à cette ordonnance une liste des PCG, publiée sous forme électronique sur le site Internet de l'OFSP.

### **8.4 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 le 30 août 2019 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020. La révision porte sur la mise à jour de la liste des communes figurant dans l'annexe, conformément au répertoire officiel des communes de l'Office fédéral de la statistique. Toutes les fusions de communes approuvées par les autorités cantonales jusqu'en juin 2019 et entrées en vigueur au cours de l'année 2019 ou le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ont été prises en compte.

### **8.5 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2020 permettant de calculer la réduction de primes dans l'Union européenne, en Islande et en Norvège (RS 832.112.51)**

Selon l'ordonnance du 3 juillet 2001 sur la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (ORPMCE; RS 832.112.5), le DFI doit fixer chaque année le facteur de correction du pouvoir d'achat entre la Suisse et le pays de résidence du rentier ainsi que les primes moyennes de l'assurance suisse dans les États de l'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. L'ordonnance du DFI, du 29 novembre 2019, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **8.6 Ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (RS 832.102.15)**

Le DFI a modifié son ordonnance sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI) le 6 septembre 2019, pour le 1<sup>er</sup> janvier 2020 (RO 2019 2965). Cette modification porte sur le formulaire électronique annexé à l'ordonnance. Ce sont principalement les scénarios et la prise en compte des risques d'assurance et des risques de marché qui ont changé. Pour contrôler les effets de ces modifications et calibrer les paramètres, l'OFSP a procédé en 2018 à des essais de terrain volontaires avec le test de solvabilité LAMal.



## 9 Glossaire

---

### **Audit**

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

### **Collectifs de risques**

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

### **Combined ratio**

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

### **Conformité**

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

### **Fortune liée**

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

### **Gouvernance d'entreprise**

La gouvernance d'entreprise définit le cadre juridique et factuel pour la gestion et la supervision d'une entreprise. Les contrats incomplets

et les intérêts divergents offrent aux parties prenantes des opportunités, mais aussi des motifs de comportement opportuniste. En principe, les réglementations sur la gouvernance d'entreprise servent à restreindre la marge de manœuvre et les motivations des acteurs à adopter un comportement opportuniste par le biais d'arrangements juridiques et factuels appropriés.

(Source: Gabler Wirtschaftslexikon, mot-clé: Corporate Governance)

### **Provisions techniques**

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

## 10 Liste des abréviations

---

<i>AOS</i>	Assurance obligatoire des soins
<i>ASA</i>	Association suisse d'assurances
<i>CNA</i>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<i>DFI</i>	Département fédéral de l'intérieur
<i>EAE</i>	Efficacité, adéquation et économicité
<i>EESI</i>	Electronic Exchange of Social Security Information
<i>FINMA</i>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
<i>IC LAMal</i>	Institution commune LAMal
<i>LAA</i>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
<i>LAMal</i>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
<i>LPGA</i>	Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
<i>LSAMal</i>	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12)
<i>OFAS</i>	Office fédéral des assurances sociales
<i>OFSP</i>	Office fédéral de la santé publique
<i>OPGA</i>	Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (830.11)
<i>OSAMal</i>	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
<i>PCG</i>	Groupes de coûts pharmaceutiques
<i>RS</i>	Recueil systématique du droit fédéral
<i>SCI</i>	Système de contrôle interne
<i>SNAP</i>	Swiss National Action Plan



