

Rapport d'activité 2023

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

Impressum

Éditeur

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

Contact

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

Date de parution

Février 2023

Commandes

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

Versions linguistiques

Cette publication paraît en français et en allemand.

Versión numérique

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

Concept graphique et typographie

diff. Kommunikation SA, Berne

Table des matières

1	Avant-propos	6
2	Bases juridiques	9
2.1	Surveillance de l'assurance-maladie	9
2.2	Surveillance de l'assurance-accidents.....	9
2.3	Surveillance de l'assurance militaire	9
3	Développement de la surveillance	10
3.1	L'évaluation de la LSAMal comme point de repère.....	10
4	Surveillance des assureurs-maladie	12
4.1	Interventions sur la base d'indicateurs financiers	12
4.2	Test de solvabilité LAMal 2023.....	12
4.3	Approbation des primes 2024.....	13
4.4	Analyse des frais administratifs.....	17
4.5	Contrôle de la fortune liée et du SCI par l'organe de révision externe	17
4.6	Réassurance dans la LAMal	18
4.7	Gouvernance d'entreprise	18
4.8	Audit	19
4.9	Directives, dénonciations à l'autorité de surveillance, procédure en vertu de la LTrans et procédures de recours.....	20
5	Surveillance des assureurs-accidents.....	23
5.1	Surveillance de l'assurance-accidents obligatoire en général	23
5.2	Comptes d'exploitation	23
5.3	Tarifs de primes.....	24
6	Surveillance de l'assurance militaire	25
6.1	Primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative	25
7	Surveillance de l'Institution commune LAMal	26

8	Autres activités en relation avec la surveillance.....	27
8.1	Données de la surveillance	27
8.2	Projet ISAK Relaunch : remplacement du système d'information pour la surveillance de l'assurance-maladie.....	27
8.3	Demandes des assurés	28
8.4	Réalisation de l'enquête sur les coûts des tests, rapports des organes de révision externes.....	29
8.5	Coordination avec le PFPDT, l'ASF et la FINMA	29
8.6	Frais administratifs: groupe de travail avec la FINMA et lignes directrices.....	29
8.7	Analyse d'efficacité pour la compensation des risques avec les PCG	30
9	Annexes: législation.....	32
9.1	Législation relative à l'assurance-maladie.....	32
9.2	Législation relative à l'assurance-accidents.....	35
9.3	Législation relative à l'assurance militaire	35
10	Rapport du Conseil fédéral.....	37
	Rapport en réponse au postulat 20.3135 CSSS-CE « Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs »	37
11	Glossaire	38
12	Liste des abréviations.....	39



1 Avant-propos

Au cours de l'exercice 2023, la surveillance de l'assurance-maladie sociale et de l'assurance-accidents a été confrontée à un environnement difficile. L'inflation, les fluctuations des taux d'intérêt et les marchés boursiers ont eu un impact sur les risques financiers des assureurs. La hausse persistante des dépenses de santé a entraîné des augmentations de primes, à la fois dans l'assurance-maladie obligatoire et l'assurance militaire. Dans le cas de l'assurance-maladie, les assurés ont réagi en changeant plus souvent d'assureur, ce qui conduit la surveillance à observer attentivement les répercussions sur les assureurs. Cette évolution se reflète dans le nombre accru d'interventions sur la base des indicateurs financiers.

Les primes suivent les coûts

En 2024, la prime mensuelle moyenne s'élèvera à CHF 359.50, soit une augmentation de CHF 28,70 (8,7 %) par rapport à 2023. Cette hausse marquée s'explique par une augmentation plus importante que prévu des coûts depuis le second semestre 2021 et surtout en 2023. Davantage de consultations médicales et de prestations hospitalières ambulatoires, des médicaments plus nombreux et plus chers sont à l'origine de cette évolution. Il en résulte un besoin de rattrapage, car les primes ne couvrent pas les coûts en 2023. De plus, un nombre d'assurés supérieur à la moyenne a changé d'assureur de base ou choisi une franchise plus élevée afin de réduire leur charge de primes. En conséquence, les primes ont augmenté de 5,4 % en moyenne en 2023, soit moins que ce qui avait été annoncé (6,6 %). Le calcul de l'évolution des primes pour 2024 a dû tenir compte de ces recettes inférieures, ainsi que de l'augmentation des coûts prévue en 2024. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a examiné attentivement si les primes soumises par les assureurs étaient conformes aux prescriptions légales et a demandé des ajustements lorsque cela était nécessaire. Toutes les primes ont été approuvées.

Les bases techniques ont également été examinées en 2023. Une étude a ainsi été commandée pour analyser les possibilités d'améliorer le calcul du rabais maximal dans les modèles d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Cette analyse a permis de confirmer la méthodologie actuellement utilisée et d'identifier des pistes de perfectionnement possibles. Le rapport détaillé est disponible sur le [site Internet](#) de l'OFSP.

Le processus d'approbation des primes a bénéficié d'une collaboration augmentée avec les cantons. Les résultats et les retours de ces derniers montrent qu'un niveau de qualité élevé a été atteint dans ce domaine. Il s'agit désormais de la maintenir, voire de l'améliorer lorsque cela est encore possible.

Réserves : le taux de solvabilité baisse de 163 % à 130 % en 2023

La somme des réserves de l'ensemble des assureurs est passée de 12,1 milliards de francs au début de 2022 à 8,5 milliards au début de 2023. Tant le résultat actuariel (les primes moins les prestations et les frais administratifs) que le résultat global, en tenant compte du résultat financier, ont été négatifs. Les pertes enregistrées simultanément sur les actions, les placements immobiliers et les obligations – une combinaison rare – ont fortement réduit la valeur des placements de 1,8 milliard de francs, soit 11 %. Les pertes subies par les assureurs-maladie dans cet environnement difficile correspondent à celles essuyées par d'autres investisseurs. Malgré cette chute, les revenus annuels du capital se sont élevés à environ 250 millions de francs en moyenne au cours des dix dernières années, ce qui correspond à un rendement moyen des placements de 1,5 %. À cela s'ajoute une perte actuarielle de 1,7 milliard de francs en 2022, imputable en grande partie à la forte augmentation des coûts due aux effets de rattrapage de la pandémie. Les réserves ont entièrement absorbé ces coûts. Si les assureurs disposent dans l'ensemble de réserves suffisantes, ils n'ont plus de marge de manœuvre pour amortir ainsi la hausse des primes.

Les assureurs prévoient une baisse des frais administratifs rapportés aux primes

Les frais administratifs ont également constitué un élément important de l'activité de surveillance au cours de l'année sous revue. Après que le rapport entre les frais administratifs et les primes encaissées a augmenté pour atteindre 5,1 % en 2021 et 2022, notamment en raison des investissements dans la numérisation, les assureurs prévoient qu'il repassera sous la barre des 5 % en 2023 et 2024. Outre la surveillance régulière du niveau des frais administratifs des assureurs-maladie, la question des principes d'allocation des frais entre les différents domaines (assurance obligatoire des soins, assurance d'indemnités journalières, assurances complémentaires et autres types d'assurance) a été abordée. Les assureurs disposent d'une certaine marge d'appréciation en la matière. L'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) et l'OFSP collaborent étroitement sur ce point et ont défini des principes généraux et des lignes directrices pour l'allocation des frais administratifs. L'office continuera de veiller avec la plus grande attention à ce que la répartition des frais administratifs ne se fasse pas de manière arbitraire et injustifiée au détriment de l'assurance-maladie sociale.

L'évaluation de la LSAMal tire un bilan positif

L'évaluation de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) a permis de fixer un point de repère important pour le développement de la surveillance. C'est à cet état des lieux qu'est consacré le dossier thématique du présent rapport d'activité. L'évaluation de la loi dresse un bilan positif. La LSAMal consolide, dans l'intérêt des assurés, les bases de la stabilité financière et de la transparence dans l'assurance-maladie sociale. Ses répercussions sur les frais administratifs restent modérées dans l'ensemble. La surveillance est sur la bonne voie, ses processus sont bien rodés, et elle peut compter sur du personnel qualifié. Il n'est pas nécessaire d'agir dans l'immédiat, que ce soit au niveau politique ou législatif. Le rapport d'évaluation souligne également que la surveillance évolue dans un environnement exigeant. La tension pour les assureurs entre leur statut d'entrepreneur indépendant et leur rôle d'organe d'exécution de la LAMal persistera, tandis que la pression politique concernant les réserves et la fixation des primes continuera de peser sur l'ensemble des acteurs. Le rapport identifie néanmoins un certain potentiel d'optimisation. Il invite notamment à examiner la pertinence d'adapter l'exécution de la surveillance et, le cas échéant, de quelle manière, afin d'éviter aux petits assureurs une charge administrative disproportionnée. Cependant, l'évaluation montre aussi que les coûts fixes d'une « bonne gestion d'entreprise » resteront élevés pour les très petits assureurs.

Philipp Muri

Responsable de la division Surveillance de l'assurance



3,6 mia

Montant de la diminution
des réserves dans
l'assurance-maladie



250 000+

Tarifs de primes de l'assu-
rance-maladie examinés



900 +

Collectifs de risques dans
l'assurance-maladie contrôlés



~ 200

Demandes de
modifications des plans
d'exploitation reçues



1 %

Taux d'intérêt technique
dans l'assurance-maladie
pour toutes les rentes



~ 4000

Réponses données
aux demandes des assurés



556

Bénéficiaires d'une réduction de primes
dans les États de l'UE ou de l'AELE

2 Bases juridiques

2.1 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 (LSAMal; RS 832.12), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, et de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal; RS 832.121). En tant qu'autorité de surveillance, il doit notamment protéger les assurés contre les abus et garantir la solvabilité des assureurs. Il a également pour objectif de garantir la transparence de l'assurance-maladie sociale. Outre les directives de financement et les prescriptions relatives à l'approbation des primes, la LSAMal et l'OSAMal fixent des règles en matière d'activité irréprochable, de gestion des risques, de contrôles internes et de révision externe, règles que les assureurs doivent suivre et que l'autorité de surveillance doit contrôler.

2.2 Surveillance de l'assurance-accidents

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire (AA), régie par la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), on distingue, d'une part, la surveillance de l'application uniforme de la loi (surveillance de l'application) et, d'autre part, la surveillance de la gestion et de la solvabilité (surveillance institutionnelle). La surveillance de l'application est du ressort de l'OFSP pour toutes les sociétés d'assurance qui proposent l'assurance au sens de 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 la FINMA lorsqu'il s'agit d'assureurs privés. L'OFSP et la FINMA coordonnent leurs activités. La haute surveillance institutionnelle sur la CNA incombe au Conseil fédéral; elle est exercée par l'OFSP, alors que la surveillance institutionnelle directe de cette caisse incombe à son conseil d'administration. Les caisses publiques d'assurance-accidents, pour leur part, sont surveillées par les collectivités qui les ont mises en place. Enfin, les assureurs visés par la LSAMal sont soumis à la surveillance de l'OFSP, tant pour ce qui est de l'application que sous l'angle institutionnel.

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

3 Développement de la surveillance

3.1 L'évaluation de la LSAMal comme point de repère

Le développement de la surveillance est un processus continu. Qu'il s'agisse de l'assurance-maladie sociale, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, la gestion des conséquences financières de la maladie et de l'accident s'inscrit dans un environnement en évolution constante.

Pour l'assurance obligatoire des soins (AOS), les bases les plus importantes de l'activité de surveillance sont la LSAMal et ses dispositions d'exécution. C'est pourquoi l'évaluation de cette loi, qui a pris fin en 2023, offre un point de repère important pour le développement de la surveillance: cette dernière est-elle sur la bonne voie, les priorités sont-elles bien définies, quels enseignements peut-on tirer de l'évaluation ?

La LSAMal et l'OSAMal qui l'accompagne sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2016. La surveillance de l'assurance-maladie sociale était auparavant régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et portait principalement sur son financement. La nouvelle législation contient notamment des dispositions sur la sécurité financière et la gestion d'entreprise des assureurs ainsi que sur les pouvoirs et les compétences de l'autorité de surveillance. Son objectif est de renforcer la surveillance pour protéger les assurés et d'accroître la transparence chez les assureurs. Dans sa réponse à l'interpellation Hegglin 20.3519, le Conseil fédéral avait annoncé son intention de rassembler et d'analyser les expériences faites depuis l'entrée en vigueur de la loi pour évaluer cette dernière et établir un rapport à ce sujet. L'interpellation Hegglin demande plus particulièrement qu'elle est la charge administrative que les exigences de la LSAMal imposent aux assureurs-maladie.

En réponse à cette interpellation, l'OFSP a commandé une évaluation externe dont les résultats ont été publiés dans un [rapport](#). Sur le plan méthodologique, ce travail s'appuie, d'une part, sur des entretiens et des enquêtes en ligne réalisés auprès d'assureurs-maladie et de spécialistes de la branche. Il tient compte, d'autre part, d'ana-

lyses de contenu et d'évaluations statistiques de données de surveillance et d'autres données et documents accessibles au public. Le projet a été dirigé par le service Évaluation et recherche de l'OFSP. Un groupe d'accompagnement a assuré un rôle de conseil et de soutien; il était composé de représentants des assureurs sous la forme des associations d'assureurs Curafutura, Santéuisse et RVK ainsi que de représentants de l'OFSP. L'objectif de l'évaluation était d'examiner la mise en œuvre et l'efficacité de la réglementation et de mettre en évidence le potentiel d'optimisation en formulant des recommandations.

L'évaluation a conclu à une appréciation fondamentalement positive. La LSAMal consolide, dans l'intérêt des assurés, les bases de la stabilité financière et de la transparence dans l'assurance-maladie sociale. Ses répercussions sur les frais administratifs restent modérées dans l'ensemble. La surveillance est sur la bonne voie, ses processus sont bien rodés, et elle peut compter sur du personnel qualifié. Il n'est pas nécessaire d'agir dans l'immédiat, que ce soit au niveau politique ou législatif.

Le rapport d'évaluation appelle à tenir compte de l'environnement exigeant dans lequel évolue la surveillance. On attribue souvent à tort à la LSAMal les conséquences de dispositions en réalité contenues dans la LAMal, ses ordonnances ou d'autres textes législatifs comme la loi sur la protection des données. Même en apportant de nouvelles optimisations à la surveillance, il sera difficile d'éliminer certains conflits d'intérêts. Les coûts fixes d'une « bonne gestion d'entreprise » resteront proportionnellement élevés pour les plus petits assureurs. De même, la tension pour les assureurs entre leur statut d'entrepreneur indépendant et leur rôle d'organe d'exécution de la LAMal persistera. De son côté, la pression politique concernant les réserves et la fixation des primes continuera de peser sur l'ensemble des acteurs.

L'évaluation constate en outre que l'exécution de la LSAMal n'entraîne pas de charge administrative excessive pour les assureurs. Si ces derniers ont dû fournir un effort initial après l'entrée en vigueur de la loi, l'application normale de cette dernière demande un investissement

bien moindre. De plus, les normes actuelles d'une bonne gestion d'entreprise font qu'une grande partie de cette charge de travail serait inévitable, même sans la LSAMal. L'évaluation souligne que les petits assureurs, en particulier les plus petits d'entre eux, se plaignent de charges et de dépenses excessives, mettant en avant la part disproportionnée de leurs frais administratifs. Il s'agit surtout de charges liées à la gestion des risques ou au système de contrôle interne (SCI), aux organes de révision externes et aux calculs de solvabilité. Le rapport d'évaluation recommande d'examiner dans quelle mesure il serait possible de modifier la surveillance pour tous les assureurs de façon à en simplifier l'exécution, notamment pour les petits assureurs. Le dialogue avec ces derniers dans un format approprié doit en outre permettre d'améliorer la compréhension mutuelle.

L'OFSP souscrit à l'orientation générale de la recommandation. Il n'en demeure pas moins que les exigences légales doivent s'appliquer de la même manière à tous les assureurs. L'un des objectifs de l'introduction de la LSAMal était précisément de définir des normes minimales fondées sur des principes de gestion d'entreprise qui s'appliquent également aux petits assureurs. En effet, les cas d'insolvabilité survenus par le passé concernaient surtout des assureurs de petite taille (KK Zurzach, KBV, Accorda) et étaient notamment imputables à l'absence de règles de gouvernance d'entreprise (corporate governance). L'introduction et le respect de telles normes entraînent certains coûts fixes.

Plusieurs mesures ont d'ores et déjà été prises pour alléger l'exécution de la surveillance. Elles concernent la mise en œuvre par les assureurs des normes minimales fondées sur des principes. La taille et la complexité de l'assureur sont ici prises en compte. En accord avec la branche, la révision apportée par la FINMA au risque de marché dans le Swiss Solvency Test (SST) n'a pas été reprise pour le test de solvabilité LAMal, et la saisie des paramètres de risque de marché a été simplifiée. Afin de faciliter la collecte des données pour les assureurs, la différenciation par canton a été supprimée dans les comptes annuels provisoires. En ce qui concerne le SCI et la gestion des risques, des mesures sont à l'étude pour réduire la charge administrative sans pour autant négliger les objectifs de la LSAMal mentionnés précédemment. S'agissant du développement du test de solvabilité LAMal, une consultation sera menée auprès des assureurs et du groupe de travail de l'Association suisse des actuaires dédié à l'assurance-maladie. Un test sur le terrain permettra d'identifier et d'examiner d'éventuelles simplifications.

Enfin, l'OFSP a accepté l'invitation de l'association de petits et moyens assureurs-maladie RVK à un échange sur plusieurs préoccupations de ses membres. Cette discussion doit se poursuivre dans un cadre et à un rythme appropriés, en plus des instances déjà existantes (p. ex. groupe de surveillance), ouvertes à tous les assureurs indépendamment de leur taille.

Tout comme le CDF dans son rapport de 2021, l'évaluation de la LSAMal conclut à la nécessité de réexaminer l'octroi à l'OFSP d'une compétence en matière de sanctions administratives.

Le rapport met également en évidence un besoin de numérisation. L'OFSP entend poursuivre résolument sur cette voie. Déjà commencée en 2022 avec le projet « ISAK Relaunch », la numérisation se poursuivra avec Digisanté, le programme du Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour promouvoir la transformation numérique du système de santé. L'objectif de ce programme est de remplacer le système d'information de surveillance de l'assurance-maladie ISAK, introduit en 2012, et de numériser divers processus de surveillance.

Enfin, le rapport d'évaluation recommande de continuer à œuvrer à une surveillance participative et au développement du dialogue avec les assureurs et les autres parties prenantes, y compris les autres autorités de surveillance. Ce dialogue est une priorité pour l'OFSP. Il existe de nombreux exemples de canaux d'échange : le groupe de surveillance s'occupe de l'exécution, tandis que le groupe de contact se penche sur les questions de législation, de prestations et de tarifs. Des entretiens annuels sont menés avec certains assureurs, et des échanges ont lieu avec des représentants des associations d'assureurs Curafutura, RVK et Santésuisse. D'autres échanges sont organisés avec l'IC LAMal, l'Autorité fédérale de surveillance des fondations (ASF) et le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT). L'OFSP échange par ailleurs des informations avec l'Autorité fédérale de surveillance en matière de révision (ASR) et mène des entretiens annuels avec les organes de révision externes des assureurs et EXPERTsuisse. Des entretiens semestriels et des réunions de groupes de travail ont lieu avec la FINMA et le Secrétaire d'État aux questions financières internationales (SFI), ainsi qu'avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et des représentants des cantons. L'OFSP participe par ailleurs au groupe de pilotage Échange de données sur la réduction des primes.

4 Surveillance des assureurs-maladie

4.1 Interventions sur la base d'indicateurs financiers

L'OFSP veille à la solvabilité des assureurs. Pour protéger les assurés et garantir que la direction prend les mesures nécessaires, il s'appuie sur sa stratégie d'intervention.

Au début de chaque année, la situation des assureurs est évaluée sur la base des critères que sont le taux de solvabilité, le combined ratio et le montant des provisions par assuré. En fonction de cette évaluation, les assureurs dont l'exposition aux risques est jugée importante sont tenus de présenter périodiquement un rapport à l'OFSP.

La stratégie d'intervention de l'OFSP retient six catégories pour classer les assureurs. La première catégorie regroupe les assureurs pour lesquels la surveillance ne requiert pas de mesures particulières. Les autres catégories prévoient différentes mesures en fonction du niveau d'exposition au risque : une prise de position ou la transmission trimestrielle ou mensuelle de données. La dernière catégorie est celle des assureurs menacés d'insolvabilité.

L'OFSP a communiqué les résultats de son évaluation aux assureurs concernés. Il les a informés des faiblesses constatées et des mesures associées en leur demandant de prendre position. En 2023, plusieurs assureurs ont dû présenter des prévisions et des plans de trésorerie actualisés : deux à une fréquence mensuelle et cinq à une fréquence trimestrielle. L'office a également surveillé les prestations nettes et les provisions hebdomadaires de certains assureurs à un rythme mensuel.

Tous les assureurs concernés ont fourni les données demandées, expliqué leurs appréciations et pris des mesures. Dans aucun des cas, il n'a été nécessaire d'augmenter les primes en cours d'année. La surveillance a jugé que les mesures prises par les assureurs étaient efficaces et a mis fin dès que possible aux obligations de rapport supplémentaires. Dans un cas, la surveillance plus détaillée d'un assureur a donné lieu à une directive de l'OFSP, [détaillée au ch. 4.9](#).

4.2 Test de solvabilité LAMal 2023

Les assureurs sont tenus de constituer des réserves suffisantes afin de protéger les assurés contre le risque d'insolvabilité. Ces réserves sont financées par les bénéfices et compensent les pertes enregistrées lors de certaines années. Tout l'argent des primes reste ainsi dans le système de l'AOS. Depuis 2012, le test de solvabilité LAMal permet d'évaluer la situation financière d'un assureur. Il s'agit d'un standard bien établi dans le domaine de la finance et de l'assurance, qui s'inspire du SST de la FINMA et qui permet de vérifier qu'un assureur dispose de réserves suffisantes pour supporter ses risques. Les principaux éléments pris en compte sont les fluctuations des coûts des activités d'assurance et les pertes inattendues sur les placements de capitaux. Des événements rares comme une pandémie ou une crise des marchés financiers entrent également en ligne de compte. Chaque assureur doit détenir au moins des réserves suffisantes pour pouvoir couvrir l'ensemble de ses engagements, même en cas d'année catastrophique (comme il n'en arrive qu'une fois par siècle).

Une part importante des engagements des assureurs-maladie est constituée par les provisions techniques. Pour pouvoir évaluer l'adéquation et le risque d'estimation des provisions, l'OFSP collecte chaque année, avec une granularité mensuelle, les données concernant le traitement des cas des cinq dernières années.

L'OFSP a contrôlé les calculs et les rapports des assureurs concernant le test de solvabilité LAMal 2023. Au cours de cet exercice, il a exigé quelques informations complémentaires, dont certaines indications sur les coûts liés au COVID-19 et la présentation du rapport de l'actuaire LSA pour les assureurs-maladie mixtes, c'est-à-dire pratiquant à la fois l'assurance sociale et l'assurance complémentaire.

Dès le mois de mai, un point de presse a permis de dresser un état des réserves de l'ensemble de la branche. La somme des réserves de tous les assureurs est passée de 12,1 milliards de francs au début de 2022 à 8,5 milliards de francs au début de 2023. Tant le résultat actuariel (les primes moins les prestations et les frais administratifs)

que le résultat global, en tenant compte du résultat financier, ont été négatifs. Les pertes enregistrées simultanément sur les actions, les placements immobiliers et les obligations – une combinaison rare – ont fortement réduit la valeur des placements de 1,8 milliard de francs, soit 11 %. Malgré cette chute, les revenus annuels du capital se sont élevés à environ 250 millions de francs en moyenne au cours des dix dernières années, ce qui correspond à un rendement moyen des placements de 1,5 %. À partir du second semestre 2021, les coûts ont augmenté plus fortement que ce qui avait été prévu lors de l’approbation des primes. Cette évolution, due en grande partie aux conséquences de la pandémie de COVID-19, a entraîné un résultat actuariel négatif de quelque 1,7 milliard de francs en 2022.



Les taux de solvabilité, les niveaux minimaux des réserves pour l’année 2023 et les réserves disponibles au 1^{er} janvier 2023 ont été publiés fin septembre, en même temps que les primes approuvées. Une [fiche d’information](#) rassemble par ailleurs des explications complémentaires concernant le test de solvabilité LAMal ainsi que des tableaux, des graphiques, des descriptions et des justifications sur l’évolution de la solvabilité de l’ensemble du marché LAMal. Le tableau ci-dessous indique, par année, le nombre d’assureurs dont la solvabilité était insuffisante.

Année	2015	2016	2017
Nombre total d’assureurs	65	63	59
Nombre d’assureurs dont la solvabilité est insuffisante	3	14	6

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

Année	2021	2022	2023
Nombre total d’assureurs	55	50	49
Nombre d’assureurs dont la solvabilité est insuffisante	2	0	7

La méthodologie du test de solvabilité est examinée en permanence afin d’identifier les développements nécessaires. Dans le cadre de deux mandats externes et d’analyses internes à l’OFSP, des possibilités d’amélioration ont été élaborées pour adapter le modèle aux besoins actuels et aux conditions du marché. Les propositions élaborées sur cette base ont été discutées avec le groupe de travail de l’Association suisse des actuaires dédié à l’assurance-maladie. Des améliorations devraient être apportées au test de solvabilité à partir du 1^{er} janvier 2025. Un essai sur le terrain sera organisé à cet effet en 2024 et permettra aux assureurs de vérifier les conséquences sur leurs calculs. La participation à cet essai est facultative pour les assureurs.

4.3 Approbation des primes 2024

Principes

Les primes des assureurs doivent répondre aux exigences de la LSAMal et de ses dispositions d’exécution. Les assureurs communiquent les primes prévues à l’OFSP, qui vérifie leur conformité aux dispositions légales avant de les approuver et de les appliquer. Sont plus précisément concernées les primes de l’AOS pour les assurés suisses, pour les personnes résidant dans un État de l’espace UE/AELE ou au Royaume-Uni qui sont assurées en vertu de la LAMal et pour l’assurance facultative d’indemnités journalières au sens de la LAMal. L’OFSP a la compétence d’exiger des hausses ou des baisses de primes si celles-ci ne correspondent pas aux exigences. Le principe de la couverture des coûts revêt une importance particulière à cet égard. L’OFSP veille à ce que les primes couvrent les coûts dans chaque canton et à ce que tous les cantons soient traités de la même manière, afin d’éviter les subventionnements croisés entre eux. Le montant des primes doit également garantir que les assureurs disposent de réserves suffisantes pour couvrir les risques liés à une évolution inattendue.

Pour les années 2018–2024, l’augmentation moyenne des primes s’élève à 2,4 % par an. Ce taux est inférieur à celui des cinq années précédentes, où il était de 3,8 %.

En 2024, la prime moyenne augmentera de 8,7 % par rapport à 2023, principalement en raison de la forte augmentation des coûts de la santé. En effet, les primes sont le reflet des coûts, et ceux-ci ont augmenté de 6,4 % au premier semestre 2023 par rapport au premier semestre 2022. Les assureurs tablent sur une hausse des coûts de 5,3 % en 2023 et de 3,4 % en 2024.

Plusieurs facteurs expliquent cette augmentation marquée des coûts. L'OFSP a mandaté plusieurs études externes afin d'examiner différentes causes possibles.

De manière générale, les coûts se composent du volume et du prix, auxquels peuvent s'ajouter de nouvelles prestations. Plus qu'un effet de prix, les études ont mis en évidence un effet de volume imputable aux facteurs suivants :

- Les conséquences de la pandémie de COVID-19 : coûts des traitements et des vaccinations, rattrapage des interventions reportées l'année précédente, mais aussi plus grande sensibilité à la santé, plus grande conscience de son importance.
- Certaines causes sont aisément explicables, par

exemple le vieillissement de la société et les progrès de la médecine.

- D'autres s'expliquent moins facilement, comme un recours accru aux prestations, notamment dans le secteur ambulatoire, en physiothérapie et en psychothérapie ainsi que pour les médicaments.

L'effet de prix est moins significatif, mais il s'observe dans le cas de la psychothérapie pratiquée par des psychologues, dont les prix ont nettement augmenté, et pour les médicaments.

Processus d'approbation des primes

Le processus d'approbation des primes se divise en quatre phases.

 Phase 1 : préparation par l'OFSP	 Phase 2 : calcul par les assureurs	 Phase 3 : examen par l'OFSP	 Phase 4 : publication et application
<ul style="list-style-type: none"> - Information des assureurs - Obtention d'une prévision des coûts - Préparation du système pour l'échange des données 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des données Estimations des prestations, des provisions, de la compensation des risques, des frais administratifs, etc. - Prise en compte de la solvabilité - Saisie des tarifs de primes (~ 250 000) 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de plausibilité - Couverture des coûts - Égalité de traitement des cantons - Rabais, modèles - Provisions - Compensation des risques - Prise en compte de la solvabilité - Adaptations - Approbation 	<ul style="list-style-type: none"> - Conférence de presse - Priminfo - Open Government Data - Application des primes approuvées par les assureurs
Implication des cantons			
<ul style="list-style-type: none"> - Information des cantons - Échange entre l'OFSP et les cantons sur les prévisions de coûts - Rencontre pour la préparation des données par l'OFSP 	<ul style="list-style-type: none"> - L'OFSP demande l'avis des cantons sur les prévisions de coûts - Les cantons reçoivent la première soumission des assureurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Les cantons donnent leur avis - L'OFSP utilise la prise de position et informe de son utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Échange avant la conférence de presse - Rétrospective de la ronde des primes avec les cantons

La phase préparatoire consiste à préparer les systèmes, à rappeler le cadre aux acteurs et à obtenir une prévision indépendante des coûts.

La deuxième phase correspond au calcul des primes par les assureurs. Outre l'estimation des prestations, ceux-ci doivent tenir compte de différents paramètres tels que l'évolution des effectifs, la compensation des risques, les provisions ou les frais administratifs. Au total, plus de

250 000 tarifs de primes sont soumis à l'OFSP pour examen et approbation.

Dans la troisième phase, celle de l'examen par l'OFSP, l'autorité de surveillance procède à différentes analyses pour répondre aux questions suivantes :

- Les provisions sont-elles adéquates et calculées conformément à des méthodes reconnues ?
- Les rabais reposent-ils sur des différences de coûts effectives, et les règles de rabais prescrites par la loi sont-elles respectées ?
- Comment la solvabilité pour l'année suivante est-elle estimée ?
- Les cantons sont-ils traités de manière égale en ce qui concerne les primes et les coûts ?
- Les primes couvrent-elles les coûts ?



L'OFSP approuve les primes pour autant que toutes les conditions légales soient remplies. S'il estime qu'un assureur a fixé ses primes à un niveau trop bas ou trop élevé, il lui adresse des demandes de modification.

Après l'approbation par l'OFSP, la quatrième phase commence, celle de la publication et de l'application. Toutes les primes sont publiées sur le site [Priminfo](#), où elles peuvent être consultées et comparées. Les primes pour l'année suivante sont ensuite appliquées.

L'OFSP associe les cantons au processus d'approbation des primes en partageant avec eux les prévisions de coûts et en sollicitant leur avis quant à l'évolution des coûts sur leur territoire. Les cantons reçoivent la première soumission des assureurs concernant les primes dans une livraison de données volumineuse. Il s'agit des chiffres relatifs aux effectifs, à l'évolution des coûts et à la compensation des risques, ainsi que des budgets par caisse dans chaque canton. Les cantons donnent un avis, que l'OFSP prend en compte dans le processus d'approbation. Un échange a lieu avant la conférence de presse; à la fin du processus, l'OFSP et la CDS organisent une rétrospective sur l'approbation des primes.

L'OFSP regroupe les questions des cantons aux différents assureurs, les leur transmet et intègre leurs réponses dans le retour d'information aux cantons. Cette manière de procéder permet d'alléger la charge administrative des cantons et des assureurs.

Améliorations obtenues

La forte augmentation des primes survenue cette année a posé à la surveillance, aux cantons et aux assureurs des défis en matière de communication. C'est pourquoi, dans la perspective de la publication des primes lors de la quatrième phase du processus, l'OFSP a expliqué en détail les raisons techniques qui ont rendu cette augmentation des primes nécessaire.

Avant même l'approbation des primes, lors d'un point de presse organisé le 25 mai 2023, le public a été informé de la hausse des coûts de la santé et des primes, ainsi que de l'évolution des réserves et de la solvabilité des assureurs.

La collaboration avec les cantons a été renforcée. La livraison des données que les cantons reçoivent immédiatement après l'examen technique de la première soumission des primes par les assureurs a été améliorée. Présentées sous forme de graphique, les données relatives aux prestations ont été communiquées avec de nouvelles possibilités de filtrage et de représentations interactives.

Une fois le processus d'approbation des primes terminé, les cantons ont reçu un feed-back détaillé de l'OFSP. Les raisons de l'évolution des primes ont été expliquées en détail et complétées par des graphiques, des analyses de séries chronologiques, des évaluations de référence ainsi que par un fichier Excel.

En ce qui concerne les régions de primes, une amélioration technique du processus a été obtenue, qui concerne surtout les assureurs. Chaque année, il y a des fusions de communes. Lorsque ce type de changement se produit à la frontière entre deux régions de primes, il appartient au canton de déterminer à quelle région il faut rattacher la nouvelle commune, une information que les systèmes des assureurs doivent intégrer. Ces derniers ont la responsabilité de veiller à ce que la prime de la bonne région de primes soit appliquée à chaque assuré. À la demande des assureurs, l'OFSP a amélioré le flux d'informations sur ce point. La liste actualisée de l'attribution des communes aux différentes régions de primes est dorénavant publiée plus tôt; les changements y sont mis en évidence et sont ainsi plus faciles à identifier. De plus, les informations sont désormais également publiées sous forme de tableaux, ce qui en facilite la lecture. Enfin, le numéro attribué à la commune dans le répertoire officiel des communes de Suisse a été ajouté au nom de la commune.

Étude sur les rabais pour les modèles d'assurance

Un mandat externe a permis d'élaborer des possibilités d'amélioration en ce qui concerne la détermination du rabais maximal pour les formes particulières d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations (modèles avec médecin de famille, HMO, avec consultation téléphonique préalable, etc.). Les assurés sont toujours plus nombreux à souscrire à de tels modèles (77 % des assurés en 2022). Grâce au recours systématique à un premier interlocuteur choisi, et donc à des traitements mieux coordonnés ainsi qu'à l'utilisation de génériques moins chers, ces modèles génèrent moins de coûts. Les assurés bénéficient par conséquent d'une prime plus basse. La [circulaire n° 5.3](#) décrit les règles applicables en matière de rabais. Pour calculer les rabais, les assureurs doivent tenir compte des économies de coûts effectivement réalisées et non dues à des structures de risques favorables. L'affinement de la compensation des risques et la diminution de la part de l'assurance de base soulèvent la question d'éventuelles adaptations ponctuelles à la circulaire n° 5.3.

Le rapport montre que la logique de base de cette circulaire est toujours justifiée et qu'elle fournit des résultats fiables. Des améliorations pourraient néanmoins être

apportées afin d'augmenter la stabilité du calcul. Les solutions à mettre en œuvre font actuellement l'objet d'une évaluation. L'OFSP collaborera étroitement sur ce point avec la branche afin de continuer à disposer d'un ensemble de règles compréhensibles et acceptées sur le fond.

Résultats du contrôle des primes soumises

Le 31 juillet 2023, les assureurs-maladie ont soumis à l'OFSP, pour approbation, les primes prévues pour l'année 2024, accompagnées de projections des coûts et d'informations sur le nombre d'assurés.

L'OFSP a vérifié la plausibilité des estimations et des budgets présentés pour 2023 et 2024 en se fondant sur des prévisions des coûts, des valeurs empiriques et des comparaisons entre assureurs. Comme l'an dernier, cette vérification s'est avérée difficile en raison de la situation particulière créée par la pandémie de COVID-19.

En ce qui concerne l'assurance-maladie obligatoire pour les assurés suisses, 44 assureurs ont soumis plus de 250 000 tarifs de primes pour approbation. Quelques assureurs ont rencontré des problèmes relativement importants de qualité des données, mais qui, pour la plupart, ont pu être résolus au début du processus de contrôle. Au total, le contrôle et les discussions qui ont suivi avec les assureurs ont conduit à adapter quelque 59 000 primes à la hausse et près de 74 000 primes à la baisse. 113 000 primes ont pu être approuvées sans ajustements. En moyenne, les assureurs exercent leur activité dans une vingtaine de cantons. Quelques-uns d'entre eux proposent en outre une assurance UE/AELE/UK, tandis que d'autres ne proposent que l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal. Au total, ce sont les primes de plus de 900 collectifs de risques qui ont ainsi dû être contrôlées.



L'OFSP se fonde sur la situation individuelle de l'assureur pour évaluer le combined ratio, c'est-à-dire le rapport entre dépenses et recettes que l'assureur doit obtenir l'année suivante. L'assureur peut tenir compte des revenus de ses placements en capital, et ce à raison du rendement obtenu en moyenne sur les dix dernières années. Son combined ratio peut alors dépasser les 100 %. Par

contre, s'il doit augmenter ses réserves, le combined ratio à viser sera inférieur à 100 %. Cependant, peu d'assureurs ont été en mesure d'inclure les revenus du capital dans le calcul des primes pour l'année 2024. Cela était dû, d'une part, à la baisse des réserves et, d'autre part, à la combinaison rare de pertes simultanées sur les actions et les obligations.

L'entrée en vigueur de la révision de l'OSAMal, le 1^{er} juin 2021, a facilité le recours des assureurs aux outils de réduction des réserves. Ceux-ci leur ont permis de calculer les primes au plus juste. L'OFSP s'est assuré, entre autres, que l'outil de calcul des primes au plus juste a été appliqué de manière uniforme sur l'ensemble du domaine d'activité de l'assureur. Les assureurs pouvaient en outre déposer une demande de réduction des réserves au moyen de versements de compensation aux assurés, à condition d'avoir calculé leurs primes au plus juste. Ici, l'OFSP a notamment vérifié si les réserves des assureurs en question atteignaient encore le minimum légal une fois la réduction opérée. Il a également évalué la définition par les assureurs des assurés qui bénéficieraient d'un versement de compensation. Là aussi, pour les raisons mentionnées précédemment, très peu d'assureurs ont pu utiliser cet outil.

Les primes de tous les assureurs ont été approuvées pour toute l'année 2024 et publiées le 26 septembre 2023. La prime moyenne suisse a augmenté de 8,7 % par rapport à 2023. La variation est de 8,6 % pour les adultes (à partir de 25 ans), de 8,6 % pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans) et de 7,7 % pour les enfants (moins de 18 ans). Comme il s'agit ici de valeurs moyennes, l'évolution des primes peut être différente pour les assurés pris individuellement.

Monitoring des disparités cantonales

L'importance du principe selon lequel les primes doivent couvrir les coûts dans chaque canton a été expliquée plus haut, à la section « Principes ». Ce principe conduit l'OFSP à examiner chaque année ex post les différences entre les résultats techniques cantonaux et à calculer la proportion des primes payées en trop ou en moins en Suisse par rapport au total des primes. Étant donné que les coûts attendus doivent être estimés à chaque fois lors de la fixation des primes et que les chiffres définitifs diffèrent après coup des estimations initiales, un écart nul n'est pas réaliste. Il importe que cet écart annuel reste faible, et l'objectif est qu'il soit inférieur à 1 %. La valeur de cet indicateur n'a jamais été aussi basse qu'en 2022. Elle était de 0,59 %, soit nettement mieux que la valeur cible.

Comme le montre le tableau ci-dessous, les différences entre cantons se sont réduites depuis l'introduction de la LSAMal en 2016.

Année	2014	2015	2016
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	1,04%	1,08%	0,90%

Année	2017	2018	2019
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	0,70%	0,62%	0,75%

Année	2020	2021	2022
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	0,65%	0,72%	0,59%

4.4 Analyse des frais administratifs

Les assureurs doivent limiter leurs frais administratifs dans l'assurance de base aux exigences d'une gestion économique. En avril de chaque année, l'OFSP procède à un contrôle de plausibilité des frais administratifs de tous les assureurs dans le cadre du contrôle des comptes annuels. Pour ce faire, il s'appuie également sur les conclusions des contrôles effectués par les organes de révision externes. L'OFSP n'a reçu de ces derniers ni constat d'irrégularités ni recommandations. Pour son contrôle, il compare notamment les chiffres de chaque assureur avec les moyennes de la branche et l'évolution à long terme. En cas d'anomalies, par exemple lorsqu'un assureur présente des frais administratifs nettement supérieurs à ces moyennes, l'OFSP exige qu'il les détaille et les justifie.

Si l'assureur ne parvient pas à justifier le montant de ses frais administratifs, l'OFSP a la compétence de procéder à un contrôle approfondi sur place. L'assureur est alors tenu de lui garantir le libre accès à toutes les informations qu'il juge pertinentes.

Fin mai 2023, l'OFSP a communiqué par écrit son évaluation aux assureurs concernés. Il leur a alors fait part des faiblesses constatées en leur demandant de prendre position.

Il s'avère que les cinq assureurs contactés avaient effectué ces dernières années d'importants investissements dans l'informatique afin de réduire leurs frais à long terme. Selon la taille de l'assureur, de tels investis-

sements ont dans un premier temps un impact plus ou moins important sur les frais administratifs. En 2022, les frais administratifs des assureurs s'élevaient en moyenne à 5,1 % des primes. Les assureurs prévoient des frais administratifs plus bas en 2023 et 2024. Selon leurs indications, les frais administratifs rapportés aux primes devraient diminuer.

L'OFSP attend des assureurs qu'ils attribuent leurs frais administratifs aux différents domaines (AOS, assurance d'indemnités journalières, assurances complémentaires et autres types d'assurance) en fonction des dépenses effectives. Les assureurs jouissent toutefois d'une certaine marge d'appréciation en la matière. La FINMA et l'OFSP, qui collaborent étroitement sur ce point, ont défini des principes généraux et des lignes directrices pour l'allocation des frais administratifs. L'OFSP continuera de veiller avec la plus grande attention à ce que la répartition des frais administratifs ne se fasse pas de manière arbitraire et injustifiée au détriment de l'assurance-maladie sociale.

4.5 Contrôle de la fortune liée et du SCI par l'organe de révision externe

Les organes de révision externes ont remis à l'OFSP les résultats des audits annuels concernant la fortune liée (FL), les contrôles à l'échelle de l'entreprise et le SCI. Tant les contrôles pour l'exercice 2022 que les contrôles de suivi exigés pour les irrégularités constatées sur l'exercice 2021 ont été intégrés dans les rapports sur l'audit prudentiel. La comparaison ci-dessous avec l'exercice 2021 montre que le nombre de recommandations formulées par les organes de révision au sujet de la FL et du SCI a continué à baisser au cours de l'exercice 2022. Une légère augmentation des irrégularités constatées a toutefois été enregistrée, tant en ce qui concerne la FL que le SCI.

	2022	2021
Irrégularités FL	19	14
Recommandations FL	1	3
Irrégularités SCI	16	13
Recommandations SCI	36	60

Les documents de travail remis par les organes de révision ont fait l'objet d'une revue critique. Toutes les constatations importantes, en particulier les irrégularités et les recommandations formulées, ont été discutées avec les organes de révision. Les irrégularités constatées concernant la FL ont toutes été considérées comme de faible gravité. Dans la plupart des cas, il s'agissait de dépassements

minimes de la limite pour certaines catégories de placement, qui pouvaient être tolérés en raison d'un excédent de couverture très élevé dans l'ensemble. Les irrégularités constatées au sujet du SCI ne concernaient qu'un faible nombre de caisses-maladie. Les organes de révision externes les ont jugées de faible gravité, car elles portaient principalement sur des points formels. L'OFSP a communiqué aux organes de révision que les irrégularités devaient être corrigées et les recommandations être suivies dans les délais fixés. Les organes de révision procéderont à un contrôle des mesures mises en place à la suite des constatations faites pour l'exercice 2022 et en rendront compte à l'OFSP dans leur prochain rapport sur l'audit prudentiel.

4.6 Réassurance dans la LAMal

Pour se protéger contre une accumulation imprévue de cas de maladie coûteux, les assureurs-maladie, en particulier de petite taille, concluent des contrats de réassurance. En général, le réassureur prend en charge tous les coûts qui dépassent une limite convenue jusqu'à un montant maximal par année, ou alors le contrat de réassurance porte sur une proportion donnée de primes et de prestations que l'assureur cède au réassureur. Près de la moitié des assureurs sont actuellement couverts par un contrat de réassurance. Quelque 7,5 millions de francs de primes ont été payés à ce titre en 2022, et les prestations de réassurance versées ont avoisiné les 5,3 millions de francs. L'année précédente, les primes et les prestations de réassurance s'élevaient respectivement à 42,0 millions et 40,8 millions de francs. Cette baisse s'explique par la diminution des réassurances en quote-part en 2022.

Tous les nouveaux contrats de réassurance et leurs primes doivent être approuvés par l'OFSP. Le contrôle des primes de réassurance consiste à vérifier qu'elles correspondent aux risques repris, compte tenu de la situation individuelle des assureurs et du type de contrat conclu.

L'OFSP a contrôlé uniformément les contrats qui lui ont été soumis et qui sont entrés en vigueur en 2023 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'OFSP vérifie en outre dans quelle mesure le contrat influe sur la situation en matière de risques et si le test de solvabilité LAMal peut en tenir compte. Le contrôle des réassurances les plus courantes d'excédents de grands sinistres ou de cession d'une proportion de primes et de prestations se fonde principalement sur des données recueillies systématiquement, les données individuelles de BAGSAN. En cas de besoin, l'OFSP peut en recueillir d'autres. Aucun schéma général ne peut être indiqué pour les contrats stop loss. Dans leur cas, un contrôle actuariel des primes et du contrat s'impose. En 2023, 23 assureurs LAMal disposaient de réassurances dans le domaine de l'AOS et de l'assurance d'indemnités journalières LAMal. Pour 2024, quatre nouveaux contrats de réassurance ont été soumis à l'OFSP pour approbation.

L'OFSP examine en outre les comptes que lui rendent les réassureurs actifs conformément à l'art. 33 LSAMal. Sept réassureurs étaient actifs au 1^{er} janvier 2023. Il n'y a pas eu de nouvelle autorisation ni de retraits d'autorisation en 2023.

4.7 Gouvernance d'entreprise

En plus des audits (voir ch. 4.8), les plans d'exploitation des assureurs constituent une source importante pour l'examen de la gouvernance d'entreprise ou pour la garantie d'une activité irréprochable. Les modifications des plans d'exploitation nécessitent l'autorisation de l'OFSP, par voie de décision, lorsqu'elles concernent les éléments suivants :

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

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

En 2023, l'OFSP a reçu quelque 200 demandes de modification du plan d'exploitation, ce qui représente une augmentation d'environ 25 % par rapport à l'année précédente. La modification la plus fréquente (environ 40 % des demandes) concernait des changements dans la composition des organes d'administration et de direction, suivis par des modifications des conditions d'assurance (environ 20 %) ainsi que par des modifications de l'organisation de l'assureur et la délégation de tâches importantes à des tiers (environ 13 % chacun).



Afin de garantir une surveillance efficace et uniforme des plans d'exploitation des caisses-maladie, des formulaires standardisés ont été introduits début 2023, avec un délai transitoire jusqu'à fin mars 2023. Ils reprennent les éléments du plan d'exploitation mentionnés à l'art. 7, al. 2, LSAMal. Le premier bilan de ce changement est largement positif. Pour optimiser encore le contenu et l'utilisation de ces formulaires, un échange d'expériences avec les assureurs est prévu à l'été 2024.

L'année 2023 a par ailleurs été marquée par diverses restructurations au 1^{er} janvier 2024, qui ont été contrôlées par l'OFSP. Ainsi, Moove Sympany AG et Kolping Krankenkasse AG sont reprises par Vivao Sympany AG, tandis que PROVITA Gesundheitsversicherung AG fusionne avec SWICA Krankenversicherung AG. Par ailleurs, la Einsiedler Krankenkasse reprend la Krankenkasse Institut Ingenbohl, alors que Rhenusana reprend la Krankenkasse Stoffel, Mels.

La fondation Atupri a décidé de ne plus pratiquer l'assurance-maladie sociale à partir du 1^{er} janvier 2024. Elle a transféré son portefeuille de preneurs d'assurance à Atupri Gesundheitsversicherung AG (nouvellement créée et autorisée par l'OFSP). Pour cette raison, l'OFSP a retiré à la fondation Atupri Gesundheitsversicherung l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale, avec effet au 1^{er} janvier 2024.

4.8 Audit

Outre le contrôle du respect des dispositions de la LAMal et de la LSAMal, les audits se sont concentrés en 2023, comme les années précédentes, sur l'égalité de traitement des assurés dans les domaines contrôlés ainsi que sur l'analyse des processus mis en place par les assureurs pour contrôler les factures et l'économicité des prestations. Chaque année, tous les assureurs LAMal sont analysés et classés à l'aide d'un système de notation fondé sur des critères de risques. Sur la base des résultats de cette notation et d'autres facteurs (taille de l'assureur, résultats du dernier audit), un audit a été réalisé auprès de neuf assureurs (contre sept l'année précédente), ce qui correspond à une couverture d'environ 40 % (contre 37 % l'année précédente) dans l'AOS (nombre d'assurés).

En ce qui concerne le contrôle des factures et des prestations, le SCI des assureurs audités est fondamentalement adéquat. Deux assureurs ont été sommés, après l'introduction d'un nouveau système informatique, d'actualiser leurs documents et directives internes et de rattraper certains contrôles clés. En outre, il a été demandé à certains assureurs de mieux formaliser et documenter leurs processus et leurs directives internes concernant les modifications des instruments de contrôle et la vérification de l'efficacité des règles de contrôle.

Le processus de travail « Contrôle des factures dans les affaires courantes » et les règles utilisées à cette fin ont également été contrôlés. De manière générale, les assureurs tiennent compte des conditions légales relatives à la prise en charge des coûts lors du contrôle électronique automatisé des factures et procèdent aux clarifications nécessaires de l'obligation de prise en charge. Nos contrôles ont toutefois mis en évidence qu'un assureur avait respectivement défini des seuils de contrôle et interrompu temporairement certains contrôles de l'obligation de prise en charge, des pratiques non autorisées que l'assureur en question a dû corriger. En outre, il a été constaté que certains assureurs ne vérifiaient pas systématiquement les conditions légales de prise en charge de certaines prestations par l'AOS. Les assureurs concernés ont été sommés de procéder aux vérifications appropriées en y consacrant un temps raisonnable et proportionné.

Une attention particulière a par ailleurs été accordée à la présence d'un processus adéquat de correction rétroactive pour les médicaments de la liste des spécialités avec des modèles de prix, processus absent chez certains assureurs audités. Les caisses concernées ont été sommées

de réclamer aux fournisseurs de prestations les montants qui ne l'avaient pas encore été. En outre, il est apparu que les assureurs n'ont pas toujours contrôlé si la participation aux coûts avait été perçue correctement ou si elle était trop élevée et aurait dû être en partie restituée aux assurés concernés. De même, lorsque le décompte de prestations devait être corrigé en raison d'un tarif stationnaire fixé a posteriori, la participation aux coûts n'a pas toujours été adaptée en conséquence. Des faiblesses ont également été constatées lors du traitement de la participation légale aux coûts pour les prestations de maladie fournies pendant une grossesse ainsi que lors de la perception de la contribution hospitalière. Les assureurs ont été sommés de prendre des mesures pour remédier à cette situation et introduire les contrôles ultérieurs.

Lors du contrôle du respect des consignes de la circulaire n° 7.1 « Surveillance par l'OFSP des domaines soumis aux dispositions de la LSAMal, de l'OSAMal, de la LAMal et de l'OAMal relatives à la protection des données », l'accent a été mis sur les exigences concernant la gestion des risques. Ces vérifications ont montré que les analyses de risques nécessaires avaient été effectuées. Le contrôle a également porté sur le traitement et la communication de données personnelles. L'objectif était de déterminer si les assureurs avaient utilisé des données de l'AOS à d'autres fins que celles prévues par la loi (p. ex. à des fins de marketing). Un assureur a été sommé de cesser de telles pratiques. Pour ce qui est du service du médecin-conseil (SMC), les audits ont concerné l'indépendance de l'organisation, le respect des évaluations nécessaires par les médecins-conseils, la transmission d'informations à des tiers (en dehors du SMC), les droits d'accès ainsi que le traitement des dossiers médicaux. En ce qui concerne les droits de consulter des dossiers médicaux remis à l'attention du médecin-conseil, le respect des droits de la personnalité n'était pas suffisamment garanti chez deux assureurs. Ces derniers ont été sommés de restreindre les droits de consultation et de prendre des mesures tant techniques qu'organisationnelles.

S'agissant du contrôle de la conformité des primes, nous nous sommes assurés que les primes facturées par les assureurs-maladie correspondaient aux tarifs approuvés par l'OFSP; dans un cas, une directive a été émise. Pour ce qui est de l'obligation d'assurance, l'accent a, en raison de diverses irrégularités constatées l'année précédente, une nouvelle fois porté sur les mutations actuarielles. Certaines lacunes ont été mises en évidence en ce qui concerne la gestion des modifications de contrat

en cours d'année (changement entre des formes particulières d'assurance) et le calcul du supplément de prime en cas d'affiliation tardive non excusable. Les assureurs concernés ont dû apporter les corrections nécessaires.

Dans l'ensemble, les assureurs-maladie contrôlés disposent de processus de gestion des risques et de SCI appropriés et bien documentés. Deux assureurs doivent actualiser certains règlements internes à la suite d'une réorganisation. En outre, certains assureurs doivent élargir leurs stratégies de business continuity management (BCM) et leurs plans d'urgence.

Le 30 septembre 2022, l'OFSP a édicté à l'encontre de la caisse-maladie SLKK des directives concernant le service du médecin-conseil, les compétences juridiques et l'organisation interne. Ces directives ont été publiées sur son site Internet. En septembre 2023, la section Audit a contrôlé sur place la mise en œuvre des mesures prises par la SLKK pour remédier aux lacunes identifiées. Sur la base des documents mis à disposition, des informations obtenues et des contrôles effectués, l'autorité de surveillance n'a rien constaté laissant supposer que les directives du 30 septembre 2022 n'ont pas été appliquées. L'indépendance des médecins-conseils et du SMC est garantie, et l'appréciation des dossiers médicaux est conforme aux prescriptions légales.

Les assureurs ont défini des mesures pour toutes les directives prononcées et doivent confirmer par écrit et documenter leur mise en œuvre définitive à l'autorité de surveillance. En cas de lacunes importantes, des contrôles ultérieurs (follow-up) ont lieu pour vérifier qu'elles ont bien été corrigées.

4.9 Directives, dénonciations à l'autorité de surveillance, procédure en vertu de la LTrans et procédures de recours

L'OFSP (en accord avec l'Administration fédérale des contributions [AFC]) a ordonné aux assureurs-maladie qui délèguent des prestations de services à une « société de services » à l'intérieur de leur groupe d'indemniser uniquement les frais effectifs. Une marge bénéficiaire sur les dépenses effectives est inadmissible. En effet, les frais administratifs de l'assurance-maladie sociale doivent se limiter aux exigences d'une gestion économique. L'existence d'une marge bénéficiaire sur les dépenses effectives est en contradiction avec l'interdiction

de poursuivre un but lucratif et de détourner des fonds de l'assurance-maladie sociale de leur but initial. Elle doit être considérée comme un contournement de l'interdiction de réaliser ou de distribuer des bénéfices.

Au cours de l'année sous revue, l'autorité de surveillance a constaté chez un assureur-maladie des irrégularités présumées dans le domaine des provisions. Ce fait a rendu nécessaire une enquête fondée sur le droit de la surveillance; celle-ci est encore en suspens au moment de la publication du présent rapport.

Outre les conclusions qu'il tire des plans d'exploitation des assureurs-maladie (voir ch. 4.7), des audits (voir ch. 4.8), des demandes des assurés / des communications des citoyens (voir ch. 8.3) et des rapports de l'organe de révision externe (voir ch. 4.5), l'OFSP prend en considération les articles de presse, les arrêts des tribunaux et les dénonciations qui lui parviennent pour évaluer la garantie d'une activité irréprochable des assureurs.

Étant donné qu'une dénonciation à l'OFSP n'offre aucune protection juridique dans le cas d'espèce et qu'elle est subsidiaire aux voies de droit ordinaires et extraordinaires, celui-ci recommande la procédure qui suit en cas de litige avec un assureur-maladie :

L'assuré doit tout d'abord examiner si l'Office de médiation de l'assurance-maladie (www.om-kv.ch/fr) peut l'aider. Cette fondation de droit privé sert d'intermédiaire entre les assurés et les assureurs tant qu'aucune décision n'a été rendue et qu'aucune procédure n'est en cours.

Il convient par ailleurs de suivre la voie juridique ordinaire, qui comprend généralement les étapes suivantes :

1. Demander à la caisse-maladie une décision pouvant faire l'objet d'une opposition (pour autant qu'une telle décision n'ait pas été communiquée d'office; pour les conditions, voir en particulier l'art. 49 LPG).
2. Faire opposition contre cette décision auprès de la caisse-maladie, qui doit statuer sur les faits de manière indépendante et objective.
3. Déposer un recours contre la décision sur opposition auprès du tribunal cantonal compétent et, en instance supérieure, auprès du Tribunal fédéral.
4. En cas d'urgence, les possibilités suivantes doivent être envisagées :
 - recours direct pour déni de justice ou retard injustifié auprès du tribunal cantonal compétent si la caisse-maladie ne rend pas une décision ou une décision sur opposition dans un délai raisonnable

(dans les cas urgents, on peut attendre qu'elle rende sa décision en quelques jours);

- demande de mesures provisionnelles ou superprovisionnelles auprès du tribunal cantonal compétent: le tribunal examine ensuite l'urgence et l'existence d'un risque de préjudice irréparable. Si tel est le cas, il ordonne une mesure (super)provisionnelle (p. ex. prise en charge provisoire des prestations litigieuses), avant de statuer ultérieurement sur le fond.

Lorsque les voies de droit ordinaires ou extraordinaires ne peuvent et ne pouvaient pas être utilisées, il est possible de dénoncer une caisse-maladie à l'OFSP. Ce dernier a traité une trentaine de dénonciations de ce type au cours de l'exercice écoulé. Dans environ deux tiers des cas, il n'avait pas à intervenir (p. ex. renvoi de l'auteur de la dénonciation à la voie de droit ordinaire ou à l'Office de médiation de l'assurance-maladie, autre observation). Dans environ un tiers des cas, il est intervenu auprès des assureurs concernés. Ces interventions ont pris des formes diverses (demande de prises de position [p. ex. concernant l'invitation à trouver un nouveau médecin de famille], obligation de remédier sans délai à des lacunes, notamment en matière de protection des données).

Au cours de la période sous revue, l'OFSP a traité trois demandes en vertu de la loi sur la transparence (LTrans), dont deux sont devenues sans objet en raison de données publiées entre-temps.

Dans le cadre d'un audit, l'OFSP avait donné l'instruction à deux assureurs-maladie de modifier leurs processus concernant l'échéance des primes et les délais de résiliation. Il n'était pas entré en matière sur une demande – présentée par la suite – de rendre une décision relative à un acte matériel (subsidiairement, une décision en constatation) et sur une requête en récusation. La procédure de recours ouverte devant le Tribunal administratif fédéral est encore en suspens.

L'OFSP s'est prononcé contre un canton au sujet du montant définitif de la contribution fédérale à la réduction individuelle des primes. Le recours déposé devant le Tribunal administratif fédéral n'a pas encore été tranché.

Si nécessaire, les tribunaux peuvent demander à l'OFSP de rendre un avis sur des litiges entre tiers; la plupart du temps, ils lui laissent la liberté de décider s'il souhaite ou non se prononcer. Au cours de la période sous revue, l'office a rendu un avis sur une affaire.

L'analyse statistique des procédures de recours contre les assureurs-maladie (hors litiges avec les fournisseurs de prestations concernant les tarifs) montre qu'une grande partie d'entre elles s'avèrent infondées. Ainsi, sur les quelque 300 procédures de recours portées devant les tribunaux cantonaux et fédéraux, environ 240 n'ont pas abouti (rejet, non-entrée en matière, retrait ou autre), tandis qu'environ trente recours ont été partiellement ou entièrement admis. L'OFSP examine les arrêts qui lui sont communiqués afin de déterminer si une intervention est indiquée du point de vue du droit de la surveillance. Cela n'a pas été le cas en 2023.

Il faut noter que, tout autant qu'une accumulation d'arrêts (négatifs) contre un assureur-maladie, un nombre de procédures judiciaires inférieur à la moyenne constitue un indice d'une garantie insuffisante d'une gestion irréprochable. Dans le premier cas, le risque est que la caisse-maladie se montre « trop sévère » ; dans le second, il est qu'elle soit trop « accommodante » et ne remplisse peut-être pas ou pas suffisamment ses obligations légales de contrôle.

5 Surveillance des assureurs-accidents

5.1 Surveillance de l'assurance-accidents obligatoire en général

En tant qu'autorité de surveillance, l'OFSP doit veiller à une application uniforme du droit (art. 79 de la LAA). Dans le cadre de cette surveillance de l'application, il est chargé de développer la LAA et de mettre en œuvre les innovations au niveau de la loi et des ordonnances. Sous ce rapport, l'OFSP est en contact avec diverses organisations et institutions suivant les thématiques en question. Par ailleurs, il contrôle la pratique de l'assurance-accidents obligatoire et contribue à sa conception par le suivi de la jurisprudence et la possibilité de recourir devant le Tribunal fédéral. Il peut également avoir une influence sur l'application uniforme et correcte du droit par ses réponses aux questions que lui posent citoyens et professionnels, et en traitant les dénonciations reçues.

En ce qui concerne le financement, l'OFSP contrôle chaque année la conformité aux risques des tarifs de primes en se fondant sur les statistiques de risques des différents assureurs (statistiques de société) ainsi que sur la statistique générale des risques LAA (statistique commune). Les comptes d'exploitation sont, eux aussi, contrôlés annuellement, et les résultats sont analysés sur la base d'un tableau de bord géré conjointement avec la FINMA. Dans le cadre de la coordination de la surveillance (art. 104, al. 4, de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, OLAA; RS 832.202), la FINMA est chargée de surveiller la solvabilité des assureurs privés. Pour l'OFSP, la surveillance de l'application ne se limite pas à l'ensemble des assureurs LAA, mais porte aussi sur la Fondation caisse supplétive LAA, le Groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents (CSAA) et la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST).

L'OFSP exerce en outre, pour le Conseil fédéral, la haute surveillance institutionnelle sur la CNA, qui porte en particulier sur la solvabilité de cette dernière. Il examine en conséquence les comptes annuels de la CNA et soumet chaque année au Conseil fédéral une proposition d'ap-

probation. Les documents relatifs à l'approbation des comptes annuels sont accompagnés à chaque fois d'un rapport sur la situation financière de la CNA, lequel se prononce sur les exigences en matière de solvabilité formulées à l'art. 111, al. 4, OLAA. Dans ce contexte, l'OFSP s'est aussi penché, ces dernières années, sur le SCI et la politique de placements de la CNA, incitant à certaines adaptations. De plus, un rapport de solvabilité, rendu régulièrement par la CNA, a été mis en place. Les primes de la CNA sont également soumises à examen, comme celles de tous les assureurs-accidents. Pour l'approbation des comptes annuels, la CNA doit toujours démontrer à l'OFSP que les primes sont conformes aux risques dans toutes les branches d'assurance. Au cours de l'année sous revue, l'OFSP a notamment suivi sous l'angle du droit de la surveillance le projet de la CNA de rembourser en 2022 les primes encaissées en trop du fait que les coûts ont été inférieurs aux prévisions en raison de la pandémie de COVID-19.

5.2 Comptes d'exploitation

Les assureurs LAA sont tenus d'établir, pour chaque exercice comptable, un compte d'exploitation par branche d'assurance (accidents professionnels, accidents non professionnels, assurance facultative) et de le remettre à l'OFSP au plus tard à la fin du mois de juin de l'année suivante.

L'OFSP saisit ensuite ces comptes d'exploitation dans une banque de données afin de les soumettre à des analyses de contenu et à des contrôles de plausibilité. Au cours de l'année sous revue, l'accent a été mis, entre autres,



1 %

Taux d'intérêt technique dans l'assurance-maladie pour toutes les rentes

sur l'examen de la constitution de provisions adéquates pour couvrir le besoin de provisions supplémentaires pour les rentes. Ce besoin existe, car le Conseil fédéral a approuvé la baisse du taux d'intérêt technique à 1 % pour toutes les rentes au 1^{er} janvier 2022.

Ces contrôles ont donné lieu à de nombreuses demandes de précisions, dont la clarification a fait l'objet d'une correspondance. Là où des corrections s'imposaient, les assureurs LAA concernés ont reçu l'ordre de les apporter et de soumettre à nouveau à l'OFSP la version corrigée de leurs comptes.

Outre les corrections exigées, il est apparu dans plusieurs cas que les suppléments pour frais administratifs étaient insuffisants pour couvrir les frais administratifs effectifs et les frais liés aux traitements des sinistres. Les assureurs LAA concernés ont été invités à procéder aux adaptations requises pour que les suppléments perçus couvrent ces frais. L'OFSP continuera de suivre l'évolution de la situation dans le but d'obtenir davantage de transparence concernant les primes.

5.3 Tarifs de primes

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

La LAA prévoit que les primes nettes perçues pour chaque branche d'assurance doivent correspondre au niveau probable des dépenses pour les prestations LAA. Se fondant sur cette prescription légale, l'OFSP contrôle les tarifs de primes des assureurs LAA sous l'angle de la conformité aux risques. L'objectif concret de cet examen annuel est de repérer les irrégularités à cet égard, en se référant aux statistiques des risques les plus récentes, et d'exiger des adaptations de tarif en conséquence ou de susciter une adaptation de la tarification fondée sur l'expérience.

En 2023, les tarifs LAA soumis pour l'année d'assurance 2024 ont été examinés du point de vue de leur conformité aux risques. Les assureurs LAA ont également la possibilité, en se fondant sur l'historique des sinistres, d'appliquer aux entreprises un tarif correspondant à leur risque individuel. L'OFSP s'efforce constamment d'apporter des améliorations sur ce plan. Étant donné que les primes ne sont souvent adaptées que lors du renouvellement suivant du contrat et que, pour des contraintes opérationnelles, les statistiques des risques parviennent à l'OFSP avec un certain retard, le suivi de telles situations s'étend en général sur plusieurs années.

6 Surveillance de l'assurance militaire

6.1 Primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative

Les nouvelles règles de financement introduites le 1^{er} janvier 2018 dans le cadre du programme de stabilisation 2017–2019 prévoient que les coûts effectifs de l'assurance militaire sont déterminants pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative ainsi que pour les prestations en cas d'accident des assurés auprès de l'assurance de base facultative. La loi précise que les primes pour les prestations en cas de maladie doivent être fixées en fonction de l'exigence d'un taux de couverture d'au moins 80 % (art. 66b de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire [LAM; RS 833.1]). Un supplément de prime, qui doit également couvrir au moins 80 % des coûts liés aux accidents, est perçu pour la protection contre les accidents des personnes assurées auprès de l'assurance de base facultative (art. 66c LAM). Le taux de couverture des coûts devait être limité à 80 % au moins pendant une phase d'introduction de cinq ans. La décision de renoncer à une couverture totale des coûts était motivée par

le souci de maintenir dans des proportions acceptables l'augmentation des primes due aux nouvelles règles de financement. Il est néanmoins prévu que le Conseil fédéral examine ensuite une augmentation du taux de couverture des coûts. La phase d'introduction de cinq ans est arrivée à échéance fin 2022, et le Conseil fédéral a soumis à un examen le niveau du taux de couverture des coûts au 1^{er} janvier 2024.

Au terme de cet examen, le Conseil fédéral est arrivé à la conclusion suivante : pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative, le taux de couverture des coûts a été relevé de 82,1 % (2023) à 90 % ; pour la protection contre les accidents des assurés auprès de l'assurance de base facultative, il a été relevé de 67,5 % (2023) à 90 %. Il en résulte, pour l'année 2024, des primes mensuelles de 430 francs pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative (art. 28a, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance militaire, OAM; RS 833.11) et de 52 francs pour les prestations en cas d'accident des assurés auprès de l'assurance de base facultative (art. 28b OAM).

7 Surveillance de l'Institution commune LAMal

Pour l'application de l'entraide internationale en matière de prestations, l'IC LAMal fonctionne comme organisme de liaison et comme institution garantissant l'octroi de prestations à la charge de l'assurance étrangère. Pour 2022, les frais de taux d'intérêt relatifs au pré-financement de l'entraide en matière de prestations et les frais d'administration pour l'exécution des tâches que la Confédération a déléguées à l'IC LAMal (p. ex. pour les retraités assurés en Suisse et résidant dans un État membre de l'UE ou de l'AELE) ont atteint 2,2 millions de francs au total. Ces coûts ont augmenté de 0,2 million de francs par rapport à l'année précédente, notamment en raison de la hausse des charges d'intérêts.

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

toire auprès d'une compagnie suisse. En 2022, l'IC LAMal a versé environ 0,6 million de francs pour réduire les primes de ces personnes; 556 personnes ont bénéficié de ces réductions, la plupart résidant en Allemagne (157), en Espagne (63) ou en France (63).



556
Bénéficiaires d'une réduction de primes
dans les États de l'UE ou de l'AELE

L'IC LAMal remet chaque année à l'OFSP divers documents, tels que rapport d'activité et rapport de révision, que celui-ci examine. Elle lui soumet en outre au début de l'année un budget concernant les subventions fédérales, que l'OFSP examine sous l'angle des frais d'administration et des frais d'intérêts mentionnés plus haut.

8 Autres activités en relation avec la surveillance

8.1 Données de la surveillance

Les données collectées auprès des assureurs fournissent des informations de base qui permettent à l'OFSP d'accomplir les contrôles qui lui sont dévolus et, par ailleurs, d'informer un large public sur l'évolution du système de santé suisse en présentant des chiffres nationaux et régionaux selon différentes perspectives.

Les données récoltées informent sur la situation financière des assureurs-maladie, sur leurs activités, leur solvabilité, leurs effectifs d'assurés et leurs prestations, pour ne citer que quelques éléments principaux. Ces données par assureur peuvent aussi être agrégées à l'échelle cantonale ou nationale pour fournir des valeurs clés comme le total des prestations, des effectifs d'assurés ou la somme des primes encaissées. Elles constituent la référence officielle pour toute information sur l'assurance-maladie obligatoire. Une grande partie de ces données fait l'objet d'une publication annuelle de l'OFSP (statistique de l'assurance-maladie obligatoire, www.bag.admin.ch/amstat). Les données détaillées peuvent être téléchargées sur le site de l'OFSP ou sur la plateforme <https://opendata.swiss>.

Nouveautés dans la récolte des données individuelles

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 assurés à coûts élevés sur de petits collectifs, ou qui peuvent être utilisées pour des études spécifiques comme la concentration des coûts, les changements d'assureurs, la répartition des franchises, etc. Au premier janvier 2023, la loi fédérale sur la transmission de données des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins (RO 2022 731) est entrée en vigueur permettant à l'OFSP de récolter des données individuelles plus détaillées. Celles-ci seront récoltées pour la première fois sur l'exercice 2023. Avec ce nouvel article de loi (art. 21 LAMal), l'OFSP peut récolter des données individuelles par type de fournisseurs de prestations et par type de prestations. Avec ces nouvelles informations, l'OFSP sera capable de conduire son propre monitoring

des coûts. Les données individuelles permettant un suivi des types de prestations, un nouveau champ d'analyse à ce jour impossible s'ouvre aux utilisateurs de ces données. Par exemple la fréquence de certaines prestations dans le temps pourra être évaluée. Avec cette base légale, l'OFSP est aussi nouvellement chargé de mettre ces données à disposition du public tout en respectant les critères d'adéquation, de proportionnalité et de la protection des données. Là également s'ouvre un champ d'activité nouveau pour ceux et celles qui veulent conduire des analyses en lien avec les objectifs définis dans la loi.

8.2 Projet ISAK Relaunch : remplacement du système d'information pour la surveillance de l'assurance-maladie

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

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

Le remplacement du système actuel permettra de mieux respecter le principe de la source fiable unique (single

source of truth) et d'éviter la livraison multiple de données. Les assureurs seront ainsi déchargés de plusieurs tâches. Dans la mesure du possible, toutes les activités de surveillance devraient s'appuyer sur un pool de données commun, ce qui améliorera la transparence dans les évaluations relevant du droit de la surveillance.

Le nouveau système doit permettre de répondre aux besoins croissants des différentes parties prenantes, tant internes qu'externes. Les mesures en matière de protection des données et de sécurité de l'information seront alignées sur les standards actuels. Le nouveau système visera à automatiser autant que possible les processus et à refléter les flux de travail de façon aussi simple et cohérente que possible.

Un système entièrement nouveau sera développé. Il devra répondre aux besoins des utilisateurs et pouvoir être adapté aux exigences futures. Il sera complété par des techniques d'analyse modernes afin que l'évaluation des données puisse profiter au mieux des évolutions technologiques.

En 2023, la mise en place de la nouvelle plateforme de numérisation ISAK a été lancée en collaboration avec une équipe de développement spécialisée. Cette plateforme répond aux exigences architecturales de l'organisation de référence. Elle est conçue comme une solution légère et moderne, résolument axée sur les besoins des futurs utilisateurs. Un concepteur externe d'expérience utilisateur accompagne le projet pour garantir un guidage intuitif et une grande convivialité.

L'introduction de la nouvelle plateforme de numérisation apporte des potentiels d'optimisation. L'objectif est d'améliorer continuellement la numérisation des processus d'affaires, en particulier la surveillance des assureurs pratiquant l'assurance-maladie obligatoire. Pour cela, les retours d'information sont régulièrement pris en compte, qu'il s'agisse de retours directs ou d'analyses du parcours utilisateur.

Pour l'année à venir, il est prévu d'impliquer davantage les parties prenantes externes, notamment les assureurs-maladie et, ultérieurement, les cantons. Un organe de réflexion sera constitué de façon à obtenir suffisamment tôt un retour constructif sur la conception et le déroulement des processus. De manière générale, l'objectif est de développer la communication sur le projet afin de créer de la transparence et d'encourager les retours sur les futurs processus de collecte des données.

8.3 Demandes des assurés

En 2023, l'autorité de surveillance a répondu à quelque 2300 demandes écrites et 1700 demandes orales de citoyens.

~ 4000

Réponses données
aux demandes des assurés



Les demandes des assurés et d'autres instances (autorités, employeurs, communes et services étrangers, etc.) sont variées et portent principalement sur des questions ayant une dimension internationale : assujettissement et exemption pour les étudiants, les frontaliers, les travailleurs détachés et les retraités. Les assureurs-maladie ont parfois encore des difficultés à appliquer l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP), ce qui conduit les assurés à se renseigner auprès de l'OFSP pour clarifier leur situation juridique.

Une partie des demandes concerne le début de l'assurance lors d'une arrivée en Suisse et les problèmes liés à un changement d'assureur (résiliation tardive, arriérés, etc.). Cette année en particulier, de nombreux assurés inquiets de ne plus pouvoir faire face à l'augmentation de leur prime s'adressent à l'OFSP pour savoir si celle-ci, supérieure à la moyenne, a été calculée correctement. De nombreuses propositions continuent d'être faites pour maîtriser les coûts de la santé. La solution d'une caisse unique, avec ou sans primes en fonction du revenu, est souvent mise en avant.

L'outil de calcul des primes de la Confédération www.priminfo.ch est très utilisé. Des sites potentiellement trompeurs apparaissent toutefois lors d'une recherche avec le mot « priminfo » sur Google, ce qui est une source d'incertitude pour les assurés. La page « Actualités » du site de l'OFSP attire l'attention sur ce point ([Attention aux outils de calcul des primes ! \[admin.ch\]](#)). Il faut également déplorer que, lors du calcul des primes, l'outil n'explique pas la signification des niveaux de rabais R1, R2 et R3 dans la présentation de certains modèles d'assurance comme les modèles avec médecin de famille ou HMO.

Enfin, l'envoi d'une vue d'ensemble des primes sous forme papier est très apprécié par les assurés.

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

Les assureurs, l'assurance militaire, l'IC LAMal, l'armée et les cantons communiquent trimestriellement à l'OFSP le nombre de tests et de médicaments ainsi que les montants qu'ils ont versés à ce titre aux fournisseurs de prestations au cours de la période de facturation. Le contrôle des factures pour les tests et les médicaments est assuré par les acteurs eux-mêmes, qui sont responsables de ce que les prestations soient facturées correctement. Depuis 2023, seuls les prélèvements, les analyses, les autotests et les médicaments acquis ou réalisés entre le 25 juin 2020 et le 31 décembre 2022 peuvent être pris en charge par la Confédération.

L'OFSP vérifie la plausibilité des formulaires de relevé remis trimestriellement et les compare avec les factures. Cette année aussi, il a dû, à plusieurs reprises, renvoyer des factures et ordonner des rectifications. Les organes de révision externes ont vérifié les décomptes des coûts des tests. Ils ont reçu pour cela un mandat d'audit des assureurs et de l'IC LAMal, d'entente avec EXPERTSuisse (Association suisse des experts en audit, fiscalité et fiduciaire). L'OFSP a contrôlé en 2023 ces rapports, qui n'ont donné lieu à aucune constatation particulière. Les coûts de ces audits sont supportés par les assureurs et par l'IC LAMal.

Procédure de restitution

Si elle soupçonne que des tests ont été indûment facturés, la Confédération peut demander la restitution de ces coûts. Elle a également la possibilité d'engager des poursuites pénales. L'OFSP a mis sur pied une équipe, composée de professionnels externes et internes, qui s'occupe exclusivement d'obtenir la restitution des coûts des tests COVID-19 indûment facturés. Juristes et économistes peuvent s'appuyer sur le savoir-faire et l'expérience de spécialistes internes et externes. L'équipe échange en outre régulièrement avec les assureurs.

Les vérifications effectuées par l'OFSP ont montré qu'une grande majorité des fournisseurs de prestations ont facturé les tests COVID-19 de manière précise et correcte. En juin 2023, quelque 19 millions de francs avaient déjà été remboursés à l'OFSP. Ce dernier a également engagé des poursuites pénales concernant la facturation des coûts des tests.

8.5 Coordination avec le PFPDT, l'ASF et la FINMA

En tant qu'autorité de surveillance de l'assurance-maladie sociale, l'OFSP est autorisé et tenu par la loi de fournir aux autres autorités de surveillance suisses les informations dont elles ont besoin pour accomplir leurs tâches. En contrepartie, il dépend des informations que lui fournissent ces autres autorités de surveillance.

À cette fin, l'OFSP rencontre la FINMA deux fois par an et l'ASF et le PFPDT une fois par an. Des échanges ponctuels sont également prévus en cas de besoin. En 2023, de tels échanges ont notamment eu lieu avec l'ASF au sujet de la restructuration d'assureurs-maladie sous la forme juridique de fondation ainsi qu'avec la FINMA au sujet des modifications du plan d'exploitation qui concernaient aussi bien l'AOS que les assurances complémentaires.

8.6 Frais administratifs: groupe de travail avec la FINMA et lignes directrices

L'interpellation Masshardt [22.4074](#), intitulée « Assurance-maladie. Halte aux comportements déloyaux qui pèsent sur les primes ! », demandait en septembre 2022 au Conseil fédéral d'indiquer quelles mesures il entendait prendre pour éviter que des frais administratifs injustifiés soient répercutés sur les primes de l'assurance de base ou de l'assurance complémentaire.

À la suite de cette interpellation, les deux autorités de surveillance que sont l'OFSP et la FINMA ont constitué un groupe de travail à l'automne 2022. L'objectif était d'élaborer des principes communs et des lignes directrices pour l'allocation des frais administratifs.

Au cours de l'année sous revue, les deux autorités de surveillance ont eu des échanges étroits pour définir des principes et des lignes directrices d'application générale. Ces efforts doivent contribuer à réduire encore les imprécisions et les incertitudes qui peuvent subsister. L'OFSP et la FINMA précisent que les frais administratifs doivent toujours être attribués aux différentes branches d'assurance conformément au principe de causalité et que les assureurs ne doivent pas utiliser leur marge d'appréciation de manière unilatérale et injustifiée au détriment de l'une ou l'autre branche. Un modèle d'allocation des coûts écrit et compréhensible pour des tiers informés doit être mis en place pour le garantir.

8.7 Analyse d'efficacité pour la compensation des risques avec les PCG

L'AOS garantit à tous les assurés une prime uniforme échelonnée, indépendamment des coûts de la santé attendus en raison de l'âge, du sexe ou d'éventuelles maladies préexistantes. La compensation des risques a été introduite afin d'instaurer une compensation financière entre les caisses-maladie en fonction des différences dans les coûts associés à leurs effectifs d'assurés. L'objectif est d'éviter que les assureurs-maladie soient incités à sélectionner certains risques.

Les deux premières caractéristiques utilisées ont été l'âge et le sexe. Il a ensuite été tenu compte de deux indicateurs supplémentaires: le séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente et les coûts des médicaments au cours de l'année précédente. Ce dernier indicateur a été remplacé en 2020 par celui des groupes de coûts pharmaceutiques (pharmaceutical cost groups, PCG). Un PCG comprend un groupe de médicaments utilisés spécifiquement pour le traitement d'une maladie qui entraîne des coûts élevés à long terme. L'objectif est de mieux refléter le risque de morbidité pour les maladies chroniques dans le secteur ambulatoire.

Conformément à [l'art. 17a LAMal](#), tout indicateur supplémentaire pour la compensation des risques doit faire l'objet d'une analyse d'efficacité. [L'art. 29](#) de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR; RS 832.112.1) précise qu'il s'agit d'examiner en particulier les effets de la compensation des risques sur les incitations à pratiquer la sélection des risques, la sous-compensation ou la surcompensation pour des groupes donnés et les primes des assureurs. L'OFSP fixe les modalités techniques de l'étude et peut recourir à un institut scientifique.

L'OFSP a lancé [un projet](#) pour réaliser une analyse d'efficacité. Ce projet est codirigé par la section Primes et surveillance de la solvabilité et le service Évaluation et recherche de l'OFSP. Un groupe d'accompagnement a été constitué afin de tenir compte des intérêts des parties concernées: assurés (concernés par la sélection), assureurs (concernés par les répercussions financières) et IC LAMal (chargée de l'exécution).

L'OFSP a défini le mandat d'évaluation sous la forme d'un cahier des charges et l'a attribué à un partenaire externe. Des résultats intermédiaires ont déjà été discutés avec le groupe d'accompagnement. Il est prévu de rédiger une prise de position sur les résultats de l'évaluation ou les documents dans le cadre du rapport destiné au Secrétariat général du DFI, au Conseil fédéral et au Parlement. La publication de tous les résultats est prévue pour le premier trimestre 2024.



9 Annexes : législation

9.1 Législation relative à l'assurance-maladie

9.1.1 Initiative d'allègement des primes et modification de la LAMal (réduction des primes) à titre de contre-projet indirect

Le 29 septembre 2023, le Conseil des États et le Conseil national ont décidé de recommander au peuple de rejeter l'initiative d'allègement des primes. En même temps, ils ont adopté une modification de la LAMal concernant la réduction des primes à titre de contre-projet indirect à l'initiative. [Plus d'informations](#)

9.1.2 Modification de la LAMal (échange de données et compensation des risques)

Cette modification vise à introduire un échange de données entre les assureurs et les cantons afin de simplifier leurs tâches. Elle prévoit en outre d'inclure les assurés domiciliés à l'étranger dans la compensation des risques et d'en exclure ceux avec lesquels les assureurs ne parviennent plus à entrer en contact depuis un certain temps. [Plus d'informations](#)

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

Le 19 mai 2021, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message concernant la loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance. Cette loi prévoit que le Conseil fédéral est habilité à déclarer obligatoires, pour l'assurance-maladie sociale et pour l'assurance-maladie complémentaire, les points de l'accord des assureurs concernant l'interdiction de la prospection téléphonique à froid, la formation et la limitation de la rémunération des intermédiaires ainsi que l'établissement et la signature des procès-verbaux des entretiens de conseil. Le projet prévoit également de nouvelles mesures relevant du droit de la surveillance. Le non-respect des points de l'accord déclarés de force obligatoire constitue une infraction inscrite dans la LSAMal et la LSA. Le 7 mars 2022, le Conseil national a adopté le projet avec une modification : les exigences relatives à la formation et à la rémunération ne s'appliquent pas aux intermédiaires liés à un assureur par un contrat de travail. Le 20 septembre 2022, le Conseil des États a lui aussi adopté le projet du Conseil fédéral en y ajoutant

l'audition des assureurs avant la déclaration de force obligatoire ; c'est la version qui a été retenue par le Parlement le 16 décembre 2022. Le Conseil fédéral prépare actuellement les dispositions d'exécution. L'ordonnance sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance contiendra la déclaration de force obligatoire elle-même ainsi que la liste des points de l'accord des assureurs déclarés obligatoires. Le Conseil fédéral ne peut déclarer cette réglementation obligatoire que si les conditions légales sont remplies et si les assureurs en font la demande.

9.1.4 Modification du 18 mars 2022 de la LAMal concernant l'exécution de l'obligation de payer les primes et modification de l'OAMal

En mai 2016, le canton de Thurgovie a déposé une initiative cantonale demandant que les actes de défaut de biens pour les primes d'assurance-maladie impayées puissent être transmis aux cantons. [Plus d'informations](#)

Le projet de modification de la LAMal a été étendu à d'autres points. Ainsi, les mineurs ne pourront plus être poursuivis pour les primes non payées par leurs parents, et les assureurs ne pourront pas engager contre le même assuré plus de deux procédures de poursuite au cours d'une année civile.

Lors du vote final du 18 mars 2022, le Parlement a adopté les modifications de la LAMal. La révision de l'OAMal vise à en assurer la mise en œuvre et à régler la procédure de reprise des actes de défaut de biens par les cantons. Le Conseil fédéral a adopté les dispositions de l'OAMal le 22 novembre 2023 et fixé la date de l'entrée en vigueur.

9.1.5 Modification de la LSAMal (participation des cantons à la procédure d'approbation des primes, compensation des primes encaissées en trop)

Ce projet vise d'une part à renforcer le rôle des cantons dans la procédure d'approbation des primes. Ceux-ci pourront désormais se prononcer sur les tarifs de primes pour leur territoire avant leur approbation par l'OFSP. Le projet prévoit d'autre part une modification de la compensation des primes encaissées en trop : le rembourse-

ment sera accordé aux cantons dans le cas des assurés dont la prime est entièrement couverte par les pouvoirs publics. Le 24 mai 2023, le Conseil fédéral a ouvert la consultation pour cette modification de la LSAMal. La consultation s'est terminée le 14 septembre 2023.

9.1.6 Modification de la LAMal (assurance-maladie des personnes détenues)

Le 28 avril 2021, le Conseil fédéral a décidé de charger le DFI, en l'occurrence l'OFSP, d'étendre l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie à toutes les personnes détenues afin de garantir l'égalité de traitement sur le plan médical lors de la détention. Cette décision est en rapport avec l'objet « [Avenir de la politique suisse en matière de drogue: rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 17.4076, Rechsteiner Paul, 12 décembre 2017](#) ». Le DFI doit soumettre un projet en ce sens au Conseil fédéral. Une préconsultation a eu lieu avec la CDS, la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) et les associations d'assureurs.

Selon la Statistique de la privation de liberté publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'on estime qu'un tiers de toutes les personnes détenues, soit quelque 2000 individus, ne sont pas couvertes par l'AOS, parce qu'elles ne sont pas domiciliées en Suisse et qu'elles ne sont donc pas tenues de s'assurer pour les soins en cas de maladie.

Le projet propose d'introduire une obligation de s'assurer pour les personnes détenues qui n'ont pas de domicile en Suisse. Ces personnes auront ainsi accès à l'assurance-maladie sociale, et l'égalité de traitement sera garantie sur le plan médical lors de détention. Les personnes concernées devront s'acquitter elles-mêmes de la prime. Le cas échéant, les cantons pourront réduire la prime si ces personnes ne peuvent pas la payer dans son intégralité et que les autres conditions pour prétendre à une réduction individuelle des primes sont remplies. En vertu du droit en vigueur, les cantons prennent en charge les coûts des prestations, qui ne sont pas plafonnés. À l'avenir, les cantons ne réduiront les primes des personnes concernées que pour autant que cela soit nécessaire. La présente révision permettra de calculer les coûts et de les plafonner. De plus, le projet tient compte de la situation de détention. C'est pourquoi les cantons pourront limiter le choix de l'assureur, du modèle d'assurance ou du fournisseur de prestations pour toutes les personnes détenues, indépendamment de leur domicile. Ils pourront convenir, sur une base volontaire, avec les assureurs-maladie, de formes d'assurance particulières pour les personnes détenues.

La procédure de consultation a été lancée en novembre 2023 et dure jusqu'à début mars 2024.

9.1.7 Modification de l'OAMal: changement d'assurance en cours d'année et obligation de communiquer le montant des versements de compensation

Cette modification de l'ordonnance vise d'abord à accorder plus de liberté aux assurés pour changer d'assurance en cours d'année. Les assurés ayant opté pour l'assurance avec franchise à option et libre choix du fournisseur de prestations auront la possibilité de changer en cours d'année pour une assurance limitant ce choix (modèles). La modification de l'ordonnance prévoit ensuite que les assureurs seront tenus de communiquer aux cantons, en plus du montant de la prime approuvée, celui du versement de compensation en cas de réduction volontaire des réserves. Les cantons pourront ainsi en tenir compte lors du calcul de la réduction des primes, pour autant que la législation cantonale le prévoit.

La procédure de consultation a été lancée le 18 octobre 2023 et dure jusqu'au 1^{er} février 2024.

9.1.8 Convention sur la coordination de la sécurité sociale entre la Confédération suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (RS 0.831.109.367.2)

La convention de sécurité sociale avec le Royaume-Uni est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2023. Cette nouvelle convention, qui coordonne les systèmes de sécurité sociale des deux États contractants après le Brexit, est appliquée à titre provisoire depuis le 1^{er} novembre 2021. Les dispositions légales de droit suisse, qui concernent les assurés de l'UE, s'appliquent donc également au Royaume-Uni dès cette date. Les dispositions des ordonnances y relatives ont été modifiées au 1^{er} janvier 2023.

La convention reprend dans les grandes lignes les dispositions qui étaient applicables en vertu de l'ALCP. En ce qui concerne l'obligation de s'assurer, le principe du lieu de travail s'applique. La règle spécifique selon laquelle les membres de la famille d'une personne assurée en Suisse qui résident au Royaume-Uni doivent s'assurer dans le pays de résidence a toutefois été maintenue. Comme la convention avec le Royaume-Uni ne prévoit pas l'exportation des prestations de chômage, l'art. 2, al. 1, let. d, OAMal n'est plus applicable aux ressortissants du Royaume-Uni. Les chômeurs qui quittent leur ancien État de travail pour s'installer dans l'autre État et les frontaliers au chômage doivent s'assurer dans leur pays de résidence.

Les attestations de droit aux prestations médicales dans l'autre État sont les mêmes que dans les relations avec l'UE/l'AELE (CEAM, attestations S1 et S2). Pour les traitements dont ils ont besoin en Suisse, les assurés du Service national de santé (National Health Service, NHS) présentent la UK Global Health Insurance Card (GHIC), dont un modèle est disponible sur le site Internet de l'IC LAMal: www.kvg.org >> Fournisseurs de prestations >> Attestation de droit. L'échange de données se fait, comme avec les États de l'UE, via le système EESSI (electronic exchange of social security information).

9.1.9 Modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR)

Le 30 août 2023, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'OCOR qui autorise l'IC LAMal à compléter la statistique générale sur la compensation des risques par des informations supplémentaires. Les assureurs pourront ainsi mieux évaluer la compensation des risques et ajuster encore le calcul des primes de l'AOS. Cette statistique comprendra désormais le nombre de personnes assurées auprès de deux assureurs ou plus dans chaque canton, ce qui facilitera les travaux des cantons en lien avec la reprise d'actes de défaut de biens. Cette modification entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

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

Les progrès de la médecine entraînent chaque année de nombreuses modifications dans la liste des spécialités (LS). La liste des PCG qui figure en annexe de l'OCOR-DFI doit par conséquent être mise à jour avec les nouveaux médicaments inscrits dans la LS. La modification de l'OCOR-DFI a été décidée le 17 février 2023 et est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2023.

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

Suite à diverses fusions de communes, l'annexe 1 de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes a été révisée (RO 2023 494, [RS 832.106 – Ordonnance du DFI du 15 mars 2022 sur les régions de primes \[admin.ch\]](#)). Elle comprend la mise à jour des communes en annexe conformément au répertoire officiel des communes de l'OFS. Toutes les fusions de communes approuvées jusqu'à fin juin 2023 et devenues effectives en 2023 ou au 1^{er} janvier 2024 ont été prises en compte. Les modifications de l'annexe 1 sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

9.1.12 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2024 permettant de calculer la réduction des primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni (RS 832.112.51)

Conformément à l'ordonnance du 3 juillet 2001 concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni (ORPMUE; RS 832.112.5), le DFI doit déterminer 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'UE/l'AELE et au Royaume-Uni afin de pouvoir calculer le droit aux réductions de primes. Les primes moyennes correspondent aux primes de l'assurance de base (avec franchise unique de 300 francs et couverture accidents). Les indices du niveau des prix 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 fondent également sur ces valeurs pour les réductions de primes en faveur des travailleurs frontaliers. L'ordonnance du 29 novembre 2023 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

9.1.13 Modification de l'ordonnance de l'OFSP sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports dans le domaine de l'assurance-maladie sociale

En vertu de l'art. 50, al. 1, OSAMal, l'OFSP a la compétence de définir la version applicable des dispositions de la Fondation pour les recommandations relatives à la présentation des comptes (dispositions RPC).

L'OFSP indique la version applicable des dispositions RPC à l'art. 1 de son ordonnance sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121.1).

La Fondation a publié une édition révisée des recommandations relatives à la présentation des comptes, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023. C'est pourquoi il est nécessaire d'actualiser la date correspondante dans l'ordonnance de l'OFSP.

La présente modification entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

9.2 Législation relative à l'assurance-accidents

9.2.1 Adaptation de l'art. 2, al. 1, OLAA concernant les clubs sportifs

La liste des exceptions à l'obligation de s'assurer énumérées à l'art. 2, al. 1, OLAA est complétée par une lettre supplémentaire. Les clubs de sport et les organisations similaires dans le domaine du sport seront à l'avenir exemptés de l'obligation de s'assurer si le revenu qu'ils versent aux sportifs ou aux entraîneurs travaillant pour eux ne dépasse pas les deux tiers de la rente minimale annuelle de l'AVS. Cette exception ne s'appliquera que si toutes les personnes exerçant de telles fonctions perçoivent un revenu inférieur à cette limite. Dès lors qu'un sportif ou un entraîneur perçoit un revenu supérieur, toutes les personnes qui exercent de telles fonctions au sein du club devront être assurées. Les personnes qui exercent une autre activité pour le club ou l'organisation similaire (comme le personnel administratif, de service ou de nettoyage) restent dans tous les cas soumises à l'obligation de s'assurer conformément à la LAA.

Cette exception est créée dans le but d'alléger la charge financière pour les clubs de sport non professionnels et les organisations similaires dans le domaine du sport, qui sont régulièrement confrontés à des primes LAA conséquentes en raison du risque accru de blessures et des coûts élevés en cas d'accident.

La modification de l'OLAA entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2024.

9.2.2 Motion Darbellay

Le 15 septembre 2023, le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation visant à modifier la loi sur l'assurance-accidents (LAA) afin de réaliser la motion 11.3811 Darbellay « Pour combler les lacunes de l'assurance-accidents ». Cette modification vise à garantir le versement des indemnités journalières dans les cas où l'incapacité de travail est due à une rechute ou aux séquelles tardives d'une blessure survenue lorsque l'assuré était plus jeune. Le projet propose de modifier la LAA en ajoutant un al. 3 à l'art. 8, afin de prévoir que les rechutes et les séquelles tardives dont souffre un assuré à la suite d'un accident qui n'a pas été assuré par la LAA, et qui est survenu avant l'âge de 25 ans, sont également considérées comme étant des accidents non professionnels. Il est également proposé d'ajouter un nouvel al. 2^{bis} à l'art. 16 LAA. Celui-ci prévoit que les rechutes et les séquelles tardives susmentionnées donnent naissance à un droit aux indemnités journalières de l'art. 16 LAA. Il règle éga-

lement la manière dont le droit aux indemnités journalières est concrètement organisé. Il prévoit notamment que ce droit est limité dans le temps, puisqu'il s'éteint au plus tard 720 jours après sa naissance. Les indemnités journalières nées de cette nouvelle disposition sont par ailleurs subsidiaires aux autres types d'indemnités pour perte de gain, puisqu'elles sont versées uniquement lorsque l'obligation de l'employeur de verser le salaire s'éteint, et qu'un droit aux indemnités journalières d'une quelconque assurance perte de gain n'existe plus. Ce nouveau risque à charge des assureurs sera financé par une très légère adaptation des primes, celles-ci devant légalement s'avérer conformes aux risques. Cette solution répond ainsi au sens strict au but de la motion. La consultation a été menée du 15 septembre au 15 décembre 2023. À la suite de cette procédure un message sera soumis au Parlement en automne 2024.

9.2.3 Ordonnance sur les grues

Le 16 juin 2023, le Conseil fédéral a décidé d'adapter l'ordonnance sur les grues. Les art. 5 et 6 de l'ordonnance sont adaptés. Les travailleurs doivent désormais non seulement être instruits, mais également formés sur la manière d'utiliser une grue. Avec la modification de ces deux articles, l'ordonnance sur les grues est à nouveau conforme à l'état de la technique et de la pratique actuelle. En outre, l'adaptation des deux articles apporte davantage de clarté et de sécurité juridique. Les adaptations dans l'ordonnance sur les grues sont entrées en vigueur le 1^{er} septembre 2023.

9.3 Législation relative à l'assurance militaire

9.3.1 Modification de l'OAM

Les primes ont été adaptées et portées, à partir du 1^{er} janvier 2024, à 430 francs par mois pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative, et à 52 francs par mois pour les prestations en cas d'accident des assurés auprès de l'assurance de base facultative (art. 28a, al. 1, et 28b OAM).



10 Rapport du Conseil fédéral

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

Lors de sa séance du 21 juin 2023, le Conseil fédéral a adopté le [rapport final](#). Ce document synthétise les résultats des rapports intermédiaires pour les années 2020 et 2021, qu'il complète avec les chiffres pour l'année 2022 et des indications concernant les coûts dans les cantons.

Outre l'achat de biens médicaux et l'engagement de l'armée, la Confédération a surtout enregistré des coûts élevés pour les analyses du SARS-CoV-2 (coûts des tests).

Pour ce qui est des cantons et des assureurs-maladie, les coûts les plus élevés sont ceux liés aux traitements stationnaires pour les patients atteints du COVID-19. Les cantons ont de plus engagé des dépenses importantes pour la mise à disposition de capacités dans les hôpitaux,

la vaccination et le dépistage de la population. En plus des traitements, les assureurs-maladie ont également participé aux coûts de la vaccination et des tests.

Si la majeure partie des coûts liés à la pandémie ont été pris en charge par les agents payeurs mentionnés, les assurés ont, eux aussi, participé dans les limites de leur franchise et de leur quote-part. Il n'est pas possible de quantifier ces coûts.

Pour tous les agents payeurs, les montants les plus importants au cours de la période considérée ont été générés pendant l'année 2021. Font exception les traitements stationnaires pour les patients atteints du COVID-19, qui ont augmenté de manière constante tout au long de la période.

Vue d'ensemble des coûts directs générés par la pandémie dans le secteur de la santé de 2020 à 2022, ventilés par agent payeur (en millions de francs):

Agent payeur et catégorie de coûts	2020	2021	2022	2020-2022
Confédération				
Achat de biens médicaux (y c. remboursements)	576	613	537	1726
Analyses pour le SARS-CoV-2 (y c. provisions)	417	2279	324	3020
Engagement de l'armée	n/d	n/d	n/d	160
Cantons				
Traitements hospitaliers	284-335	341-404	372-432	997-1171
Mise à disposition de capacités spécifiques dans les hôpitaux	323-580	204-315	43	570-938
Vaccination de la population	5	304	104	413
Achat, distribution ou remise de biens médicaux	97	18	1	116
Analyses pour le SARS-CoV-2	31	66	38	135
Financement résiduel des prestations de soins	56	36	2*	94
Assureurs-maladie				
Analyses pour le SARS-CoV-2	48	-	-	48
Coûts de vaccination	-	264	116	380
Traitements hospitaliers	233-274	279-330	304-354	816-958
Autres assurances sociales (AA, AM)				
Assurance-accidents	15	30	-**	45
Assurance militaire	0,4	2	1,4	3,8

*Au moment de l'enquête, les coûts des soins à domicile pour 2022 n'étaient pas encore connus.

** Pas de chiffres actualisés disponibles pour 2022

11 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 (compliance)

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

Fortune liée

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

Gouvernance d'entreprise

La gouvernance d'entreprise désigne l'ensemble des principes axés sur la poursuite d'intérêts durables des entreprises qui, tout en sauvegardant la capacité de décision et l'efficacité, visent à instaurer au plus haut niveau de l'entreprise la transparence et un rapport équilibré entre la direction et la surveillance. L'activité d'une entreprise est durable lorsque les intérêts des différentes parties prenantes dans l'entreprise sont pris en considération et que les objectifs économiques, sociaux et écologiques sont poursuivis dans leur ensemble.*

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. En outre, des provisions sont constituées pour des sinistres à régler.

* Source: Code suisse de bonnes pratiques pour la gouvernance d'entreprise 2023, Economiesuisse (consulté le 13.12.2023)

12 Liste des abréviations

AA	Assurance-accidents
AELE	Association européenne de libre-échange
AI	Assurance-invalidité
ALCP	Accord sur la libre circulation des personnes
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASA	Association suisse d'assurances
ASF	Autorité fédérale de surveillance des fondations
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BAGSAN	Statistique de l'OFSP sur la base de données anonymisées des assurés
BCM	Business continuity management
BNS	Banque nationale suisse
CDF	Contrôle fédéral des finances
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CEAM	Carte européenne d'assurance-maladie
CFST	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
CSAA	Groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EAE	Efficacité, adéquation et économie
EESSI	Electronic exchange of social security information
EXPERTsuisse	Association suisse des experts en audit, fiscalité et fiduciaire
FED	Federal Reserve
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
FL	Fortune liée
HMO	Health maintenance organization
IC LAMal	Institution commune LAMal
Ip	Interpellation
IPC	Indice national des prix à la consommation
ISAK	Système d'information de la surveillance de l'assurance-maladie
KOF	Centre de recherches conjoncturelles

LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire (RS 833.1)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LSAMal	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12)
LTrans	Loi fédérale sur le principe de la transparence dans l'administration (SR 152.3)
MOKKE	Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie
OAM	Ordonnance sur l'assurance militaire (RS 833.11)
OCoR	Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1)
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
OSAMal	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
PCG	Groupes de coûts pharmaceutiques
PFPDT	Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence
RS	Recueil systématique du droit fédéral
SCI	Système de contrôle interne
SMC	Service du médecin-conseil
SNAP	Swiss National Action Plan
SST	Swiss Solvency Test
UE	Union européenne

