



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Rapport d'activité 2017

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



Impressum

© Office fédéral de la santé publique OFSP

Éditeur: Office fédéral de la santé publique OFSP

Date de parution: mars 2018

Conception: diff. Kommunikation AG, Berne

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

www.publicationsfederales.admin.ch

verkauf.zivil@bbl.admin.ch

N° de commande: 316.929.f

N° de publication OFSP: 2018-KUV-03

www.bag.admin.ch

Cette brochure paraît en français et en allemand.

Table des matières

1	Avant-propos	5
2	Principes	6
2.1	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-maladie	6
2.2	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-accidents	6
2.3	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire	6
3	Surveillance des assureurs-maladie	7
3.1	Résultats annuels des assureurs et interventions	7
3.2	Test de solvabilité LAMal 2017	8
3.3	Approbation des primes 2018	9
3.4	Compensation des primes encaissées en trop	10
3.5	Placements de capitaux	10
3.6	Réassurance dans la LAMal	10
3.7	Analyse des rapports de gestion	11
3.8	Plans d'exploitation	11
3.9	Audit	12
3.10	Procédures traitées	13
4	Surveillance des assureurs-accidents dans le domaine de l'AA	15
4.1	Rapport sur la sécurité financière de la CNA	15
4.2	Association destinée à garantir les rentes futures	15
4.3	Arrêt de principe du Tribunal administratif fédéral relatif à la procédure sur les contestations pécuniaires entre assureurs	16
5	Surveillance de l'assurance militaire	17
5.1	Primes d'assurance-maladie	17
6	Surveillance de l'institution commune LAMal (IC LAMal)	18
7	Surveillance de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST)	19
8	Autres activités en relation avec la surveillance	20
8.1	Correction des primes 2017	20
8.2	Données de la surveillance	20
8.3	Demandes des assurés	21
9	Annexes	23
9.1	Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OMal; RS 832.102)	23
9.2	Modification de l'ordonnance du DFI sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI; RS 832.102.2)	24
9.3	Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (RS 832.106)	24
9.4	Modification de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM)	24
9.5	Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM)	24
10	Glossaire	25
11	Tableau des abréviations	26



1 Avant-propos

Les tâches de la surveillance sont multiples. Cela s'est confirmé une fois de plus au cours de l'année écoulée. L'examen ou validation des documents, données et informations reçus prend une place importante dans le quotidien de la surveillance. Parfois, un rôle de médiateur lui revient même, notamment lorsque les assureurs devraient s'entendre sur une réglementation sans pour autant y parvenir. Ce fut le cas en 2017. Notre médiation a permis de trouver une réglementation acceptable pour tous les assureurs LAA quant à la nouvelle admission dans l'association destinée à garantir les rentes futures. Il a ainsi été possible d'éviter un différend juridique entre assureurs. De plus, les statuts et le règlement ont encore été soumis au Conseil fédéral pour approbation durant l'année sous revue.

La surveillance doit aussi servir d'intermédiaire entre la branche et la régulation. En effet, les règles qui s'appliquent aux assujettis doivent tenir compte tant de la réalité des assureurs que de l'évolution de la branche. Il faut donc que cette réalité soit connue pour influencer sur la régulation.

En tant qu'autorité de surveillance, nous devons enfin assumer des fonctions judiciaires en cas de contestations pécuniaires entre assureurs dans l'assurance-accidents.

La tâche principale de la surveillance est de contrôler qu'un assujetti se conforme à la loi. Si les textes juridiques ne sont pas explicites, le but de la loi constitue la ligne directrice. Il peut naturellement arriver que des assureurs et l'autorité de surveillance n'interprètent pas les textes de la même manière. Il incombe alors aux tribunaux de clarifier ces points. Nous avons pris acte avec satisfaction du fait que le Tribunal administratif fédéral nous a donné raison dans plusieurs cas et a ainsi soutenu notre interprétation de la loi.

Il est essentiel que nous traitions également tous les assujettis, car ce n'est qu'ainsi qu'ils sont sur un pied d'égalité dans cette concurrence régulée. Par égalité de traitement, il faut aussi comprendre la nécessité, quand les bases légales le prévoient, de tenir compte de la taille et de la complexité d'un assureur.

Le délai transitoire accordé aux assureurs-maladie pour remettre les plans d'exploitation a expiré à la fin de l'année qui s'achève. Un autre pilier important de la surveillance intervient. Le premier examen de ces documents, qui comprennent en règle générale des indications sur la gestion des risques, les contrôles internes et la gouvernance, nous occupera encore début 2018. S'agissant des exigences relatives à la délégation de tâches ainsi que de la garantie d'une activité irréprochable, le délai transitoire expire fin 2020. C'est alors que la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sera pleinement en vigueur.

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

2 Principes

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

Dans son rôle d'autorité de surveillance, 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 et l'institution commune LAMal (IC LAMal) en s'appuyant sur la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 (LSAMal; RS 832.12) et l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal; RS 832.121). L'autorité de surveillance doit notamment garantir la protection des assurés et la solvabilité des assureurs. En plus des règles de financement et des dispositions relatives à l'approbation des primes, la LSAMal et l'OSAMal comprennent en particulier des exigences en matière d'activité irréprochable, de gestion des risques, de contrôles internes et d'organe de révision externe, que les assureurs doivent remplir et que l'autorité de surveillance contrôle.

2.2 Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-accidents

La surveillance de l'application uniforme de la loi (surveillance dite de la loi ou de l'application) doit être distinguée de la surveillance de la gestion et de la solvabilité (surveillance dite institutionnelle) dans l'assurance-accidents obligatoire (LAA). L'OFSP surveille l'application uniforme de la loi par toutes les sociétés d'assurance qui proposent la LAA, qu'il s'agisse des assureurs privés, de la CNA ou des caisses publiques d'assurance-accidents.

La surveillance institutionnelle des assureurs privés incombe à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA). L'OFSP et la FINMA doivent coordonner leurs activités. La

CNA est soumise à la haute surveillance du Conseil fédéral, exercée par l'OFSP. La surveillance institutionnelle directe de la CNA incombe à son conseil d'administration; celle des caisses publiques d'assurance-accidents appartient en revanche à la collectivité qui les a mises en place. La surveillance légale et institutionnelle des assureurs selon la LSAMal est exercée par l'OFSP.

2.3 Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire

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

Le Conseil fédéral a transféré la gestion de l'assurance militaire à la CNA, qui doit la gérer comme une assurance sociale à part entière avec une comptabilité distincte. L'OFSP surveille et coordonne l'application de l'assurance militaire.

3 Surveillance des assureurs-maladie

3.1 Résultats annuels des assureurs et interventions

Résultats annuels des assureurs

Parmi les 57 assureurs-maladie admis par l'OFSP en 2016, 37 ont enregistré un résultat d'exploitation positif au cours de l'exercice 2016 et 20 des pertes. Le résultat d'exploitation global des 57 assureurs-maladie s'est établi à 197 millions de francs. Les réserves des assureurs ont augmenté de 6,061 milliards à 6,258 milliards du fait du bénéfice d'exploitation global.

Le résultat actuariel était de -93 millions de francs en 2016. Il était encore de -817 millions de francs en 2015 et s'est donc fortement amélioré. Cela se manifeste également au travers de l'évolution des primes et des prestations. Sur la même période, les primes (de 27,1 milliards à 28,6 milliards) et les prestations nettes (de 26,0 milliards à 27,2 milliards) ont augmenté. Les primes par assuré ont progressé de 4,7 %, contre 3,5 % pour les prestations nettes.

Les frais d'administration se sont stabilisés ces dernières années, ce qui ressort aussi clairement de cette dernière analyse des chiffres. En 2016, ils étaient de 163 fr. 10 par assuré, en légère progression par rapport aux 159 fr. 55 enregistrés en 2015. Sur la même période, les frais d'administration exprimés en pourcentage des primes ont diminué de 4,9 % à 4,7 %.

Concept d'intervention de l'OFSP

L'autorité de surveillance veille à la solvabilité des assureurs-maladie. Elle déploie un système d'intervention périodique, pour prévenir le cas éventuel d'insolvabilité d'un assureur-maladie.

Annuellement, trois critères prudentiels – quotient de solvabilité, combined ratio et montant des provisions par assuré – sont déterminés sur la base des données les plus récentes. Chaque assureur-maladie est classifié en fonction de son exposition aux risques. Au cours de l'exercice, les acteurs dont les situations financières ne répondent

pas aux exigences font l'objet d'une surveillance particulière.

Ce concept d'intervention prévoit six catégories pour évaluer les assureurs-maladie. Les sociétés dont la surveillance prudentielle ne retient pas de mesures particulières correspondent à la première catégorie. Les autres catégories impliquent comme mesures, selon une exposition au risque progressive, une prise de position ou la transmission de données trimestrielles ou mensuelles (reporting). Une dernière catégorie est prévue pour l'insolvabilité imminente d'un assureur et le retrait de son autorisation de pratiquer.

À la fin du mois de mars 2017, l'OFSP a communiqué, par courrier personnalisé, son évaluation aux assureurs concernés. Il leur a fait part des éventuelles faiblesses constatées et des mesures associées en leur priant généralement de prendre position.

En 2017, l'OFSP a constaté que 21 assureurs-maladie ne répondaient que partiellement aux attentes en matière de financement. Treize assureurs-maladie se sont soumis à un reporting trimestriel, alors que huit ont dû le faire mensuellement.

En cours d'exercice, l'OFSP peut également adresser des questions ponctuelles aux assureurs-maladie concernés. Celles-ci relèvent de sujets d'actualité ou d'analyses thématiques spécifiques approfondies et visent à procéder à des analyses comparatives et à aborder de manière ciblée les manquements détectés.

3.2 Test de solvabilité LAMal 2017

Les assureurs doivent disposer de réserves suffisantes afin de garantir la solvabilité dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Depuis 2012, le montant minimal de ces fonds propres est déterminé en fonction des risques encourus par l'assureur (art. 14 LSAMal). Le test de solvabilité LAMal évalue, de manière analogue au Swiss solvency test de la FINMA, les risques actuariels, de marché et de crédit. Le tout est complété par des scénarios spécifiques à l'assurance-maladie et aux marchés financiers. Le taux de solvabilité pour un exercice donné est déterminé par le rapport entre les réserves disponibles en début d'année et les réserves minimales de couverture fondées sur le risque. Le niveau de sécurité prescrit est de 1 %. Pour simplifier, la réserve doit ainsi permettre de compenser l'issue la plus défavorable intervenant dans un cas sur 99 et même être suffisante dans la moitié des cas restants.

Une grande partie des engagements des assureurs-maladie est constituée des provisions actuarielles. Afin de pouvoir évaluer l'adéquation des provisions et le risque y afférent à l'aide de méthodes actuarielles, l'OFSP collecte chaque année les données en matière de règlement des sinistres des cinq dernières années sur une base mensuelle, depuis l'introduction du test de solvabilité LAMal.

Depuis 2017, l'activité LAA que les assureurs exercent selon la LSAMal est prise en compte pour déterminer les réserves disponibles et le montant minimal des réserves. Trois assureurs sont concernés. Comme l'activité LAA est bien plus faible que celle de l'assurance obligatoire des soins (AOS) chez les trois assureurs (moins de 3 %), le risque actuariel et le résultat escompté pour la LAA ont très peu d'influence sur le montant minimal des réserves.

Contrairement aux modèles précédents, le modèle pour le test de solvabilité LAMal 2017 ne permet plus de déductions ni la prise en compte du capital complémentaire, car ce n'est pas prévu dans l'OSAMal.

L'OFSP a contrôlé les tests de solvabilité LAMal 2017 rendus et les rapports y afférents.

Certaines informations n'étant pas conformes aux exigences, il a dû demander de nouvelles données. Les taux de solvabilité, les montants minimaux des réserves pour l'année 2017 et les réserves disponibles le 1^{er} janvier 2017 ont été publiés le 28 septembre 2017. Le tableau ci-dessous montre le nombre d'assureurs présentant un taux de solvabilité insuffisant.

Année	2014	2015	2016	2017
Nombre total d'assureurs	67	65	63	59
Nombre d'assureurs présentant un taux de solvabilité insuffisant	7	3	14	6

Lors de l'évaluation des taux de solvabilité des assureurs, il est à noter que les informations de cinq assureurs incluent des apports qui ont été contestés par l'OFSP. Sans ces apports, les taux de solvabilité des assureurs correspondants seraient plus bas.

Un calcul simplifié du montant minimal pour l'année suivante est en outre exigé des assureurs afin de vérifier les primes déposées pour l'année en question. À cet effet, les assureurs évaluent la réserve probable à la fin de l'année en cours et la réserve minimale requise pour couvrir les risques de l'année suivante. Afin de pouvoir quantifier la précision de l'évaluation de ces valeurs escomptées, plusieurs variantes doivent être calculées, le risque de variation significative de l'effectif des assurés devant notamment être pris en compte. Ces calculs donnent une fourchette pour les configurations possibles en termes de réserves durant l'année à venir et aident l'autorité de surveillance à évaluer les primes déposées.

Les variantes servent également de base de décision au cas où un assureur demanderait la réduction de réserves excessives. L'assureur dont la demande de réduction des réserves pour l'année à venir a été approuvée a d'ailleurs été en mesure de démontrer que ses réserves seraient suffisantes, même en cas d'évolution défavorable.

3.3 Approbation des primes 2018

Le 31 juillet 2017, les assureurs-maladie ont déposé auprès de l'OFSP, pour approbation, les primes pour l'année 2018 avec les extrapolations pour l'année en cours (2017), le budget de l'année 2018 et les informations sur le nombre d'assurés.

La vérification et l'approbation des primes présentées par les assureurs sont réalisées sur la base de la LSAMal et de ses dispositions d'exécution. L'autorité de surveillance a ainsi la compétence d'exiger une hausse ou une baisse des primes si celles-ci ne correspondent pas aux coûts escomptés.

L'approbation des primes permet de s'assurer qu'elles sont conformes aux dispositions légales, qu'elles couvrent les coûts dans chaque canton (ce qui interdit les subventions croisées entre cantons) et que les assureurs disposent de réserves suffisamment élevées pour couvrir les risques d'évolutions inattendues.

L'OFSP contrôle les primes dans le domaine de l'AOS (pour les assurés en Suisse ainsi que pour les assurés domiciliés dans l'UE qui s'assurent conformément à la LAMal) et de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal. Dans l'assurance-maladie obligatoire pour les assurés suisses, 52 assureurs ont présenté plus de 240 000 primes pour approbation. Les assureurs opèrent en moyenne dans 20 cantons – il a donc fallu contrôler les primes pour plus de 1 000 collectifs de risques. Vingt-trois assureurs ont par ailleurs une assurance UE et six assureurs proposent exclusivement l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

L'OFSP évalue le combined ratio, c'est-à-dire le rapport entre les dépenses et les recettes que les assureurs doivent réaliser au cours de l'année à venir, sur la base de la situation individuelle des réserves de l'assureur ainsi que des revenus des capitaux escomptés. Quand un assureur peut tabler sur des revenus élevés du capital en raison d'importantes réserves, son combined ratio peut légèrement dépasser les 100 % ; s'il doit en revanche constituer des réserves, il doit viser un combined ratio nettement inférieur à 100 %.

L'OFSP a vérifié la plausibilité des extrapolations et des budgets déposés pour les exercices 2017 et 2018, sur la base de coûts prévisionnels, de valeurs empiriques et de comparaisons entre assureurs. Les estimations des prestations budgétées pour l'année 2018 ont tenu compte des répercussions de la révision du TARMED engagée en 2017. L'OFSP a exigé la prise en compte des économies dans l'estimation du budget et donc aussi dans le calcul des primes. Les estimations des coûts doivent inclure l'ensemble des facteurs connus. C'est aussi le cas quand des incertitudes subsistent (comme toujours) quant à l'impact réel sur les coûts.

Ces dernières années, plusieurs assureurs ont sous-estimé l'évolution des coûts et donc proposé des primes trop basses. Par conséquent, ils ont réalisé des pertes qu'ils ont dû couvrir par la dissolution de réserves. Dans certains cas, les réserves étaient inférieures au niveau minimal fixé dans la loi. Les assureurs concernés ont ainsi dû augmenter leurs primes plus que la moyenne pour qu'elles couvrent de nouveau les coûts. De plus, d'autres hausses de primes temporaires sont nécessaires pour relever les réserves au niveau légal. On sait toutefois que de trop fortes augmentations de primes entraînent selon toute vraisemblance une fuite des assurés les moins chers, et donc un renchérissement supplémentaire pour les assureurs concernés, et réduisent les effets des hausses de primes. C'est pourquoi ces hausses sont modérées et échelonnées sur deux ans dans la mesure du possible.

Les primes de tous les assurés ont été approuvées pour toute l'année 2018 et publiées le 28 septembre 2017. L'augmentation moyenne des primes de l'assurance ordinaire pour les adultes (dès 26 ans, avec franchise de base et couverture accidents) est de 4,0 %, l'augmentation correspondante pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans), de 4,4 % et celle pour les enfants (jusqu'à 18 ans), d'environ 5,0 %.

En même temps que l'approbation des primes, l'OFSP a accepté la demande d'un assureur visant à diminuer volontairement les réserves.

3.4 Compensation des primes encaissées en trop

La LSAMal permet aux assureurs de demander une compensation des primes à l'OFSP lorsque les primes encaissées par un assureur dans un canton pour une année donnée étaient nettement plus élevées que les coûts cumulés dans ce canton-là, de manière à restaurer l'équilibre entre les primes et les coûts. Les assurés peuvent ainsi bénéficier d'un remboursement des primes s'ils vivent dans un canton dans lequel les primes de l'assureur se sont avérées trop élevées a posteriori ou si les coûts des traitements médicaux ont été moins élevés que prévu lors de la fixation des primes.

En 2017, l'autorité de surveillance a de nouveau reçu et approuvé une demande de compensation de primes encaissées en trop de la part d'un assureur. La compensation des primes encaissées a été demandée dans deux cantons pour l'exercice 2016. Quelque 56 000 personnes assurées auprès du demandeur au 31 décembre 2016 ont bénéficié de ce remboursement. Le montant du remboursement approuvé par assuré était compris entre 50 et 100 francs et a été payé en 2017.

- Au maximum 5 % des placements doivent correspondre à un seul débiteur, sauf s'il s'agit de la Confédération suisse, d'un canton ou d'un institut suisse émettant des lettres de gage.
- Au maximum 20 % des placements à court terme (< 1 an) doivent correspondre à un seul débiteur s'il s'agit d'une banque.
- Au maximum 5 % des placements doivent se trouver à l'étranger.
- Au maximum 20 % des placements doivent être investis dans des devises étrangères non couvertes.

L'autorité de surveillance a constaté que les assureurs avaient en grande partie respecté les directives de placement en 2016. Les assureurs qui n'ont pas respecté les prescriptions ont été avisés en conséquence.

La LSAMal, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, accorde aux assureurs un délai transitoire de deux ans pour satisfaire à toutes les nouvelles exigences réglementaires dans le domaine des placements de capitaux. Ces nouvelles dispositions sont donc applicables pour la première fois à compter de l'exercice 2018.

3.5 Placements de capitaux

Les assureurs sont tenus d'investir, de gérer et de surveiller leur fortune avec diligence. Les placements appropriés et les limitations correspondantes sont clairement définis. La division Surveillance de l'assurance de l'OFSP vérifie chaque année que ces dispositions et limitations sont respectées par les assureurs.

Fin 2016, les assureurs de l'assurance obligatoire des soins avaient investi 12,2 milliards de francs, dont plus de 59 % en obligations, 18,5 % en actions (plafond de 25 %) et 14,6 % dans l'immobilier (plafond de 25 %). La comparaison avec les deux années précédentes a montré qu'il n'y a pas eu d'évolution majeure dans les catégories de placement.

Les autres plafonds suivants s'appliquent à ces trois principales catégories de placement:

3.6 Réassurance dans la LAMal

Pour se prémunir d'une accumulation imprévisible de cas de maladie aux coûts élevés, les petits assureurs-maladie notamment concluent des contrats de réassurance. En règle générale, le réassureur prend en charge, à partir d'une limite convenue, tous les autres coûts jusqu'à un montant maximal par an ou un certain pourcentage de l'activité est cédé au réassureur par un contrat en quote-part. Un peu plus d'un tiers des assureurs recourent actuellement à une couverture de réassurance. En 2016, près de 40 millions de francs ont été payés pour les primes et un peu moins de 35 millions remboursés en prestations de réassurance.

Tous les nouveaux contrats de réassurance et leurs primes doivent être approuvés par l'autorité de surveillance depuis l'introduction de la LSAMal. Les réassureurs agréés sont publiés sur une liste.

La vérification porte sur l'adéquation des primes de réassurance avec les risques assumés. Elle tient compte de la situation individuelle des assureurs et du type de contrat de réassurance.

L'autorité de surveillance a contrôlé les nouveaux contrats en vigueur à partir de 2017 selon les critères uniformes suivants:

- Le réassureur doit détenir une autorisation de pratiquer la réassurance des risques de l'assurance-maladie sociale.
- 50 % au plus des primes peuvent être cédées.
- 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 peut uniquement conclure le contrat aux mêmes conditions qu'il conviendrait avec un tiers indépendant.

En cas de contrats stop loss, il n'est pas possible d'indiquer de schéma général. Un examen actuariel approfondi des primes et du contrat s'avère nécessaire. Il analyse en particulier si le contrat peut être pris en compte dans le test de solvabilité LAMal et dans quelle mesure il influe sur la situation des risques et le taux de solvabilité. L'examen des réassurances en excédent de sinistre majeur ou en quote-part les plus répandues se fait en premier lieu à l'aide des données de routine, notamment des données individuelles d'EFIND. Au besoin, d'autres données peuvent être collectées (art. 59, al. 1 et 5, OSAMal).

Fin 2016, l'autorité de surveillance a approuvé neuf nouveaux contrats de réassurance entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Les autres contrats restent en vigueur tels quels selon l'ancien droit.

3.7 Analyse des rapports de gestion

Suite à l'introduction de la LSAMal, de nouvelles dispositions réglementaires s'appliquent également aux rapports de gestion à compter de l'exercice 2016. Ces standards minimaux fixés dans la loi garantissent l'obligation pour les assureurs-maladie d'informer les assurés sur leur activité.

Les indemnités accordées à l'organe d'administration et à l'organe de direction (montant global et montant accordé au membre dont la rémunération est la plus élevée, sans mention de son nom) doivent désormais être publiées. De plus, le rapport de gestion doit comporter au moins le rapport annuel et le bouclage statutaire individuel révisé selon les Swiss GAAP RPC avec ses cinq éléments. Les rapports de gestion doivent être remis à l'OFSP au plus tard le 30 avril de l'année suivante et publiés au plus tard le 30 juin.

En 2016, le contrôle du respect des exigences relatives aux rapports de gestion s'est révélé en grande partie positif. Globalement, l'OFSP a dû intervenir auprès de dix assureurs. Ces interventions concernaient principalement la publication hors délai des rapports de gestion ainsi que la présentation incomplète des comptes annuels selon les Swiss GAAP RPC. L'obligation de publier les indemnités accordées aux organes dirigeants a été respectée par la plupart des assureurs. Mais les montants indiqués par les assureurs dans les rapports de gestion se référaient en règle générale aux indemnités accordées à l'ensemble du groupe d'assurance et pour tous les secteurs (LAMal, LCA). La LSAMal prévoit toutefois la publication pour chaque entité juridique qui pratique la LAMal. Cette disposition s'applique aussi bien au montant global des indemnités qu'au montant accordé au membre des deux organes dont la rémunération est la plus élevée. L'OFSP a invité tous les assureurs à attacher une importance particulière à ces dispositions relatives à la publication.

3.8 Plans d'exploitation

Fin 2017, le délai transitoire pour la remise des informations et documents du plan d'exploitation est arrivé à échéance. Pour la plupart, les assureurs n'ont satisfait à leurs obligations qu'en novembre et décembre, si bien que l'examen des informations reçues nous occupera encore au cours du premier semestre 2018.

Les nouvelles dispositions relatives aux plans d'exploitation ont incité les assureurs à décrire et à

documenter leur organisation, leurs structures et systèmes de façon plus systématique. Elles contribuent au renforcement de la transparence et comportent des éléments importants qui permettent d'évaluer la garantie d'une activité irréprochable.

L'autorisation des modifications du plan d'exploitation compte désormais parmi les tâches de la surveillance. Certaines modifications du plan d'exploitation et des documents correspondants sont soumises à autorisation, alors que d'autres doivent uniquement être communiquées au préalable à l'autorité de surveillance.

3.9 Audit

L'objectif primaire consiste à vérifier si les dispositions légales selon la LSAMal et la LAMal sont correctement appliquées et respectées par les assureurs (conformité). La priorité des audits sur place a été de contrôler le respect de l'égalité de traitement des assurés et de s'assurer que les assureurs-maladie ne pratiquent pas une sélection des risques. L'organisation de la protection et de la sécurité des données sensibles par l'assureur constituait un autre thème prioritaire.

À la fin de l'année, un système de rating permet d'analyser et de cataloguer tous les assureurs selon des critères basés sur le risque. Il est déterminé à l'aide de critères quantitatifs et qualitatifs. Les résultats de ce système de rating, les évaluations des données individuelles des assureurs (p. ex., primes appliquées ne correspondant pas aux primes approuvées, cas très coûteux, etc.) ainsi que d'autres informations permettent de désigner les assureurs qui feront l'objet d'un audit au cours de l'année à venir.

Dans la perspective de l'expiration des dispositions transitoires concernant la gouvernance, la gestion des risques, le système de contrôle interne et les conflits d'intérêts ont été analysés. Les assureurs-maladie ont élaboré et instauré des concepts étendus. Chez certains assureurs, l'audit a indiqué le besoin d'actions nécessaires pour qu'ils respectent pleinement les nouvelles exigences légales avant la fin du délai transitoire fixé au 31 octobre 2017.

Pour ce qui est des prestations d'assurance AOS, l'audit a constaté un manque d'homogénéité

dans l'application des dispositions juridiques régissant la prise en charge des coûts et la perception de la participation légale aux coûts pour les prestations de maternité. En conséquence, les prestations fournies pendant une grossesse n'ont pas toujours été décomptées conformément aux prescriptions. L'audit a également mis en évidence des dysfonctionnements au niveau de la perception légale de la contribution aux frais de séjour hospitalier, de l'affectation des frais pluriannuels de traitement hospitalier et du respect du principe de la territorialité pour l'achat de médicaments à l'étranger.

Dans le domaine Organisation conforme à la protection des données, l'enregistrement des données sensibles dans le dossier électronique de l'assuré et les accès à ces données ont principalement fait l'objet de remarques. Des adaptations ont également été exigées concernant le traitement des cas analysés par le médecin-conseil ou la communication de données relatives à la santé par le service du médecin-conseil. Par ailleurs, des mesures ont parfois été exigées pour renforcer le contrôle des prestataires externes par l'assureur.

Des thèmes tels que la répartition des communes dans les régions de primes ou l'échéance des primes étaient au cœur du contrôle Conformité des primes. Cette dernière ne correspondait souvent pas à la disposition de l'ordonnance selon laquelle les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois.

Dans le domaine de l'obligation d'assurance, les indications sur les formulaires d'affiliation AOS n'étaient parfois pas conformes aux prescriptions légales et ont entraîné des ajustements. Des processus erronés ont en outre été constatés dans les affiliations et sorties en cours d'année, la modification rétroactive de la franchise annuelle, la suspension de la couverture accidents et à propos de la facturation de la prime en cas de décès au cours d'un mois. D'autres remarques ont porté sur la procédure de sortie pour les personnes tenues de s'assurer qui sont introuvables.

Des instructions ont été données aux assureurs de prendre les mesures nécessaires dans un délai déterminé. Ils doivent confirmer la mise en œuvre des directives par écrit et documenter les mesures prises.

3.10 Procédures traitées

L'autorité de surveillance a engagé à l'encontre des assureurs-maladie sociaux différentes mesures qui étaient pendantes devant le Tribunal administratif fédéral ou le Tribunal fédéral en 2017. Dans ces procédures de consultation judiciaires, elle s'exprime sur les recours que les assureurs concernés forment à l'encontre des mesures. Les procédures de 2015 décrites dans le premier rapport d'activité de l'OFSP sont encore pendantes.

Dans un arrêt du 24 octobre 2017, le Tribunal administratif fédéral a confirmé une décision du Département fédéral de l'intérieur (DFI), qui avait retiré à la compagnie d'assurance Turbenthal son statut de caisse-maladie. Le tribunal remarque que les caisses-maladie doivent impérativement se conformer aux exigences légales. L'arrêt n'a fait l'objet d'aucun recours et est donc entré en force.

Dans un arrêt du 6 novembre 2017, le Tribunal administratif fédéral a rejeté les recours de trois assureurs-maladie contre des directives de l'OFSP du 23 mai 2015 et confirmé que les apports fournis par la holding doivent être annulés. Cet arrêt a fait l'objet d'un recours et est encore pendant.



4 Surveillance des assureurs-accidents dans le domaine de l'AA

4.1 Rapport sur la sécurité financière de la CNA

En vertu des nouveautés de l'assurance-accidents obligatoire en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, la CNA est tenue d'exposer sa sécurité financière au Conseil fédéral dans un rapport annuel. Cela a codifié ce que l'OFSP exigeait déjà de la CNA les années précédentes sous la forme d'un rapport sur la gestion des risques. Le rapport comprend notamment une comparaison des fonds propres disponibles pouvant être pris en compte et des fonds propres nécessaires. L'ordonnance prévoit que les fonds propres nécessaires sont déterminés à l'aide d'un modèle permettant de quantifier les risques, de manière à ce que la CNA puisse couvrir tous ses engagements envers ses assurés en cas d'un possible événement centennal. La sécurité financière est donnée lorsque les fonds propres disponibles pouvant être pris en compte dépassent les fonds propres nécessaires.

Préalablement au traitement des comptes annuels 2016 de la CNA, l'OFSP s'est informé auprès d'elle sur le modèle de risque utilisé et les scénarios de crise à la base des simulations. Le rapport se divise en une analyse et une évaluation du compte des produits financiers, du compte risque et de la comptabilité analytique des coûts d'exploitation. Il comprend en outre une vue d'ensemble de la sécurité financière et une conclusion correspondante. Il apparaît que tous les comptes partiels se trouvent dans un équilibre financier. Les fonds propres disponibles sont suffisants dans chaque compte partiel et dans l'ensemble pour parer sans problème à tout événement centennal. Le montant des fonds propres disponibles pouvant être pris en compte dépasse largement les fonds propres nécessaires calculés par la CNA sur la base de ses modèles permettant de quantifier les risques.

4.2 Association destinée à garantir les rentes futures

La révision en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 a inscrit dans la LAA le financement des allocations de renchérissement par analogie au système que les assureurs LAA privés ont appliqué sur une base volontaire depuis l'entrée en vigueur de la loi dans le « fonds destiné à garantir les rentes futures ». Les assureurs privés et la caisse supplétive doivent désormais constituer une association destinée à garantir à long terme le financement des allocations de renchérissement et s'y affilier. Les membres de l'association sont tenus de constituer leurs propres provisions distinctes afin de financer les allocations de renchérissement. L'association fixe par décision et pour tous les membres les parts unitaires des revenus d'intérêt sur les provisions ainsi que les suppléments de primes unitaires pour les allocations de renchérissement qui ne sont pas couvertes. Si le solde des provisions distinctes d'un ou de plusieurs membres est négatif à la fin de l'année comptable, l'association fixe les paiements compensatoires nécessaires entre les membres.

Les modalités sont réglées dans les statuts et dans le règlement de l'association, qui sont soumis à l'approbation du Conseil fédéral.

Durant l'année sous revue, la surveillance s'est employée à accompagner la direction de l'association dans l'élaboration des statuts et du règlement. Les modalités d'adhésion pour les compagnies d'assurance qui n'étaient jusqu'ici pas membres du « fonds destiné à garantir les rentes futures » ou en étaient sorties fin 2015 et assuraient seules le financement des allocations de renchérissement en 2016 jusqu'à l'entrée en vigueur du régime obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2017 ont constitué des défis particuliers. La médiation de l'OFSP a permis de trouver un accord entre tous les mem-

bres tenus de s'affilier à l'association, si bien que les statuts et le règlement de l'association ont pu être adoptés à l'unanimité lors de l'assemblée générale du 6 octobre 2017 en vue de leur approbation par le Conseil fédéral.

4.3 Arrêt de principe du Tribunal administratif fédéral relatif à la procédure sur les contestations pécuniaires entre assureurs

Le 10 mars 2017, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a rendu un arrêt consécutivement à une décision rendue par l'OFSP dans une procédure de contestation pécuniaire opposant deux assureurs LAA et dont l'objet était la compétence de l'OFSP de trancher un litige entre deux assureurs alors même que l'un des deux avait au préalable rendu une décision à l'encontre de l'assuré. Dans le même temps, ladite décision avait été notifiée à l'autre assureur. Dans cet arrêt, le TAF confirme la décision de non-entrée en matière de l'OFSP rendue le 8 avril 2014 et suit ainsi la jurisprudence du Tribunal fédéral.

La Haute Cour avait estimé que la voie de la procédure octroyant à l'OFSP la compétence de statuer sur les contestations pécuniaires entre assureurs n'était pas ouverte lorsqu'un assureur s'oppose en faveur de la personne assurée (pro Adressat en allemand) contre une décision de refus de prestation d'un autre assureur. En effet, lorsque l'assureur rend une décision, puis une décision sur opposition, il doit communiquer ses décisions également à l'assureur-accidents qu'il

tient compétent pour prester. Ce second assureur dispose alors d'un intérêt personnel et digne de protection pour contester la décision litigieuse, d'une manière indépendante, mais en faveur de l'assuré (Drittbeschwerde pro Verfügungsadressat en allemand), puisqu'il pourrait être appelé à octroyer des prestations à la place du premier assureur. Il a un intérêt propre et direct à former une opposition ou un recours, car il doit s'attendre à ce que l'assuré le sollicite désormais pour verser des prestations d'assurance s'agissant des problèmes de santé qui subsistent.

Dans l'arrêt C-253/2014 rendu le 10 mars 2017, le Tribunal administratif fédéral confirme ce point de vue et estime ainsi que l'OFSP ne peut être saisi aux termes de l'article 78a LAA, car la procédure entamée par l'un des assureurs concernés, en rendant une décision de refus de prestations à l'encontre de son assuré, pouvait aboutir devant le Tribunal cantonal compétent et primait ainsi la procédure de l'article 78a LAA. Le scénario de deux procédures parallèles, pouvant potentiellement déboucher sur des conclusions contradictoires, est ainsi évité.

5 Surveillance de l'assurance militaire

5.1 Primes d'assurance-maladie

Jusqu'ici, le montant de la prime d'assurance-maladie dans l'assurance militaire, que doivent payer les assurés à titre professionnel et les assurés auprès de l'assurance de base facultative (assurés à titre professionnel à la retraite), dépendait du gain maximum assuré. La prime annuelle d'assurance-maladie s'élevait à 2,3 % du montant maximum du gain annuel assuré (152276 francs). Il en découlait une prime de 292 francs par mois en 2017. Comme le taux de couverture des primes n'a cessé de diminuer (moins de 80 % en 2015, avec la perspective de baisser à 70 % les années suivantes), le Parlement a défini un nouveau système de financement en adoptant la loi fédérale sur le programme de stabilisation 2017-2019.

Désormais, les coûts effectifs de l'assurance militaire doivent être 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 de ces derniers. La loi dispose que les primes doivent couvrir au moins 80 % des coûts pour les prestations en cas de maladie. Pour la couverture accidents des assurés auprès de l'assurance de base facultative, un supplément de prime est par ailleurs prélevé, qui doit aussi couvrir au moins 80 % des coûts en cas d'accident.

Les dispositions modifiées de l'OAM précisent sur quelles bases les primes doivent être déterminées. L'assurance militaire doit procéder aux

relevés correspondants et les présenter chaque année à l'OFSP avant la fin du mois de juillet dans un récapitulatif commenté. En même temps que la documentation requise, elle doit aussi soumettre à l'OFSP une proposition d'adaptation des primes pour l'année suivante. Les comptes effectifs de l'année précédente et les estimations de la charge escomptée pour l'année en cours et l'année suivante sont déterminants. Sur cette base, le DFI propose chaque année au Conseil fédéral les ajustements nécessaires de la prime pour les prestations en cas de maladie ainsi que du supplément des assurés auprès de l'assurance de base facultative pour les prestations en cas d'accident. Le Conseil fédéral se prononce sur les primes en octobre de chaque année.

Au 1^{er} janvier 2018, la prime pour les prestations en cas de maladie s'élève à 340 francs et le supplément pour la couverture accidents des assurés auprès de l'assurance de base facultative à 24 francs. Il est prévu de maintenir le taux de couverture à 80 % dans une phase d'introduction de cinq ans. Comme la loi exige toutefois un taux de couverture d'au moins 80 %, le Conseil fédéral examinera ensuite la nécessité de relever le taux de couverture.

6 Surveillance de l'institution commune LAMal (IC LAMal)

L'autorité de surveillance se charge de la surveillance de l'IC LAMal conformément à la LSAMal. L'autorité fédérale de surveillance des fondations est compétente pour la surveillance relevant du droit des fondations.

Dans le cadre de l'entraide internationale en matière de prestations entre États, l'IC LAMal exerce le rôle d'organisme de liaison et d'institution d'entraide qui assure la fourniture des prestations à la charge de l'assurance étrangère. Les frais d'intérêts se rapportant au préfinancement de l'entraide en matière de prestations et les frais administratifs pour l'exécution des tâches que la Confédération a déléguées à l'IC LAMal (p. ex., tâches à l'égard des retraités assurés en Suisse et domiciliés dans un État membre de l'UE/AELE) se sont élevés à 2,4 millions de francs pour l'année 2017.

L'IC LAMal gère la réduction des primes pour ces retraités et leur famille. Comme les autres assurés, ils ont droit à une réduction individuelle des primes pour autant qu'ils vivent dans des conditions économiques modestes. Pour réduire les primes de ces personnes, la Confédération a versé 1,4 million de francs en 2017 à l'IC LAMal.

L'IC LAMal remet chaque année à l'OFSP divers documents tels que le rapport annuel et le rapport de l'organe de révision. Ces rapports sont vérifiés par l'autorité de surveillance. En début d'année, nous recevons aussi le budget concernant les fonds de la Confédération, que nous examinons au regard des frais d'administration et de capital susmentionnés.

Durant l'exercice sous revue, l'autorité de surveillance a procédé au contrôle préalable de modifications de l'annexe du règlement sur la pratique de la coordination internationale dans l'assurance-maladie.

7 Surveillance de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST)

En 2015, le Contrôle fédéral des finances (CDF) avait réalisé un audit pour contrôler l'organisation de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) ainsi qu'une analyse de l'attribution et de l'utilisation des moyens. Le contrôle portait en particulier sur la stratégie, les objectifs et les tâches, les finances (établissement du budget, comptabilité distincte, réserves et gestion de la fortune), l'organisation (CFST, sous-commissions, commissions spécialisées, processus, gouvernance et ressources), les conventions de prestations et la haute surveillance. Le CDF a rédigé un rapport le 4 avril 2016 suite à ses constats et y a formulé six recommandations.

Dans son rapport, le CDF signale le risque de conflits d'intérêts et le manque de transparence dans l'utilisation des fonds de la CFST. De l'avis du CDF, l'organisation de la CFST est conforme aux dispositions de la LAA, mais ne répond plus aux principes actuels de bonne gouvernance. La constellation de rôles et le cumul de fonctions entraînent un risque accru de conflits d'intérêts entre la CNA et la CFST. Le CDF recommande donc d'adapter les dispositions légales (ne plus confier la présidence de la commission à un représentant de la CNA) et les règles de gouvernance de sorte à garantir l'indépendance et l'autonomie décisionnelle du secrétariat de la CFST, ainsi que de préciser les rôles, les responsabilités et les obligations de la CNA vis-à-vis de la CFST, notamment en matière de décompte.

Comme l'année précédente, l'OFSP a suivi de près la mise en œuvre des recommandations durant l'année sous revue en tant qu'autorité de surveillance de la CFST. Certaines mesures ont été en grande partie concrétisées, à l'instar du transfert des comptes bancaires à la CFST en tant que propriétaire des suppléments de prime encaissés pour la prévention des accidents et maladies professionnels ainsi que de l'inscription des moyens correspondants dans la comptabilité distincte de la CNA à titre de créance de la CFST sur la CNA. En outre, la CFST a fait appel à une société de conseil et l'a chargée d'analyser la gouvernance d'entre-

prise et d'élaborer des mesures conformes aux bonnes pratiques, une étude de rentabilité sur l'externalisation du secrétariat de la CFST ainsi qu'un projet de dossier de demande.

Sur la base de ces travaux préparatoires, la CFST a notamment décidé d'adapter le règlement interne au cours de l'année sous revue avec, par exemple, la création d'un bureau de commission composé du président et du vice-président de la CFST. De plus, la CFST a décidé que le secrétariat aura droit, à partir de 2019, à son propre budget, adopté par la commission, pour son administration autonome. Pour cela, elle doit conclure des contrats de service avec la CNA qui précisent les prestations de la CNA dont bénéficie le secrétariat et les modalités d'indemnisation. Le secrétariat est autorisé à externaliser des services. Par ailleurs, la CFST a conclu un contrat de gestion et un contrat de compte courant séparé avec la CNA s'agissant de la gestion fiduciaire et du placement des suppléments de prime. Le contrat de gestion précise aussi que la comptabilité distincte approuvée par le Conseil de la CNA doit être désormais présentée à la CFST avant d'être soumise au Conseil fédéral pour approbation.

Le développement du contrat de service avec la CNA et la mise en place d'une stratégie générale de la CFST servant de base pour sa tâche de coordination sont des défis actuels particuliers.

8 Autres activités en relation avec la surveillance

8.1 Correction des primes 2017

Entre 1996 et 2013, des déséquilibres sont apparus dans les cantons entre les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS, assurance de base) et les coûts des prestations médicales. Dans certains cantons, le ratio primes versées/coûts était plus bas que dans d'autres. En mars 2014, le Parlement a décidé de compenser partiellement ces déséquilibres, pour un montant total de 800 millions de francs. Cette somme est financée à parts égales par la Confédération, les assureurs-maladie et les assurés domiciliés dans les cantons où des primes ont été payées en insuffisance.

En 2017, les assureurs-maladie ont versé en tout 360 millions de francs aux assurés des cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures, Fribourg, Genève, Grisons, Tessin, Thurgovie, Vaud, Zoug et Zurich. La répartition entre les cantons s'est faite proportionnellement au montant des primes trop élevées par le passé.

Canton	Remboursement de primes en francs par personne (2017)
AI	39,90
FR	31,45
GE	112,30
GR	1,00
TG	92,60
TI	118,05
VD	167,80
ZG	25,65
ZH	71,15

Les 360 millions de francs sont financés par deux sources différentes: en 2017, la Confédération a alloué aux assurés une troisième contribution de 88,7 millions de francs; les assureurs ont participé à la correction des primes à hauteur de 271 millions de francs. Ces montants ont été versés à titre

de « remboursement des primes » aux assurés des cantons ayant par le passé payé des primes trop élevées. Ce troisième et dernier remboursement a clôturé la procédure de correction des primes pour les années 1996 à 2013.

Correction des primes 2015 et 2016

Les assurés des cantons dans lesquels des primes ont été payées en insuffisance ont dû s'acquitter d'un supplément de prime en 2015 et 2016. Il s'agit des onze cantons suivants: Berne, Lucerne, Uri, Obwald, Nidwald, Glaris, Soleure, Bâle-Campagne, Schaffhouse, Appenzell Rhodes-Extérieures et Jura. Les assurés des cantons de Saint-Gall et du Valais ont dû verser un supplément de prime en 2015 seulement. Fixé par l'OFSP, il variait selon le canton et l'année. Cependant, le supplément ne dépassait pas le montant du produit des taxes d'incitation redistribué en 2015 et 2016. Aucun supplément de prime n'a plus été prélevé en 2017 étant donné que ceux perçus en 2015 et 2016 ont permis d'atteindre la contribution maximale de 266 millions de francs à fournir par les assurés.

Les assurés des cantons dans lesquels les primes se sont avérées trop élevées ont bénéficié de remboursements et de diminutions de primes d'un montant total de 254,7 millions de francs en 2015; ce chiffre s'élevait à 188 millions de francs en 2016.

8.2 Données de la surveillance

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

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

8.3 Demandes des assurés

L'OFSP répond aux demandes générales des assurés qui couvrent tout le spectre de l'assurance-maladie sociale. En plus des questions relatives aux primes et au changement d'assureur, on constate que les demandes se rapportant au domaine international continuent d'augmenter. Au cours de l'année sous revue, l'OFSP a procédé à une refonte de son site Internet et mis en ligne des informations complémentaires de manière ciblée. En plus des particuliers, de nombreux autres organismes (autorités, entreprises, associations, instances étrangères) se renseignent sur la situation juridique. Le nombre de demandes des assurés est resté stable par rapport à l'année précédente.



9 Annexes

9.1 Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102)

Le 15 novembre 2017, le Conseil fédéral a adopté une révision de l'OAMal qui concrétise et met notamment en vigueur la modification de loi décidée par le Parlement le 30 septembre 2016 («adaptation de dispositions à caractère international»).

À partir du 1^{er} janvier 2018, toutes les personnes assurées en Suisse peuvent librement choisir leur médecin et d'autres fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire partout en Suisse, et ce, sans subir de préjudice financier. Jusqu'ici, l'AOS prenait en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. Si les coûts du traitement effectué ailleurs étaient plus élevés, l'assuré devait financer lui-même la différence.

Une adaptation a également été apportée à la modification de l'ordonnance sur l'État hôte (OLEH; RS 192.121). Avec la révision, les personnes qui accompagnent des bénéficiaires de privilèges en vertu de la loi sur l'État hôte (LEH; RS 192.12) peuvent être exemptées de l'AOS si elles disposent d'une couverture équivalente auprès de l'assurance d'une organisation internationale. Il en va de même pour celles qui accompagnent les personnes qui ont cessé leur activité pour une organisation internationale, mais qui restent assurées auprès de l'assurance-maladie de l'organisation. Cette réglementation sert à éviter les cas de double assurance et elle est en accord avec la révision de l'OLEH entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Elle est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

Depuis 2006, l'AOS peut, dans le cadre de projets pilotes menés par les cantons et les assureurs, prendre en charge les coûts de traitements médicaux fournis à l'étranger en zone frontalière pour les assurés domiciliés en Suisse. Deux projets de ce type sont en cours dans les régions de Bâle-Lörrach et de Saint-Gall-Liechtenstein. Les

nouvelles bases légales permettent de poursuivre ces projets sur le long terme. En outre, les cantons et les assureurs ont la possibilité de déposer des demandes d'autorisation pour d'autres programmes illimités de coopération transfrontalière dans les zones proches de la frontière.

À la demande de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et de santésuisse, le Conseil fédéral a en outre modifié au 1^{er} janvier 2018 certains articles relatifs au non-paiement des primes et des participations aux coûts ainsi que quelques autres dispositions.

Enfin, l'ordonnance règle ce qui doit advenir du solde de la correction des primes. Le solde issu des suppléments de prime et de la contribution des assureurs doit être crédité au fonds d'insolvabilité. Le solde de la contribution de la Confédération est avant tout affecté à la couverture des coûts que la mise en œuvre de la correction des primes occasionne à l'IC LAMal. L'excédent est versé au fonds d'insolvabilité.

D'autres modifications entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Elles concernent notamment les frontaliers ainsi que les retraités et les membres de leur famille qui sont affiliés à l'AOS et habitent dans un État de l'UE ou de l'AELE. Pour ces assurés, les cantons devront financer la moitié des coûts des traitements hospitaliers stationnaires effectués en Suisse, au même titre que pour les assurés domiciliés en Suisse. L'assurance-maladie assumera l'autre moitié des coûts. Il est aussi prévu que ces assurés auront, en cas de traitement hospitalier en Suisse, le libre choix entre les hôpitaux répertoriés. Pour les frontaliers, les coûts seront pris en charge jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où se situe leur lieu de travail tandis que, pour les retraités, le Conseil fédéral a désigné le canton de Berne comme référence.

9.2 Modification de l'ordonnance du DFI sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI; RS 832.102.2)

Conformément à l'art. 65, al. 2, LAMal, l'échange de données entre les cantons et les assureurs concernant la réduction des primes doit se dérouler selon une procédure uniforme. En 2012, la CDS et SantéSuisse ont élaboré le concept «Échange de données sur la réduction des primes», rendu obligatoire par l'OEDRP-DFI. À la demande de la CDS et de SantéSuisse, le DFI a modifié l'OEDRP-DFI au 1^{er} janvier 2018 pour qu'elle renvoie à une nouvelle version de ce concept.

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

La révision de l'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes a été adoptée le 20 septembre 2017 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Elle concerne la mise à jour des communes dans l'annexe, conformément au répertoire officiel des communes de l'Office fédéral de la statistique. Toutes les fusions de communes approuvées par les autorités cantonales jusqu'à la fin août 2017 et qui sont entrées en vigueur au cours de l'année 2017 ou au 1^{er} janvier 2018 ont été prises en compte. Une nouvelle disposition qui règle la région de primes à appliquer en cas de fusion de communes en cours d'année a par ailleurs été intégrée. En cas de fusions de communes, les régions de primes des anciennes communes resteront applicables à l'avenir jusqu'à ce que la liste dans l'annexe à l'ordonnance soit adaptée dans le cadre d'une révision. Les régions de primes sont donc maintenues toute l'année même en cas de fusion de communes.

9.4 Modification de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM)

Au cours de la session de printemps 2017, le Parlement a finalement délibéré sur la loi fédérale sur le programme de stabilisation 2017-2019. Celle-ci inclut également des modifications de la loi sur l'assurance militaire (LAM) qui se rapportent au financement des prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative (assurés à titre professionnel à la retraite) (voir ch. 5.1).

Les nouvelles dispositions de la LAM précisent que les primes pour les prestations en cas de maladie doivent couvrir au moins 80 % des coûts (art. 66b P-LAM). Le supplément de prime pour la couverture accidents des assurés auprès de l'assurance de base facultative doit aussi couvrir au moins 80 % des coûts en cas d'accident (art. 66c P-LAM).

9.5 Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM)

Les dites modifications de la loi rendent nécessaires des adaptations de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM). Les nouveaux articles 28a à e OAM précisent sur quelles bases les primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative doivent être déterminées (voir ch. 5.1).

10 Glossaire

Audit

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

Collectifs de risques

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

Combined ratio

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

Conformité

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

Fortune liée

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

Gouvernance d'entreprise

La gouvernance d'entreprise définit le cadre juridique et factuel pour la gestion et la supervision d'une entreprise. Les contrats incomplets et les intérêts divergents offrent aux parties prenantes des

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

(Source: Springer Gabler Verlag [éditeur], Gabler Wirtschaftslexikon, mot-clé : Corporate Governance, en ligne sur Internet : <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55268/corporate-governance-v8.html>)

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.

11 Tableau des abréviations

<i>AA</i>	Assurance-accidents
<i>AOS</i>	Assurance obligatoire des soins
<i>CFST</i>	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail
<i>CNA</i>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<i>DFI</i>	Département fédéral de l'intérieur
<i>FINMA</i>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
<i>IC LAMal</i>	Institution commune LAMal
<i>LAA</i>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
<i>LAM</i>	Loi fédérale sur l'assurance militaire (RS 833.1)
<i>LAMal</i>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
<i>LCA</i>	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (RS 221.229.1)
<i>LSAMal</i>	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12)
<i>OAM</i>	Ordonnance sur l'assurance militaire (RS 833.11)
<i>OAMal</i>	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
<i>OEDRP-DFI</i>	Ordonnance du DFI sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (RS 832.102.2)
<i>OFSP</i>	Office fédéral de la santé publique
<i>OLEH</i>	Modifications de l'ordonnance sur l'État hôte (RS 192.121)
<i>OSAMal</i>	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
<i>RS</i>	Recueil systématique du droit fédéral
<i>SCI</i>	Système de contrôle interne



