



CH-3003 Berne

OFSP

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

Référence du document : 721.1-1
Notre référence : chr, MUP, PEP, scm, PMC, SIL, Fb, OSA, VUC, VOS
Berne, le 14 décembre 2022

Madame, Monsieur,

Cette année encore, la législation sur l'assurance-maladie a connu divers changements ayant une influence sur votre activité. La présente lettre vous informe des nouveautés, certaines concernant le domaine international.

1 Modifications d'ordonnances

1.1 Ordonnance sur les modifications d'ordonnances en matière d'assurance-maladie concernant la mise en œuvre de la Convention sur la coordination de la sécurité sociale entre la Confédération suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Depuis le 1^{er} janvier 2021, la coordination des régimes de sécurité sociale prévue par l'accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE (ALCP ; RS 0.142.112.681) n'est plus applicable dans les relations entre la Suisse et le Royaume-Uni. Une nouvelle convention de sécurité sociale a été négociée. Le dossier a été traité par le Conseil national lors de la session d'automne 2022 et la date d'entrée en vigueur n'est pas encore connue avec précision. Pour éviter un délai trop long entre la fin de l'ALCP et l'application de la nouvelle convention, cette dernière est appliquée provisoirement depuis le 1^{er} novembre 2021.

La Convention sur la coordination de la sécurité sociale entre la Confédération suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord est directement applicable dans l'ordre juridique suisse et les ressortissants britanniques peuvent invoquer les droits qui y sont prévus. En matière d'assurance-

maladie, il y a lieu de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; SR 832.10) et la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal ; 832.12) ainsi que les ordonnances d'exécution, afin qu'elles soient conformes à la Convention. Les dispositions de ces diverses ordonnances qui font référence à l'ALCP, respectivement à la Convention AELE, doivent aussi s'appliquer en lien avec la nouvelle convention. Il appartenait dès lors au Conseil fédéral de les adapter en y intégrant une référence au Royaume-Uni. Ces modifications n'ont pas de conséquences matérielles. La nouvelle ordonnance entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

1.2 Révision totale de l'ordonnance sur les régions de primes et adaptation de l'annexe 1 suite à des fusions de communes

La révision totale de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 25 novembre 2015 sur les régions de primes (RS 832.106) a été adoptée le 15 mars 2022 (RO 2022 184, <https://fedlex.data.admin.ch/eli/oc/2022/184>). Désormais, les rabais de primes maximaux entre les régions de primes sont fixés par canton. Le rabais maximal pour la région de primes 2 dans les cantons de Fribourg et de Saint-Gall est abaissé à 10 %. En outre, le rabais maximal pour la région de primes 3 dans le canton de Lucerne est abaissé à 5 %. Dans les autres cantons, les rabais maximaux demeurent inchangés (15 % pour la région de primes 2 et 10 % pour la région de primes 3). En outre, les numéros des communes de l'Office fédéral de la statistique (OFS) figurent dans le tableau de l'annexe 1 (n° OFS).

Suite à différentes fusions de communes, l'annexe de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes a été révisée (RO 2022 481, <https://fedlex.data.admin.ch/eli/oc/2022/481>). Elle répertorie la mise à jour des communes en annexe conformément au répertoire officiel des communes de l'OFS. Toutes les fusions de communes approuvées par les autorités cantonales jusqu'à fin juin 2022 et devenues effectives en 2022 ou au 1^{er} janvier 2023 ont été prises en compte.

La version entièrement révisée de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes et la modification de l'annexe 1 entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

1.3 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2023 permettant de calculer la réduction de primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni

Comme les années précédentes, le DFI a édicté cette ordonnance (RS 832.112.51) pour 2023 ; elle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023 (RO 2022 742, <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2022/742/fr>). Son préambule a été adapté (référence à l'art. 6 al. 2 ORPMUE) pour des raisons de technique législative. Cela n'a pas de conséquences matérielles. Les cantons en ont reçu le texte par courriel.

1.4 Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR-DFI ; RS 832.112.11)

Chaque année, le DFI adapte les médicaments figurant sur la liste des PCG à la liste des spécialités (LS), dans le cadre de la révision de cette ordonnance. Ces adaptations permettent de tenir compte des progrès médicaux.

Afin de pouvoir calculer la compensation des risques en mai 2022 pour l'année de compensation 2021, le DFI a complété la liste des PCG annexée à l'ordonnance avec des médicaments figurant désormais sur la LS.

2 Nouvelle convention de sécurité sociale avec la Tunisie

La Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République tunisienne (RS 0.831.109.758.1) est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2022. Elle concerne les domaines de l'AVS et de l'AI ainsi que de l'AA et n'a qu'un effet indirect sur l'assurance-maladie. Conformément à l'art. 4, al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 132.10), les travailleurs détachés de Suisse en Tunisie, ainsi que les membres de leur famille sans activité lucrative qui les accompagnent, restent soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse. L'assurance est prolongée pour toute la durée du détachement (maximum cinq ans pour les travailleurs salariés et deux ans pour les indépendants). Si ces personnes sont obligatoirement assurées en cas de maladie en Tunisie, elles peuvent, sur demande, être exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse (art. 2, al. 2, OAMal). Les travailleurs détachés de Tunisie en Suisse, ainsi que les membres de leur famille sans activité lucrative qui les accompagnent, sont soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse. Ils peuvent en être exemptés conformément à l'art. 2, al. 5, OAMal.

La page Internet (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/internationale-sozialversicherungsabkommen/weitere-abkommen.html>) ainsi que le tableau « Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse » (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-aufsicht/krankenversicherung/ueberblick-internationale-sozvers-abkommen-ch.pdf.download.pdf/d.pdf>) ont déjà été adaptés en conséquence au 1^{er} octobre 2022.

3 Retrait du Royaume-Uni de l'UE (Brexit) : effets sur l'élément du plan d'exploitation « champ territorial d'activité » visé à l'art. 7, al. 2, let. k, LSAMal

Si le plan d'exploitation d'une assurance-maladie comprend l'ensemble de l'UE comme champ territorial d'activité et que le Royaume-Uni faisait encore partie de l'UE au moment d'octroyer l'autorisation correspondante, cette situation reste inchangée. Aucune demande de modification du plan d'exploitation n'est alors nécessaire.

Si une caisse maladie souhaite se retirer du Royaume-Uni ou mener des activités là-bas (sans autorisation jusque-là), elle doit déposer une demande correspondante de modification du champ territorial d'activité au sens de l'art. 7, al. 2, let. k, LSAMal.

4 Health Technology Assessment (HTA)

Selon l'art. 32 LAMal, les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) doivent respecter les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE).

L'évaluation des technologies de la santé (ETS) est une méthode scientifique et indépendante utilisée par l'OFSP pour synthétiser les preuves relatives à des technologies de santé spécifiques. Les résultats d'un tel rapport ETS sont utilisés pour l'évaluation des critères EAE dans la perspective de leur prise en charge par l'AOS, de façon à prendre des décisions fondées sur des données probantes. L'objectif est d'améliorer la qualité tant des traitements que de l'approvisionnement en identifiant les options de thérapies adéquates ou non ainsi que celles qui présentent ou non un bon rapport coût-efficacité.

De façon à ce que cet instrument soit utilisé de manière optimale, les agents payeurs prenant en charge des prestations à la charge de l'AOS, à l'exemple des assureurs maladie ou des cantons, sont appelés à identifier les prestations qui ne rempliraient pas (ou plus) les critères EAE et à les communiquer à l'OFSP, afin qu'elles puissent être évaluées au moyen d'une ETS. La proposition est effectuée au

moyen d'un formulaire disponible sur le site internet de l'OFSP : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/hta/hta-themeneingabe.html>.

5 Volet 1a de mesures de maîtrise des coûts

Les Chambres fédérales ont adopté le 18 juin 2021 la modification de la LAMal concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts (volet 1a), avec pour objectif de freiner l'évolution des coûts des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins et de limiter ainsi la hausse des primes payées par les assurés. Après la mise en œuvre des premières mesures en 2022, le Conseil fédéral a décidé, le 23 novembre 2022, de mettre en vigueur trois autres mesures au 1er janvier 2023 en modifiant la législation d'exécution correspondante. Il s'agit de la promotion des forfaits ambulatoires, de la transmission des données dans le domaine des tarifs ainsi que de l'introduction de projets pilotes.

A l'avenir, les tarifs forfaitaires par patient liés à des prestations ambulatoires devront aussi reposer sur une structure tarifaire uniforme convenue au niveau national. Les forfaits auront la priorité sur les tarifs à la prestation lorsqu'ils seront convenus par les partenaires tarifaires. Les partenaires tarifaires pourront convenir, pour certains traitements ambulatoires, de tarifs forfaitaires par patient valables au niveau régional qui ne reposent pas sur une structure tarifaire uniforme au niveau national, pour autant notamment que les conditions régionales l'exigent.

La transmission des données dans le domaine des tarifs obligera les fournisseurs de prestations et leurs fédérations, les assureurs et leurs fédérations, ainsi que les organisations tarifaires à communiquer au Conseil fédéral ou au gouvernement cantonal compétent, gratuitement et sur demande, les données nécessaires à l'accomplissement des tâches liées aux tarifs. Le Conseil fédéral a concrétisé par voie d'ordonnance les données qui sont couvertes par l'obligation de communication des données et de quelle manière celles-ci doivent être transmises.

À partir du 1er janvier 2023, le DFI peut autoriser des projets pilotes. Le Conseil fédéral a défini les exigences à respecter en vue de l'autorisation, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'un projet pilote. De tels projets permettront aux acteurs du secteur de la santé de déroger de la LAMal dans certains domaines, et d'ainsi expérimenter des modèles innovants afin de freiner la hausse des coûts, de renforcer la qualité ou de promouvoir la digitalisation.

6 Loi fédérale sur la transmission de données par les assureurs dans l'assurance obligatoire des soins

Le 19 mars 2021, le Parlement a adopté la loi fédérale sur la transmission des données des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins. Les articles 21 LAMal et 35 LSAMal règlent quelles données doivent être transmises par les assureurs-maladie à l'OFSP, sous quelle forme et dans quel but. La nouvelle réglementation et la législation d'application entreront en vigueur le 1er janvier 2023. Deux nouveautés en découlent. D'une part, l'OFSP est en droit de récolter de nouvelles données individuelles anonymisées auprès des assureurs-maladie et d'autre part, les données récoltées par l'OFSP devront être mises à la disposition du public, naturellement dans le respect de la protection des données et des principes de proportionnalité.

7 Admission des fournisseurs de prestations

Avec la modification de la LAMal adoptée par le Parlement le 19 juin 2020, les cantons limitent le nombre de médecins dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale ou dans certaines régions (art. 55a LAMal). L'ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires adoptée par le Conseil fédéral le 23 juin 2021 prévoit que les nombres maximaux fixés par les cantons reposent sur le calcul de l'offre médicale, l'estimation d'un taux de couverture par région et domaine de spécialisation et un facteur de pondération. Le DFI est responsable du calcul des taux de couverture, tandis que les deux autres variables sont du ressort des cantons. Dans ce contexte, l'ordonnance du DFI du 28 novembre 2022 sur la fixation des taux régionaux de couverture des besoins en prestations médicales ambulatoires par domaine de spécialisation entre en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

Vous remerciant de l'agréable collaboration au cours de l'année écoulée et vous présentant nos meilleurs vœux pour 2023, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Office fédéral de la santé publique



Thomas Christen
Directeur suppléant OFSP
Responsable de l'unité de direction Assurance maladie et accidents



Philipp Muri
Responsable Surveillance de l'assurance