



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Rapport d'activité 2016

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



Impressum

© Office fédéral de la santé publique OFSP

Editeur : Office fédéral de la santé publique OFSP

Date de parution : avril 2017

Conception : diff. Kommunikation AG, Bern

Distribution : OFSP, Surveillance de l'assurance-maladie sociale et de l'assurance-accidents

CH-3003 Berne

Numéro de publication OFSP : BAG 2017-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	6
2.2	Surveillance dans l'assurance-accidents obligatoire	7
3	Surveillance des assureurs-maladie	9
3.1	Surveillance des assureurs-maladie	9
3.2	Test de solvabilité LAMal 2016	10
3.3	Approbation des primes 2017	10
3.4	Compensation des primes encaissées en trop	11
3.5	Placements de capitaux	11
3.6	Réassurance dans la LAMal	12
3.7	Audit	12
3.8	Mesures conservatoires	13
3.9	Procédures traitées	13
4	Surveillance des assureurs-accidents dans le domaine de la LAA	14
4.1	Tarifs LAA	14
4.2	Comptes d'exploitation	14
5	Surveillance de l'assurance militaire	15
6	Surveillance de l'institution commune LAMal (IC LAMal)	16
7	Autres activités en relation avec la surveillance	17
7.1	Données de la surveillance	17
7.2	Demandes des assurés	17
7.3	Correction des primes 2016	17
8	Annexes	20
8.1	Modification de l'ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI) au 1 ^{er} janvier 2017	20
8.2	Révision de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes	20
8.3	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	20
9	Glossaire	21
10	Tableau des abréviations	22



1 Avant-propos

Depuis début 2016, la surveillance de l'assurance-maladie sociale est réglée par la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) et son ordonnance d'exécution, l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal). Cette branche d'assurance, obligatoire depuis 1996 pour toutes les personnes domiciliées en Suisse, était traditionnellement proposée par des caisses-maladie de village et d'entreprise. Aussi la réglementation de la surveillance était-elle rudimentaire. Les changements intervenus sur le marché ont nécessité une professionnalisation de la surveillance. La LSAMal a pour but de protéger les intérêts des assurés. Cet objectif doit être atteint en garantissant la solvabilité des assureurs-maladie et en instaurant la transparence sur l'assurance-maladie sociale. Grâce au présent rapport, qui paraît pour la première fois en 2017, l'autorité de surveillance souhaite elle aussi faire preuve de transparence quant à ses activités.

Pour de nombreux assureurs-maladie, l'année écoulée fut marquée par des enjeux financiers encore accentués par les marchés des capitaux. Ainsi, 14 assureurs ne disposaient pas en 2016 de réserves suffisantes, d'où l'intensification de leur surveillance. Pour cette raison, il a également fallu recourir à des mesures conservatoires dès la première année. Les circulaires ont dû être adaptées aux nouvelles bases légales. La première année de mise en œuvre des nouvelles règles de la LSAMal a généré des incertitudes chez de nombreux assureurs et, par là même, des questions à l'autorité de surveillance. Les assurés n'ont pas été en reste et lui ont également adressé de nombreux courriers et courriels pour lui faire part de leurs questions ou de leur mécontentement à propos de la nouvelle augmentation des primes.

Les assurances complémentaires sont surveillées par la FINMA. Il est donc indispensable que les deux autorités de surveillance collaborent, et la LSAMal a créé les bases de cette collaboration. Les deux autorités de surveillance ont ainsi pu définir les activités de coordination. D'autres organes de surveillance s'intéressent directement ou indirectement aux assureurs-maladie, par exemple

l'autorité fédérale de surveillance des fondations, le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence, l'Autorité fédérale de surveillance en matière de révision ou les organes de révision dont les intérêts sont défendus par la sous-commission assurance-maladie d'EXPERTsuisse. La collaboration a également été définie avec ces organisations, et des réunions sont régulièrement organisées. Des informations sont échangées au besoin.

Les défis seront de nouveau nombreux en 2017. La surveillance intensive des assureurs confrontés à des difficultés financières se poursuivra cette année. Le délai transitoire pour la remise des plans d'exploitation, la mise en place d'un système de contrôle interne efficace, de la gestion des risques et de la fortune liée expire en outre fin 2017. La préparation et le contrôle des documents remis par les assureurs à propos de ces thèmes occuperont notamment l'autorité de surveillance au cours de cette année.

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

2 Principes

2.1 Bases juridiques de la surveillance

Dans son activité, l'autorité de surveillance s'appuie sur la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (loi sur la surveillance de l'assurance-maladie [LSAMal]) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 ainsi que sur les dispositions d'exécution correspondantes dans l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie [OSAMal]). La LSAMal et l'OSAMal ont comblé les lacunes dans le droit de la surveillance et contiennent des améliorations, notamment dans le domaine de la sécurité financière et de la gestion d'entreprise des assureurs, ainsi que des pouvoirs et compétences de l'autorité de surveillance. La surveillance a ainsi été renforcée dans le but de protéger l'assurance-maladie sociale et ses assurés, et la transparence a été accrue chez les assureurs.

L'autorité de surveillance doit assumer ses tâches, notamment dans les domaines suivants :

Autorisation, délégation des tâches et retrait de l'autorisation

Une autorisation de l'autorité de surveillance est requise pour pratiquer l'assurance-maladie sociale. La LSAMal décrit les conditions d'autorisation. La demande d'autorisation doit être accompagnée d'un plan d'exploitation. L'autorité de surveillance autorise les assureurs qui satisfont aux exigences de la LSAMal à pratiquer l'assurance-maladie sociale. L'autorité de surveillance est également compétente pour retirer l'autorisation. Celle-ci doit, par exemple, être retirée lorsque les conditions légales ne sont plus remplies. La LSAMal autorise en principe le transfert des tâches (externalisation) devenues quotidiennes. Elle veille toutefois à ce que la surveillance des tâches externalisées puisse malgré tout être assurée.

Surveillance et mesures de surveillance

L'autorité de surveillance doit garantir la protection des assurés et la solvabilité des assureurs conformément aux prescriptions de la LSAMal et de l'OSAMal. A cet effet, elle contrôle la pratique de l'assurance-maladie sociale :

- elle veille au respect des dispositions de la LSAMal et de la LAMal ;
- elle s'assure de la garantie d'une activité irréprochable ;
- elle veille au respect du plan d'exploitation ;
- elle veille à ce que les assureurs soient solvables, à ce qu'ils constituent les réserves et les provisions conformément aux prescriptions, à ce qu'ils gèrent et investissent leurs biens correctement et à ce que tous les rendements du capital reviennent à l'assurance-maladie sociale ;
- elle protège les assurés contre les abus. A cet effet, elle peut donner des instructions aux assureurs visant à l'application uniforme du droit fédéral et procéder à des inspections auprès de ces derniers.

Elle veille, par ailleurs, au respect durable des conditions d'autorisation prévues par la loi. Les entreprises surveillées sont tenues de fournir à l'autorité tous les renseignements et documents nécessaires à l'exécution de la surveillance de l'assurance-maladie sociale. L'autorité de surveillance prend, en outre, les mesures conservatoires qui lui paraissent indispensables pour sauvegarder les intérêts des assurés. Conformément aux principes légaux, elle doit engager des mesures d'assainissement, lorsque la situation économique des assureurs est mauvaise.

Gestion d'entreprise, gestion des risques, système de contrôle interne et révision

La LSAMal et l'OSAMal prévoient des dispositions basées sur des principes concernant la garantie d'une activité irréprochable, la gestion des risques, les contrôles internes et l'organe de révision externe. L'autorité de surveillance contrôle la qualification des organes correspondants. La majorité

du conseil d'administration, du conseil de fondation ou du comité directeur devrait, par exemple, posséder des connaissances techniques avérées dans le domaine de l'assurance. La LSAMal et l'OSAMal exigent également que les assureurs soient organisés de manière à pouvoir recenser, limiter et contrôler tous les risques principaux (gestion des risques). Le système de contrôle interne (SCI) inclut les processus, méthodes et mesures ordonnés au sein de l'entreprise qui visent à garantir une sécurité appropriée concernant les risques de gestion: efficacité des processus d'entreprise, fiabilité du reporting financier et respect de la loi et des prescriptions sont notamment pris en compte. En complément, les assureurs-maladie doivent disposer d'un organe de révision interne indépendant de la direction. L'organe de révision externe doit ainsi être en mesure de bénéficier des conclusions de la révision interne.

Financement

Les assureurs financent l'assurance-maladie sociale en appliquant le système de la couverture des besoins et constituent des réserves suffisantes pour garantir leur solvabilité. Les assureurs constituent également des provisions techniques appropriées. Les réserves permettent de couvrir la totalité des risques de tous les domaines d'activité. Des dispositions ont été édictées pour la détermination et la constitution de la fortune liée désormais prévue par la LSAMal. Les assureurs ne sont notamment autorisés à investir que certaines parties de leur fortune liée dans des catégories de placements déterminées.

Les dispositions en matière de placement s'appliquent à l'ensemble de la fortune de l'assureur. Les limitations, en revanche, ne se rapportent plus qu'à la fortune liée. Le prêt de valeurs mobilières est certes toujours exclu en principe, mais est autorisé sous certaines conditions dans les placements collectifs de capitaux pour des raisons pratiques.

Fixation et autorisation des primes

Les tarifs de primes sont soumis à l'approbation de l'autorité de surveillance. La LSAMal et l'OSAMal prévoient des instruments de surveillance lui permettant de ne pas approuver les tarifs de primes dans certaines situations. C'est par exemple le cas lorsque les primes ne couvrent pas les disparités de coûts au niveau cantonal ou lorsqu'elles sont trop élevées. Les primes des assureurs ne

doivent pas entraîner des réserves excessives. Un mécanisme de compensation a posteriori des primes encaissées en trop a par ailleurs été créé.

Réassurance

L'autorité de surveillance approuve les contrats de réassurance. Les conditions d'autorisation incluent notamment des exigences concernant la forme juridique, le siège, l'organisation, la dotation financière et l'organe de révision. Les contrats de réassurance ne doivent, par ailleurs, être conclus qu'à des conditions auxquelles ils seraient également conclus avec des tiers indépendants. Les réassureurs constituent, en outre, des provisions techniques appropriées et communiquent à l'autorité de surveillance les informations importantes sur leurs contrats.

Dispositions pénales

La LSAMal contient en outre des dispositions pénales. Désormais, les poursuites pénales incombent exclusivement aux cantons. L'autorité de surveillance a toutefois l'obligation de déclarer aux autorités cantonales compétentes les faits dont elle a connaissance.

2.2 Surveillance dans l'assurance-accidents obligatoire

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 la 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, qui surveille et coordonne également l'application de l'assurance militaire.

3 Surveillance des assureurs-maladie

3.1 Surveillance des assureurs-maladie

Résultats annuels des assureurs

La division Surveillance de l'assurance a analysé les résultats, dans le cadre du contrôle des comptes annuels 2015 définitifs des assureurs-maladie.

Parmi les assureurs-maladie admis par l'OFSP en 2015, 26 ont enregistré un résultat d'exploitation positif au cours de l'exercice 2015 et 33 des pertes. Le résultat d'exploitation global des 59 assureurs-maladie s'est établi à -607 millions de francs. Les réserves des assureurs ont baissé de 6,667 milliards à 6,061 milliards du fait de la perte d'exploitation globale. Le résultat d'exploitation de l'assurance était de -817 millions de francs en 2015. Sur la même période, les primes ont augmenté (de 25,8 milliards à 27,1 milliards), mais dans une moindre mesure que les prestations nettes (hausse de 24,6 milliards à 26,0 milliards). Cette évolution se manifeste également au travers des primes par assuré qui ont progressé de 3,5 %, contre 4 % pour les prestations nettes par assuré.

Les frais d'administration se sont stabilisés ces dernières années. En 2015, ils étaient de 159,55 francs par assuré, en légère progression par rapport aux 158,20 francs enregistrés en 2014. Sur la même période, les frais d'administration exprimés en pourcentage des primes ont diminué de 5,0 % à 4,9 %.

Concept d'intervention de l'OFSP

Afin de prévenir les cas d'insolvabilité des assureurs-maladie et d'assurer l'égalité de traitement entre eux, la Division de la Surveillance de l'assurance de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) exploite un concept d'intervention sur une base annuelle.

L'OFSP attribue une classification à chaque assureur-maladie en fonction de trois critères prudentiels – quotient de solvabilité, combined ratio et montant des provisions par assuré – provisoires ou de fin d'année. Les limites de ces critères de classification permettent d'évaluer périodiquement les assureurs-maladie de la branche au regard de ses standards et des exigences liées à leurs activités en terme de financement.

Il existe six catégories. Les trois premières catégories s'appliquent aux sociétés dont la surveillance prudentielle ne retient pas de mesures particulières. Puis les autres catégories prévoient, selon une exposition au risque jugée croissante, des mesures adaptées – données reporting trimestrielles ou mensuelles. La dernière catégorie correspond aux acteurs du marché proches de l'insolvabilité dont le retrait de l'autorisation de pratiquer par l'OFSP menace.

A la fin du premier trimestre de chaque année, l'OFSP transmet par courrier son évaluation aux assureurs-maladie en leur communiquant leur classification en fait de risques, les faiblesses constatées ainsi que le besoin d'intervention qui en découle pour l'année en cours.

En 2016, l'OFSP a constaté que 27 assureurs-maladie ne répondaient pas en tout point aux exigences en matière de financement. Ainsi, lors de cette période, l'autorité de surveillance a sollicité régulièrement les données reporting mensuelles de 8 assureurs-maladie ainsi que les données reporting trimestrielles de 19 autres assureurs-maladie.

L'OFSP peut également adresser des questions pertinentes dans les affaires quotidiennes aux assureurs-maladie concernés, et on peut l'imaginer en fonction de sujets d'actualité ou d'analyses thématiques spécifiques approfondies, en vue de procéder à une analyse comparative et d'aborder de manière ciblée les faiblesses détectées.

3.2 Test de solvabilité LAMal 2016

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. Le test de solvabilité LAMal évalue les risques actuariels, de marché, de crédit. Le tout 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, la surveillance collecte les données en matière de règlement des sinistres des cinq dernières années sur une base mensuelle, depuis l'introduction du test de solvabilité LAMal.

L'OFSP a contrôlé les tests de solvabilité LAMal 2016 rendus et les rapports afférents. Certaines informations n'étant pas conformes aux exigences, l'autorité de surveillance a dû exiger de nouvelles données. Les taux de solvabilité, les montants minimaux des réserves pour l'année 2016 et les réserves disponibles le 1^{er} janvier 2016 ont été publiés. Quatorze caisses présentaient un taux de solvabilité insuffisant en 2016. L'année précédente, trois assureurs se situaient juste à 100 % et trois autres en-dessous. 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 la surveillance. 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. A 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 escomp-

tées, 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 2017

Au début de l'été 2016, les assureurs-maladie ont fixé leurs primes pour l'année 2017 sur la base des coûts attendus. Le 31 juillet 2016, ils ont déposé auprès de l'autorité de surveillance, pour approbation, les nouvelles primes avec les informations sur le nombre d'assurés, les extrapolations pour l'année en cours (2016) et le budget de l'année suivante (2017).

La vérification et l'approbation des primes présentées par les assureurs ont été réalisées pour la première fois sur la base de la nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) et de ses dispositions d'exécution. Celles-ci ont permis de renforcer le rôle de l'autorité de surveillance lors de l'approbation des primes. Désormais, celle-ci peut par exemple exiger une réduction des primes en cas d'écart disproportionné entre les primes présentées et les coûts attendus.

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

L'autorité de surveillance 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 obliga-

toire pour les assurés suisses, 53 assureurs ont présenté 252 526 primes pour approbation. Les assureurs opèrent en moyenne dans 20 cantons et il a donc fallu contrôler les primes pour 1050 collectifs de risques. Vingt-quatre assureurs ont également une assurance UE et six assureurs proposent exclusivement l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

L'autorité de surveillance évalue le combined ratio sur la base de la situation individuelle des réserves des assureurs ainsi que des revenus des capitaux que l'assureur peut escompter. 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'autorité de surveillance a vérifié la plausibilité des extrapolations et des budgets déposés pour les exercices 2016 et 2017, sur la base de coûts prévisionnels, de valeurs empiriques et de comparaisons entre assureurs.

Elle s'est assurée que les primes déposées devraient permettre d'atteindre au niveau national un combined ratio garantissant la sécurité financière. Celle-ci étant assurée, elle a vérifié que les primes couvraient bien les coûts au niveau cantonal, autrement dit que l'assureur avait recherché une harmonisation des combined ratios cantonaux. Le respect des dispositions légales concernant les rabais est en outre contrôlé.

Les données n'ayant pas toutes été conformes aux exigences, l'autorité de surveillance a dû exiger que certaines données soient une nouvelle fois présentées. Elle a finalement été en mesure d'approuver les primes 2017 de tous les assureurs, jusqu'à fin juin 2017 pour l'un d'entre eux.

L'augmentation moyenne des primes de l'assurance ordinaire pour les adultes (dès 25 ans ; franchise de 300 francs, couverture accident y comprise) est de 4,5 % à l'échelle nationale. L'augmentation moyenne des primes pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans ; franchise de 300 francs, couverture accident y comprise) est de 5,4 %. Les primes pour les enfants augmentent en moyenne de 6,6 % (jusqu'à 18 ans ; franchise de 0 franc, couverture accident y comprise).

3.4 Compensation des primes encaissées en trop

La nouvelle 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 2016, l'autorité de surveillance a 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 trois cantons pour l'exercice 2015. Quelque 12 600 personnes assurées auprès du demandeur au 31 décembre 2015 ont bénéficié de ce remboursement. Le montant du remboursement approuvé par assuré était compris entre 65 et 162 francs et a été payé dès 2016.

3.5 Placements de capitaux

Les assureurs sont tenus d'investir, de gérer et de surveiller leur fortune avec diligence. La division Surveillance de l'assurance de l'OFSP vérifie chaque année que la fortune des assureurs a été investie dans des catégories de placement autorisées et que les limitations par catégorie de placement ont été respectées.

Au 1^{er} janvier 2016, les assureurs de l'assurance obligatoire des soins avaient investi 12 milliards de francs, dont plus de 60 % en obligations, 19 % en actions (plafond de 25 %) et 14 % dans l'immobilier (plafond de 25 %). La comparaison avec l'année précédente a montré qu'il n'y avait pas eu d'évolution majeure (obligations 59 %, actions 18 % et immobilier 15 %).

D'autres plafonds contraignants s'appliquent à l'intérieur des trois principales catégories de placement ci-dessus :

- 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 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 majoritairement respecté les directives de placement en 2015. Les assureurs qui n'ont pas respecté les prescriptions de l'OFSP ont été avisés en conséquence.

3.6 Réassurance dans la LAMal

Les contrats de réassurance et leurs primes doivent également être approuvés depuis l'introduction de la LSAMal. Le contrat de réassurance étant étroitement lié aux primes, l'approbation concerne le contrat et les primes.

Environ la moitié des assureurs-maladie étaient couverts par des contrats de réassurance en 2016. Les prestations de réassurance et les primes des dix dernières années peuvent être consultées pour chaque assureur sur le site Internet de l'OFSP, à la rubrique *Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Assureurs et surveillance > Présentation des rapports > Comptes d'exploitation et bilans ou Archives*.

La vérification porte sur l'adéquation des primes du nouveau contrat avec les risques assumés. La situation individuelle des assureurs et le type de contrat sont pris en compte.

3.7 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 (*compliance*). La priorité des audits sur place a été le contrôle du 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.

Un système de rating permet d'analyser et de cataloguer tous les assureurs selon des critères basés sur le risque. Ce système de rating comporte 17 thématiques évaluées à l'aide de critères quantitatifs et parfois qualitatifs. Les résultats de ce système de rating ainsi que d'autres informations permettent de désigner les assureurs concernés par l'audit.

S'agissant de la *gouvernance*, ce sont la gestion des risques, le système de contrôle interne et les conflits d'intérêts qui ont été analysés dans la perspective de l'introduction de la LSAMal et de l'OSAMal au 1^{er} janvier 2016. Les grands assureurs-maladie et/ou les groupes d'assurance-maladie se sont déjà intéressés de près à la mise en œuvre de la LSAMal et de l'OSAMal et ont élaboré des concepts. L'audit a indiqué les besoins d'actions nécessaires ainsi que les priorités à fixer chez les petits et moyens assureurs pour qu'ils respectent les nouvelles exigences légales. Les assureurs-maladie disposent d'un délai transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2018 pour se mettre en conformité.

Pour ce qui est des *prestations d'assurance AOS*, l'audit a constaté un manque d'homogénéité dans la gestion 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 de quoi, 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 de la saisie statistique des prestations.

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 particulièrement fait l'objet de critiques. Des adaptations ont également été exigées concernant la certification des processus papier dans le service de réception des données (SRD), le traitement des cas analysés par le médecin-conseil ou la communication de données relatives à la santé par le service du médecin-conseil.

Des thèmes tels que la répartition des régions de primes prescrites par le DFI au niveau communal ou l'échéance des primes étaient au cœur du contrôle *Conformité des primes*.

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. Le processus d'admission a quelquefois été critiqué dans le cadre du traitement du courrier standard Refus des assurances complémentaires selon la LCA. Des processus erronés ont en outre été constatés dans les affiliations et sorties en cours d'année, la suspension de la couverture accidents et à propos de la divisibilité de la prime.

Des directives sont édictées et obligent les assureurs de prendre les mesures nécessaires dans un délai déterminé. Les assureurs doivent confirmer la mise en œuvre des directives par écrit et documenter les mesures prises.

3.8 Mesures conservatoires

L'autorité de surveillance a décrété la mesure conservatoire consistant en l'augmentation des primes en cours d'année chez un assureur. Au 1^{er} septembre 2016, l'assureur a dû augmenter les primes de 20 % en moyenne. L'évaluation de la situation financière de l'assureur concerné avait révélé que celle-ci était menacée en raison de l'augmentation massive des nouveaux assurés en 2016 et d'une détérioration de la structure de l'effectif des assurés en 2015.

3.9 Procédures traitées

L'autorité de surveillance a engagé différentes mesures à l'encontre des assureurs-maladie sociaux qui étaient pendantes devant le Tribunal administratif fédéral ou le Tribunal fédéral en 2016. Dans ces procédures de consultation judiciaires, elle s'exprime sur les recours que les assureurs concernés forment à l'encontre des mesures.

- Dans un arrêt de juillet 2016, le Tribunal administratif fédéral a confirmé une décision de l'autorité de surveillance de l'année 2014. L'assureur-maladie a interjeté un recours devant le Tribunal fédéral. La procédure portait sur la recevabilité du remboursement des primes encaissées.
- Aucun arrêt n'a encore été rendu dans une procédure de recours engagée devant le Tribunal administratif fédéral en 2015. Cette procédure portait sur différentes dispositions de la LAMal dont le respect avait été contesté par l'autorité de surveillance.
- Le recours à l'encontre d'une augmentation de prime en cours d'année que l'autorité de surveillance a ordonnée pour la première fois en guise de mesure conservatoire en vertu de la LSA-Mal a pu être réglé grâce au retrait du recours.
- En matière procédurale, le Tribunal administratif fédéral a rendu en 2015 quatre arrêts fondés sur des directives de l'autorité de surveillance, dont trois ont fait l'objet d'un recours des assureurs-maladie concernés devant le Tribunal fédéral. Celui-ci n'est pas entré en matière sur ces recours. Le litige portait sur des questions de procédure. Par la suite, les trois assureurs-maladie concernés ont formé trois recours supplémentaires devant le Tribunal administratif fédéral. Les procédures portaient sur le financement des suppléments uniques de la correction des primes.
- Durant l'exercice sous revue, deux assureurs-maladie et une holding ont engagé une procédure devant le Tribunal administratif fédéral à l'encontre de décisions de l'autorité de surveillance. La procédure a pour objet des apports destinés à améliorer la solvabilité au cours de l'exercice 2015.

4 Surveillance des assureurs-accidents dans le domaine de la LAA

4.1 Tarifs LAA

Toutes les entreprises actives en Suisse sont tenues de conclure pour leurs employés une assurance accidents professionnels (AP) et accidents non-professionnels (ANP) auprès d'un assureur LAA autorisé. Une partie des entreprises doit s'assurer auprès de la CNA et de deux autres assureurs de droit public, alors que les autres entreprises peuvent choisir l'un des assureurs privés et assureurs-maladie autorisés.

Les primes doivent être adaptées au risque. Les risques (professionnels) des entreprises varient d'une branche à l'autre, les taux de primes diffèrent également en règle générale et sont fixés par les assureurs dans leurs tarifs LAA. Depuis la libéralisation des tarifs en 2007, chaque assureur fixe lui-même son tarif.

Ces derniers temps, l'autorité de surveillance a réclamé les tarifs LAA des assureurs chaque année. Des statistiques uniformes (statistiques de risques) ainsi que les comptes d'exploitation servent de base à la vérification pour tous les assureurs. Les analyses de l'autorité de surveillance ont montré que les tarifs LAA de la plupart des assureurs étaient en moyenne trop élevés par le passé, toutes catégories professionnelles confondues, et qu'ils ne différaient souvent que très peu du tarif commun antérieur à la libéralisation. Les taux de primes trop élevés dans les tarifs se traduisent par des primes élevées, notamment pour les petites entreprises. En règle générale, la charge de sinistres de l'entreprise au cours des années précédentes est également prise en compte lorsqu'il s'agit de grandes entreprises. L'autorité de surveillance a constaté que les primes des petites entreprises avaient notamment tendance à être trop élevées, alors que les primes des grandes entreprises sont souvent correctes et parfois même trop basses. Globalement, les volumes de primes se sont en moyenne établis pour toutes les entreprises à un niveau couvrant approximativement les coûts depuis l'introduction de la libéralisation.

Sur instruction de l'autorité de surveillance, les assureurs ont entre-temps contrôlé leurs tarifs et ont bien souvent abaissé les taux de primes.

4.2 Comptes d'exploitation

Les assureurs LAA sont tenus d'établir un compte d'exploitation par branche d'assurance (accidents professionnels, accidents non professionnels, assurance facultative) pour chaque exercice comptable. Fin juin 2016, l'autorité de surveillance disposait de tous les comptes d'exploitation des 30 assureurs-accidents (entreprises d'assurance privées selon la LSA, caisses publiques d'assurance-accidents, caisses-maladie selon la LAMal et caisse supplétive).

Elle les a enregistrés dans une banque de données et a procédé à des analyses de leur contenu et à des contrôles de plausibilité. Ces contrôles portaient notamment sur les points suivants :

- évolution des primes,
- évolution des sinistres,
- évolution des provisions et du capital de couverture,
- résultats de liquidation,
- frais administratifs effectifs et suppléments de prime pour frais administratifs.

Les contrôles d'audit ont donné lieu à une centaine de requêtes. Celles-ci ont été clarifiées dans le cadre d'un échange écrit. Dans le cadre de la clarification des requêtes, 7 des 30 assureurs-accidents ont dû corriger et redéposer leurs comptes d'exploitation.

Outre les corrections exigées, dans dix cas, les suppléments pour frais administratifs constatés étaient insuffisants pour couvrir les coûts effectifs. Les assureurs LAA concernés ont dû améliorer la situation en augmentant le supplément pour frais administratifs.

5 Surveillance de l'assurance militaire

Les militaires de carrière doivent s'acquitter d'une prime appropriée pour les prestations de l'assurance militaire en cas de maladie. Il en va de même des militaires de carrière retraités qui peuvent souscrire auprès de l'assurance militaire une assurance de base facultative, par analogie avec l'AOS selon la LAMal. Dans les deux cas, la prime représente 2,3 % du montant maximal du gain annuel assuré (dès le 1^{er} janvier 2017 : 152 276 francs).

Etant donné que l'adaptation des primes dans l'assurance militaire ne se base pas sur l'évolution des coûts comme dans l'AOS, mais sur l'évolution du gain maximal assuré, elle ne progresse pas au même rythme que la croissance des frais de maladie des assurés à titre professionnel et facultatif. Les déficits de cette assurance ont ainsi augmenté de 0,8 million de francs en 2012 à plus de 4,0 millions en 2015. Le taux de couverture des coûts a également diminué de façon progressive jusqu'à s'établir au-dessous de 80 % en 2015 avec la perspective de tomber à 70 % ces prochaines années. Des propositions de loi ont donc été soumises

dans le cadre du message sur le programme de stabilisation 2017-2019 afin de parvenir à une augmentation des primes dans l'assurance militaire. L'objectif consiste à couvrir les coûts effectifs de l'assurance militaire (frais de guérison et contribution aux frais d'administration) pour l'assurance-maladie des assurés à titre professionnel et facultatif à au moins 80 %. La première année suivant l'entrée en vigueur des nouvelles bases légales, la prime augmentera à environ 340 francs par mois, ce qui correspond à une hausse exceptionnelle de 16 % par rapport à la prime d'environ 292 francs par mois déterminante en 2017 en vertu du droit en vigueur. Les années suivantes, une augmentation annuelle des primes d'approximativement 4 à 5 % sera nécessaire pour atteindre l'objectif.

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

En 2016, l'autorité de surveillance se charge pour la première fois de la surveillance de l'IC LAMal conformément à la LSAMal.

Dans le cadre de l'entraide internationale en matière de prestations entre Etats, 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. En début d'année, l'IC LAMal fournit le budget définitif du financement des tâches par la Confédération dans le domaine des engagements internationaux pour l'année n+2. Pendant l'année en cours, l'IC LAMal communique à l'autorité de surveillance des factures d'acompte trimestrielles lui permettant de satisfaire à ses engagements. Le décompte final intervient lors du dépôt annuel du compte d'exploitation. Les frais d'administration et de capital pour l'année 2016 se sont élevés à 2,7 millions.

A la fin de l'automne 2015, l'IC LAMal a par ailleurs émis une proposition pour la réduction des primes pour les assurés domiciliés dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. Près de 1,2 million de francs a été payé en 2016 au titre de la réduction des primes pour les assurés domiciliés dans des pays de l'UE/AELE. La somme éventuellement non utilisée est reportée sur l'exercice comptable suivant.

L'IC LAMal remet chaque année à l'autorité de surveillance les documents suivants :

- le rapport annuel publié,
- un bilan,
- un compte d'exploitation pour chaque domaine de compétence,
- un compte d'exploitation général,
- un récapitulatif des réserves dans le domaine de la réduction des primes,
- le rapport de l'organe de révision,
- des données statistiques dans le domaine de la réduction des primes.

L'autorité de surveillance contrôle la situation financière de l'IC LAMal sur la base des documents reçus et veille à ce que celle-ci accomplisse les tâches qui lui ont été confiées conformément à la loi. Les questions en suspens ou les doutes sont clarifiés au fur et à mesure avec l'IC LAMal ou l'organe de révision.

Les règlements de l'IC LAMal requièrent l'approbation du département. L'autorité de surveillance assure en amont le contrôle des modifications et des nouveaux règlements pour le département. Durant l'exercice sous revue, elle a procédé au contrôle préalable de modifications du règlement des placements des fonds d'insolvabilité.

7 Autres activités en relation avec la surveillance

7.1 Données de la surveillance

La surveillance de l'assurance-maladie et accidents s'appuie sur un certain nombre d'activités statistiques qui ont pour but de fournir 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 ainsi œuvrer 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, 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, la somme totale des primes, etc. Ces données 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) et accessible à tous.

7.2 Demandes des assurés

En 2016, l'autorité de surveillance a reçu environ 3700 demandes écrites et 5500 demandes téléphoniques. Les demandes sont variées et couvrent tout le spectre de l'assurance-maladie sociale. Un grand nombre d'entre elles concernent la conclusion de l'assurance et le changement d'assureur ainsi que les primes, les retards et les refus de prestations, la participation aux coûts, notamment en cas de maternité. Un nombre croissant de demandes se rapporte au domaine international. Des particuliers, mais aussi de nombreux autres organismes (autorités, entreprises, associations, instances étrangères) se renseignent sur la situation juridique.

7.3 Correction des primes 2016

Des déséquilibres entre les primes de l'AOS et les coûts des prestations médicales sont apparus dans les cantons entre 1996 et 2013. Dans certains cantons, le rapport entre les primes et les coûts était moins élevé que dans d'autres. En mars 2014, le Parlement a décidé une compensation partielle de ces déséquilibres à concurrence de 800 millions de francs. Cette somme est financée à parts égales par la Confédération, les assureurs et les assurés des cantons dans lesquels des primes trop basses ont été payées.

Dans onze cantons, les assurés ont payé un supplément de prime en 2016. Les suppléments de prime se sont élevés à 48 francs pour les assurés des cantons suivants: Appenzell Rhodes-Extérieures, Bâle-Campagne, Berne, Glaris, Jura, Nidwald, Obwald, Schaffhouse, Soleure et Uri, et à 18 francs dans le canton de Lucerne. Ces suppléments cumulés représentent une somme d'environ 99,3 millions.

En 2016, les assureurs-maladie ont versé un total de 188 millions de francs aux assurés dans les cantons suivants: Appenzell Rhodes-Intérieures, Fribourg, Genève, Grisons, Tessin, Thurgovie, Vaud, Zoug et Zurich. La répartition entre les cantons a été effectuée au prorata du montant excédentaire de leurs primes dans le passé.

Les 188 millions étaient constitués de deux montants: en 2016, la Confédération s'est acquittée d'une contribution de 88,7 millions de francs versée aux assurés sous la forme d'un « remboursement de primes ». Les assurés domiciliés dans les cantons dans lesquels des primes trop basses ont été payées par le passé ont financé ensemble les 99,3 millions restants. Ceux-ci ont été versés sous la forme d'une « diminution de prime » aux assurés domiciliés dans les cantons dans lesquels des primes trop élevées avaient été payées par le passé.

Pour finir, quelque 363 millions de francs seront remboursés en 2017. Cette somme est constituée de la contribution fédérale de 88,7 millions ainsi que de la contribution des assureurs à hauteur d'environ 274 millions. Aucun supplément de prime

ne sera plus perçu en 2017, car les suppléments de prime des années 2015 et 2016 ont déjà permis d'atteindre la contribution maximale de 266 millions de francs due par les assurés.



8 Annexes

8.1 Modification de l'ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI) au 1^{er} janvier 2017

Prise en compte des réserves de l'assurance-accidents selon la LAA

La loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) oblige les assureurs à constituer des réserves pour compenser les variations des résultats d'exploitation. Elle habilite le Conseil fédéral à édicter des directives (art. 90, al. 3, LAA dans la version du 25 septembre 2015 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017).

Sur la base de cette disposition, le Conseil fédéral a contraint les assureurs qui pratiquent l'assurance-accidents selon la LAA à quantifier leurs risques déterminants dans ce domaine selon les art. 10 à 13 de l'OSAMal et à établir tous les ans un rapport à l'intention de l'autorité de surveillance (art. 111, al. 3, OLAA dans la version du 9 novembre 2016 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017).

Suite à cette adaptation, le DFI a modifié le formulaire électronique de l'ORe-DFI de telle sorte que les assureurs qui pratiquent l'assurance-accidents selon la LAA ne quantifient pas uniquement leurs risques déterminants conformément à la LSAMal, mais aussi à la LAA et fusionnent les réserves constituées conformément à la LAA et à la LSAMal et les comparent au niveau minimal des réserves exigé en vertu de la LAA et de la LSAMal.

Aujourd'hui, trois assureurs selon la LSAMal pratiquent également l'assurance-accidents selon la LAA, en plus de l'assurance-maladie sociale.

Détermination des réserves existantes

La valeur des réserves s'entend comme la différence entre la valeur des actifs et la valeur des engagements.

C'est la raison pour laquelle des changements ont été opérés quant à la détermination des réserves existantes (calcul du capital de base, prise en compte du capital complémentaire).

8.2 Révision de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes

L'ordonnance du DFI du 25 novembre 2015 sur les régions de primes (RS 832.106) a été modifiée le 24 novembre 2016. Cette modification, qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, consiste en une mise à jour de l'annexe de l'ordonnance contenant la liste des communes suisses et la région de primes à laquelle chaque commune appartient. L'annexe a dû être mise à jour à la suite des fusions de communes qui ont été réalisées en vigueur dans le courant de l'année 2016 ou qui seront effectives à partir du 1^{er} janvier 2017.

8.3 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

Lorsqu'ils remplissent certaines conditions énoncées dans la LSAMal et dans l'OSAMal, les assureurs ont le droit de compenser les primes encaissées en trop et de réduire les réserves excessives. Les assureurs doivent comptabiliser les flux de capitaux de manière séparée et uniforme afin de garantir leur traçabilité et leur transparence. A cette fin, quatre nouveaux comptes ont dû être ajoutés au plan comptable qui constitue une annexe de l'ordonnance sur l'établissement des comptes et la présentation des rapports dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121.1). Une modification de cette dernière était donc nécessaire, et l'autorité de surveillance l'a adoptée le 24 novembre 2016.

La modification de l'ordonnance a été publiée (RO 2016 4649). Vous trouverez le plan comptable dans sa nouvelle version, valable à compter du 1^{er} janvier 2017 sur le site Internet de l'OFSP à la rubrique *Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Assureurs et surveillance > Présentation des rapports > Présentation des comptes et des rapports.*

9 Glossaire

Audit

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

Collectifs de risques

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

Combined ratio

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

Conformité

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

Couverture des besoins

La couverture des besoins signifie que les primes reçues pour une année par un assureur doivent suffire à couvrir l'ensemble des besoins, soit les coûts de prestations de l'assureur-maladie pour cette même année.

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.

Formulaire EF ABWD (reporting sur les paiements des prestations AOS suisse)

Les assureurs-maladie déterminent leurs besoins en matière de provisions techniques grâce au triangle de liquidation. Celui-ci permet de prédire l'évolution future des prestations (charge d'assurance). Différents procédés sont disponibles, notamment la méthode Chain-Ladder.

Provisions techniques

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

10 Tableau des abréviations

<i>AA</i>	Assurance accidents
<i>ANP</i>	Accidents non professionnels
<i>AOS</i>	Assurance obligatoire des soins
<i>AP</i>	Accident professionnel
<i>ASR</i>	Autorité fédérale de surveillance en matière de révision
<i>CNA</i>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<i>DFI</i>	Département fédéral de l'intérieur
<i>EXPERTsuisse</i>	Association suisse des experts en audit, fiscalité et fiduciaire
<i>FINMA</i>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
<i>IC LAMal</i>	Institution commune LAMal
<i>LAA</i>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
<i>LAMal</i>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
<i>LCA</i>	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (RS 221.229.1)
<i>LSA</i>	Loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance (RS 961.01)
<i>LSAMal</i>	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12)
<i>OAMal</i>	Ordonnance sur l'assurance-maladie (RS 832.102)
<i>OFSP</i>	Office fédéral de la santé publique
<i>OLAA</i>	Ordonnance sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
<i>ORe-DFI</i>	Ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (RS 832.102.15)
<i>OSAMal</i>	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
<i>PPDPT</i>	Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence
<i>RO</i>	Recueil officiel du droit fédéral
<i>RS</i>	Recueil systématique du droit fédéral
<i>SCI</i>	Système de contrôle interne
<i>SRD</i>	Services de réception de données



