



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Rapport d'activité 2020

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



Éditeur

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

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
Case postale
CH-3003 Berne
Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen.html

Date de publication

Février 2021

Commandes

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

Versions linguistiques

Cette brochure paraît en français et en allemand.

Version numérique

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

Table des matières

1	Avant-propos	6
2	Conséquences de la pandémie COVID-19 pour l'activité de surveillance	8
3	Principes	9
3.1	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-maladie	9
3.2	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-accidents	9
3.3	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire	9
4	Surveillance des assureurs-maladie	11
4.1	Interventions sur la base d'indicateurs financiers	11
4.2	Test de solvabilité LAMal 2020	11
4.3	Approbation des primes 2021	12
4.4	Compensation des primes encaissées en trop	13
4.5	Contrôle de la fortune liée et du système de contrôle interne (SCI) par l'organe de révision externe	13
4.6	Réassurance dans la LAMal	14
4.7	Analyse des rapports de gestion	15
4.8	Modifications dans les plans d'exploitation	15
4.9	Mise en œuvre d'EESSI dans l'assurance obligatoire des soins	16
4.10	Audit	16
4.11	Procédures traitées	17
5	Surveillance des assureurs-accidents	18
5.1	Tarifs de primes / comptes d'exploitation	18
5.2	Situation des taux	19
5.3	Exemption de l'obligation légale d'assurance pour les clubs sportifs	20
5.4	Mise en œuvre d'EESSI dans l'assurance-accidents obligatoire	20
6	Surveillance de l'assurance militaire	21
6.1	Nouvel indice de référence dans l'assurance militaire	21
7	Surveillance de l'Institution commune LAMal	22
8	Autres activités en relation avec la surveillance	24
8.1	Données de la surveillance	24
8.2	Demandes des assurés	24
9	Annexes : législation	25
9.1	Modification de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal ; RS 832.12) concernant l'activité des intermédiaires d'assurance	25
9.2	Modification de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal ; RS 832.121)	25
9.3	Modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10, réduction des primes) en tant que contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes	25
9.4	Modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR ; RS 832.112.1)	26
9.5	Modification de l'ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR-DFI ; RS 832.112.11)	26
9.6	Modification de l'ordonnance du DFI sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP-DFI ; RS 832.102.2)	26

9.7	Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (RS 832.106)	27
9.8	Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2021 permettant de calculer la réduction des primes dans l'Union européenne, en Islande et en Norvège (RS 832.112.51)	27
9.9	Modification de l'ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI ; RS 832.102.15)	27
9.10	Révision totale de l'ordonnance sur les travaux de construction (RS 832.311.141)	28
9.11	Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (RS 833.11) ; adaptation des primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance facultative	28
9.12	Ordonnance AM sur l'adaptation (RS 833.12) ; adaptation des prestations de l'assurance militaire à l'évolution des salaires et des prix	28
10	Rapports du Conseil fédéral	29
10.1	Rapport de postulat 13.3224 Humbel : Décharger l'assurance-maladie de coûts injustifiés	29
10.2	Rapport en réponse au postulat 17.3880 Humbel relatif à la réduction individuelle des primes	29
11	Glossaire	30
12	Liste des abréviations	31



1 Avant-propos

La pandémie de COVID-19 a aussi affecté l'activité de surveillance dans l'assurance-maladie et accidents sociale. D'une part, il s'est agi de garantir cette activité en tirant parti de toutes les possibilités techniques avec des collaborateurs en télétravail et, d'autre part, il a fallu traiter de nombreuses questions et assumer de nouvelles tâches en lien avec la crise. Il est satisfaisant de constater que l'interaction entre la surveillance et les assureurs a bien fonctionné même en cette période difficile, un échange constructif et respectueux ayant toujours pu être maintenu.

C'est ainsi que le groupe de travail « Corona Board » mis sur pied avec les fédérations d'assureurs et la Commission des tarifs médicaux LAA a permis d'examiner des questions actuelles de droit de la surveillance et de leur apporter rapidement une solution pragmatique, adaptée à la situation, ou une clarification pour le domaine de l'assurance-maladie et accidents. Dès le départ, les conséquences de la pandémie sur l'évolution des coûts et des primes ont aussi été au centre de l'attention dans ces deux branches d'assurance. La surveillance et des représentants des assureurs et de leurs fédérations ont eu des échanges de vues réguliers dans le cadre du groupe de travail « Hausses et baisses de coûts dues au COVID-19 » très vite constitué, afin de se faire le plus tôt possible une idée des hausses et des baisses de coûts induites par la pandémie et de leurs conséquences pour la prochaine année d'assurance, surtout dans l'optique des primes d'assurance-maladie.

L'attention s'est portée ici surtout sur les coûts des prestations hospitalières et ambulatoires, ainsi que sur ceux des tests. Bien que l'entreprise se soit révélée matériellement ardue, ces échanges se sont caractérisés par des efforts résolus dans l'intérêt d'un bon fonctionnement du système d'assurance même en temps de crise. On peut

en dire autant de la mise en œuvre de la stratégie adoptée par la Confédération en matière de tests, avec les tâches de facturation et de contrôle allant de pair. Nos plus vifs remerciements vont à tous les acteurs pour leur esprit de coopération.

Le processus d'approbation des primes a fait l'objet d'une attention toute particulière en raison des circonstances dues à la pandémie. Il a été constaté qu'à deux regrettables exceptions près, l'interdiction de communication préalable des primes conformément aux précisions apportées par la surveillance a été systématiquement respectée, ce qui est très réjouissant. Cela a permis d'assurer un bon déroulement du processus d'approbation, sans entraves et sans effets de distorsion de la concurrence. La surveillance s'efforce d'organiser ce processus de la manière la plus transparente possible, en respectant pleinement les droits de participation prévus par la loi. C'est ainsi qu'une documentation détaillée a été fournie aux cantons pour leur permettre d'exercer leur droit de donner leur avis sur l'estimation des coûts. Il est compréhensible que, selon les résultats, l'approbation des primes puisse susciter des critiques. La surveillance n'en est pas moins tenue d'accomplir ses tâches conformément aux prescriptions légales. Ce faisant, elle doit veiller en particulier à ce que les primes couvrent les coûts, notamment afin d'empêcher un subventionnement croisé entre cantons.

Un autre thème prioritaire de l'activité de surveillance a consisté dans l'évolution des réserves des assureurs-maladie, lesquelles – alors que le taux de solvabilité moyen est resté de 203 % – sont passées de 9,1 milliards de francs en 2019 à 11,3 milliards en 2020. Cette augmentation est surtout le résultat de deux facteurs positifs : le ralentissement du renchérissement des prestations et les gains réalisés sur les marchés des capitaux. Le fait que les primes continuent d'augmenter bien

que la situation en matière de réserves soit des plus confortables se heurte à l'incompréhension du public et n'est plus admis sans broncher par le monde politique. Même si cette situation doit être considérée séparément pour chaque caisse-maladie, le Conseil fédéral estime que, dans l'ensemble, les réserves sont trop élevées. Un projet de révision de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal) a donc été mis en consultation pour y remédier. Il prévoit, d'une part, d'instaurer une hiérarchisation des instruments de réduction des réserves qui existent déjà et, d'autre part, de favoriser la réduction des réserves en autorisant celle-ci tant que la réserve minimale légale reste garantie dans un scénario pessimiste. Ces réductions restent toutefois facultatives.

Déposée le 23 janvier 2020, l'initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie » (initiative d'allègement des primes) vise à ce que les assurés ne doivent pas consacrer plus de 10 % de leur revenu disponible aux primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le financement de la part des primes dépassant ces 10 % devrait être assumé à deux tiers au moins par la Confédération, le reste étant à la charge des cantons. Le Conseil fédéral rejette cette initiative, car elle ne fait pas baisser les coûts et la contribution de la Confédération dépasserait

celle des cantons bien que ces derniers puissent aussi contribuer à la maîtrise des coûts. Il y oppose un contre-projet indirect, qui prévoit d'obliger chaque canton à réduire les primes au moyen d'un montant minimal correspondant à une proportion donnée des coûts bruts de l'AOS occasionnés par les assurés du canton. Ce dispositif prendrait en compte la mesure dans laquelle les primes grèvent en moyenne le revenu disponible des assurés. Quand le projet mis en consultation aura été remanié, la surveillance s'attaquera à la suite des travaux législatifs afin que le message afférent puisse être remis au Parlement en octobre 2021.

Cristoforo Motta

Responsable ad interim de la division Surveillance de l'assurance

2 Conséquences de la pandémie COVID-19 pour l'activité de surveillance

En raison de la pandémie de COVID-19, le Conseil fédéral a déclaré, le 16 mars 2020, la situation en Suisse « extraordinaire » au sens de la loi fédérale sur les épidémies. Cette décision ainsi que la situation tendue du système de santé en raison des mesures d'urgence que devaient prendre les fournisseurs de prestations, en particulier les hôpitaux, ont conduit l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à assouplir certaines conditions de prise en charge des prestations de l'AOS. Dans d'autres domaines aussi, des réglementations temporaires dérogatoires ont dû être prévues.

De nouvelles questions devant être résolues rapidement n'ont cessé de se poser. C'est pourquoi, depuis mars 2020, des séances communes baptisées « Corona Boards » ont eu lieu entre l'OFSP, les fédérations d'assureurs curafutura et santé-suisse et la Commission des tarifs médicaux LAA. Hebdomadaires au début, ces séances se sont ensuite tenues en fonction des besoins. Y ont été discutées des questions concernant la surveillance, la tarification et les prestations. Des fiches d'information ont été rédigées sur certains thèmes et publiées sur le site de l'OFSP, et certaines informations ont été communiquées à tous les assureurs. Ces séances ont de nouveau lieu depuis le début de la deuxième vague de la pandémie. En outre, un groupe de travail réunissant la surveillance et des représentants des assureurs et de leurs fédérations a été institué. Il a permis un échange de vues sur les hausses et les baisses de coûts dues à la pandémie et sur les effets de celles-ci sur les primes.

En ce qui concerne le transfert de patients de soins aigus en réadaptation, les demandes de garantie de remboursement pouvaient ainsi être adressées en même temps que le transfert, une demande préalable de garantie n'étant pas nécessaire.

Pour ce qui est de la suspension de l'obligation de l'assurance-maladie en cas de service militaire, les délais d'annonce ont été modifiés afin que les militaires convoqués à court terme pour le service d'appui « Corona 20 » puissent aussi profiter de la suspension.

Il a également été demandé aux cantons qui tiennent des listes des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites de suspendre l'application stricte de celles-ci.

Durant un certain temps, le Conseil fédéral a décidé une suspension des poursuites dans tout le pays. Les assureurs ont ainsi été informés qu'ils pouvaient renoncer à exiger le respect des délais pour les rappels et les sommations tant que durait la situation extraordinaire.

S'agissant des personnes pour qui l'Accord sur la libre circulation ou la Convention AELE sont applicables et qui sont normalement soumises au droit suisse des assurances sociales en vertu du droit européen de coordination en matière de protection sociale, rien n'a changé quant à leur assujettissement à l'assurance dans le cas où la situation extraordinaire a entraîné un changement du lieu de travail. Celles qui ont temporairement exercé leur activité professionnelle entièrement ou davantage depuis chez elles sont restées assurées en Suisse. Cette règle s'est appliquée et s'applique encore, par exemple, pour les frontaliers qui vivent dans un pays de l'espace UE/AELE, sont normalement actifs en Suisse et pratiquent maintenant le télétravail.

Les personnes qui séjournaient en Suisse au bénéfice d'un permis de séjour ou en raison de l'exercice d'une activité lucrative prenant fin le 31 mars 2020 ou plus tard et qui n'ont pu quitter le pays sont restées assurées en Suisse jusqu'au moment de leur départ.

Parmi les autres thèmes traités par la surveillance, citons l'organisation d'assemblées générales d'associations ou d'assemblées des actionnaires, ainsi que les questions d'application relatives à la facturation des tests de dépistage du COVID-19 pour lesquels les coûts étaient pris en charge par la Confédération.

3 Principes

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

L'OFSP surveille les assureurs de l'assurance-maladie sociale (caisses-maladie et entreprises d'assurance privées concernées), les réassureurs de l'assurance-maladie sociale ainsi que l'Institution commune LAMal (IC LAMal) en vertu de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal; RS 832.12), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, et de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal; RS 832.121). En tant qu'autorité de surveillance, il doit notamment garantir la protection des assurés et la solvabilité des assureurs. Outre les directives de financement et les prescriptions relatives à l'approbation des primes, la LSAMal et l'OSAMal fixent, en matière d'activité irréprochable, de gestion des risques, de contrôles internes et de révision externe, des règles que les assureurs doivent suivre et l'autorité de surveillance, contrôler.

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

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), on distingue, d'une part, la surveillance de l'application uniforme de la loi (surveillance dite de la loi ou de l'application) et, d'autre part, la surveillance de la gestion et de la solvabilité (surveillance dite institutionnelle). La surveillance de l'application est du ressort de l'OFSP pour toutes les sociétés d'assurance qui proposent l'assurance selon la LAA, qu'il s'agisse d'assureurs privés, de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) ou de caisses publiques d'assurance-accidents.

En ce qui concerne la surveillance institutionnelle, elle incombe à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) lorsqu'il s'agit d'assureurs privés. L'OFSP et la FINMA

doivent coordonner leurs activités. La CNA, quant à elle, est soumise au Conseil fédéral pour la haute surveillance institutionnelle, exercée par l'OFSP, alors que la surveillance institutionnelle directe de cette caisse incombe à son conseil d'administration. Les caisses publiques d'assurance-accidents, pour leur part, sont surveillées par les collectivités qui les ont mises en place. Enfin, les assureurs tels que définis par la LSAMal sont soumis à l'OFSP pour la surveillance de l'application et pour la surveillance institutionnelle.

3.3 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.

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



4 Surveillance des assureurs-maladie

4.1 Interventions sur la base d'indicateurs financiers

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

En début d'année, trois critères prudentiels – quotient de solvabilité, ratio combiné 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 février 2020, l'autorité de surveillance a communiqué, par courrier personnalisé, son évaluation aux assureurs concernés. Elle leur a fait part des éventuelles faiblesses constatées et des mesures associées en leur priant généralement de prendre position.

Concrètement, l'autorité de surveillance a constaté que cinq assureurs-maladie ne répondaient que partiellement aux attentes en matière de financement. Quatre assureurs-maladie se sont soumis à un reporting trimestriel, alors qu'un a dû le faire mensuellement.

4.2 Test de solvabilité LAMal 2020

Les assureurs doivent disposer de réserves suffisantes pour garantir leur solvabilité dans l'assurance-maladie sociale. Le niveau minimal de ces fonds propres est déterminé depuis 2012 sur la base des risques auxquels l'assureur est exposé (art. 14 LSAMal). Dans le test de solvabilité LAMal, comme dans le Swiss Solvency Test de la FINMA, les risques d'assurance, les risques de marché et les risques de crédit sont évalués et enrichis par des scénarios spécifiques pour l'assurance-maladie ainsi qu'en lien avec les marchés financiers. Le ratio de solvabilité pour une année donnée correspond au rapport entre les réserves disponibles au début de l'année et les réserves minimales déterminées sur la base des risques encourus. Le niveau de sécurité est fixé à 1%. Autrement dit, les réserves doivent pouvoir absorber les pertes dans 99 cas sur 100 et suffire même à couvrir la moyenne des pertes des cas restants. Une part importante des engagements des assureurs-maladie est constituée par les provisions techniques. Afin d'évaluer par des méthodes actuarielles l'adéquation et le risque d'estimation des provisions, l'OFSP recueille chaque année depuis la mise en place du test de solvabilité LAMal, avec une granularité mensuelle, les données concernant le traitement des cas. L'OFSP a contrôlé les tests de solvabilité LAMal 2020 saisis et les rapports correspondants. Comme certaines saisies ne satisfaisaient pas aux exigences, l'OFSP a dû en exiger de nouvelles. Cette année, la prise en compte de la pandémie de COVID-19 a représenté un défi particulier. Fin avril, au moment de la remise du test de solvabilité, il n'était guère possible encore d'estimer les conséquences. L'autorité de surveillance a demandé aux assureurs des informations complémentaires qui soient suffisantes pour pro-

céder à une estimation de la situation sans pour autant mobiliser à l'excès leur personnel, déjà fortement mis à contribution durant le semi-confinement. Les ratios de solvabilité, les niveaux minimaux des réserves pour 2020 et les réserves disponibles au 1^{er} janvier 2020 ont été publiés le 22 septembre 2020. Le tableau ci-dessous indique, par année, le nombre d'assureurs dont la solvabilité était insuffisante.

Année	2013	2014	2015	2016
Nombre total d'assureurs	68	67	65	63
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	7	7	3	14

Année	2017	2018	2019	2020
Nombre total d'assureurs	59	57	57	56
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	6	2	0	1

Pour l'évaluation du ratio de solvabilité des assureurs, il faut savoir que, pour un d'entre eux, ce ratio inclut une augmentation de capital. Cette évaluation a été contestée par l'OFSP. Sans cet apport de fonds, le ratio de solvabilité de l'assureur en question aurait été plus bas.

4.3 Approbation des primes 2021

Les assureurs-maladie ont remis à l'OFSP pour le 31 juillet 2020, pour approbation, les primes prévues pour 2021, ainsi que leur estimation des coûts et l'indication du nombre d'assurés. Le contrôle et l'approbation des primes présentées par les assureurs se fondent sur la LSAMal et ses dispositions d'exécution. L'approbation des primes garantit que celles-ci répondent aux exigences légales. L'autorité de surveillance a la compétence d'exiger des hausses ou des baisses

de primes si ces dernières ne correspondent pas aux coûts attendus. Elle veille, en particulier, à ce que les primes couvrent les coûts dans chaque canton, afin d'éviter les subventionnements croisés entre cantons et de garantir que les assureurs disposent de réserves suffisantes pour couvrir les risques liés à une évolution inattendue.

L'OFSP vérifie les primes de l'AOS pour les assurés suisses, pour les assurés résidant dans un état de l'espace UE/AELE qui sont assurés selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), ainsi que pour l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal. Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire pour les assurés suisses, 50 assureurs ont soumis plus de 250 000 primes pour approbation. Deux assureurs n'ont pas présenté leurs primes dans le délai prescrit. Comme les assureurs sont actifs dans une vingtaine de cantons en moyenne, il a fallu contrôler les primes de plus de 1000 collectifs de risques. De plus, quelques assureurs proposent aussi une assurance UE/AELE, et certains ne proposent que l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.

Sur la base de la situation individuelle de l'assureur en matière de réserves et des revenus attendus du capital, l'OFSP évalue le combined ratio, c.-à-d. le rapport entre dépenses et recettes que les assureurs doivent obtenir l'année suivante. Si un assureur dispose de réserves suffisantes, il peut faire prendre en compte les revenus de son capital, et ce à raison du rendement obtenu en moyenne sur les dix dernières années. Son combined ratio peut alors dépasser les 100 %. En revanche, s'il doit augmenter ses réserves, le combined ratio à viser sera nettement inférieur à 100 %.

L'OFSP a vérifié la plausibilité des estimations et des budgets présentés pour 2020 et 2021 en se fondant sur des prévisions des coûts, des valeurs empiriques et des comparaisons entre assureurs. La situation particulière due à la pandémie a rendu la chose plus difficile, notamment parce que la rapidité avec laquelle les prestataires ont facturé leurs prestations a diminué pour certains et augmenté pour d'autres. Les coûts prévision-

nels qui servent habituellement à vérifier la plausibilité des estimations étaient entachés d'une plus grande incertitude que d'ordinaire, du fait que le coût d'un vaccin éventuel et l'évolution future de la pandémie étaient encore loin d'être connus. Les résultats des travaux du groupe cité dans l'avant-propos ont parfois été utiles dans ce contexte. Le perfectionnement de la compensation des risques par l'inclusion des groupes de coûts pharmaceutiques (PCG), critère appliqué pour la première fois pour l'année de compensation 2020, représentait cette année un défi particulier. Afin de vérifier la plausibilité des primes présentées par les assureurs, l'OFSP s'est fondé sur trois tests dans lesquels une compensation des risques fictive a été calculée pour 2017, 2018 et 2019 avec inclusion de ce nouveau facteur de morbidité.

Les primes de tous les assureurs ont été approuvées pour toute l'année 2021, et publiées le 22 septembre 2020. La hausse de la prime moyenne suisse par rapport à 2020 est de 0,5 %. La variation est de 0,4 % pour les adultes (à partir de 26 ans) et pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans) et de -0,1% pour les enfants (moins de 18 ans). En même temps que les primes, la demande de réduction volontaire de réserves présentée par un assureur (pour un montant de 28 millions de francs) a été approuvée.

4.4 Compensation des primes encaissées en trop

La LSAMal permet à un assureur de demander à l'OFSP une compensation des primes si ses recettes de primes dans un canton dépassent nettement, sur une année, les coûts cumulés dans ce canton, afin de rétablir l'équilibre entre primes et coûts. Ainsi, les assurés peuvent bénéficier d'un remboursement de primes s'ils vivent dans un canton dans lequel les primes de l'assureur se sont avérées après coup trop élevées, ou que les coûts des traitements médicaux ont été inférieurs

à ce qui avait été prévu lors de la fixation des primes. En 2020, onze assureurs ont présenté à l'autorité de surveillance des demandes de compensation des primes encaissées en trop, compensations qu'elle a approuvées. Ces assureurs ont demandé des versements compensatoires pour l'exercice 2019 dans différents cantons pour un montant total de 183 millions de francs. Plus d'un million de personnes qui étaient assurées auprès d'eux dans les cantons concernés au 31 décembre 2019 ont bénéficié de ces remboursements.

Le Conseil fédéral vise à ce que le calcul des primes soit plus précis. Les assurés, par principe, ne devraient pas payer des primes trop élevées et, lorsque c'est le cas, ils devraient obtenir le remboursement du montant payé en trop. C'est pourquoi le Conseil fédéral souhaite préciser les conditions d'application du remboursement des primes encaissées en trop par les assureurs. La modification de l'OSAMal proposée dans ce but a été mise en consultation le 18 septembre 2020. Si, dans un canton, les recettes de primes dépassent nettement les coûts cumulés, l'assureur peut déjà procéder à une compensation des primes dans ce canton (art. 17, al. 1, LSAMal). Le droit en vigueur ne précise toutefois pas quand cette condition est remplie. Le nouvel art. 30a, al. 1, OSAMal définira le moment auquel les recettes de primes dépassent nettement les coûts cumulés. Cette modification devrait entrer en vigueur en juin 2021.

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

Les programmes de test élaborés par l'autorité de surveillance concernant la fortune liée ainsi que les contrôles et le SCI à l'échelle de l'entreprise lui ont été remis par les organes de révision externes pour la deuxième fois déjà. Tant les con-

trôles effectués par les organes de révision externes pour l'exercice 2019 que les contrôles de suivi exigés pour les irrégularités constatées sur l'exercice 2018 ont été intégrés dans les rapports sur l'audit prudentiel 2019. Par rapport à l'exercice 2018, le nombre de recommandations formulées par les organes de révision a nettement diminué, tant en ce qui concerne la fortune liée que le SCI. Il en va un peu autrement pour ce qui est des irrégularités constatées : alors que celles-ci ont légèrement diminué en 2019 concernant la fortune liée, elles ont fortement augmenté s'agissant du SCI, surtout sous l'effet d'une application plus systématique des instructions d'audit.

Les documents de travail remis par les organes de révision ont fait l'objet d'une revue critique. Toutes les constatations importantes, en particulier les irrégularités et les recommandations formulées, ont été discutées avec les organes de révision. Comme l'année précédente, tous les organes de révision ont été invités à l'OFSP à l'automne en vue de garantir une compréhension uniforme de l'évaluation et du suivi des constatations faites. À la suite de cet échange avec les réviseurs, des entretiens individuels ont encore eu lieu avec tous les organes de révision. L'autorité de surveillance a communiqué aux assureurs et à leurs organes de révision que les irrégularités devaient être corrigées et les recommandations être suivies dans les délais fixés. Les organes de révision procéderont à un contrôle des mesures mises en place suite aux constatations faites pour l'exercice 2019 et en rendront compte à l'OFSP dans leur prochain rapport sur l'audit prudentiel.

4.6 Réassurance dans la LAMal

Pour se protéger contre une accumulation imprévue de cas de maladie coûteux, les petits assureurs-maladie, principalement, concluent des contrats de réassurance. En général, le réassureur prend en charge tous les coûts qui dépassent une limite convenue jusqu'à un montant maximal par

année, ou alors le contrat de réassurance porte sur une proportion donnée de primes que l'assureur cède au réassureur. Un tiers environ des assureurs-maladie recourent actuellement à la réassurance. Quelque 107 millions de francs de primes ont été payés à ce titre en 2019, et les prestations de réassurance remboursées ont avoisiné les 102 millions de francs. Afin de réduire le capital de risque requis, deux assureurs importants ont conclu un contrat portant sur la cession de respectivement 20 % et 30 % de leurs primes. En conséquence, les primes de réassurance et les prestations ont fortement augmenté par rapport à l'exercice précédent, où les primes cédées se montaient à quelque 11 millions de francs, et les prestations de réassurance, à 5,5 millions de francs environ.

Depuis l'entrée en vigueur de la LSAMal, tous les nouveaux contrats de réassurance ainsi que leurs primes doivent être approuvés par l'autorité de surveillance.

Le contrôle des primes de réassurance consiste à vérifier si celles-ci correspondent aux risques repris, compte tenu de la situation individuelle des assureurs et du type de contrat conclu.

L'autorité de surveillance a contrôlé uniformément les contrats qui lui ont été soumis et qui sont entrés en vigueur en 2020 selon les critères suivants :

- Le réassureur doit détenir une autorisation de pratiquer la réassurance des risques de l'assurance-maladie sociale.
- Les primes peuvent être cédées à hauteur de 50 % au maximum.
- Le contrat doit pouvoir être résilié pour la fin de chaque année civile et le délai de résiliation doit être d'au moins six mois.
- L'assureur ne peut conclure le contrat qu'aux conditions qui conviendraient aussi avec des tiers indépendants.

L'autorité de surveillance vérifie en outre dans quelle mesure le contrat influe sur la situation en matière de risques et si le test de solvabilité LAMal peut en tenir compte. Le contrôle des réassurances les plus courantes d'excédents de

grands sinistres ou de cession d'une proportion de primes se fonde principalement sur des données recueillies systématiquement, les données individuelles de BAGSAN. En cas de besoin, l'autorité de surveillance peut en recueillir d'autres. Aucun schéma général ne peut être indiqué pour les contrats Stop Loss. Dans leur cas, un contrôle actuariel des primes et du contrat s'impose. L'autorité de surveillance a approuvé fin 2020 six nouveaux contrats de réassurance prenant effet au 1^{er} janvier 2021. Les contrats en cours restent valides sans changement.

4.7 Analyse des rapports de gestion

Depuis l'entrée en vigueur de la LSAMal, de nouvelles dispositions s'appliquent également aux rapports de gestion à partir de l'exercice 2016. Ces normes minimales prescrites par la loi garantissent l'obligation d'information des assureurs-maladie vis-à-vis des assurés concernant leur activité commerciale.

Les indemnités accordées aux membres du conseil d'administration et de la direction (montant global des indemnités accordées et montant accordé au membre dont la rémunération est la plus élevée, sans mention de son nom) doivent être publiées. La plupart des assureurs se sont conformés pour l'exercice 2019 à cette obligation de déclaration. L'autorité de surveillance est intervenue auprès des assureurs concernés lorsque des indications manquaient ou que les indications fournies étaient lacunaires.

Le rapport de gestion doit comprendre en outre au moins le rapport annuel et la clôture individuelle statutaire révisée des comptes selon Swiss GAAP RPC, avec ses cinq composantes. Il est également contrôlé si les rapports mentionnent certains chiffres-clés essentiels. Les rapports de gestion doivent être remis à l'autorité de surveillance avant le 30 avril de l'année suivante et être publiés le 30 juin au plus tard. Pour les rapports de gestion 2019, les résultats du contrôle du

respect des prescriptions sont dans l'ensemble positifs. L'autorité de surveillance est intervenue auprès de quelques assureurs parce que leur rapport n'a pas été publié dans les délais et que les comptes annuels selon les dispositions RPC étaient incomplets.

4.8 Modifications dans les plans d'exploitation

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

En 2020, la majorité des demandes de modification des plans d'exploitation a concerné des modifications de l'identité et du curriculum vitae des membres des organes d'administration et de direction, des indications sur les moyens de recensement, de limitation et de contrôle des risques, ou des dispositions sur les formes particulières d'assurance et sur les conditions générales d'assurance.

Enfin, conformément aux dispositions transitoires de la LSAMal, les assureurs doivent, dès le 1^{er} janvier 2021, remplir les exigences relatives à la délégation des tâches et garantir une activité irréprochable. Ils ont donc fait parvenir à l'autorité de surveillance la liste des liens d'intérêts et les dé-

clarations de chaque membre des organes d'administration et de direction concernant d'éventuelles procédures pénales, civiles ou administratives ouvertes à leur rencontre.

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

Le rattachement des assureurs-maladie au point d'accès national a débuté en 2020. L'IC LAMal s'y est rattachée dans une première phase, début septembre, les grands assureurs-maladie l'ayant suivie début novembre dans une deuxième phase. Une troisième et dernière phase est prévue début mars 2021 pour les assureurs restants.

Aux termes de l'art. 75c de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) révisée, les services de la Confédération perçoivent auprès des institutions compétentes des émoluments pour le raccordement à l'infrastructure destinée à l'échange électronique des données avec l'étranger et l'utilisation de celle-ci. Le Conseil fédéral a élaboré dans l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) une réglementation relative à ces émoluments, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) facturera aux assureurs les coûts d'utilisation EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) pour la première fois début 2022, pour l'exercice 2021.

4.10 Audit

Les contrôles sur place permettent d'avoir une vision plus précise des assureurs audités et de procéder à des comparaisons entre eux. Outre la vérification que les assureurs respectent les dispositions de la LAMal et de la LSAMal, les au-

dités se sont concentrés en 2020 sur l'égalité de traitement des assurés. Un autre objet prioritaire a consisté dans la vérification, axée sur l'analyse des processus, du contrôle des factures et du caractère économique des prestations des assureurs audités. À cet égard, les processus déterminants, le SCI ainsi que les instruments utilisés pour procéder au contrôle des factures ont été évalués sous l'angle de leur pertinence, de leur adéquation et de leur efficacité.

Tous les assureurs sont analysés et classés chaque année à l'aide d'un système de notation basé sur des critères de risques quantitatifs et qualitatifs. Les résultats de cette notation, l'analyse des données individuelles des assureurs ainsi que d'autres informations servent à déterminer quels assureurs feront l'objet d'un audit la période suivante. Une procédure standardisée garantit que les audits soient effectués de façon professionnelle et uniforme. Si des manquements sont constatés, un délai est imparti à l'assureur concerné pour prendre des mesures. Les assureurs sont tenus de confirmer par écrit que ces mesures ont été appliquées et de les documenter. En cas de points faibles importants, des contrôles de suivi ont lieu pour vérifier que les défauts constatés ont bien été corrigés.

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

Dans le domaine des prestations d'assurance, les assureurs audités remplissent en général bien leurs tâches et respectent leurs obligations concernant le contrôle des factures et de l'économicité des prestations. Mais une partie d'entre eux doivent mieux formaliser l'entretien et le processus de développement du moteur de règles de

contrôle électronique pour le contrôle automatique des factures. En outre, certains assureurs ont été avisés qu'ils devaient mettre fin à l'abandon temporaire de la vérification de l'obligation de prise en charge pour certaines prestations médicales. De plus, il importe de garantir un examen complet des conditions qualitatives de prise en charge des coûts dans le domaine TARMED. Enfin, des points faibles ont été constatés dans la perception de la contribution hospitalière et de la participation légale aux coûts pour les prestations fournies pendant la grossesse, et des mesures d'amélioration ont été exigées en conséquence.

S'agissant de la conformité de l'organisation à la loi sur la protection des données, les critiques ont porté principalement sur quelques accès trop larges à des données personnelles sensibles ou à des documents du médecin-conseil. En vertu du principe de proportionnalité applicable à la protection des données, l'OFSP a exigé la restriction de ces droits d'accès. Il a été interdit à un assureur d'utiliser des données personnelles provenant de l'AOS pour des opérations ciblées de marketing dans le cadre d'une coopération avec un partenaire externe. Enfin, il a été exigé de quelques assureurs qu'ils prennent des mesures pour renforcer le contrôle des prestataires externes.

En ce qui concerne l'obligation d'assurance, des directives ont été données surtout en vue de renforcer le SCI en rapport avec le processus lié aux mutations ayant un effet sur les primes (comme p.ex. un déménagement avec modification de la région de primes). Par ailleurs, des adaptations ont été exigées dans différents domaines, par exemple concernant le changement de modèle d'assurance en cours d'année, les changements de franchise, l'affiliation tardive ou le changement d'assureur. Au chapitre de la conformité des primes, c'est surtout le paiement anticipé de la prime ainsi que, dans un cas, l'application des primes approuvées par l'OFSP qui ont donné lieu à des directives. Enfin, des améliorations ont été exigées concernant la suspension de la couverture accidents pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite.

4.11 Procédures traitées

Dans le cadre d'une demande d'accès en vertu de la loi sur la transparence (LTrans) faite en 2016, le recours du requérant contre la décision de l'OFSP a été rejeté en décembre 2019 par le Tribunal administratif fédéral. Le Tribunal fédéral a admis partiellement le recours en novembre 2020 sur un point mineur, à savoir que les noms des collaborateurs exerçant une tâche publique (assureurs-maladie, OFSP) qui figuraient dans certains documents ne devaient pas être rendus anonymes. Pour le surplus, le recours a été rejeté (1C_59/2020, arrêt du 20.11.2020).

L'autorité de surveillance a traité – en veillant au respect des droits de tierces personnes – d'autres demandes d'accès en vertu de la LTrans, concernant notamment le calcul des primes ainsi qu'une application santé.

L'autorité de surveillance avait, dans le cadre d'un audit, enjoint à deux assureurs-maladie de modifier leurs processus. Ultérieurement, elle n'était entrée en matière ni sur une demande de rendre une décision sous la forme d'un acte matériel (subsidièrement, une décision en constatation) ni sur une demande de récusation. La procédure de recours ouverte devant le Tribunal administratif fédéral est encore pendante.

Le Tribunal administratif fédéral a par ailleurs à juger d'un recours concernant une augmentation du capital-actions.

Dans des procédures entre d'autres parties, l'autorité de surveillance a remis son avis au tribunal chargé de l'affaire, qui le lui demandait.

5 Surveillance des assureurs-accidents

5.1 Tarifs de primes / comptes d'exploitation

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

Dans chaque branche d'assurance, la prime nette doit correspondre au risque. Se fondant sur cette prescription légale, l'OFSP contrôle ces tarifs sous l'angle de la conformité aux risques. L'objectif concret de cet examen annuel est de repérer les irrégularités à cet égard, en se référant aux statistiques des risques les plus récentes, et d'exiger des adaptations de tarif en conséquence, ou de susciter une adaptation de la tarification empirique.

S'agissant des tarifs LAA présentés pour l'année d'assurance 2021, cet examen a donné lieu aux constatations les plus diverses ; celles-ci ont été analysées avec les assureurs LAA soit dans un échange de courrier, soit en contact direct, et les correctifs nécessaires ont été apportés.

D'autres constatations ne portaient pas sur les tarifs, mais sur la tarification empirique visée à l'art. 92 LAA, qui donne aux assureurs LAA la possibilité d'appliquer aux entreprises un tarif correspondant à leur risque individuel sur la base de l'historique des sinistres. Sous ce rapport, il a été constaté à plusieurs reprises, surtout dans l'analyse des hôpitaux et des communes, que les primes nettes qui leur étaient proposées étaient tendanciellement trop basses. Dans ces cas, l'OFSP a exigé une adaptation de la tarification et il contrôlera la mise en œuvre de cette exigence dans le cadre de suivis sur la base des prochaines statistiques des risques.

Les assureurs LAA sont tenus d'établir pour chaque exercice comptable un compte d'exploitation pour chaque branche (assurance-accidents

professionnels [AAP], assurance-accidents non professionnels [AANP], assurance facultative [AF]). À fin juin 2020, l'OFSP était en possession de tous les comptes d'exploitation des 28 assureurs LAA (entreprises d'assurance privées soumises à la loi sur le contrat d'assurance (LCA), caisses publiques d'assurance-accidents et caisses-maladie soumises à la LAMal).

L'OFSP a entré ces comptes d'exploitation dans une banque de données afin de les soumettre à des analyses de contenu et à des contrôles de plausibilité. Ces examens portaient en particulier :

- sur le suivi des constatations faites pour l'exercice précédent ;
- sur l'adéquation des provisions visées à l'article 90, al. 3, LAA par rapport à la baisse du taux technique à 1,5 % pour toutes les rentes, que le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a autorisée à partir du 1^{er} janvier 2020 ;
- sur l'adéquation des suppléments pour frais administratifs par rapport aux frais effectifs d'administration et de traitement des sinistres.

Ils ont donné lieu à de nombreuses demandes de précisions, auxquelles il a été répondu par écrit. Là où des corrections s'imposaient, les assureurs LAA concernés ont reçu l'ordre de les apporter et de remettre à l'OFSP la version corrigée de leurs comptes d'exploitation.

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

5.2 Situation des taux

Comme indiqué dans sa circulaire du 19 février 2020 adressée aux assureurs-maladie et accidents, le comité de l'Association pour la garantie des rentes futures a décidé de maintenir, au 1^{er} janvier 2021, les suppléments de primes pour les allocations de renchérissement à 5 % tant pour l'AAP que pour l'AANP, et de maintenir pour 2022 les parts des revenus d'intérêt sur les provisions à 100 %.

En principe, la LAA prévoit que les allocations de renchérissement soient financées au moyen des excédents, par rapport au taux technique, des produits d'intérêts calculés sur la base de la moyenne arithmétique sur dix ans des obligations de la Confédération à dix ans (« taux 10/10 »). La perception des suppléments de primes pour les allocations de renchérissement n'est prévue que si ces excédents ne suffisent pas pour financer les allocations de renchérissement. Tel est déjà le cas depuis quelques années, car les excédents d'intérêts sont désormais négatifs, les produits d'intérêts arithmétiques étant inférieurs au taux technique. Un taux d'intérêt supplémentaire, également basé sur le « taux 10/10 », a été introduit en 2014 pour compenser ces excédents négatifs. Mais, dans l'intervalle, ce taux supplémentaire (sur les provisions) n'est plus non plus en mesure de compenser les intérêts manquants (sur le capital de couverture) en raison de la baisse continue du « taux 10/10 ». En clair, il en résulte aujourd'hui déjà des prélèvements importants sur le fonds de l'association, ce qui risque, à moyen terme, de compromettre sérieusement la situation de celui-ci.

C'est dans ce contexte que le comité de l'Association pour la garantie des rentes futures a prié l'OFSP, à l'occasion de l'entretien annuel du 15 mars 2019 entre l'OFSP et l'Association suisse d'assurances (ASA), de constituer le groupe de tra-

vail « Situation des taux dans la LAA », formé de représentants de cette association, de l'ASA, de la FINMA et de l'OFSP.

Fonctionnant depuis 2019, ce groupe de travail a examiné dans un premier temps la question de savoir si le « taux 10/10 » est encore approprié en tant que modèle de calcul du produit du capital dans la LAA face à la situation sans précédent de persistance de taux d'intérêt négatifs. Plusieurs modèles susceptibles de le remplacer ont été examinés dans un second temps. Trois de ces modèles ont été retenus en 2020. Ils sont en cours de perfectionnement sur la base des retours des membres du groupe de travail. L'objectif du groupe est d'opter, en se fondant sur une matrice d'évaluation, pour un modèle qui constitue une solution durable pour la LAA, qui rétablisse la stabilité du fonds et qui puisse s'adapter aux changements de la situation du marché avec le plus de flexibilité possible.

Dans l'esprit d'une mesure d'accompagnement rapidement réalisable, les assureurs LAA ont remis au DFI, le 12 novembre 2020, leur demande commune d'adaptation des normes comptables uniformes dans la LAA, en vue d'abaisser le plus rapidement possible le taux technique à 1%. Cela permettrait aussi de rendre un peu moins aigu le problème du financement des allocations de renchérissement au moyen des excédents d'intérêts, à défaut de pouvoir le résoudre, puisque le « taux 10/10 » restera inférieur au taux technique.

5.3 Exemption de l'obligation légale d'assurance pour les clubs sportifs

Tous les salariés doivent, conformément à la LAA, être assurés contre les accidents. Sont également réputés salariés les joueurs, les entraîneurs ou les fonctionnaires de clubs sportifs, même s'ils ne reçoivent pour leur activité qu'une modeste indemnisation. Ce fait a longtemps été négligé. En conséquence, de nombreux accidents survenus lors d'activités rémunérées pour des clubs sportifs ont été déclarés comme accidents non professionnels et pris en charge par l'assureur-accidents de l'employeur principal. La sensibilisation à cette question a augmenté ces dernières années et la pratique a changé. Les assureurs vérifient plus souvent si l'accident s'est produit lors d'une activité rémunérée pour un club sportif et constitue de ce fait un accident professionnel (dans le cadre d'une activité accessoire) entraînant une obligation d'assurance LAA pour le club sportif en sa qualité d'employeur.

Il est souvent difficile pour les clubs de se conformer à cette obligation légale en raison de leur profil de risque défavorable, et il n'est pas rare que la caisse supplétive LAA doive les attribuer à un assureur-accidents privé. En raison du risque de blessure inhérent au sport, les primes à payer par les clubs sont généralement très élevées, ce qui les met dans une situation financière difficile.

Un groupe de travail formé de représentants de Swiss Olympic, de l'ASA, de la CNA, de la commission ad hoc des sinistres LAA et de la caisse supplétive s'est penché sur cette problématique et a présenté l'été dernier au DFI une proposition visant à compléter l'art. 2, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) par une exception supplémentaire à l'obligation d'être assuré. Il s'agirait pour cela d'instaurer une franchise de revenu à hauteur de deux tiers de la rente minimale AVS annuelle (soit actuellement 9560 francs).

Les personnes qui réalisent auprès d'un club sportif un revenu inférieur à cette franchise ne seraient pas soumises pour cette activité à l'obligation d'être assurées conformément à la LAA si elles bénéficient d'une couverture AANP par le biais de leur employeur principal. Le lien établi avec la couverture AANP par l'employeur principal permettra d'éviter que les personnes qui n'exercent pas d'autre activité rémunérée ne disposent d'au-

cune assurance-accidents conforme à la LAA. Si donc un accident survient lors d'une activité pour un club sportif versant pour cette activité une indemnisation inférieure à la franchise de revenu et que la personne bénéficie de la couverture AANP par le biais d'un employeur principal, l'accident est traité par ce dernier comme un accident non professionnel, bien qu'il s'agisse en fait d'un accident professionnel pour le club sportif, puisque celui-ci verse un salaire et a donc un statut d'employeur. Cette dérogation doit être admise en tant que solution pragmatique. Mais pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une telle couverture AANP, le club sportif reste tenu de conclure une assurance LAA avec la couverture AAP. Un accident survenu lors de l'activité (accessoire) exercée pour le club sportif sera alors traité comme un accident professionnel et mis à la charge de l'assurance-accidents du club, même si ce dernier verse à la personne accidentée une indemnité inférieure à la franchise de revenu.

Cette révision d'ordonnance devrait être mise en consultation au cours du 1^{er} semestre 2021.

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

Le projet « AWOD » (Accidents at Work and Occupational Diseases) représente l'un des secteurs de mise en œuvre du programme SNAP-EESSI. En sa qualité d'autorité de surveillance en matière d'assurance-accidents selon la LAA, l'OFSP est responsable de veiller à ce que le programme EESSI soit appliqué par tous les assureurs.

En 2019, en collaboration avec l'OFAS, la CNA et l'ASA se sont entendues pour que tous les assureurs-accidents utilisent un processus dit « hors ligne » pour la branche LAA. Ainsi, l'accès en ligne à EESSI doit exclusivement passer par un organe central de liaison pour la Suisse (CNA). Tout échange avec l'étranger passe par cet organisme, de sorte que les assureurs-accidents ne doivent entreprendre ni adaptations techniques ni formations en lien avec la mise en place d'EESSI. L'échange électronique de données entre les États membres de l'UE et de l'AELE a officiellement débuté le 1^{er} juillet 2019. En juin 2020, le

coup d'envoi a été donné avec succès dans le domaine de l'assurance-accidents grâce à l'activation de 21 modèles de flux d'échange métier (Business Use Cases ou BUC). Les modèles restants seront introduits au cours de l'année 2021.

La révision de la LPGA a été acceptée par le Parlement en été 2019. Aux termes de son nouvel article 75c, les services de la Confédération perçoivent auprès des institutions compétentes des émoluments pour le raccordement à l'infrastructure destinée à l'échange électronique des données avec l'étranger et l'utilisation de celle-ci. Le Conseil fédéral a donc élaboré un tarif dans l'OPGA, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2021. À compter de cette date, l'OFAS facturera aux différentes branches des assurances sociales les coûts d'utilisation d'EESSI. La première facture interviendra en 2022 et se basera sur les chiffres de 2021. Il est à prévoir des coûts de base, divisés par secteur en fonction du nombre d'institutions, et des coûts d'utilisation, répartis quant à eux au regard du nombre de comptes d'utilisateurs. Même s'il n'est évidemment pas encore possible d'articuler de chiffres concrets, on peut présager que les coûts dans le secteur « AWOD » resteront limités grâce à la solution « hors ligne » avec la CNA comme point de liaison pour la branche LAA, et ce

en raison du faible nombre d'assureurs LAA et de comptes d'utilisateurs.

L'ASA et la CNA sont toujours en contact pour régler la question de l'indemnisation des travaux préliminaires effectués jusqu'à présent par la CNA au profit de l'ensemble des assureurs LAA et celle des coûts de fonctionnement futurs de la branche LAA. Notons que le 30 novembre 2020 s'est déroulée une séance d'information à laquelle tous les assureurs LAA étaient conviés. Celle-ci a eu pour but de renseigner sur les échanges concrets avec la CNA, ainsi que sur la future répartition des coûts.

Enfin, la problématique particulière du domaine de l'assurance-accidents, à savoir que les accidents non professionnels sont considérés dans la plupart des États de l'UE et de l'AELE comme des maladies, et donc traités selon le processus dévolu à l'assurance-maladie, persiste à ce jour. Il n'est pas possible d'intégrer la gestion de ces cas dans les BUC prévus pour les accidents professionnels. Pour l'heure, l'OFAS, l'OFSP, l'ASA et l'IC LAMal continuent de dialoguer dans le but de trouver une issue aussi simple et efficace que possible. Celle-ci passe présentement par la recherche de solutions bilatérales avec différents pays.

6 Surveillance de l'assurance militaire

6.1 Nouvel indice de référence dans l'assurance militaire

Ces dernières années, l'efficacité de l'assurance militaire a été mesurée d'après l'indicateur « Part des frais d'administration dans les coûts totaux ». Étant donné que, depuis des années, les prestations d'assurance diminuent (et cela fortement, en particulier, pour les prestations de rentes), cet indicateur s'est révélé de plus en plus défavorable et peu parlant, le nombre de cas restant pour l'essentiel stable. Une modification a par conséquent été apportée au cours de l'exercice avec l'adop-

tion d'un nouvel indice de productivité. La performance et l'efficacité de l'assurance militaire sont désormais mesurées sur la base du quotient du nombre de cas et des frais d'administration. Ce ne sont toutefois pas les frais nominaux, mais les frais d'administration réels, corrigés du renchérissement, qui seront déterminants. L'indice de référence sera le rapport entre le nombre de cas et les frais d'administration réels en 2012 = 100 (%). Pour 2019, l'indice affiché sur cette base est de 115 % ; pour 2020 et 2021, les indices attendus sont respectivement de 110 et de 106 %.

7 Surveillance de l'Institution commune LAMal

L'autorité de surveillance assume la surveillance de l'IC LAMal en vertu de la LSAMal. Le processus de surveillance a été remanié en raison de la complexité accrue apportée dans le domaine de la compensation des risques par le perfectionnement de celle-ci au moyen des PCG, critère appliqué pour la première fois pour l'année de compensation 2020. L'activité de surveillance se fonde désormais sur un concept de surveillance documenté.

La surveillance en vertu du droit des fondations est du ressort de l'Autorité fédérale de surveillance des fondations.

Pour l'application de l'entraide administrative interétatique, l'IC LAMal fonctionne comme organisme de liaison et comme institution garantissant l'octroi de prestations à la charge de l'assurance étrangère. Pour 2019, les frais d'intérêts se rapportant au préfinancement de l'entraide en matière de prestations et les frais d'administration pour l'exécution des tâches que la Confédération a déléguées à l'IC LAMal (p. ex. pour les retraités assurés en Suisse et résidant dans un État de l'UE/AELE) ont atteint 2,1 millions de francs au total. Ces coûts sont restés les mêmes que l'année précédente, les frais d'intérêts étant dans l'ensemble négatifs.

L'IC LAMal gère la réduction des primes pour les retraités assurés en Suisse et résidant dans un état de l'UE/AELE, et pour les membres de leur famille. La Confédération accorde à ces personnes une réduction individuelle des primes si elles sont de condition économique modeste. L'IC LAMal a versé environ 0,9 million de francs en 2019 pour réduire leurs primes ; 582 personnes en tout en ont bénéficié, principalement en Allemagne (228) et en France (114).

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

L'IC LAMal exécute la compensation des risques entre les assureurs-maladie. Cette tâche

comprend entre autres l'échange de données avec les assureurs, le calcul de valeurs telles que les contributions et redevances de la compensation des risques, le retour d'informations aux assureurs et l'exécution des paiements. L'IC LAMal relie les données de l'année de compensation à celles de l'année précédente et regroupe les données des assurés qui changent d'assureur. Elle attribue les assurés à des groupes de risque et à des PCG, et calcule les taux des contributions et des redevances pour les groupes de risque, les suppléments pour les différents PCG ainsi que l'allègement pour les jeunes adultes. Conformément aux prescriptions de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR), elle fournit ensuite à chaque assureur le décompte de soldes ainsi que d'autres informations relatives à son effectif d'assurés. Le volume total des redistributions s'est élevé pour 2019 à 1,9 milliard de francs.

Dans le cadre de ses activités, la surveillance vérifie que la compensation des risques est effectuée conformément aux prescriptions légales. Pour ce faire, elle s'assure du caractère approprié des rapports, exige au besoin des documents complémentaires et contrôle les rapports et les documents. Elle vérifie les prescriptions faites aux organes de révision, effectue par sondage des calculs de la compensation des risques au moyen de ses propres programmes et de données originales, et compare les résultats obtenus avec ceux de l'IC LAMal. Elle vérifie à l'aide de sondages les rapports de certification du logiciel SORA géré par l'IC LAMal, ainsi que d'autres documents concernant ce logiciel. Elle contrôle également à l'aide de sondages les rapports des organes de révision qui surveillent chez les assureurs le processus de communication des données relatives à la compensation des risques. L'IC LAMal établit à l'intention de l'autorité de surveillance, l'OFSP, des rapports sur la méthode de calcul et sur l'exécution des calculs. Ceux-ci sont effectués par l'IC LAMal, qui en garantit la qualité, notamment avec l'aide des organes de révision.



8 Autres activités en relation avec la surveillance

8.1 Données de la surveillance

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

Elles regroupent des informations sur la situation financière des assureurs-maladie, sur leurs activités, leur solvabilité, leurs effectifs d'assurés et leurs prestations, pour n'en citer que quelques éléments. Ces données par assureur sont également agrégées à l'échelle cantonale ou nationale pour fournir des valeurs clés comme les prestations totales, les effectifs totaux d'assurés ou la somme totale des primes. Elles constituent la référence officielle pour toute information sur l'assurance-maladie obligatoire. Une grande partie de ces données est mise à disposition annuellement dans une publication de l'OFSP (statistique de l'assurance-maladie obligatoire, www.bag.admin.ch/amstat) et des données détaillées peuvent aussi être téléchargées sur le site de l'OFSP.

L'OFSP récolte auprès des assureurs-maladie des données individuelles anonymisées qui permettent à l'autorité de surveillance de procéder à l'évaluation des contrats de réassurance et à l'analyse des patients à coûts élevés sur des petits collectifs, ou qui peuvent être utilisées pour des études spécifiques comme la répartition des régions de primes. Cette année, une adaptation du relevé des données individuelles a permis de récolter des informations sur les contributions cantonales dans le cadre des mesures de réduction des primes.

8.2 Demandes des assurés

L'autorité de surveillance répond comme par le passé à de nombreuses demandes écrites et orales émanant de citoyens. Quelques questions sont posées par des autorités et d'autres instances, par exemple des entreprises, des communes, des avocats et des services étrangers. On constate que le nombre de demandes relatives à la correction de l'attribution aux régions de primes a augmenté. Une partie des demandes concerne la classification des modèles d'assurance particuliers. Des demandes portant sur des refus de prise en charge de la part d'assureurs-maladie, combinées parfois avec des dénonciations auprès de l'autorité de surveillance, reviennent aussi régulièrement. Nombreuses sont les demandes en rapport avec l'étranger (p.ex. concernant l'obligation d'assurance et l'exemption de différentes catégories de personnes). En automne, calendrier oblige, questions et critiques ont porté principalement sur la hausse des primes, les coûts de la santé, les problèmes rencontrés pour changer d'assureur, etc.

9 Annexes : législation

9.1 Modification de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal ; RS 832.12) concernant l'activité des intermédiaires d'assurance

Le Parlement a adopté la motion 18.4091 intitulée « Caisses-maladie. Réglementation contraignante des commissions versées aux intermédiaires, sanctions et garantie de la qualité ». Pour y donner suite, le Conseil fédéral a ouvert le 13 mai 2020 une consultation pour un projet de modification de la LSAMal et de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). Selon ce projet, le Conseil fédéral peut déclarer obligatoires, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale et dans celui de l'assurance-maladie complémentaire, les points de la convention des assureurs concernant l'interdiction du démarchage téléphonique à froid, la formation et la limitation de l'indemnisation des intermédiaires ainsi que l'établissement et la signature d'un procès-verbal d'entretien. Le projet prévoit aussi de nouvelles mesures du droit de la surveillance. Le non-respect des points de la convention déclarée obligatoires constitue une infraction inscrite dans la LSAMal et dans la LSA.

9.2 Modification de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal ; RS 832.121)

Les assureurs fixent leurs primes en se fondant sur les chiffres de l'année précédente, les projections de l'année en cours et les estimations pour l'année suivante. Vu les incertitudes inhérentes aux deux derniers éléments, les primes ne correspondent pas entièrement aux coûts effectifs. La LSAMal et l'OSAMal contiennent deux instruments correctifs. Lorsque les réserves d'un assureur risquent de devenir excessives, il peut les réduire en faveur des assurés. Si une année, dans un canton, ses

primes ont été nettement plus élevées que ses coûts, il peut rembourser aux assurés la part de la prime encaissée en trop.

Le 18 septembre 2020, le Conseil fédéral a ouvert une consultation pour la modification de l'OSAMal. Le projet concerne la réduction volontaire des réserves et la compensation des primes encaissées en trop. Pour la réduction des réserves, le seuil du niveau des réserves dont doit disposer l'assureur après la réduction est abaissé de 150 % à 100 % et est inscrit dans l'ordonnance. Cette modification facilite la réduction des réserves en faveur des assurés. La réduction sera opérée en priorité par un calcul des primes de l'année suivante au plus juste.

Pour la compensation des primes encaissées en trop, le projet définit quand les primes sont nettement plus élevées que les coûts. Le rapport entre les coûts et les primes (combined ratio) doit être inférieur à un certain niveau pour que l'assureur puisse rembourser aux assurés la part de la prime payée en trop. Selon le projet, l'OFSP calcule ce niveau individuellement pour chaque assureur et chaque canton.

9.3 Modification de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10, réduction des primes) en tant que contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes

L'initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie » (initiative d'allègement des primes) a été déposée le 23 janvier 2020. Elle vise à ce que les assurés ne doivent pas consacrer plus de 10 % de leur revenu disponible aux primes de l'AOS. Le financement de la part des primes dépassant ces 10 % devrait être assumé à deux tiers au moins par la Confédération, le reste étant à la charge des cantons. L'initiative ne produit aucun effet de maîtrise des coûts. De plus,

la contribution de la Confédération dépasserait celle des cantons bien que ces derniers puissent aussi contribuer à la maîtrise des coûts. C'est pourquoi le Conseil fédéral rejette cette initiative.

En guise de contre-projet indirect, il entend modifier la LAMal afin d'obliger les cantons à réduire les primes au moyen d'un montant minimal correspondant à une proportion donnée des coûts bruts de l'AOS occasionnés par les assurés des différents cantons. Ce dispositif prendrait en compte la mesure dans laquelle les primes grèvent en moyenne le revenu disponible des assurés. Le Conseil fédéral a lancé la consultation relative à ce contre-projet indirect fin octobre 2020. Celle-ci c'est achevée le 4 février 2021. Le message afférent devra être remis au Parlement au plus tard en octobre 2021.

9.4 Modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1)

Le Conseil fédéral a adopté, le 11 septembre 2020, une révision de l'OCoR. À la demande des assureurs, les délais fixés pour la communication des données par les assureurs et pour les vérifications des organes de révision ont été légèrement raccourcis afin de permettre à l'IC LAMal de calculer plus tôt la compensation des risques et de retourner plus rapidement aux assureurs les données relatives à leurs effectifs d'assurés. Ces modifications permettront aux assureurs de calculer correctement les primes ainsi que les rabais accordés dans les modèles d'assurance particuliers. En vertu d'autres modifications, l'IC LAMal pourra informer les assureurs lorsqu'une personne est également assurée auprès d'un autre assureur ou d'autres assureurs. Cette communication permettra aux assureurs concernés d'analyser ensemble ces cas et, après avoir entendu la personne concernée, de mettre fin aux rapports d'assurance qui ne respectent pas les dispositions de la LAMal. Le Conseil fédéral a adapté en conséquence l'art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

9.5 Modification de l'ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI ; RS 832.112.11)

Une révision de l'OCoR-DFI est en cours. Les progrès de la médecine entraînent chaque année de nombreuses modifications dans la liste des spécialités (LS). La liste des PCG en annexe de l'ordonnance doit par conséquent être mise à jour avec les nouveaux médicaments inscrits dans la LS. La révision prévoit une modification de l'art. 4. Dans le domaine de l'oncologie, les doses de médicaments utilisées varient considérablement et les thérapies combinées largement appliquées rendent encore plus difficile la définition d'un nombre minimal raisonnable de doses quotidiennes standard (DDD) pour l'attribution à un PCG. Se fondant sur l'analyse des données du troisième test effectué, le DFI propose qu'un assuré soit attribué aux PCG « cancer complexe (KRK) » et « cancer (KRE) » lorsqu'au moins trois emballages de médicaments de ces PCG lui ont été remis. L'attribution sur la base du nombre d'emballages remis ne s'appliquera qu'aux PCG oncologiques ; pour les autres médicaments, l'attribution sur la base du nombre de DDD reste la règle. Cette modification de l'ordonnance entrera en vigueur le 1^{er} avril 2021.

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

L'OEDRP-DFI a été modifiée en raison d'une modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC ; RS 831.30). Pour les personnes qui perçoivent des prestations complémentaires (PC), un montant forfaitaire annuel pour l'AOS est reconnu au titre des dépenses. Ce forfait continuera de correspondre à la prime moyenne cantonale ou régionale. Mais, depuis le 1^{er} janvier 2021, le montant reconnu à ce titre ne peut pas excéder celui de la prime effective (art. 10, al. 3, let. d, LPC). C'est pourquoi le Conseil fédéral a fait obligation aux assureurs de commu-

niquer sur demande aux cantons le montant effectif des primes dues (art. 54a, al. 5^{bis}, OPC-AVS/AI).

L'OEDRP-DFI déclare le « Concept Échange de données sur la réduction des primes » obligatoire pour les cantons et les assureurs. Le groupe de pilotage du projet Échange de données sur la réduction des primes a modifié ce document pour la communication de la prime effective. Le DFI a modifié l'OEDRP-DFI avec effet au 1^{er} juillet 2020 pour déclarer obligatoire la nouvelle version du concept.

9.7 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 25 septembre 2020 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. La révision porte sur la mise à jour de la liste des communes figurant dans l'annexe, conformément au répertoire officiel des communes de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Toutes les fusions de communes approuvées jusqu'en juillet 2020 et entrées en vigueur au cours de l'année 2020 ou le 1^{er} janvier 2021 ont été prises en compte.

9.8 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2021 permettant de calculer la réduction des primes dans l'Union européenne, en Islande et en Norvège (RS 832.112.51)

Selon l'ordonnance du 3 juillet 2001 sur la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège (ORPMUE ; RS 832.112.5), le DFI doit fixer chaque année le facteur de correction du pouvoir d'achat entre la Suisse et le pays de résidence du rentier ainsi que les primes moyennes

de l'assurance suisse dans les États de l'espace UE/AELE afin de permettre le calcul du droit aux réductions de primes. Les primes moyennes sont celles de l'assurance de base (avec franchise unique de 300 francs et couverture accidents). Quant aux indices du niveau des prix, ils sont tirés des statistiques Eurostat (parités de pouvoirs d'achat / indices de niveau des prix / dépense de consommation finale des ménages). C'est l'IC LAMal qui procède à la réduction de primes pour les rentiers. Les cantons se basent également sur ces valeurs pour les réductions de primes en faveur des travailleurs frontaliers. L'ordonnance du DFI, du 30 novembre 2020, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

9.9 Modification de l'ordonnance du DFI sur les réserves dans l'assurance-maladie sociale (ORe-DFI ; RS 832.102.15)

Le DFI a modifié l'ORe-DFI le 6 novembre 2020. Cette modification concerne le formulaire électronique qui constitue l'annexe de l'ordonnance. Elle consiste dans la prise en compte de la réassurance « gros risques » dans le calcul du risque aléatoire. Cette réassurance était prise en compte dans les formulaires précédents, à l'exception de la version de 2020, et la présente modification a pour objectif de remédier à cet oubli. La modification de l'ORe-DFI comprend aussi l'adaptation des taux de rendement attendu des marchés financiers afin d'harmoniser ces derniers avec les taux utilisés par la FINMA, la correction de paramètres de scénarios ainsi que des améliorations techniques et linguistiques. La modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

9.10 Révision totale de l'ordonnance sur les travaux de construction (RS 832.311.141)

Par courrier du 11 décembre 2017, la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) a soumis au Conseil fédéral une demande de révision de l'ordonnance du 29 juin 2005 sur la sécurité et la protection de la santé des travailleurs dans les travaux de construction (ordonnance sur les travaux de construction).

L'OFSP a préparé le projet de nouvelle ordonnance, d'août 2018 à décembre 2019, en collaboration avec la Commission spécialisée 12 « Bâtiment » de la CFST, au sein de laquelle les associations professionnelles, les partenaires sociaux et les experts techniques des organes d'exécution de la sécurité au travail sont représentés. Les principales modifications ont trait à la hauteur de chute et aux échafaudages. La révision de l'ordonnance vise à apporter plus de clarté. Les nouvelles dispositions seront harmonisées avec l'état actuel de la technique et avec la pratique actuelle. En outre, les incohérences existant avec d'autres réglementations seront éliminées.

Par décision du 27 mai 2020, le Conseil fédéral a lancé la consultation relative à la nouvelle ordonnance sur les travaux de construction, qui a pris fin le 18 septembre 2020. Une fois terminée l'analyse des quelque 90 réponses reçues, il devrait édicter la nouvelle ordonnance dans le courant de 2021.

9.11 Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (RS 833.11) ; adaptation des primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance facultative

Les primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance facultative ont été adaptées avec effet au 1^{er} janvier 2021 et fixées à 355 francs par mois, et à 40 francs par mois pour la couverture accidents des assurés auprès de l'assurance facultative.

9.12 Ordonnance AM sur l'adaptation (RS 833.12) ; adaptation des prestations de l'assurance militaire à l'évolution des salaires et des prix

Le Conseil fédéral a décidé d'adapter les prestations de l'assurance militaire à l'évolution des salaires et des prix avec effet au 1^{er} janvier 2021. Il se conforme ainsi à l'obligation légale de les adapter au même rythme que celles de l'AVS/AI. La dernière adaptation avait été effectuée avec effet au 1^{er} janvier 2019.

Conformément à l'art. 43, al. 1, de la loi sur l'assurance militaire (LAM), les rentes des assurés de l'assurance militaire qui n'ont pas encore atteint l'âge de la retraite fixé dans la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) ainsi que celles des conjoints et des orphelins des assurés décédés qui n'ont pas atteint cet âge le 31 décembre 2020 doivent être adaptées pleinement à l'indice des salaires nominaux établi par l'OFS. En conséquence, les rentes fixées en 2018 ou précédemment ont été augmentées de 1,5 %. Les rentes allouées en 2019 ont été augmentées de 0,8 %. Le montant annuel maximal du gain assuré a été augmenté conformément à l'évolution de l'indice des salaires nominaux et fixé à 156 560 francs.

L'art. 43, al. 2, LAM prévoit que les autres rentes allouées pour une durée indéterminée, dont celles des assurés ayant atteint l'âge de la retraite fixé dans la LAVS, doivent être adaptées pleinement à l'indice suisse des prix à la consommation. Mais comme, dans l'intervalle, cet indice a reculé, ces rentes n'ont pas été adaptées, non plus que le montant annuel servant de base au calcul des rentes pour atteinte à l'intégrité.

10 Rapports du Conseil fédéral

10.1 Rapport de postulat 13.3224 Humbel : Décharger l'assurance-maladie de coûts injustifiés

Le rapport précité a analysé quels sont les coûts liés à la délivrance des certificats médicaux. Des questionnaires ont été transmis à l'Association des médecins de famille et de l'enfance, à l'Union patronale suisse, à l'Union suisse des arts et métiers, à l'Union syndicale suisse ainsi qu'aux associations d'assureurs. Étant donné que l'établissement des certificats médicaux ne fait pas l'objet d'une position tarifaire séparée, ces coûts ne peuvent pas être chiffrés de manière précise.

Des solutions alternatives à la prise en charge de ces coûts par l'assurance obligatoire des soins ont été envisagées. Toutefois, ni les employeurs, ni les employés ne sont d'accord d'assumer ces coûts. De plus, selon les syndicats, si ces coûts étaient reportés sur les employés, cela aurait comme conséquence indésirable que certains iraient travailler en étant malades et risqueraient de contaminer leurs collègues. L'exclusion des coûts des certificats médicaux de l'assurance obligatoire des soins n'est donc pas une solution envisageable. Pour ces motifs, la situation actuelle doit perdurer.

L'établissement de certificats médicaux via la télémédecine reste encore marginal aujourd'hui, mais est appelé à se développer. Il y a ainsi un potentiel d'économies non négligeable si davantage d'assurés y recourent pour des cas bénins. Il s'agit également d'une piste intéressante pour désengorger les cabinets médicaux lors de crises sanitaires. Par décision du 21 octobre 2020, le Conseil fédéral a approuvé le rapport de postulat précité.

10.2 Rapport en réponse au postulat 17.3880 Humbel relatif à la réduction individuelle des primes

Avec l'adoption du postulat « Réduction des primes de l'assurance-maladie. Contrôle du financement » de la conseillère nationale Ruth Humbel, le Conseil fédéral a été chargé d'examiner l'efficacité du système de réduction des primes de l'assurance-maladie et de présenter des possibilités d'en améliorer l'organisation et le financement.

Trois variantes ont été élaborées. La variante 1 prévoit de lier les subsides fédéraux à la part cantonale. Les cantons et la Confédération participeraient donc dans la même mesure au financement de la réduction individuelle des primes (RIP). Le montant de la contribution de la Confédération serait plafonné à 7,5 % des coûts bruts (CB). Les cantons seraient libres de contribuer davantage et donc de participer pour plus de la moitié aux coûts globaux de la RIP. La variante 2 propose de lier la part du canton aux CB en fonction de la charge de primes restante. Les cantons où la charge de primes restante est plus importante et où les coûts sont plus élevés devraient donc contribuer davantage au financement de la RIP que ceux où cette charge est plus faible et les coûts sont moins élevés. Quant à la variante 3, elle prévoit de lier directement la contribution cantonale à la RIP à un pourcentage fixe des CB par canton. La charge de primes restante sur le revenu disponible ne serait pas prise en compte. Pour tous les cantons, les subsides destinés à la RIP seraient fixés à 7,5 % des coûts bruts cantonaux.

Dans les variantes 2 et 3, la contribution de la Confédération resterait fixée à 7,5 % des CB. Les coûts supplémentaires résultant des variantes proposées seraient compris pour les cantons entre 0,8 et 1 milliard de francs. Ils concerneraient les cantons dont actuellement la participation à la RIP est nettement inférieure aux subsides obtenus de la Confédération et où la charge de primes restante est élevée.

Le Conseil fédéral a pris connaissance de ce rapport le 20 mai 2020.

11 Glossaire

Audit

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

Collectifs de risques

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

Combined ratio

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

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 à l'adresse:

<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.

12 Liste des abréviations

<i>AANP</i>	Assurance-accidents non professionnels
<i>AAP</i>	Assurance-accidents professionnels
<i>AELE</i>	Association européenne de libre-échange
<i>AOS</i>	Assurance obligatoire des soins
<i>ASA</i>	Association suisse d'assurances
<i>BAGSAN</i>	Statistique de l'OFSP basée sur les données anonymisées des personnes assurées
<i>CNA</i>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<i>DFI</i>	Département fédéral de l'intérieur
<i>EESSI</i>	Electronic Exchange of Social Security Information
<i>FINMA</i>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
<i>IC LAMal</i>	Institution commune LAMal
<i>LAA</i>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
<i>LAM</i>	Loi fédérale sur l'assurance militaire (RS 833.1)
<i>LAMal</i>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
<i>LPC</i>	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)
<i>LPGA</i>	Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 831.1)
<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>LTrans</i>	Loi sur la transparence (RS 152.3)
<i>OCoR</i>	Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1)
<i>OEDRP-DFI</i>	Ordonnance du DFI sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (RS 832.102.2)
<i>OFAS</i>	Office fédéral des assurances sociales
<i>OFSP</i>	Office fédéral de la santé publique
<i>OLAA</i>	Ordonnance sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
<i>OPC-AVS/AI</i>	Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.301)
<i>OPGA</i>	Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.11)
<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>PCG</i>	Groupes de coûts pharmaceutiques
<i>RIP</i>	Réduction individuelle des primes
<i>RS</i>	Recueil systématique du droit fédéral
<i>SCI</i>	Système de contrôle interne
<i>SORA</i>	Logiciel de la compensation des risques
<i>UE</i>	Union européenne

