

Rapport d'activité 2022

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



Impressum

Éditeur

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

Contact

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

Date de parution

Février 2023

Commandes

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

Versions linguistiques

Cette publication paraît en français et en allemand.

Versión numérique

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

Concept graphique et typographie

diff. Kommunikation SA, Berne

Table des matières

1	Avant-propos	6
2	Principes	8
2.1	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-maladie	8
2.2	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance-accidents	8
2.3	Bases juridiques de la surveillance de l'assurance militaire	8
3	Surveillance des assureurs-maladie	9
3.1	Interventions sur la base d'indicateurs financiers	9
3.2	Test de solvabilité LAMal 2022	9
3.3	Approbation des primes 2023 et réduction des réserves	10
3.4	Analyse des frais administratifs	13
3.5	Analyse des délais de paiement des assureurs dans le système du tiers garant	14
3.6	Contrôle de la fortune liée et du système de contrôle interne par l'organe de révision externe	15
3.7	Réassurance dans la LAMal	15
3.8	Gouvernance d'entreprise	16
3.9	Audit	17
3.10	Directives, dénonciations à l'autorité de surveillance et procédures de recours	18
4	Surveillance des assureurs-accidents	20
4.1	Surveillance de l'assurance-accidents obligatoire en général	20
4.1.1	Situation des taux dans la LAA	20
4.1.2	Grands sinistres	21
4.2	Comptes d'exploitation	21
4.3	Tarifs de primes	22
5	Surveillance de l'assurance militaire	23
5.1	Primes des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative	23
6	Surveillance de l'Institution commune LAMal	24
7	Autres activités en relation avec la surveillance	25
7.1	Données de la surveillance	25
7.2	Demandes des assurés	25
7.3	Réalisation de l'enquête sur les coûts des tests, rapports des organes de révision externes	25
7.4	Délégation de tâches (<i>outsourcing</i>), circulaire n° 7.9	26

7.5	Collaboration avec le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence, et circulaire n° 7.1 relative à la protection des données	26
7.6	Projet ISAK.....	26
7.7	Évaluation de la LSAMal.....	27
8	Annexes: législation.....	29
8.1	Législation relative à l'assurance-maladie.....	29
8.1.1	Message relatif à l'initiative d'allègement des primes et à la modification de la LAMal (réduction des primes) à titre de contre-projet indirect.....	29
8.1.2	Révision de la LAMal (échange de données et compensation des risques).....	29
8.1.3	Loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance	29
8.1.4	Modification du 18 mars 2022 de la LAMal concernant l'exécution de l'obligation de payer les primes et modification de l'OAMal.....	29
8.1.5	Ordonnance sur les modifications d'ordonnances en matière d'assurance-maladie concernant la mise en œuvre de la Convention sur la coordination de la sécurité sociale entre la Confédération suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (RO 2022 658).....	29
8.1.6	Modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR; RS 832.112.1).....	30
8.1.7	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)	30
8.1.8	Modification de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (RS 832.106)	30
8.1.9	Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2023 permettant de calculer la réduction des primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni (RS 832.112.51).....	31
8.2	Législation relative à l'assurance-accidents.....	31
8.2.1	Modification de l'art. 117, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202)	31
8.2.2	Adaptation de l'art. 2, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents concernant les clubs sportifs	31
8.2.3	Adaptation des rentes LAA au renchérissement	31
8.2.4	Motion Darbellay	32
8.3	Législation relative à l'assurance militaire	32
8.3.1	Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM; RS 833.11).....	32
9	Rapports du Conseil fédéral	34
9.1	Rapport en réponse au postulat 20.3135 CSSS-CE. Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs.....	34
10	Glossaire	35
11	Liste des abréviations.....	36



1 Avant-propos

Au cours de l'exercice 2022, l'activité de surveillance de l'assurance-maladie sociale et de l'assurance-accidents a couvert une grande diversité de thèmes et de questions. Deux domaines sont mis en exergue dans ce qui suit.

Évaluation de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie

La loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal; RS 832.12) et les ordonnances qui s'y rapportent constituent la base de toutes les activités de surveillance en lien avec l'assurance-maladie sociale. L'évaluation de cette loi revêt par conséquent une grande importance pour l'ensemble des acteurs de la surveillance, en particulier pour les assureurs et pour l'autorité de surveillance. Sur mandat du Conseil fédéral, cette évaluation porte à la fois sur la loi elle-même et sur sa mise en œuvre par l'autorité de surveillance. En 2022, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis de nombreuses données à la disposition de l'organe externe d'évaluation et lui a fourni des renseignements. Dans le même temps, l'organe d'évaluation a associé les assureurs-maladie à son enquête par le biais de sondages en ligne et d'entretiens individuels; il a également sollicité l'avis de divers experts.

Les éléments communiqués dans ce cadre par les assureurs et les experts représentent des informations précieuses pour l'OFSP, qui en tiendra compte dans le perfectionnement de son activité de surveillance. Cela vaut tant pour l'exécution de la surveillance que pour les nouveaux thèmes stratégiques qui gagneront en importance à moyen terme. Les résultats de l'évaluation seront publiés dans le courant de l'année 2023.

Défi particulier pour l'approbation des primes de l'assurance-maladie sociale pour 2023

Au cours de l'exercice 2022, une attention particulière a été accordée à l'approbation des primes de l'assurance de base pour l'année 2023. Malgré une hausse des coûts, les primes étaient restées quasiment inchangées en moyenne entre 2018 et 2022, ce qui avait permis d'éviter une charge financière supplémentaire pour les assurés. Ce répit a été particulièrement bienvenu pendant les années de pandémie éprouvantes pour la population. À l'inverse, les primes moyennes pour l'année 2023 font l'objet d'une hausse sensible.

La raison de cette augmentation est l'évolution des coûts. En 2020, les coûts étaient très bas, le déclenchement de la pandémie de COVID-19 ayant entraîné le report de nombreux traitements. Un effet de rattrapage s'est toutefois produit par la suite. En 2021, l'augmentation des coûts a été nettement plus prononcée que prévu par l'ensemble des acteurs, en particulier à partir du second semestre. Supérieurs aux primes, les coûts ont pu être couverts par les réserves et par les bénéficiaires réalisés sur les placements en capitaux. La hausse des coûts s'est poursuivie au cours des neuf premiers mois de 2022, de sorte que les primes pour cette année étaient insuffisantes pour couvrir les coûts. L'exercice a en outre été caractérisé par des pertes substantielles de capital. Ces lacunes de financement pour 2022 ont toutefois pu être entièrement compensées par les réserves, qui ont ainsi rempli leur objectif.

Il n'en demeure pas moins que les primes doivent couvrir les coûts. Étant donné la hausse des coûts observée au cours des derniers mois et celle attendue pour 2023, les primes augmenteront sensiblement en 2023. Dans le même temps, la réduction des réserves des assureurs présentant un taux de solvabilité élevé a permis d'atténuer quelque peu cette augmentation.

Cette situation complexe a conduit à un besoin d'information important lors de la publication des primes. L'autorité de surveillance a par conséquent intensifié la communication avec différentes parties prenantes. C'est ainsi que les cantons ont reçu des analyses et des explications

détaillées concernant les raisons de l'évolution des primes pour leur population. De nombreux entretiens avec les médias ont également permis d'expliquer l'évolution des coûts des prestations et les répercussions de la situation financière des assureurs sur les primes.

Amélioration de la coopération avec les assureurs et les autres parties prenantes

L'évolution rapide des thèmes pertinents pour la surveillance (comme la numérisation) conduit à des interactions toujours plus nombreuses entre l'autorité de surveillance et les assureurs qui relèvent de sa compétence. Parallèlement, l'autorité de surveillance s'efforce de simplifier ses processus. Elle a notamment standardisé la procédure de dépôt des plans d'exploitation des assureurs et consulté

ces derniers en amont de la publication de la circulaire sur la délégation de tâches (*outsourcing*) de façon à tenir compte de manière appropriée des exigences de la pratique. En ce qui concerne le processus d'approbation des primes, l'autorité de surveillance met de meilleures informations à la disposition des cantons et coordonne l'échange de questions et de réponses lors de la prise de position des cantons sur la soumission des primes par les assureurs.

Philipp Muri

Responsable de la division Surveillance de l'assurance

2 Principes

2.1 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 (IC LAMal) en vertu de la LSAMal et de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal; RS 832.121). En tant qu'autorité de surveillance, il doit protéger les intérêts des assurés, garantir l'égalité de traitement des assurés, veiller à la transparence, protéger les assurés contre les abus et garantir la solvabilité des assureurs. Outre les directives de financement et les prescriptions relatives à l'approbation des primes, la LSAMal et l'OSAMal fixent des règles en matière d'activité irréprochable, de gestion des risques, de contrôles internes et de révision externe, règles que les assureurs doivent suivre et que l'autorité de surveillance doit contrôler.

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

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

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

3 Surveillance des assureurs-maladie

3.1 Interventions sur la base d'indicateurs financiers

L'OFSP porte son attention sur la solvabilité des assureurs. Afin de protéger les assurés, il se repose sur son concept d'intervention pour se préserver de l'insolvabilité possible d'un assureur.

Au début de chaque année, la situation actuelle des assureurs est évaluée sur la base des critères du taux de solvabilité, du *combined ratio* et du montant des provisions par assuré. En fonction de cette évaluation, les acteurs dont l'exposition aux risques est jugée importante sont tenus de présenter périodiquement un rapport à l'OFSP (reporting mensuel ou trimestriel).

Le concept d'intervention de l'OFSP retient six catégories pour évaluer les assureurs. La première regroupe les assureurs pour lesquels la surveillance prudentielle ne retient pas de mesures particulières. Les autres catégories impliquent comme mesures, selon une exposition au risque progressive, une prise de position ou la transmission de données trimestrielles ou mensuelles. La dernière catégorie est celle des assureurs dont l'insolvabilité est probable.

L'OFSP a communiqué aux assureurs concernés les constatations de son évaluation. Il leur a fait part des faiblesses constatées et des mesures associées en les priant de prendre position. En 2022, onze assureurs ne répondaient que partiellement aux attentes en matière de financement, deux d'entre eux se sont soumis à un reporting trimestriel.

Par ailleurs, dans le cadre du contrôle des comptes annuels des assureurs, l'OFSP a constaté des différences significatives entre les prestations brutes figurant dans ces comptes et les chiffres publiés dans le cadre du monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie (MOKKE) ([Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie \[MOKKE\] \[admin.ch\]](#)). Après que l'OFSP, motivé par ce constat, est intervenu auprès des assureurs, la croissance des coûts de la santé pour l'année 2021, initialement estimée à 5,1 % dans le cadre du MOKKE, a

dû être revue à la baisse de 0,6 point de pourcentage à 4,5 %. L'OFSP a par la suite demandé aux assureurs d'accorder l'attention nécessaire à cette thématique. L'année prochaine, il continuera de mettre un accent particulier sur la vérification de ces données.

3.2 Test de solvabilité LAMal 2022

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

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

L'OFSP a contrôlé les calculs et les rapports des assureurs concernant le test de solvabilité LAMal 2022. Au cours de cet exercice, il a exigé quelques informations complémentaires, dont certaines indications sur les coûts liés au COVID-19 et la présentation du rapport de l'actuaire LSA pour les assureurs-maladie mixtes, c'est-à-dire pratiquant à la fois l'assurance sociale et l'assurance complémentaire.

Les taux de solvabilité, les niveaux minimaux des réserves pour l'année 2022 et les réserves disponibles au 1^{er} janvier 2022 ont été publiés fin septembre, en même temps que les primes approuvées. Pour la première fois, la publication des chiffres a été accompagnée d'une description détaillée de leur estimation actuelle. Une fiche d'information rassemble par ailleurs des explications complémentaires concernant le test de solvabilité LAMal ainsi que des tableaux et des graphiques actualisés sur la solvabilité de l'ensemble du marché LAMal. Le tableau ci-dessous indique, par année, le nombre d'assureurs dont la solvabilité était insuffisante.

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

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

Année	2020	2021	2022
Nombre total d'assureurs	56	55	50
Nombre d'assureurs dont la solvabilité est insuffisante	1	2	0

3.3 Approbation des primes 2023 et réduction des réserves

Principes

Les primes des assureurs doivent répondre aux exigences de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) et de ses dispositions d'exécution. Les assureurs communiquent les primes prévues à l'OFSP, qui vérifie leur conformité aux dispositions légales avant de les approuver et de les appliquer. Sont plus précisément concernées les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour les assurés suisses, pour les personnes résidant dans un État de l'espace UE/AELE qui sont assurées en vertu de la LAMal et pour l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal. L'OFSP a la compétence d'exiger des hausses ou des baisses de primes si celles-ci ne correspondent pas aux exigences. Le principe de la couverture des coûts revêt une importance particulière à cet égard. L'OFSP veille à

ce que les primes couvrent les coûts dans chaque canton et à ce que tous les cantons soient traités de la même manière, afin d'éviter les subventionnements croisés entre eux. Le montant des primes doit également garantir que les assureurs disposent de réserves suffisantes pour couvrir les risques liés à une évolution inattendue.

Pour les années 2018–2023, l'augmentation moyenne des primes s'élève à 1,5 % par an. Ce taux est inférieur à celui des cinq années précédentes, où il était de 3,8 %.

La raison de cette augmentation des primes est l'évolution des coûts. En 2020, les coûts étaient très bas, le déclenchement de la pandémie de COVID-19 ayant entraîné le report de nombreux traitements. Un effet de rattrapage s'est produit par la suite.





En 2021, l'augmentation des coûts a été nettement plus prononcée que le prévoyaient les assureurs et le [Centre de recherches conjoncturelles](#) (KOF). Déjà nettement supérieurs aux primes, les coûts ont pu être couverts par les réserves et par les bénéfices réalisés sur les placements en capitaux. Pour de nombreux assurés, l'année 2022 a été difficile sur le plan économique en raison de l'inflation et des conséquences de la pandémie. La hausse des coûts s'est toutefois poursuivie en 2022, de sorte que les coûts ont été supérieurs aux primes. Le déclenchement de la guerre en Ukraine en février et, surtout, le relèvement des taux d'intérêt décidé en milieu d'année par la **Réserve fédérale américaine** (Fed) et la Banque nationale suisse (BNS) pour lutter contre l'inflation élevée ont eu des répercussions clairement négatives sur les marchés des capitaux. Les assureurs ont pu combler entièrement les lacunes de financement en puisant dans leurs réserves, sans conséquences négatives pour les assurés. Les réserves ont ainsi rempli leur objectif.

La hausse des coûts pour 2023 a été estimée à 3,1%. Pour couvrir ces coûts, les primes auraient dû augmenter d'un peu plus de 8% en 2023. En effet, si les lacunes de financement de 2022 ont été comblées par les réserves, comme mentionné précédemment, la hausse des primes doit tenir compte d'un besoin de rattrapage, les assureurs ayant, grâce à des réserves suffisantes, continué à exploiter les possibilités légales pour atténuer cette hausse.

L'augmentation des primes nécessaire pour 2023 est ainsi uniquement due à la hausse des coûts. Il s'agit d'une pure et simple répercussion de cette hausse et non d'un effet yo-yo imputable à la réduction des réserves en 2022.

Processus d'approbation des primes

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

 Phase 1: Préparation par l'OFSP	 Phase 2: Calcul par les assureurs	 Phase 3: Examen par l'OFSP	 Phase 4: Publication et application
<ul style="list-style-type: none"> – Information des assureurs – Obtention d'une prévision des coûts – Préparation du système 	<ul style="list-style-type: none"> – Analyse des résultats – Estimations des prestations, de la compensation des risques, des frais administratifs, etc. – Prise en compte de la solvabilité – Introduction de 273 000 tarifs de primes 	<ul style="list-style-type: none"> – Contrôle de plausibilité – Couverture des coûts – Égalité de traitement des cantons – Rabais, modèles – Provisions – Compensation des risques – Prise en compte de la solvabilité – Adaptations – Approbation 	<ul style="list-style-type: none"> – Conférence de presse – Priminfo – Open Government Data – Application par les assureurs des primes approuvées
<h3>Implication des cantons</h3>			
<ul style="list-style-type: none"> – Information des cantons – Échange entre l'OFSP et les cantons sur les prévisions de coûts – Rencontre pour la préparation des données par l'OFSP 	<ul style="list-style-type: none"> – L'OFSP demande l'avis des cantons sur les prévisions de coûts – Les cantons reçoivent la première soumission des assureurs 	<ul style="list-style-type: none"> – Les cantons donnent leur avis – L'OFSP utilise la prise de position et informe de son utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> – Échange avant la conférence de presse – Rétrospective de la ronde des primes avec les cantons

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

La deuxième phase correspond au calcul des primes par les assureurs. Outre l'estimation des prestations, ceux-ci doivent tenir compte de différents paramètres tels que l'évolution des effectifs, la compensation des risques, les provisions ou les frais administratifs. Au total, plus de 270 000 tarifs de primes sont soumis à l'OFSP pour examen et approbation.

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

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

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

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

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

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

Améliorations obtenues

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

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

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

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

Résultats des contrôles

Le 31 juillet 2022, les assureurs-maladie ont soumis à l'OFSP, pour approbation, les primes prévues pour l'année 2023, accompagnées de projections des coûts et d'informations sur le nombre d'assurés.

En ce qui concerne l'assurance-maladie obligatoire pour les assurés suisses, 44 assureurs ont soumis plus de 270 000 tarifs de primes pour approbation. Quelques assureurs ont rencontré des problèmes relativement importants de qualité des données, mais qui, pour la plupart, ont pu être résolus au début du processus de contrôle. Au total, le contrôle et les discussions qui ont suivi avec les assureurs ont conduit à adapter quelque 20 000 primes à la hausse et près de 70 000 primes à la baisse. Ces baisses ont profité à un très grand nombre d'assurés, car les corrections ont notamment été effectuées auprès de grands assureurs. En moyenne, les assureurs exercent leur activité dans une vingtaine de cantons. Quelques-uns d'entre eux proposent en outre une assurance UE/AELE, tandis que d'autres ne proposent que l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal. Au total, ce sont les primes de plus de 900 collectifs de risques qui ont ainsi dû être contrôlées.

L'OFSP a vérifié la plausibilité des estimations et des budgets présentés pour 2022 et 2023 en se fondant sur des prévisions des coûts, des valeurs empiriques et des comparaisons entre assureurs. Comme l'an dernier, cette vérification s'est avérée difficile en raison de la situation particulière créée par la pandémie de COVID-19.

L'OFSP se fonde sur la situation individuelle de l'assureur pour évaluer le *combined ratio*, c'est-à-dire le rapport entre dépenses et recettes que l'assureur doit obtenir l'année suivante. L'assureur peut 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 %. Par contre, s'il doit augmenter ses réserves, le *combined ratio* à viser sera inférieur à 100 %. Pour l'année 2023, 21 assureurs ont inclus le produit du capital dans le calcul des primes, ce qui a conduit à des primes plus basses.

L'entrée en vigueur de la révision de l'OSAMal, le 1^{er} juin 2021, a facilité le recours des assureurs aux outils de réduction des réserves. Ceux-ci leur ont permis de calculer les primes au plus juste. L'OFSP s'est assuré, entre autres, que l'outil de calcul des primes au plus juste a été appliqué de manière uniforme sur l'ensemble du domaine d'activité de l'assureur. Les assureurs pouvaient en outre déposer une demande de réduction des

réserves au moyen de versements de compensation aux assurés, à condition d'avoir calculé leurs primes au plus juste. Ici, l'OFSP a notamment vérifié si les réserves des assureurs en question atteignaient encore le minimum légal une fois la réduction opérée. Il a également évalué la définition par les assureurs des assurés qui bénéficieraient d'un versement de compensation. L'outil de calcul des primes au plus juste a été utilisé par 18 assureurs; de plus, cinq assureurs ont présenté un plan de réduction des réserves. Ce sont ainsi plus de 20 millions de francs qui seront remboursés aux assurés en 2023.

Les primes de tous les assureurs ont été approuvées pour toute l'année 2023 et publiées le 27 septembre 2022. La prime moyenne suisse a augmenté de 6,6 % par rapport à 2022. La variation est de 6,6 % pour les adultes (à partir de 25 ans), de 6,3 % pour les jeunes adultes (de 19 à 25 ans) et de 5,5 % pour les enfants (moins de 18 ans). Comme il s'agit ici de valeurs moyennes, l'évolution des primes peut être différente pour les assurés pris individuellement.

Monitoring des disparités cantonales

L'importance du principe selon lequel les primes doivent couvrir les coûts dans chaque canton a été expliquée plus haut, à la section «Principes». Ce principe conduit l'OFSP à examiner chaque année *ex post* les différences entre les résultats techniques cantonaux et à calculer la proportion des primes payées en trop ou en moins en Suisse par rapport au total des primes. Étant donné que les coûts attendus doivent être estimés à chaque fois lors de la fixation des primes et que les chiffres définitifs diffèrent après coup des estimations initiales, un écart nul n'est pas réaliste. Il importe que cet écart annuel reste faible, et l'objectif est qu'il soit inférieur à 1%. En 2021, cet indicateur était de 0,72 %, soit nettement mieux que la valeur cible.

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

Année	2013	2014	2015
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	0,94 %	1,04 %	1,08 %

Année	2016	2017	2018
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	0,90 %	0,70 %	0,62 %

Année	2019	2020	2021
Part des primes payées en trop par rapport au total des primes	0,75 %	0,65 %	0,72 %

Comme les exigences de la LSAMal étaient déjà connues en 2015, mais que les primes pour 2016 avaient encore été approuvées conformément à l'ancienne législation, l'exercice 2016 doit être considéré comme une année de transition.

3.4 Analyse des frais administratifs

Les frais administratifs doivent être limités à ce qui est économiquement nécessaire. Dans le cadre du contrôle des comptes annuels, l'OFSP veille à ce que cela soit ainsi appliqué et intervient au besoin auprès des assureurs. Pour ce faire, il s'appuie également sur les conclusions des contrôles effectués par les organes de révision externe.

En avril de chaque année, l'OFSP examine les frais administratifs des assureurs dans le cadre du contrôle des comptes annuels. Il compare les chiffres de chaque assureur avec les moyennes de la branche comme les évolutions dans le temps. Lorsqu'un assureur présente des frais administratifs qui dépassent ces moyennes de manière significative, l'OFSP exige qu'il les détaille et les justifie.

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

Dans les premiers jours du mois de juin 2022, l'OFSP a communiqué son évaluation aux assureurs concernés. Dans cette correspondance, il leur a fait part des faiblesses constatées en priant ces assureurs de prendre position.

Il s'avère que, pour les quatorze assureurs contactés, ceux-ci ont généralement effectué ces dernières années d'importants investissements dans le domaine des technologies de l'information dans l'intention de diminuer à terme leurs frais. Selon la taille de l'assureur, de tels investissements pèsent dans un premier temps plus ou moins fortement sur les frais administratifs. La moyenne des frais administratifs des assureurs tourne autour de 5 % des primes.

L'OFSP attend des assureurs qu'ils attribuent leurs frais administratifs aux différents domaines (AOS, assurance d'indemnités journalières, assurances complémentaires et autres types d'assurance) en fonction des dépenses effectives. Il n'existe toutefois pas une seule procédure correcte d'attribution des frais administratifs, et les assureurs jouissent d'une certaine marge d'appréciation en la matière. Travaillant en étroite collaboration, la FINMA et l'OFSP ont mis en place un groupe de travail. Les deux autorités de surveillance entendent élaborer des directives afin que les frais administratifs soient à l'avenir encore mieux répartis conformément à des principes directeurs uniformes. L'OFSP continuera de veiller avec la plus grande attention à ce que la répartition des frais administratifs ne se fasse pas de manière arbitraire et injustifiée au détriment de l'assurance-maladie sociale.

3.5 Analyse des délais de paiement des assureurs dans le système du tiers garant

Dans le cadre de son activité de surveillance, l'OFSP a analysé les délais de paiement des factures qui ont été réglées du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021 et, plus spécifiquement, du 15 décembre 2020 au 28 février 2021 (pour les traitements de fin d'année) dans le système du tiers garant. Pour la période considérée, la part des factures en tiers garant représente 19,8 % de l'ensemble des factures réglées.

Les 50 assureurs ont tous fourni les informations nécessaires à l'OFSP. Ces dernières ont été soumises à un contrôle de plausibilité; dans certains cas, des données corrigées ont été remises après consultation par les assureurs concernés.

La durée de paiement moyenne pondérée (de la date de réception de la facture à l'exécution du paiement ou à la date de comptabilisation des prestations) était inférieure à 20 jours pour une majorité d'assureurs (> 95 %), avec un écart minimal (< 1 jour) entre la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021 et celle du 15 décembre 2020 au 28 février 2021.

Le tableau suivant montre le nombre d'assureurs pour différents segments de la durée de paiement moyenne (de la date de réception de la facture à l'exécution du paiement ou à la date de comptabilisation des prestations) pour l'ensemble des factures réglées entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021.

	Nombre d'assureurs de 1 à 9,99 jours	Nombre d'assureurs de 10 à 14,99 jours	Nombre d'assureurs de 15 à 20 jours	Nombre d'assureurs > 20 jours
Durée de paiement moyenne pondérée pour l'ensemble des factures	37	7	4	2
Durée de paiement moyenne en cas de traitement automatisé des factures*	42	3	3	0
Durée de paiement moyenne en cas de traitement manuel des factures	26	13	8	3

* Deux assureurs de petite taille ont indiqué qu'ils n'effectuaient pas de traitement automatisé des factures.

Les deux assureurs, dont la durée de paiement moyenne en cas de traitement manuel des factures était supérieure à 30 jours, ont connu par moment des difficultés techniques au cours de la période considérée qui expliquent ce délai moyen de paiement élevé. Grâce aux mesures mises en place, leur durée de paiement moyenne était inférieure à 20 jours à la fin du premier semestre 2022.

Le troisième assureur dont la durée de paiement moyenne en cas de traitement manuel des factures était supérieure à 20 jours, est un petit assureur qui effectue ses paiements en principe 1 fois par mois. L'OFSP n'a connaissance d'aucune plainte de la part des assurés de cette caisse.

Le tableau suivant montre la durée de paiement moyenne (de la date de réception de la facture à l'exécution du paiement ou à la date de comptabilisation des prestations) pour toutes les factures, c'est-à-dire à la fois celles réglées automatiquement et celles traitées manuellement.

Période	Durée de paiement moyenne pondérée pour l'ensemble des factures	Durée de paiement moyenne en cas de traitement automatisé des factures	Durée de paiement moyenne en cas de traitement manuel des factures
du 1.4.2020 au 31.3.2021	8,7 jours	6,8 jours	11,2 jours

Le montant de la facture n'a pas d'incidence sur la durée de paiement moyenne. Toutefois, la durée de paiement des factures traitées manuellement et portant sur des montants élevés est légèrement plus longue en raison des clarifications nécessaires. La durée jusqu'au versement sur le compte de l'assuré, qui peut aller jusqu'à cinq jours supplémentaires, n'est pas prise en compte.

3.6 Contrôle de la fortune liée et du système de contrôle interne par l'organe de révision externe

Les résultats des audits concernant la fortune liée (FL), les contrôles à l'échelle de l'entreprise et le système de contrôle interne (SCI) ont été remis à l'OFSP pour la quatrième fois. Tant les contrôles effectués par les organes de révision externes pour l'exercice 2021 que les contrôles de suivi exigés pour les irrégularités constatées sur l'exercice 2020 ont été intégrés dans les rapports sur

l'audit prudentiel. La comparaison ci-dessous avec l'exercice 2020 montre que le nombre d'irrégularités constatées et de recommandations formulées par les organes de révision ont continué à diminuer au cours de l'exercice 2021, tant en ce qui concerne la FL que – de manière particulièrement nette – le SCI.

	2021	2020
Irrégularités FL	14	24
Recommandations FL	3	4
Irrégularités SCI	13	78
Recommandations SCI	60	79

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. L'OFSP a communiqué aux organes de révision que les irrégularités devaient être corrigées et les recommandations être suivies dans les délais fixés. Les organes de révision procéderont à un contrôle des mesures mises en place à la suite des constatations faites pour l'exercice 2021 et en rendront compte à l'OFSP dans leur prochain rapport sur l'audit prudentiel.

3.7 Réassurance dans la LAMal

Pour se protéger contre une accumulation imprévue de cas de maladie coûteux, les assureurs-maladie, en particulier de petite taille, concluent des contrats de réassurance. En général, le réassureur prend en charge tous les coûts qui dépassent une limite convenue jusqu'à un montant maximal par année, ou alors le contrat de réassurance porte sur une proportion donnée de primes et de prestations que l'assureur cède au réassureur. Près de la moitié des assureurs sont actuellement couverts par un contrat de réassurance. Quelque 42,0 millions de francs de primes ont été payés à ce titre en 2021, et les prestations de réassurance versées ont avoisiné les 40,8 millions. L'année précédente, les primes et les prestations de réassurance s'élevaient respectivement à 47,5 millions et 47,7 millions de francs.

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

L'OFSP a contrôlé uniformément les contrats qui lui ont été soumis et qui sont entrés en vigueur en 2022 selon les critères suivants :

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

L'OFSP vérifie en outre dans quelle mesure le contrat influe sur la situation en matière de risques et si le test de solvabilité LAMal peut en tenir compte. Le contrôle des réassurances les plus courantes d'excédents de grands sinistres ou de cession d'une proportion de primes et de prestations se fonde principalement sur des données recueillies systématiquement, les données individuelles de BAGSAN. En cas de besoin, l'OFSP peut en recueillir d'autres. Aucun schéma général ne peut être indiqué pour les contrats *stop loss*. Dans leur cas, un contrôle actuariel des primes et du contrat s'impose. En 2022, 24 assureurs LAMal disposaient de réassurances dans le domaine de l'AOS et de l'assurance d'indemnités journalières LAMal. Pour 2023, cinq nouveaux contrats de réassurance ont été soumis à l'OFSP pour approbation

L'OFSP examine en outre les comptes que lui rendent les réassureurs actifs conformément à l'art. 33 LSAMal. Les compagnies KPT Assurances SA, Sanitas Assurances de base SA et Sanitas Assurances privées SA ont décidé de se retirer de la réassurance active de l'assurance-maladie sociale. Cela faisait déjà un certain temps qu'elles ne proposaient plus de produits de ce type. L'OFSP a décidé en conséquence de leur retirer l'autorisation de pratiquer la réassurance des risques de l'assurance-maladie sociale, et leur nom a été supprimé de la liste des réassureurs admis.

3.8 Gouvernance d'entreprise

En plus des audits (voir ch. 3.9), les plans d'exploitation des assureurs constituent une source importante pour l'examen de la gouvernance d'entreprise ou pour la garantie d'une activité irréprochable. Les modifications des plans d'exploitation nécessitent l'autorisation de l'OFSP, par voie de décision, lorsqu'elles concernent les éléments suivants :

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

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

En 2022, l'OFSP a reçu – comme l'année précédente – quelque 160 demandes de modification du plan d'exploitation. Trois quarts environ de ces demandes concernaient – à parts à peu près égales – l'organisation de l'assureur, des changements dans la composition des organes d'administration et de direction, la délégation de tâches importantes à des tiers ou des modifications des conditions d'assurance.

En 2022, l'OFSP a élaboré un formulaire pour chaque élément du plan d'exploitation. Après consultation des assureurs et de leurs associations, ces formulaires seront utilisés à partir du début de l'année 2023 afin de garantir un examen standardisé, uniformisé et efficace des plans d'exploitation.

Les modifications de la structure juridique d'un assureur sont également examinées. Après avoir réalisé une première fusion interne au 1^{er} janvier 2022, le groupe d'assurance CSS a demandé une autre fusion au 1^{er} janvier 2023. L'autorité de surveillance a suivi de près et autorisé la reprise sous forme de fusion par absorption d'Arcosana SA par CSS Assurance-maladie SA. En coordination avec la FINMA, elle a également suivi et vérifié la scission prévue au 1^{er} janvier 2023 des activités d'assurance complémentaire de SWICA Assurance-maladie SA dans une nouvelle société du groupe.

3.9 Audit

Chaque année, tous les assureurs LAMal sont analysés et classés à l'aide d'un système de notation fondé sur des critères de risques. Sur la base des résultats de cette notation et d'autres facteurs (taille de l'assureur, résultats du dernier audit), un audit a été réalisé auprès de sept assureurs (contre neuf l'année précédente), ce qui correspond à une couverture d'environ 37 % dans l'AOS (nombre d'assurés).

Outre le contrôle du respect des dispositions de la LAMal et de la LSAMal, les priorités des audits de 2022 ont été fixées, comme l'année précédente, sur l'égalité de traitement des assurés dans les domaines contrôlés ainsi que sur l'analyse des processus des assureurs du contrôle des factures et du caractère économique des prestations. Cette année, l'accent a été mis plus particulièrement sur la vérification des processus de travail des assureurs en ce qui concerne le contrôle des prestations et des factures dans les affaires courantes au moyen des instruments de contrôle mis en place. En principe, les assureurs tiennent compte des conditions légales relatives à la prise en charge des coûts lors du contrôle électronique automatisé des factures et procèdent aux clarifications nécessaires de l'obligation de prise en charge. L'audit a néanmoins mis en évidence que certains assureurs avaient défini des seuils de contrôle ou interrompu temporairement les contrôles de l'obligation de prise en charge, des pratiques qui ne sont pas autorisées. Les assureurs concernés ont été sommés de supprimer ces seuils de contrôle.

L'accent a également été mis sur la question de savoir si, en cas de corrections rétroactives de décomptes de prestations (p. ex. sur la base d'un tarif stationnaire fixé a posteriori ou pour des médicaments de la liste des spécialités avec des modèles de prix), une participation aux coûts perçue de manière erronée a été restituée à l'assuré. Il ressort de cet examen que cela n'a pas toujours été le cas. Des faiblesses ont également été constatées lors du traitement de la participation légale aux coûts pour les prestations de maladie fournies pendant une grossesse. Des mesures d'amélioration ont été exigées pour remédier à cette situation.

Plusieurs audits ont par ailleurs été consacrés à la vérification du respect des exigences de la circulaire n° 7.1 « *Surveillance par l'OFSP des domaines soumis aux dispositions de la LSAMal relatives à la protection des données* ». L'accent a été mis, d'une part, sur les exigences de la gestion des risques et des mécanismes de contrôle

internes et, d'autre part, sur le traitement et la communication de données personnelles. L'objectif était de déterminer si les assureurs avaient utilisé des données de l'AOS à d'autres fins que celles prévues par la loi (p. ex. à des fins de marketing). Certains assureurs ont été sommés de revoir leurs pratiques et de respecter les prescriptions légales.

Pour ce qui est du service du médecin-conseil, les audits ont porté sur l'indépendance de l'organisation, la transmission d'informations aux organes compétents, les droits d'accès ainsi que le traitement des dossiers médicaux. En ce qui concerne les indications d'ordre médical remis à l'attention du médecin-conseil, l'évaluation médicale indépendante n'était pas garantie dans tous les cas. Les assureurs concernés ont reçu l'instruction de garantir à tout moment que cette évaluation médicale soit effectuée exclusivement par le médecin-conseil ou par les assistants qu'il a désignés. Des mesures tant techniques qu'organisationnelles ont été exigées pour que les droits de la personnalité des assurés soient en tout temps respectés et pour garantir que le médecin-conseil ne transmette à la division Prestations que les indications dont elle a besoin pour se prononcer sur l'obligation de prendre en charge une prestation.

S'agissant du contrôle de la conformité des primes et de l'obligation d'assurance, l'accent a été mis, d'une part, sur l'application correcte des primes approuvées par l'OFSP et, d'autre part, sur la saisie ou la mutation correcte des données contractuelles (début de l'assurance, sortie, modifications en cours d'année, etc.). La majorité des directives émises en ce qui concerne les délais de résiliation pour les formes particulières d'assurance – à savoir les franchises à option et les assurances avec choix limité des fournisseurs de prestations – ainsi que l'affiliation tardive non excusable et le supplément de prime prévu dans ce cas sont principalement dues à une interprétation erronée des directives correspondantes de la LAMal et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

Une autre priorité des audits a consisté à évaluer si les assureurs disposent de principes appropriés de gouvernance d'entreprise, et notamment si la gestion des risques et le SCI sont adaptés à la taille de l'assureur et à sa situation de risque. Le rôle et l'indépendance des fonctions d'assurance de certains assureurs ont dû être développés ou renforcés; en outre, certains assureurs ont été appelés à élargir leurs stratégies de *Business Continuity Management* (BCM) et leurs plans d'urgence.

Si des manquements sont constatés, un délai est imparti à l'assureur concerné pour communiquer à l'autorité de surveillance les mesures prévues pour y remédier. Les assureurs ont défini des mesures pour toutes les directives prononcées et doivent confirmer par écrit et documenter la mise en œuvre définitive des mesures à l'autorité de surveillance. En cas de points faibles importants, des contrôles ultérieurs (follow-up) ont lieu pour vérifier que les lacunes identifiées ont bien été corrigées.

3.10 Directives, dénonciations à l'autorité de surveillance et procédures de recours

Outre les conclusions qu'il tire des plans d'exploitation des assureurs-maladie (voir ch. 3.8), des audits (voir ch. 3.9), des communications des citoyens (voir ch. 7.2) et des rapports de l'organe de révision externe (voir ch. 3.6), l'OFSP prend en considération les articles de presse, les arrêts des tribunaux et les dénonciations qui lui parviennent pour évaluer la garantie d'une activité irréprochable des assureurs.

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

L'assuré doit tout d'abord examiner la possibilité d'obtenir de l'aide de l'Office de médiation de l'assurance-maladie, chargé de servir d'intermédiaire entre les assurés et les assureurs tant qu'aucune procédure n'est en cours.

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

1. Demander à la caisse-maladie une décision pouvant faire l'objet d'une opposition (pour autant qu'une telle décision n'ait pas été communiquée d'office).
2. Faire opposition contre cette décision auprès de la caisse-maladie, qui doit statuer sur les faits de manière indépendante et objective.
3. Déposer un recours contre la décision sur opposition auprès du tribunal cantonal compétent et, en instance supérieure, auprès du Tribunal fédéral.
4. S'il y a péril en la demeure, le droit procédural général (qui, selon la jurisprudence, s'applique également à la procédure en matière d'assurances sociales) prévoit les possibilités suivantes :

- recours direct pour déni de justice ou retard injustifié auprès du tribunal cantonal compétent si la caisse-maladie ne rend pas une décision ou une décision sur opposition dans un délai raisonnable (dans les cas urgents, on peut attendre qu'elle rende sa décision en quelques jours) ;
- demande de mesures provisionnelles ou superprovisionnelles auprès du tribunal cantonal compétent. Le tribunal examine ensuite l'urgence et l'existence d'un risque de préjudice irréparable. Si tel est le cas, il ordonne une mesure (super)provisionnelle (p.ex. prise en charge provisoire des prestations litigieuses) avant de statuer ultérieurement sur le fond.

Lorsque les voies de droit ordinaires ou extraordinaires ne sont pas possibles ou n'aboutissent pas, il est possible de dénoncer une caisse-maladie à l'OFSP. Ce dernier a traité une quarantaine de dénonciations de ce type au cours de l'exercice écoulé. Dans environ la moitié des cas, il n'avait pas à intervenir et a renvoyé l'auteur de la dénonciation à la voie de droit ordinaire ou à l'Office de médiation de l'assurance-maladie. Dans l'autre moitié des cas, il est intervenu auprès des assureurs concernés. Les interventions sont très variées. Elles vont de simples demandes de prise de position et de renseignement sur un thème (p.ex. en relation avec les raisons de l'envoi de factures de primes erronées et leur correction), de l'obligation de rendre des rapports réguliers sur un sujet déterminé (p.ex. des rapports sur des recours interjetés en matière de retards injustifiés) jusqu'à des directives concernant certains aspects de la direction comme cela est mentionné ci-dessous.

On soulignera à cet égard l'enquête approfondie menée contre la société coopérative CAISSE-MALADIE SLKK (voir publication sur le lien suivant : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/Aufsichtsrechtliche-Massnahmen.html>) à la suite d'une dénonciation à l'OFSP et de diverses décisions de justice. Cette enquête a permis à l'OFSP de constater des lacunes graves et répétées, ce qui l'a conduit à édicter à son encontre quinze directives concernant le service du médecin-conseil, les compétences juridiques et l'organisation interne, directives qu'il a publiées sur son site Internet. L'assureur a accepté l'ensemble de ces directives et a promis de les appliquer d'ici la fin de l'année 2022.

Les assureurs peuvent tenir compte de la situation particulière des familles nombreuses et accorder, par exemple, une réduction de primes à partir du troisième enfant.

S'ils font usage de cette possibilité, ils ne sont cependant pas autorisés à prévoir des conditions supplémentaires à l'octroi d'une telle réduction. L'OFSP est intervenu auprès de certains assureurs qui prévoyaient de n'accorder une réduction de primes pour les familles ayant trois enfants et plus qu'à la condition que l'un des parents soit également affilié chez eux, car il estimait qu'une telle condition excédait le cadre autorisé de la fixation des primes. Après discussions, ces assureurs ont accepté de renoncer à appliquer cette condition à leurs assurés.

Les assureurs-maladie appartenant à un groupe d'assurance ont la possibilité de déléguer certaines prestations à des sociétés de services internes au groupe. L'OFSP est intervenu auprès de trois assureurs-maladie qui avaient utilisé les contrats de prestations correspondants pour convenir d'une marge bénéficiaire inadmissible. Une telle marge bénéficiaire n'est pas compatible avec les principes de l'assurance-maladie sociale.

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

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

Une analyse des procédures de recours contre les assureurs-maladie (hors litiges avec les fournisseurs de prestations concernant les tarifs) montre qu'une grande partie d'entre elles s'avèrent infondées. Ainsi, sur les quelque 400 procédures de recours portées devant les tribunaux cantonaux et le Tribunal fédéral, environ 330 n'ont pas abouti (rejet ou non-entrée en matière), tandis que 40 recours ont été partiellement acceptés et 30 l'ont été entièrement. L'OFSP examine ces décisions afin de déterminer si une intervention est indiquée du point de vue du droit de la surveillance. Cela n'a pas été le cas en 2022.

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

4 Surveillance des assureurs-accidents

4.1 Surveillance de l'assurance-accidents obligatoire en général

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

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

L'OFSP exerce en outre, pour le Conseil fédéral, la haute surveillance institutionnelle sur la CNA, qui porte en particulier sur la solvabilité de cette dernière. Il examine en conséquence les comptes annuels de la CNA et soumet chaque année au Conseil fédéral une proposition d'approbation. Les documents relatifs à l'approbation des comptes annuels sont accompagnés à chaque fois d'un

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

4.1.1 Situation des taux dans la LAA

En principe, la LAA prévoit un financement des allocations de renchérissement 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 »). En raison de la phase de taux bas qui dure depuis plusieurs années, ces produits d'intérêts ont pris des valeurs négatives. Un taux d'intérêt supplémentaire, également basé sur le « taux 10/10 », a été introduit en 2014 pour compenser ces excédents négatifs. Ce taux supplémentaire n'est toutefois plus en mesure de compenser les intérêts manquants. Concrètement, il en résulte aujourd'hui déjà des prélèvements importants sur le fonds de l'association, ce qui, à moyen terme, risque de compromettre sérieusement la situation de celui-ci. Pour éviter d'en arriver là, l'association prélève depuis quelques années des primes de répartition auprès des entreprises assurées. L'OFSP considère que cette pratique est contraire à la finalité des primes de répartition, qui devraient uniquement servir à financer les allocations de renchérissement. Entre-temps, un solde d'intérêts cumulé négatif est apparu, qui s'élèvera à environ -400 millions de francs à la fin de l'année 2022.

Dans ce contexte, le groupe de travail « Situation des taux dans la LAA », formé de représentants de cette association, de l'Association suisse d'assurances (ASA), de la FINMA et de l'OFSP, a été constitué en 2019. Dans un premier temps, il a examiné si, compte tenu de la situation sans précédent de persistance de taux d'intérêt négatifs, le « taux 10/10 » est encore approprié en tant que modèle de calcul du produit du capital dans la LAA. Dans un second temps, il a discuté plusieurs modèles susceptibles de le remplacer. Trois de ces modèles ont été retenus en 2020.

En 2022, le groupe de travail a atteint l'objectif de se prononcer, en se fondant sur une matrice d'évaluation, en faveur d'un modèle qui puisse rétablir la stabilité du fonds et s'adapter de la manière la plus flexible possible aux conditions changeantes du marché. Ce modèle proposé par le groupe de travail devra prochainement être soumis au vote des membres de l'association pour garantir les futures rentes.

4.1.2 Grands sinistres

Lorsque survient un grand sinistre au sens de l'art. 78 LAA, la caisse supplétive LAA constitue un fonds de compensation destiné à financer la charge qui dépasse un seuil prédéfini (art. 90, al. 4, LAA).

Afin de mieux préparer la caisse supplétive LAA aux exigences liées à la survenance d'un grand sinistre, un groupe de travail, composé notamment de représentants de cette caisse, de l'OFSP et de l'ASA, a été mis en place. Son objectif principal est d'élaborer, pour ce fonds de compensation, un règlement administratif de la caisse supplétive LAA qui soit compréhensible sur les plans tant juridique que mathématique.

En 2022, le groupe de travail a atteint l'objectif de mettre en consultation un projet de règlement administratif détaillé auprès des assureurs LAA concernés et de tenir compte de leurs avis. La caisse supplétive procède actuellement aux adaptations nécessaires du règlement administratif. Conformément à l'art. 90a, al. 6, LAA, le Conseil fédéral doit approuver ce règlement.

4.2 Comptes d'exploitation

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

L'OFSP saisit ensuite ces comptes d'exploitation dans une banque de données afin de les soumettre à des analyses de contenu et à des contrôles de plausibilité. Au cours de l'année sous revue, l'accent a été mis, entre autres, sur l'examen de la constitution de provisions adéquates pour couvrir le besoin de provisions supplémentaires pour les rentes. Ce besoin existe, car le Conseil fédéral a approuvé la baisse du taux d'intérêt technique de 1,5 à 1 % pour toutes les rentes au 1^{er} janvier 2022, ce qui entraîne un besoin accru en capital.

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

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

S'appuyant sur les données des comptes d'exploitation des cinq dernières années, l'OFSP et la FINMA procèdent à une analyse annuelle commune des risques pour tous les assureurs LAA visés à l'art. 68, al. 1, let. a, LAA, dans l'esprit d'une surveillance coordonnée. Cette analyse se fonde sur un tableau de bord commun comprenant, entre autres indicateurs, les *combined ratios* de tous les assureurs LAA ainsi que des valeurs de référence. Les deux autorités de surveillance ont contacté les sociétés dont des indicateurs présentent des anomalies afin d'en éclaircir les raisons et, le cas échéant, de prendre des mesures appropriées pour y remédier. La mise en œuvre de ces mesures sera suivie sur la base des prochaines analyses de risques.

4.3 Tarifs de primes

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

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

En 2022, les tarifs LAA soumis pour l'année d'assurance 2023 ont été examinés du point de vue de leur conformité aux risques. Les assureurs LAA ont également la possibilité, en se fondant sur l'historique des sinistres, d'appliquer aux entreprises un tarif correspondant à leur risque individuel. L'OFSP s'efforce constamment d'apporter des améliorations sur ce plan. Cette année encore, il a constaté que les primes nettes proposées en particulier aux hôpitaux et aux communes avaient tendance à être trop basses. Lorsque c'était le cas, il a exigé une adaptation de la tarification, et il contrôlera la mise en œuvre de cette exigence lors d'examens de suivi en s'appuyant sur les prochaines statistiques des risques. Étant donné que les primes des contrats concernés ne sont souvent adaptées que lors du renouvellement suivant du contrat et que, pour des contraintes opérationnelles, les statistiques des risques parviennent à l'OFSP avec un certain retard, le suivi de telles situations s'étend en général sur plusieurs années.

5 Surveillance de l'assurance militaire

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

Les nouvelles règles de financement introduites le 1^{er} janvier 2018 dans le cadre du programme de stabilisation 2017–2019 prévoient que les coûts effectifs de l'assurance militaire sont déterminants pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative ainsi que pour les prestations en cas d'accident des assurés auprès de l'assurance de base facultative.

Selon l'art. 66b, al. 1, de la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM; RS 833.1), les primes pour les prestations en cas de maladie doivent être fixées en fonction de l'exigence d'un taux de couverture d'au moins 80 %. Le rapport explicatif de mai 2017 concernant la modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM; RS 833.11) précise que, durant une phase d'introduction

de cinq ans, le Conseil fédéral prévoit de limiter à 80 % le taux de couverture des primes pour les prestations en cas de maladie. Un taux de couverture d'au moins 80 % étant exigé par la loi, le Conseil fédéral examinera ensuite une augmentation de ce taux. Lors de la prochaine adaptation des primes pour l'année 2024, il visera donc un taux de couverture plus élevé.

Pour l'année 2023, la prime mensuelle pour la protection contre la maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative s'élève à 380 francs, soit une augmentation de 15 francs par rapport à 2022. Le supplément pour la protection contre les accidents des assurés auprès de l'assurance de base facultative reste inchangé à 46 francs.

6 Surveillance de l'Institution commune LAMal

Pour l'application de l'entraide internationale en matière de prestations, l'IC LAMal fonctionne comme organisme de liaison et comme institution garantissant l'octroi de prestations à la charge de l'assurance étrangère. Pour 2021, les frais de taux d'intérêt relatifs 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 membre de l'UE ou de l'AELE) ont atteint 2,0 millions de francs au total. Ces coûts sont restés stables par rapport à l'année précédente.

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

mique modeste et si elles ont conclu l'assurance-maladie obligatoire auprès d'une compagnie suisse. En 2021, l'IC LAMal a versé environ 0,7 million de francs pour réduire les primes de ces personnes; 627 personnes ont bénéficié de ces réductions, la plupart résidant en Allemagne (180) ou en France (86).

L'IC LAMal remet chaque année à l'autorité de surveillance divers documents, tels que rapport d'activité 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.

7 Autres activités en relation avec la surveillance

7.1 Données de la surveillance

Les données collectées auprès des assureurs fournissent des informations de base qui permettent à l'OFSP de remplir son rôle d'organe de surveillance et, par ailleurs, d'informer un large public, œuvrant ainsi à la transparence du système de santé suisse.

En mars 2021, les débats parlementaires relatifs au nouvel art. 21 LAMal ont pris fin ; le 23 novembre 2022, le Conseil fédéral a adopté la loi fédérale sur la transmission des données des assureurs, avec une entrée en vigueur prévue au 1^{er} janvier 2023. Ces nouvelles règles précisent les informations qui seront récoltées ainsi que les modalités de diffusion de ces données.

7.2 Demandes des assurés

Les demandes que des assurés et d'autres instances (autorités, employeurs, services étrangers, etc.) adressent à l'autorité de surveillance, tant par écrit (environ 1800) que par oral (environ 1900), montrent que cette dernière est volontiers sollicitée sur des questions spécialisées. Ces demandes portent sur des sujets variés. Nombre d'entre elles ont une dimension internationale. Ce sont surtout les étudiants étrangers, les retraités et les frontaliers qui posent des questions sur l'assurance-maladie obligatoire (assujettissement et possibilités d'exemption). Les modalités concernant le supplément de prime en cas de conclusion tardive de l'assurance font souvent l'objet de demandes, de même que les formes particulières d'assurance (p. ex. modèles HMO, avec médecin de famille ou avec consultation téléphonique préalable, mais aussi formes mixtes avec une dimension numérique toujours plus importante) qui impliquent des conditions d'assurance individuelles et des possibilités de sanction en cas de non-respect des dispositions spécifiques.

L'OFSP informe à ce sujet sur les conditions générales et les prescriptions en vigueur dans l'assurance-maladie sociale. En cas de besoin, il renvoie aux activités de l'Office de médiation de l'assurance-maladie ou aux voies de droit possibles.

Enfin, la publication des primes pour 2023 a entraîné à nouveau des questions concernant la hausse des primes et le calcul de la prime moyenne. Diverses questions de compréhension sont également soulevées lorsque le calculateur de primes officiel de la Confédération (www.priminfo.ch) et les calculateurs de primes des assureurs donnent des résultats (prétendument) différents.

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

La Confédération prend en charge, depuis le 25 juin 2020, les coûts des tests COVID-19. Depuis cette année, des médicaments destinés peuvent être facturés en plus des coûts des tests. Les assureurs, l'assurance militaire, l'IC LAMal, l'armée et les cantons communiquent trimestriellement à l'OFSP le nombre de tests et les montants qu'ils ont versés à ce titre aux fournisseurs de prestations au cours de la période de facturation. S'agissant des tests, les factures sont contrôlées par les acteurs eux-mêmes, qui sont responsables de ce que les prestations soient facturées correctement. L'OFSP vérifie la plausibilité des formulaires de relevé remis trimestriellement et les compare avec les factures. Cette année aussi, il a dû, à plusieurs reprises, renvoyer des factures et ordonner des rectifications. Les organes de révision externes ont vérifié les décomptes des coûts des tests. Ils ont reçu pour cela un mandat d'audit des assureurs et de l'IC LAMal, d'entente avec EXPERTSuisse (Association suisse des experts en audit, fiscalité et fiduciaire). L'OFSP a contrôlé en 2022 ces rapports, qui n'ont donné lieu à aucune constatation particulière. Les coûts de ces audits sont supportés par les assureurs et par l'IC LAMal.

Procédure de restitution

Si elle soupçonne que des tests ont été indûment facturés, la Confédération peut demander la restitution de ces coûts. Elle a également la possibilité d'engager des poursuites pénales. L'OFSP a mis sur pied une équipe, composée de professionnels externes et internes, qui s'occupe exclusivement d'obtenir la restitution des coûts des tests COVID-19 indûment facturés. Juristes et économistes

peuvent s'appuyer sur le savoir-faire et l'expérience de spécialistes internes et externes. L'équipe échange en outre régulièrement avec les assureurs. Des enquêtes approfondies étant encore en cours, il n'est pas possible, à ce stade, de chiffrer précisément les cas. En cas de soupçons d'abus, l'OFSP se réserve le droit d'engager des actions en justice dans le cadre des possibilités offertes par le droit.

7.4 Délégation de tâches (*outsourcing*), circulaire n° 7.9

Les assureurs peuvent en principe déléguer des tâches à une autre entité de leur groupe d'assurance, à une fédération ou à des tiers (art. 6, al. 1, LSAMal). Les relations d'externalisation des assureurs-maladie ont souvent donné lieu par le passé à des incertitudes. L'absence d'une réglementation uniforme complétant les bases légales s'est fait sentir, notamment pour apprécier si une tâche doit ou non être considérée comme importante.

Cette situation a conduit les assureurs et leurs représentants à prier l'OFSP d'élaborer des dispositions complémentaires. En réponse à cette demande, l'OFSP a édicté une circulaire qui vise à définir plus précisément le sujet en se fondant sur une analyse de la pratique existante. L'OFSP a procédé à une large consultation de façon à tenir compte au mieux des exigences de la pratique. Les nombreux retours obtenus ont été intégrés dans le projet qui, après une seconde consultation, est entré en vigueur le 1^{er} juin 2022 sous forme de circulaire.

7.5 Collaboration avec le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence, et circulaire n° 7.1 relative à la protection des données

Lancée en 2021, la collaboration avec le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence a été institutionnalisée en 2022. L'échange annuel a eu lieu en avril 2022 et a porté sur les points suivants: fonctionnement des applications de santé proposées par les assureurs; nouvelles formes particulières d'assurance proposant un canal d'accès numérique aux assurés; règles suivies par les services de la Confédération en matière de stockage de données personnelles dans les « public clouds »; délais de conservation des documents des assureurs; surveillance de l'envoi d'une copie électronique de la facture aux assurés; réactions à la version adaptée de la circulaire n° 7.1; dates d'audit de la section Audit

et organisation de l'OFSP. Cet échange régulier a fait ses preuves et se poursuivra en 2023.

La circulaire adaptée n° 7.1 du 20 décembre 2021 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Elle précise les normes de protection des données inscrites dans la législation sur l'assurance-maladie et le traitement des données par les assureurs conformément aux dispositions déterminantes de la LAMal. La mise en place, par les assureurs, d'un système de gestion de la conformité est un élément essentiel si l'on entend garantir le respect des normes de protection des données à l'intérieur et à l'extérieur du droit de l'assurance-maladie. En 2022, l'OFSP a demandé à plusieurs assureurs, en se référant à la circulaire, des règles supplémentaires concernant le flux de données pour les formes particulières d'assurance. En outre, conformément à sa pratique inscrite dans la circulaire et sur la base de la situation juridique actuelle, il a opposé une réponse négative à des demandes de traitement de données relatives à la santé et de constitution de profils de la personnalité des assurés dans le but de fournir une information spécifique de certains groupes cibles.

7.6 Projet ISAK

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

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

Le remplacement du système actuel permettra de mieux respecter le principe de la source fiable unique (*single source of truth*) et d'éviter la livraison multiple de données. Les assureurs seront ainsi déchargés de plusieurs tâches. Dans la mesure du possible, toutes les activités de surveillance devraient s'appuyer sur un pool de données commun, ce qui améliorera la transparence dans les évaluations relevant du droit de la surveillance.

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

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

Le nouveau système sera axé dès le départ sur les besoins des utilisateurs. C'est dans ce but qu'un premier parcours de l'utilisateur (*user journey*) a été lancé en juillet 2022 et que l'aide des assureurs et des cantons a été sollicitée. L'objectif était tout d'abord de déterminer le fonctionnement du processus d'approbation des primes du point de vue des utilisateurs et la façon dont le nouveau système peut tenir compte de leurs besoins. Avec l'aide d'un soutien externe, des entretiens ont été menés avec plusieurs assureurs et cantons. Ces observations et ces entretiens ont été réalisés entre août et octobre 2022 directement sur le lieu de travail des assureurs et des cantons, c'est-à-dire pendant la procédure d'approbation des primes. Les éléments pertinents ont ainsi été recueillis à un moment opportun. Les résultats de ces entretiens permettront de mettre en évidence les aspects du nouveau système à améliorer ou à maintenir impérativement.

7.7 Évaluation de la LSAMal

La LSAMal et l'ordonnance qui s'y rapporte sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016.

En réponse à une interpellation, le Conseil fédéral a annoncé en 2020 que cette loi ferait l'objet d'une évaluation. Au début de l'année 2022, l'OFSP a attribué le mandat correspondant. Un mandataire externe et indépendant a, d'une part, analysé les données existantes et, d'autre part, interrogé de manière approfondie des représentants de la branche et des experts au sujet de la LSAMal et de son application. Les enseignements ainsi obtenus concernant l'impact et l'exécution actuelle de la loi formeront la base du rapport qui sera publié dans le courant de l'année 2023.



8 Annexes : législation

8.1 Législation relative à l'assurance-maladie

8.1.1 Message relatif à l'initiative d'allègement des primes et à la modification de la LAMal (réduction des primes) à titre de contre-projet indirect

Le 17 septembre 2021, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message relatif à l'initiative populaire fédérale « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) » et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie). Voir le communiqué de presse : [Le Conseil fédéral adopte le message sur le contre-projet à l'initiative d'allègement des primes \(admin.ch\)](#). Le 16 juin 2022, le Conseil national a décidé de présenter un contre-projet modifié, qui entraîne des coûts supplémentaires plus élevés pour la Confédération et les cantons. Le 30 novembre 2022, le Conseil des États n'est pas entré en matière sur le contre-projet du Conseil fédéral. C'est donc à nouveau le Conseil national qui traite l'affaire.

8.1.2 Révision de la LAMal (échange de données et compensation des risques)

Cette révision vise à introduire un échange de données entre les assureurs et les cantons afin de simplifier les tâches des uns et des autres. Par ailleurs, elle inclut dans la compensation des risques les assurés résidant à l'étranger et en exclut ceux avec lesquels les assureurs ne parviennent plus à entrer en contact depuis un certain temps. Le message devrait être transmis au Parlement au second semestre 2023.

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

Le 19 mai 2021, le Conseil fédéral a transmis au Parlement le message concernant le projet de loi fédérale sur la réglementation de l'activité des intermédiaires d'assurance. Selon celui-ci, 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 l'accord des assureurs concernant l'interdiction du démarchage téléphonique à froid, la formation et la limitation de la rémunération des inter-

médiaires ainsi que l'établissement et la signature d'un procès-verbal d'entretien de conseil. Le projet prévoit aussi de nouvelles mesures du droit de la surveillance. Le non-respect des points de l'accord déclarés obligatoires constitue une infraction inscrite dans la LSAMal et dans la LSA. Le 7 mars 2022, le Conseil national a adopté le projet de loi en y apportant une modification : les exigences relatives à la formation et à la rémunération ne valent pas pour les intermédiaires qui sont liés à un assureur par un contrat de travail. Le 20 septembre 2022, le Conseil des États a adopté le projet du Conseil fédéral en y ajoutant l'audition des assureurs avant la déclaration de force obligatoire. Le 16 décembre 2022, le Parlement a adopté le projet du Conseil fédéral avec le complément du Conseil des États.

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

Le projet comporte deux volets. Tout d'abord, de nouvelles dispositions de la LAMal concernant l'exécution de l'obligation de payer les primes ont été adoptées par le Parlement en mars 2022 ([16.312 | Exécution de l'obligation de payer les primes. Modification de l'article 64a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie | Objet | Le Parlement suisse](#)). Il y a lieu d'édicter les dispositions d'exécution pour les mettre en œuvre. En particulier, les modalités de reprise des actes de défaut de biens par les cantons seront réglées. De plus, une délégation de compétence au DFI est prévue pour fixer les rabais maximaux entre les régions de primes pour les formes particulières d'assurance comme il le fait déjà pour l'assurance ordinaire.

8.1.5 Ordonnance sur les modifications d'ordonnances en matière d'assurance-maladie concernant la mise en œuvre de la Convention sur la coordination de la sécurité sociale entre la Confédération suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (RO 2022 658)

Depuis le 1^{er} janvier 2021, la coordination des régimes de sécurité sociale prévue par l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE (ALCP) n'est

plus applicable dans les relations entre la Suisse et le Royaume-Uni. Une nouvelle convention de sécurité sociale a été négociée et adoptée par le Parlement lors de la session d'hiver 2022. Le délai référendaire échoit le 8 avril 2023, mais la date d'entrée en vigueur n'est pas encore connue avec précision. Pour éviter un délai trop long entre la fin de l'ALCP et l'application de la nouvelle convention, cette dernière est appliquée provisoirement depuis le 1^{er} novembre 2021.

La Convention sur la coordination de la sécurité sociale entre la Confédération suisse et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord est directement applicable dans l'ordre juridique suisse, et les ressortissants britanniques peuvent invoquer les droits qui y sont prévus. En matière d'assurance-maladie, il y avait lieu de modifier la LAMal et la LSAMal ainsi que les ordonnances d'exécution, afin qu'elles soient conformes à la Convention. Les dispositions de ces diverses ordonnances qui font référence à l'ALCP et à la Convention AELE doivent aussi s'appliquer en lien avec la nouvelle convention. Il appartenait dès lors au Conseil fédéral de les adapter en y intégrant une référence au Royaume-Uni. Ces modifications n'ont pas de conséquences matérielles. Cet acte modificateur est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

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

Une adaptation de l'OCOR est nécessaire afin de permettre aux assureurs d'estimer plus facilement la compensation des risques et de calculer les primes de façon adéquate. Le projet de modification prévoit de compléter la statistique générale sur la compensation des risques par des informations plus pertinentes (art. 22, al. 2). Les cantons font remarquer qu'aucun chiffre officiel à l'échelle nationale n'est connu à ce jour concernant les cas de double assurance ou d'assurance multiple. La présente révision vise à combler cette lacune (autre ajout à l'art. 22). Enfin, le projet comprend des adaptations aux art. 4 et 6. Le terme « principe actif » doit être supprimé. Des médicaments contenant le même principe actif mais autorisés pour des affections différentes pourront ainsi être attribués au groupe de coûts pharmaceutiques (PCG) pertinent, ce qui n'est pas possible jusqu'à présent. Afin de garantir une livraison correcte des données, il est expressément précisé que les restitutions accordées aux assureurs par les titulaires d'autorisation doivent être déduites des prestations brutes dans la livraison des données. La révision devrait entrer en vigueur au mois de septembre 2023.

8.1.7 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)

Les progrès de la médecine entraînent chaque année de nombreuses modifications dans la liste des spécialités (LS). La liste des PCG qui figure en annexe de l'OCOR-DFI doit par conséquent être mise à jour avec les nouveaux médicaments inscrits dans la LS. La modification de l'OCOR-DFI a été décidée le 25 février 2022 et est entrée en vigueur le 15 avril 2022. La prochaine révision suivra au printemps 2023.

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

L'art. 61, al. 2^{bis}, LAMal prévoit que les différences de primes doivent être fondées sur les différences de coûts entre les régions. Les différences maximales admissibles de primes ont été fixées de manière uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Cependant, comme les différences de coûts varient d'un canton à l'autre, les rabais maximaux uniformes pour toute la Suisse ne correspondent pas dans chaque canton aux différences de coûts entre les régions de primes. C'est pourquoi la révision totale de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes, adoptée le 15 mars 2022, fixe désormais pour chaque canton les rabais de primes maximaux entre les régions. Les rabais changent dans les cantons de Fribourg, de Lucerne et de Saint-Gall. En outre, le numéro attribué à chaque commune par l'Office fédéral de la statistique (OFS) est dorénavant repris dans l'annexe de l'ordonnance. Il permet d'identifier les communes de manière univoque et facilite le traitement automatique par les assureurs-maladie.

L'ordonnance du DFI sur les régions de primes a dû être révisée en raison des fusions de communes. Elle comprend la liste actualisée des communes conformément au répertoire officiel des communes de Suisse publié par l'OFS. Sont prises en compte toutes les fusions de communes approuvées jusqu'à fin juin 2022 et devenues effectives en 2022 ou au 1^{er} janvier 2023. La révision a été adoptée le 26 août 2022.

Les deux révisions sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

8.1.9 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2023 permettant de calculer la réduction des primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni (RS 832.112.51)

Selon l'ordonnance du 3 juillet 2001 concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni (ORPMUE; RS 832.112.5), le DFI doit fixer chaque année le facteur de correction du pouvoir d'achat entre la Suisse et le pays de résidence du rentier. Les primes moyennes de l'assurance suisse de base (avec franchise unique de 300 francs et couverture accidents) dans ces États sont déterminantes pour le calcul du droit aux réductions de primes. Les indices du niveau des prix sont tirés des statistiques Eurostat (parités de pouvoirs d'achat / indices de niveau des prix / dépense de consommation finale des ménages). C'est l'IC LAMal qui procède à la réduction de primes pour les rentiers. Les cantons se fondent également sur ces valeurs pour les réductions de primes en faveur des travailleurs frontaliers. L'ordonnance du DFI du 28 novembre 2022 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

8.2 Législation relative à l'assurance-accidents

8.2.1 Modification de l'art. 117, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202)

Les primes de l'assurance-accidents obligatoire sont en principe payées en avance pour un exercice annuel complet. L'OLAA prévoit toutefois, en échange d'une majoration, la possibilité de payer les primes par semestre ou par trimestre.

Depuis la dernière révision de l'OLAA, la situation des taux d'intérêt en Suisse et dans le monde a beaucoup changé. Dans le contexte actuel de taux d'intérêt faibles, les majorations pour paiement échelonné en vigueur sont trop élevées.

La majoration pour paiement échelonné est actuellement basée sur un taux d'intérêt annuel de 5 %. Avec la révision de l'ordonnance, elle correspondra à un taux d'intérêt annuel de 1 %. La majoration baissera de 1,250 à 0,25 % de la prime annuelle pour le paiement semestriel et de 1,875 à 0,375 % de la prime annuelle pour le paiement trimestriel. Cela permettra d'alléger la charge des employeurs.

8.2.2 Adaptation de l'art. 2, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents concernant les clubs sportifs

Les personnes qui exercent une activité de sportif ou d'entraîneur dans des clubs sportifs populaires et qui reçoivent pour cela une indemnité, même modeste, sont considérées comme des travailleurs au sens de la LAA et doivent être assurées en conséquence. En raison de la fréquence des blessures dans ces fonctions et des coûts élevés de ces accidents, les clubs sportifs ont parfois du mal à trouver un assureur-accidents. Et lorsqu'ils en trouvent un, les primes, calculées en fonction des risques, sont si élevées que les clubs sportifs populaires ont beaucoup de difficultés à s'en acquitter sans mettre en péril leur existence.

Pour cette raison, les personnes qui exercent une activité de sportif ou d'entraîneur doivent être exemptées de l'obligation de s'assurer contre les accidents, pour autant qu'aucune personne dans le club exerçant de telles fonctions ne réalise un revenu supérieur aux deux tiers du montant minimal de la rente de vieillesse annuelle complète de l'AVS. Cependant, dès qu'un sportif ou un entraîneur perçoit un revenu supérieur à cette limite, toutes les personnes exerçant de telles fonctions au sein du club doivent être assurées. Celles qui exercent une autre activité, comme le personnel administratif, de nettoyage ou de service, restent soumises à l'assurance-accidents obligatoire, quel que soit le montant du revenu perçu.

La proposition d'adaptation de l'ordonnance est en consultation du 16 novembre 2022 au 2 mars 2023. L'entrée en vigueur de cette modification est prévue pour le 1^{er} janvier 2024.

8.2.3 Adaptation des rentes LAA au renchérissement

Les personnes qui perçoivent une rente de l'assurance-accidents obligatoire reçoivent des allocations de renchérissement. Les rentes LAA sont adaptées au même rythme que celles de l'AVS. L'indice national des prix à la consommation (IPC) du mois de septembre est déterminant pour toute augmentation. Cette année, l'IPC a augmenté de 2,8 % par rapport à la dernière adaptation du renchérissement dans l'assurance-accidents obligatoire le 1^{er} janvier 2009. Cette augmentation sera répercutée sur les bénéficiaires de rentes LAA. En conséquence, l'ordonnance 23 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de l'assurance-accidents obligatoire est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Elle remplace l'ordonnance 09 sur les allocations de renchérissement aux rentiers de

l'assurance-accidents obligatoire, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009.

8.2.4 Motion Darbellay

La motion 11.3811 Darbellay, acceptée par les Chambres fédérales en 2014, charge le Conseil fédéral de « modifier la loi sur l'assurance-accidents (LAA) et/ou, le cas échéant, d'autres règlements s'y rapportant, en vue de garantir le versement des indemnités journalières dans les cas où l'incapacité de travail est due à une rechute ou aux séquelles tardives d'une blessure survenue lorsque l'assuré était plus jeune ». Les personnes actives assurées par la LAA et victimes d'un accident dans leur jeunesse, avant qu'elles ne soient occupées professionnellement, n'ont en effet actuellement pas droit aux prestations de la LAA si elles souffrent d'une rechute ou de séquelles tardives liées à cet accident. Leur caisse-maladie prend en charge les frais médicaux, aux conditions de la LAMal, et la perte de gain est assurée par l'employeur, pour une durée déterminée.

Le Conseil fédéral a analysé dans le détail et avec soin les différentes possibilités de mettre en œuvre la motion dans toutes les branches d'assurances sociales qui connaissent le principe des indemnités journalières. Il est arrivé à la conclusion que la concrétisation de la motion amènerait à déroger à des principes fondamentaux du droit des assurances et introduirait des contradictions systémiques. En conséquence, dans son rapport détaillé du 28 mars 2018, il a recommandé aux Chambres fédérales de classer la motion. Le 2 mars 2022, le Conseil des États a confirmé la position du Conseil national adoptée le 19 mars 2019 et refusé le classement de la motion. Le Conseil fédéral est tenu d'atteindre l'objectif visé par la motion dans un délai d'un an.

Des discussions intenses ont été menées durant toute l'année 2022, notamment avec l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), pour tenter de mettre en œuvre la motion. Différentes pistes ont été explorées, qu'il s'agisse d'une modification de la LAA, de la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG), ou encore du Code des obligations (CO). Finalement, il a été décidé de modifier la LAA pour donner suite au but de la motion. Durant l'année 2023, un projet sera mis en consultation afin de garantir le versement des indemnités journalières dans les cas où l'incapacité de travail est due à une rechute ou aux séquelles tardives d'une blessure survenue lorsque l'assuré était plus jeune.

8.3 Législation relative à l'assurance militaire

8.3.1 Modification de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM; RS 833.11)

Les nouvelles règles de financement applicables depuis le 1^{er} janvier 2018 prévoient que les coûts effectifs de l'assurance militaire pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative ainsi que pour les prestations en cas d'accident des assurés auprès de l'assurance de base facultative sont déterminants pour le calcul des primes. La loi précise que les primes pour les prestations en cas de maladie doivent couvrir au moins 80 % des coûts. Un supplément de prime, qui doit également couvrir au moins 80 % des coûts liés aux accidents, est perçu pour la protection contre les accidents des assurés auprès de l'assurance de base facultative.

Les primes suivantes ont été fixées pour 2023 : une prime mensuelle de 380 francs (contre 365 francs en 2022) pour les prestations en cas de maladie des assurés à titre professionnel et des assurés auprès de l'assurance de base facultative, et une prime mensuelle inchangée de 46 francs pour les prestations en cas d'accident des assurés auprès de l'assurance de base facultative.



9 Rapports du Conseil fédéral

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

Adopté le 21 avril 2020 par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-CE), le postulat 20.3135 chargeait le Conseil fédéral de présenter un rapport relatif aux conséquences financières de la pandémie sur les agents payeurs dans le secteur de la santé¹. Dans un premier rapport intermédiaire publié le 23 juin 2021, le Conseil fédéral a livré, pour chaque agent payeur, une première analyse essentiellement qualitative des coûts de santé générés par la pandémie, reflétant l'état des connaissances au 31 mars 2021. Une actualisation de ce premier rapport a été effectuée fin juin 2022 sur la base des coûts de la santé liés à la pandémie pour l'ensemble de l'année 2021. Comme pour le premier rapport intermédiaire, cette actualisation n'a pas pu tenir compte de l'ensemble des informations en raison du retard dans la disponibilité des données et parce que la pandémie était encore en cours pendant la phase d'élaboration du rapport. Un rapport final est prévu pour la fin du premier semestre 2023.

Sont considérés comme des agents payeurs dans le secteur de la santé la Confédération, les cantons, les assureurs et les assurés. S'agissant des assureurs et des assurés, même si les coûts de la pandémie sont pris en considération pour toutes les assurances sociales (AOS, AA, AI, AM), l'accent est mis sur l'AOS. Par analogie avec le premier rapport intermédiaire, seuls les coûts directs liés aux soins médicaux fournis à la population durant la pandémie sont pris en considération.

¹ 20.3135 | Clarifier les conséquences, en matière de coûts de la santé, de la pandémie sur les différents agents payeurs | Objet | Le Parlement suisse

10 Glossaire

Assureurs-maladie mixtes

Par assureurs-maladie mixtes, on entend les assureurs-maladie qui gèrent à leurs propres risques à la fois l'assurance de base et l'assurance complémentaire au sein de la même entité juridique. L'OFSP exerce la surveillance institutionnelle sur ces assureurs.

Audit

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

Collectifs de risques

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

Combined ratio

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

Conformité (compliance)

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

Fortune liée

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

Gouvernance d'entreprise

La gouvernance d'entreprise 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. En outre, des provisions sont constituées pour des sinistres à régler.

11 Liste des abréviations

AA	Assurance-accidents
AELE	Association européenne de libre échange
AI	Assurance-invalidité
ALCP	Accord sur la libre circulation des personnes
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASA	Association suisse d'assurances
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BCM	Business Continuity Management
BNS	Banque nationale suisse
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFST	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
CSAA	Groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EAE	Efficacité, adéquation et économicité
EESSI	Electronic Exchange of Social Security Information
EXPERTsuisse	Association suisse des experts en audit, fiscalité et fiduciaire
FED	Federal Reserve
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
FL	Fortune liée
HMO	Health Maintenance Organization
IC LAMal	Institution commune LAMal
IPC	Indice national des prix à la consommation
ISAK	Système d'information de la surveillance de l'assurance-maladie
KOF	Centre de recherches conjoncturelles
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire (RS 833.1)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LSAMal	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.12)
MOKKE	Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie

OAM	Ordonnance sur l'assurance militaire (RS 833.11)
OCoR	Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (RS 832.112.1)
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAA	Ordonnance sur l'assurance-accidents (RS 832.202)
OSAMaI	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (RS 832.121)
PCG	Groupes de coûts pharmaceutiques
RS	Recueil systématique du droit fédéral
SCI	Système de contrôle interne
SMC	Service du médecin-conseil
SNAP	Swiss National Action Plan
SST	Swiss Solvency Test
UE	Union européenne

