



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale
Rapport sur les résultats de l'audition

Berne, novembre 2015

Sommaire

1	Contexte	5	Code
2	Réponses.....	5	Code
3	Vue d'ensemble	5	Code
3.1	Approbation du projet, parfois avec réserves	5	Code
3.2	Rejet du projet	5	Code
3.3	Décision de ne pas se prononcer	6	Code
4	Résumé des avis	6	Code
4.1	Avis généraux	6	Code
	Partisans du projet.....	6	Code
	Adversaires du projet.....	6	Code
4.2	Remarques sur les différents articles du projet.....	7	Code
	Art. 1 Autres branches d'assurance.....	7	Code
	Art. 2 Groupe d'assurance.....	7	Code
	Art. 3 Demande d'autorisation	8	Code
	Art. 4 Exemption de l'obligation visée à l'art. 5, let. g, LSAMal.....	8	Code
	Art. 5 Début de la validité de l'autorisation	8	Code
	Art. 6 Retrait de l'autorisation à la fin de l'activité d'assurance.....	9	Code
	Art. 7 Délais en cas de modifications du plan d'exploitation	9	Code
	Art. 8 Modifications de la structure juridique, transfert de patrimoine et transfert de l'effectif des assurés	10	Code
	Art. 9 Procédure de financement	10	Code
	Art. 10 Réserves initiales	11	Code
	Art. 11 Détermination des réserves	11	Code
	Art. 12 Niveau minimal des réserves	11	Code
	Art. 13 Fréquence et moment du calcul.....	12	Code
	Art. 14 Rapport	12	Code
	Art. 15 Provisions techniques	12	Code
	Art. 16 Débit.....	13	Code
	Art. 17 Date de calcul du débit.....	13	Code
	Art. 18 Rapport	13	Code
	Art. 19 Couverture et art. 20 Constitution	13	Code
	Art. 21 Placements conformes.....	13	Code
	Art. 22 Limites.....	14	Code
	Art. 23 Limites en cas de placements collectifs	14	Code
	Art. 24 Conservation des biens.....	14	Code
	Art. 25 Vérification par l'autorité de surveillance.....	14	Code
	Art. 26 Utilisation du produit de la fortune liée	14	Code
	Art. 27 Fixation des primes	15	Code

Art. 71 Coordination entre autorités de surveillance	29	Code
Art. 72 Annonce de faits de grande importance	30	Code
Art. 73 Situation financière compromise	30	Code
Art. 74 Transfert de l'effectif des assurés	30	Code
Art. 75 Contrôle des transactions entre l'assureur et d'autres entreprises	31	Code
Art. 76 Dispositions applicables aux sociétés holding	31	Code
Art. 77 à 80 Institution commune	32	Code
Art. 81 Information du public.....	32	Code
Art. 82 Données des assureurs	32	Code
Art. 83 Nature et étendue des données fournies par les assureurs.....	35	Code
Art. 84 Données de l'institution commune	36	Code
Art. 85 Données des tiers mandatés par les assureurs	36	Code
Art. 86 Publication des données des assureurs	37	Code
Art. 87 à 90	38	Code
Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie.....	38	Code
Art. 91 OAMal	38	Code
Art. 91b OAMal	38	Code
Art. 99 OAMal	38	Code
Modification de l'ordonnance du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie	39	Code
<i>Annexe</i> : Liste des participants à l'audition.....	40	Code

1 Contexte

Le 26 septembre 2014, le Parlement a adopté la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal). Le délai référendaire a expiré sans avoir été utilisé.

Par lettre du 1^{er} avril 2015, le conseiller fédéral Alain Berset, chef du Département fédéral de l'intérieur, a invité des cantons, les partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale, les organisations faïtières suisses des communes, des villes et des régions de montagne, celles de l'économie ainsi que les milieux intéressés, à se prononcer sur un projet d'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal)¹. Cette invitation a été adressée à 80 destinataires. L'audition a duré jusqu'au 8 juillet 2015.

2 Réponses

Au total, 77 avis ont été rendus, dont 57 par des participants officiels et 20 par des organisations non sollicitées. Parmi les participants officiels, un canton et cinq organisations ont annoncé qu'ils renonçaient à se prononcer sur le contenu du projet.

Tous les cantons à l'exception d'Appenzell Rhodes-Intérieures ont pris part à l'audition. De plus, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux la santé (CDS) a remis son avis. Sur les douze partis invités, quatre ont répondu (PDC, PLR, PS, UDC). Parmi les organisations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne, seul le Groupement suisse pour les régions de montagne s'est exprimé sur le contenu du projet. Parmi les organisations faïtières de l'économie, sept ont répondu et, parmi les milieux intéressés, cinq organisations de consommateurs ou de patients, neuf organisations de fournisseurs de prestations et 18 organisations d'assureurs ou d'assurés. Cinq autres organisations intéressées ont également donné leur avis. La liste des participants à l'audition (avec les abréviations utilisées dans le présent rapport) est donnée en annexe.

3 Vue d'ensemble

3.1 Approbation du projet, parfois avec réserves

Cantons (22 + 1) : AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR (« pas de remarques »), JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZH et la CDS

Partis (1) : PS

Organisations faïtières de l'économie (2) : USS, Centre patronal

Organisations de consommateurs et de patients (4) : ACSI, Fédération suisse des patients, FRC, Fondation pour la protection des consommateurs

Fournisseurs de prestations (3) : FSP, pharmasuisse, ASMAC

3.2 Rejet du projet

Quelques participants rejettent le projet sous la forme présentée et demandent de le remanier en profondeur. Les assureurs, en particulier, sollicitent une nouvelle audition sur le projet remanié.

¹ Les documents ont été publiés sur Internet à l'adresse <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2015.html>

Ces participants se disent favorables à une amélioration de la surveillance et ne remettent pas en cause par principe l'édiction d'une OSAMal. Ils critiquent parfois les mêmes propositions que les participants qui approuvent le projet avec réserves.

Cantons (2) : GL, ZG

Partis (3) : PDC, PLR, UDC

Organisations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne (1) : SAB

Organisations faîtières de l'économie (4) : USAM, USP, économiesuisse, FER

Fournisseurs de prestations (5) : SSO, Médecins de famille, medswiss.net, FMH, OMCT

Assureurs et leurs organisations (17) : Assura, Concordia, curafutura, CSS, Groupe Mutuel, Helsana, ÖKK, RVK, RVK Rück, santésuisse, SVK, ASA, Sasis, Sympany, Tarifsuisse, Turbenthal, Visana

Assurés/consommateurs (1) : Konsumentenforum

Autres milieux intéressés (4) : Entente système de santé libéral, Comparis, Expertsuisse, Association suisse des actuaires

3.3 Décision de ne pas se prononcer

Canton de SH, Association des communes suisses, Union des villes suisses, SEC Suisse, H+, Commission de la concurrence

4 Résumé des avis

4.1 Avis généraux

Partisans du projet

La CDS, la majorité des cantons, le PS, l'USS et l'ASMAC approuvent le projet d'OSAMal. La plupart d'entre eux émettent cependant des réserves.

Réserve : la surveillance ne va pas assez loin

L'USS déplore que la surveillance sur l'AOS soit aménagée de façon moins efficace que celle sur les assurances privées. Elle considère l'OSAMal comme un minimum absolu.

L'ACSI, la FRC et la Fondation pour la protection des consommateurs jugent que les dispositions de l'OSAMal ne vont parfois pas assez loin. Elles citent notamment à cet égard les activités de publicité et d'intermédiaire ainsi que le niveau et la dissolution des réserves excessives.

Réserves à propos de certaines dispositions

La CDS et la plupart des cantons proposent des modifications des dispositions relatives à l'approbation des primes. Ils veulent notamment garantir que les primes cantonales soient fonction des coûts dans le canton concerné.

Ces réserves ainsi que d'autres sont mentionnées dans le commentaire des dispositions.

Adversaires du projet

Le PDC, le PLR et l'UDC, plusieurs organisations et l'économie et surtout les assureurs rejettent le projet. Les principaux motifs avancés pour cela sont les suivants :

Contradiction avec la LSAMal

Le PDC, le PLR et l'UDC, plusieurs organisations et l'économie et les assureurs jugent que le projet va parfois plus loin que la LSAMal, voire la contredit. Ils critiquent en particulier l'obligation de dissoudre les réserves excessives, ainsi que le contrôle des transactions.

Densité normative excessive et réglementation disproportionnée

L'USAM surtout demande de ne réglementer que l'indispensable. Le PDC, le PLR et l'UDC, plusieurs organisations et l'économie et les assureurs jugent la réglementation proposée disproportionnée. Ils critiquent notamment les prescriptions touchant la gestion des affaires, le contrôle des transactions et le relevé des données.

Charges supplémentaires entraînant une hausse des primes

Le PDC, le PLR et l'UDC, plusieurs organisations et l'économie et les assureurs relèvent que les exigences supplémentaires se traduiront par un surcroît de charges pour l'administration et les assureurs. Celui-ci entraînera des hausses de primes et pèsera surtout sur les petits et moyens assureurs. Curafutura craint en outre que l'autorité de surveillance n'externalise des tâches aux dépens des assureurs.

Volatilité des primes

Les assureurs craignent que l'obligation de couvrir le besoin annuel et celle de dissoudre les réserves excessives n'aboutissent à de fortes variations des primes.

Absence de distinction entre grands et petits assureurs

Les assureurs reprochent au projet d'introduire des prescriptions plus sévères qui seraient appliquées sans faire de distinction entre grands et petits assureurs.

Ingérence dans la gestion des affaires et nivellement de la concurrence

Les assureurs critiquent l'intervention trop poussée de l'Etat dans la gestion des assureurs et son effet de nivellement de la concurrence.

4.2 Remarques sur les différents articles du projet

Art. 1 Autres branches d'assurance

L'OMCT se déclare d'accord avec la règle de l'art. 7a OAMal et indique qu'il serait intéressant de savoir à quelle fréquence elle est effectivement appliquée.

Art. 2 Groupe d'assurance

Pour le canton de VD, cette disposition introduit la notion de « groupe d'assurance » avec des critères cités aux let. a et b, mais l'OSAMal n'est pas suffisamment explicite en l'état sur les dispositifs de contrôle par l'autorité de surveillance qui s'appliquent à cette forme d'organisation. En particulier, l'obligation d'établir les « comptes consolidés », comme moyens d'évaluation de la situation financière ou des risques financiers d'un groupe d'assureurs ou d'une holding, n'apparaît pas clairement dans l'ordonnance soumise à consultation.

L'USP fait remarquer que l'art. 2 en relation avec les art. 75 et 76 OSAMal introduit pratiquement une surveillance des groupes, ce que le Parlement avait clairement refusé.

PharmaSuisse est favorable à ce que l'on considère le groupe d'assurance comme une unité économique, mais s'oppose à des conglomérats sans transparence qui seraient composés d'assureurs pratiquant le dumping et d'autres assureurs plus chers.

Les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI) militent pour une séparation plus claire entre l'assurance sociale, où il s'agit de couvrir les coûts sans faire de bénéfice, et les assurances complémentaires, qui doivent être rentables. L'art. 2 permet au contraire de multiples combinaisons et mélanges, accentués également par les possibilités de réassurance.

Art. 3 Demande d'autorisation

Les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI) saluent les dispositions obligeant les assureurs à soumettre pour approbation leurs statuts et leurs dispositions sur les formes particulières d'assurance.

Art. 4 Exemption de l'obligation visée à l'art. 5, let. g, LSAMal

La FER approuve le relèvement de la limite prévue dans l'OSAMal permettant aux assureurs d'être exemptés de l'obligation d'offrir aux personnes tenues de s'assurer et résidant dans l'UE la possibilité de s'affilier à l'assurance-maladie sociale (relèvement de 100 000 assurés à 500 000 assurés). Cette obligation engendre en effet une lourde charge administrative qui peut s'avérer disproportionnée pour les assureurs de taille moyenne.

Curafutura, l'ASA, Helsana et la CSS proposent de reformuler ainsi l'art. 4, al. 1, OSAMal : Un assureur comptant moins de 500 000 assurés peut être exempté de tout ou partie de l'obligation d'offrir aux personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège la possibilité de s'affilier à l'assurance-maladie sociale (art. 5, let. g, LSAMal) : a. biffer ; b. s'il ne veut proposer des prestations dans aucun de ces Etats ou que dans un seul ou plusieurs de ces Etats, ou c. inchangé.

Santésuisse fait remarquer qu'à l'art. 4, al. 1, let. a, la limite devrait être laissée à 100 000 assurés.

Pour l'OMCT, en cas de cessation d'activité ou de révocation de l'autorisation de pratiquer l'assurance dans des Etats membres de l'Union européenne ou de l'AELE, le maintien de la couverture des contrats selon la LCA devrait aussi être réglé de concert avec les autorités de surveillance de ces Etats. Ce principe devrait aussi s'appliquer lorsque l'assuré n'a conclu avec l'assureur qui cesse son activité qu'une police d'assurance complémentaire. Proposition : compléter la disposition dans l'esprit de ces considérations.

Art. 5 Début de la validité de l'autorisation

Santésuisse fait observer que l'acquisition de preneurs d'assurance potentiels avant même le début de l'année civile ne devrait pas être touchée par cette disposition. Cela devrait déjà être possible l'année précédente, au moment du dépôt de la demande d'autorisation. L'article et son commentaire devraient être complétés en ce sens.

Art. 6 Retrait de l'autorisation à la fin de l'activité d'assurance

Le canton de VD, en lien avec sa remarque à propos de l'art. 76, n'a pas trouvé dans l'ordonnance de dispositifs qui portent explicitement sur l'interdiction de la sélection des risques par un assureur ou par un groupe d'assureurs, ou sur l'interdiction des formes d'organisation pouvant aboutir à la sélection des risques au sein des sociétés holding. En effet, l'art. 6 pourrait être complété par un alinéa supplémentaire précisant d'autres motifs pouvant conduire au retrait de l'autorisation d'exploiter, notamment en cas de sélection des risques avérée par un assureur. Une autre possibilité pour ancrer cet élément serait de compléter l'art. 3 par un alinéa supplémentaire précisant que l'octroi de l'autorisation peut être refusé lorsque la holding ne démontre pas que la création d'une nouvelle société au sein du groupe n'aboutira pas à une « sélection des risques » par l'assureur.

L'USAM fait observer qu'à son avis, il manque une base légale suffisante pour retirer son autorisation à un assureur après deux ans d'« inactivité ». Elle propose de ne pas procéder à cette adaptation.

Curafutura, l'ASA, Helsana et la CSS soulignent qu'il manque une base légale pour cette disposition. Le renvoi à l'art. 43 LSAMal dans le commentaire ne suffit pas à la légitimer. Il faut donc la biffer. Sinon, il faudrait du moins indiquer à partir de quel moment elle est applicable, surtout pour les assureurs ayant déjà une autorisation mais pas encore d'effectif d'assurés. Elles proposent de biffer l'art. 6 OSAMal, ou alors de le compléter par un al. 2 ayant la teneur suivante : « Aux assureurs qui ne comptent aucun assuré à l'entrée en vigueur de la présente [ordonnance], l'autorité de surveillance retire l'autorisation comme prévu à l'al. 1 après un délai de cinq ans, s'ils n'ont pas commencé à exercer l'activité d'assurance. »

L'OMCT est d'avis qu'en cas de retrait de l'autorisation de pratiquer l'assurance, le maintien de la couverture des contrats régis par la LCA devrait aussi être réglé de concert avec l'autorité de surveillance compétente. Ce principe devrait aussi s'appliquer lorsque l'assuré n'a conclu avec l'assureur qui cesse son activité qu'une police d'assurance complémentaire. Proposition : compléter la disposition dans l'esprit de ces considérations.

Art. 7 Délais en cas de modifications du plan d'exploitation

Curafutura, l'ASA, l'USAM, Helsana et la CSS font observer que l'al. 1 ne repose sur aucune base légale. L'art. 8 LSAMal définit les éléments du plan d'exploitation visés à l'art. 7, al. 2, LSAMal qui doivent être soumis préalablement à l'autorité de surveillance en cas de modification. Les statuts n'en font pas partie. Elles proposent la nouvelle formulation suivante : L'assureur soumet les nouveaux statuts à l'autorité de surveillance dans les quatorze jours qui suivent l'inscription au registre du commerce. ~~L'autorité de surveillance examine les dispositions relevant de sa compétence et les approuve.~~ La CSS propose encore de reformuler ainsi l'al. 2 : Les demandes de modification du champ territorial d'activité et les nouvelles dispositions sur les formes particulières d'assurance dans l'assurance obligatoire des soins doivent être remises à l'autorité de surveillance cinq mois avant le début de leur validité, et les nouvelles dispositions sur l'assurance facultative d'indemnités journalières ainsi que les conditions générales d'assurance, ~~cinq mois~~ un mois avant. L'autorité de surveillance peut raccourcir ces délais.

Le Groupe Mutuel relève, à propos de l'art. 7, al. 1, que l'art. 8 LSAMal définit quels éléments du plan d'exploitation visés à l'art. 7, al. 2, LSAMal sont à soumettre pour approbation en cas de modification. Les statuts n'en font pas partie. Il manque ainsi la base légale pour formuler cette exigence. Il propose la modification suivante : ~~L'assureur soumet le projet de nouveaux statuts à l'autorité de surveillance avant l'inscription au registre du commerce. L'autorité de~~

~~surveillance examine les dispositions relevant de sa compétence et les approuve.~~ Après l'approbation des nouveaux statuts par l'organe compétent, l'assureur les transmet pour information à l'autorité de surveillance dans un délai de 14 jours.

Assura soutient, concernant l'art. 7, al. 3, qu'il est fondamental que l'obligation d'envoyer le contrat avant sa conclusion soit supprimée. Il doit suffire à l'OFSP, en sa qualité d'autorité de surveillance et comme c'est le cas pour la FINMA, de recevoir les contrats concernés après leur conclusion. Qui plus est, de l'avis d'Assura, l'ordonnance devrait préciser ce qui est entendu par « tâches essentielles ». Assura est d'avis que pour ce faire, il convient de s'inspirer des définitions applicables dans le domaine de l'assurance privée.

Santésuisse fait observer, à propos de l'art. 7, al. 2, que pour l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières, comme il s'agit d'informations pertinentes pour les primes, le délai de cinq mois est approprié. Mais en ce qui concerne les modifications des conditions générales d'assurance, les remettre cinq mois avant le début de leur validité est prématuré, car impossible à mettre en œuvre. Santésuisse propose donc de ramener ici le délai à un mois. A propos de l'al. 3, santésuisse souligne que les contrats d'externalisation nécessitent souvent de nombreuses modifications à court terme, sans intérêt pour les assurés, qu'il faudrait encore pouvoir faire plus tard que deux mois avant le début de leur validité. Par analogie avec la pratique dans le domaine des assurances privées, le délai ainsi que l'obligation de remettre les contrats avant le début de leur validité devraient être supprimés. Santésuisse propose en outre de compléter l'art. 7 par un al. 4 ayant la teneur suivante : « L'approbation au sens de l'art. 8, al. 1, LSAMal doit intervenir dans les quatre semaines. Si l'autorité de surveillance ne se prononce pas dans ce délai, ils sont réputés approuvés. »

La CSS et l'ASA formulent la proposition suivante pour l'art. 7, al. 3 : Les contrats ou autres ententes de délégation de tâches essentielles doivent être remis à l'autorité de surveillance ~~deux mois~~ un mois avant le début de leur validité. La CSS propose elle aussi de compléter l'art. 7 par un al. 4 ayant la teneur suivante : « L'approbation au sens de l'art. 8, al. 1, LSAMal doit intervenir dans un délai d'un mois. »

L'assureur Turbenthal fait observer que l'al. 3 constitue un trop grosse entrave au bon déroulement des affaires. Il propose donc sa suppression.

Art. 8 Modifications de la structure juridique, transfert de patrimoine et transfert de l'effectif des assurés

Pour les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI), en cas de modification de la structure juridique et donc de transfert de l'effectif des assurés d'une compagnie à une autre, il est indispensable que l'assuré puisse s'affilier ailleurs s'il le souhaite.

Santésuisse relève que l'al. 3 devrait commencer par « Dans des cas fondés » et non par « En cas d'urgence ». L'ASA observe elle aussi qu'il devrait être adapté en ce sens.

Art. 9 Procédure de financement

Al. 1

Economiesuisse, l'USAM, l'USP, Medswiss.net, Curafutura, la RVK, RVK Rück, santésuisse, la SVK, plusieurs assureurs, l'Entente système de santé libéral et Comparis demandent de supprimer cet article ou au moins son al. 2. Ils font observer en particulier que l'exigence de couvrir les besoins pour chaque exercice nécessite des primes plus élevées et ne repose sur aucune base légale.

De plus, l'usage de la notion de « revenus » est restrictif par rapport à l'art. 12 LSAMal, qui parle de « financement ».

L'Association suisse des actuaires propose la formulation suivante : « L'assureur calcule ses besoins financiers. Il expose le financement au moyen des primes, des revenus du capital et des réserves et veille à ce qu'aucune perte planifiée ne soit calculée d'un point de vue de gestion globale pour l'exercice correspondant. Il vise à ce que les dépenses soient couvertes à moyen terme par les recettes. L'utilisation de réserves est rendue transparente. »

Al. 2

Les participants cités pour l'al. 1 ne voient pas non plus de base légale pour l'interdiction des dons. Ils font observer que les réserves initiales prévues à l'art. 10 impliquent un don. Pharmasuisse salue en revanche cette interdiction, car les dons peuvent créer une distorsion de la concurrence ou produire des incitations inopportunes.

Art. 10 Réserves initiales

L'ASMAC salue les prescriptions détaillées relatives aux réserves (art. 10 à 14) et demande qu'elles soient mises en œuvre sans modification.

L'USAM, le Centre patronal et plusieurs assureurs demandent que le niveau des réserves requises soit abaissé : à 4 millions au plus pour l'USAM, à 1 million au plus pour Turbenthal.

Art. 11 Détermination des réserves

VD propose d'étendre l'application des art. 11 et 12 au périmètre de consolidation du groupe ou du holding, car des transactions sont possibles au sein du groupe et les engagements ou provisions techniques sont évalués, selon l'art. 15, sans tenir compte des droits découlant des contrats de réassurance.

Al. 1

Economiesuisse, la CSS, l'Association suisse des actuaires et l'ASA proposent de parler de « réserves disponibles » afin d'harmoniser la terminologie avec celle de l'OS.

Al. 2

L'USS et l'OMCT approuvent que les actifs soient évalués à la valeur proche du marché. VD propose de préciser cet alinéa par l'expression « selon un modèle reconnu ».

Al. 5

Economiesuisse, santésuisse, l'ASA et plusieurs assureurs demandent de biffer cet alinéa. Le DFI doit faire respecter les principes énoncés aux al. 1 à 4, mais ne pas en définir lui-même. Des prescriptions claires existent en effet avec Swiss GAAP RPC 41.

A titre subsidiaire, Santésuisse et le Groupe Mutuel proposent que le DFI définisse, sur la base de critères reconnus, comment les actifs et les engagements sont évalués.

Art. 12 Niveau minimal des réserves

Al. 1

VD demande de reformuler cet alinéa.

L'Association suisse des actuaires, l'ASA et la CSS proposent de le reformuler comme suit : Les réserves (niveau minimal) doivent à tout le moins suffire à couvrir la perte attendue (expected shortfall) en cas d'événement extrême (avec une probabilité de survenance de 1 %) au sens du test de solvabilité LAMal.

Al. 2

VD fait observer que cet alinéa ne précise pas le niveau minimal de la réserve en termes de volatilité du portefeuille ou du taux de couverture de la fortune liée. Il est donc difficile de se prononcer sur les « réserves excessives » visées à l'art. 27, al. 4.

Al. 3

Santésuisse, RVK Rück et l'ASA demandent ce modifier cet alinéa en ce sens que les contrats de réassurance existants doivent être pris en compte et que le DFI règle les modalités.

Art. 13 Fréquence et moment du calcul

Al. 3

L'USP, Curafutura, santésuisse, l'ASA, plusieurs assureurs et l'Association suisse des actuaires demandent de supprimer la dernière phrase disant que l'estimation doit comprendre plusieurs variantes. Le calcul de variantes est trop dispendieux, et d'ailleurs l'OFSP ne l'exige plus depuis l'introduction du test de solvabilité. Cette obligation date de l'époque où il était exigé que le capital propre soit proportionné aux primes. Par rapport au test de solvabilité LAMal, il entraîne des charges sans utilité en contrepartie.

Art. 14 Rapport

Al. 3

Santésuisse souhaite que l'OFSP fixe les mêmes délais de remise des documents pour tous les assureurs-maladie et se fixe lui-même un délai pour donner son feedback aux assureurs. L'OMCT demande d'inscrire en plus dans cet alinéa que le rapport doit indiquer pour chaque canton les flux financiers entraînant des modifications des réserves générales.

Art. 15 Provisions techniques

La CDS et la moitié environ des cantons proposent de compléter cet article comme suit : Les provisions pour cas d'assurance non liquidés sont constituées par canton en fonction de l'évolution attendue pour chaque canton. A titre subsidiaire, ce complément pourrait être inscrit dans une directive du DFI conformément à l'art. 15, al. 4.

VD demande de se référer aux provisions techniques cantonales dans les quatre alinéas.

Santésuisse et l'ÖKK affirment que seul le standard officiel Swiss GAAP RPC 41, selon lequel des réserves et des provisions de fluctuation de valeur sont admises pour les placements de capitaux, doit être reconnu déterminant.

Al. 1

L'USAM, santésuisse, plusieurs assureurs, l'ASA et l'Association suisse des actuaires demandent de biffer la 2^e phrase de l'al. 1. Si des contrats de réassurance sont conclus, les prétentions qui en découlent doivent pouvoir être prises en compte dans la constitution des provisions techniques.

Al. 2

Economiesuisse, l'ASA et la CSS demandent de biffer cet alinéa.

Al. 3

Economiesuisse, l'USAM, plusieurs assureurs, l'ASA et l'Association suisse des actuaires demandent de biffer cet alinéa. L'ASA et l'Association suisse des actuaires motivent leur demande par le fait que l'art. 7, al. 2, LSAMal détaille le contenu du plan d'exploitation. Comme la gestion des provisions techniques n'y est pas mentionnée, l'al. 3 n'a pas de base légale, puisque la LSAMal n'indique nulle part que le Conseil fédéral peut édicter des prescriptions séparées. On ne trouve une telle indication dans la LSAMal que dans les observations sur les réserves, et cela uniquement à propos du modèle de test de solvabilité.

Al. 4

Economiesuisse, l'USAM, santésuisse, plusieurs assureurs, l'ASA, l'Entente système de santé libéral et l'Association suisse des actuaires demandent de biffer cet alinéa. Santésuisse avance comme motif que la manière de constituer et de dissoudre les provisions relève de la liberté de décision de l'entreprise. Le DFI décide tout au plus des principes.

Nouvel al. 5

L'OMCT propose l'ajout d'un al. 5 aux termes duquel les données relatives aux provisions devraient être publiées pour chaque canton, par tête et avec indication de l'évolution au cours des dernières années.

Art. 16 Débit

Al. 2

L'USP, santésuisse, RVK Rück, le Groupe Mutuel et l'Association suisse des actuaires proposent de reformuler ainsi cet alinéa : « A ce titre, l'autorité de surveillance prend aussi en compte les créances découlant des contrats de réassurance. » Ils motivent leur proposition par le fait que les réassureurs privés ont aussi une garantie (FINMA), même si ce n'est pas au moyen de la fortune liée.

La condition « Pour cela, le réassureur doit garantir ces créances avec sa fortune liée » n'est pas judicieuse selon eux. Les réassureurs privés ne sont tenus ni par la LCA ni par la LSAMal d'avoir une fortune liée. Ainsi, des créances ne seraient admises qu'à l'égard d'un assureur-maladie agissant comme réassureur à fin de constitution de la fortune liée. Une formulation analogue à celle de l'art. 68, al. 2, OS (avec réglementation détaillée dans la Communication FINMA 32 [2011]) serait plus appropriée.

Art. 17 Date de calcul du débit

Al. 3

L'USP, santésuisse et l'ASA proposent de modifier ainsi l'al. 3 : « Elle peut exiger dans des cas fondés un nouveau calcul (...). » Un nouveau calcul ou une estimation du débit ne devraient pas pouvoir être demandés en tout temps.

Art. 18 Rapport

Deux assureurs et l'ASA demandent de reporter le délai au 30 avril, par souci de cohérence avec la LSAMal (art. 24, al. 2).

Art. 19 Couverture et art. 20 Constitution

L'assureur Turbenthal demande de supprimer ces articles, de même que l'intégralité ou presque de l'OSAMal.

Art. 21 Placements conformes

Curafutura et l'ASA demandent que les art. 21, 22 et 52 à 57 soient discutés avec les spécialistes en placements des assureurs.

L'USP et santésuisse affirment que pour les placements de capitaux, des provisions de fluctuation de valeur doivent impérativement être admises.

Comparis, l'Entente système de santé libéral et l'assureur Turbenthal demandent de biffer cet article. Comparis juge que cette limitation ne repose sur aucune base légale.

Al. 1

Le Groupe Mutuel demande de biffer cet alinéa.

L'USAM ainsi que Curafutura et deux de ses membres demandent de permettre aux assureurs de diversifier bien davantage leurs placements. Ils proposent de reformuler ainsi l'al. 1 : *Sont notamment réputés conformes les placements suivants :*

let. a à e : inchangé

let. f. matières premières et métaux précieux ;

let g. placements alternatifs tels qu'insurance linked securities, senior secured loans, hedge funds, private equity ;

let h. les instruments financiers dérivés:

Al. 2

Le Centre patronal et l'USAM approuvent l'interdiction de placements dans des institutions qui servent à la pratique de l'assurance-maladie sociale. En font notamment partie les placements auprès de fournisseurs de prestations tels que cabinets médicaux, HMO et hôpitaux.

Art. 22 Limites

Curafutura et la CSS proposent de limiter dans cet article les matières premières, les métaux précieux et les placements alternatifs proposés à l'art. 21 à 10 % de la fortune liée.

Al. 5

Curafutura et la CSS demandent de biffer cet alinéa.

Le RVK demande d'inscrire ici le droit de codécision des assureurs concernant l'édiction de directives à l'adresse des institutions concernées.

Art. 23 Limites en cas de placements collectifs

L'assureur Turbenthal demande de biffer cet article, voire l'ensemble des art. 17 à 26.

Art. 24 Conservation des biens

L'assureur Turbenthal demande en particulier qu'il ne soit pas obligatoire de confier ses valeurs mobilières à un dépositaire.

Art. 25 Vérification par l'autorité de surveillance

Plusieurs participants font observer que les coûts des vérifications opérées par des tiers conformément à l'art. 34, al. 4, LSAMal ne peuvent être mis à la charge de l'assureur que si des irrégularités où des actes illégaux ont été constatés.

Al. 4

Curafutura, l'ASA, quelques assureurs, Medswiss.net et EXPERTsuisse demandent de biffer l'al. 4. EXPERTsuisse motive cette demande par le fait que cet alinéa serait en contradiction avec l'art. 62, al. 1, qui prévoit que l'organe de révision externe contrôle la fortune liée.

Art. 26 Utilisation du produit de la fortune liée

EXPERTsuisse recommande de biffer la phrase : « Tout excédent sert à couvrir les frais d'administration liés à l'octroi de ses droits ». Elle relève que l'OSAMal, tant à l'art. 9 qu'à l'art. 26, table toujours sur un résultat positif des placements de capitaux. Mais il existe aussi des risques de marché négatifs. A cet égard, elle renvoie aussi à la disposition de l'art. 92b, al. 3,

let. c, OAMal, en vertu de laquelle l'assureur doit prendre en considération la couverture des frais d'administration dans le calcul des primes.

Art. 27 Fixation des primes

Le canton de VD estime qu'au vu des formes d'organisation que peuvent adopter les assureurs (holding et/ou groupe), il y a lieu de compléter ou d'amender la règle relative à la fixation des primes cantonales en tenant compte de la situation financière consolidée de la holding. Pour le canton de VD, dans cette hypothèse, la prime cantonale par assureur doit être uniforme au sein d'une holding.

Le Konsumentenforum considère que la fixation, l'approbation et la compensation des primes sont réglées de manière trop détaillée et qu'elles entraîneront des coûts inutiles.

Les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI) estiment de leur côté que les dispositions en lien avec la fixation des primes assurent davantage de précision pour leur calcul.

Al. 1

Le canton de NE et l'USS approuvent explicitement que les recettes de primes couvrent les coûts cantonaux.

Pour l'USP, les revenus des capitaux ne doivent être pris en compte que si l'assureur peut constituer des réserves pour les fluctuations de valeur de ces capitaux. Pour santésuisse, la CSS et l'Association suisse des actuaires, la réglementation de l'art. 27, al. 1, conduit à une grande volatilité des primes qui se traduira par de fortes variations de primes d'une année à l'autre. L'Association suisse des actuaires propose de reformuler la disposition en fonction de l'art. 16 LSAMal : « Les primes prélevées par un assureur pour une année garantissent sa solvabilité en tenant compte des coûts engagés pour cette année ». Pour comparis.ch, calculer les primes à si court terme est en contradiction non seulement avec le principe de la solvabilité de l'assureur à moyen et long termes, mais également avec l'effort d'utiliser les réserves pour ne pas reporter sur les primes chaque variation des coûts.

Al. 2

Pour la CDS, les cantons d'AR, BE, BS, LU, SO, TG, UR et VD, l'USP et le Groupe Mutuel, le nombre d'années qui doit être pris en considération doit être fixé précisément dans l'ordonnance. Le volume auquel se réfère le taux doit aussi être précisé.

Pour santésuisse, ce qu'il faut entendre par « durant les dernières années » n'est pas clair. De plus, la limitation au double de la moyenne des dix dernières années n'a pas de fondement. Elle sert uniquement au nivellement des rapports de marché et est contraire à la loi.

L'OMCT demande que l'al. 2 soit transformé en une disposition contraignante, c'est-à-dire que les assureurs soient obligés de déduire de leurs coûts une partie des revenus de leurs capitaux, et que la quote-part cantonale soit fixée non pas en fonction de l'estimation des recettes de primes, mais en fonction de la population résidente au 31 décembre de l'année précédente. La disposition doit encore être complétée par l'obligation de publier les revenus des capitaux par canton après la répartition.

La CSS et l'Association suisse des actuaires demandent de supprimer cet alinéa car ce qui est déterminant, c'est la solvabilité, qui tient compte des revenus des capitaux.

Al. 3

Le canton de NE considère qu'il est approprié que les recettes de primes des assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège correspondent aux coûts de l'ensemble de ces Etats.

Al. 4

La CDS, les cantons d'AG, AR, BS, JU, LU, NE, SO, TG et VD, le PS, l'USS, l'ASMAC, la FER et les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI) demandent un abaissement de la limite à 150 %.

Les participants suivants formulent d'autres propositions pour cette limite : BE 120 %, GE 130 %, TI 125 %, OMCT 100 %.

Le PLR, l'USAM, economiesuisse, l'USP, l'ASA, curafutura, le RVK, les assureurs CSS, Helsana et Turbenthal, le Groupe Mutuel, l'Association suisse des actuaires et l'Entente système de santé libéral demandent de supprimer cette disposition.

santésuisse demande de supprimer la disposition ou éventuellement de la compléter par l'expression « en règle générale ».

L'assureur ÖKK demande que la situation d'éventuelles réserves excessives soit examinée pour chaque assureur individuellement dans le cadre de la procédure ordinaire d'approbation des primes en tenant compte de la situation économique de l'assureur.

La FMH pose la question de savoir s'il est possible de baisser ce taux. La Fédération suisse des patients indique que ce taux est trop élevé, sans formuler de proposition concrète.

Art. 28 Réduction des réserves excessives

Le PLR, l'USAM, economiesuisse, curafutura, l'ASA, les assureurs CSS, Helsana et Turbenthal, le Groupe Mutuel, l'Association suisse des actuaires et l'Entente système de santé libéral demandent de supprimer cette disposition.

Pour comparis.ch, les règles contenues à l'art. 28 conduisent à une grande volatilité des primes. Or les assurés peuvent se protéger contre des primes élevées et des réserves excessives en modifiant leur franchise et/ou leur forme d'assurance ou en changeant d'assureur.

Al. 1

L'USP, santésuisse, le RVK, la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie ainsi que les assureurs Visana et Sympany demandent de transformer l'obligation pour les assureurs de réduire leurs réserves en une possibilité. Pour le RVK et l'USP, les réserves existant lors de l'entrée en vigueur de la LSAMal doivent être exclues du champ d'application de cette disposition. santésuisse déplore l'absence d'une réglementation indiquant dans quelle proportion les réserves doivent être réduites lorsque les réserves de l'ensemble du champ territorial d'activité de l'assureur doivent être constituées (pour l'AOS et pour l'assurance d'indemnités journalières).

Al. 2

Pour la CDS et les cantons d'AR, BE, BS, JU, LU, SO, TI, TG et VD, le délai pour réduire les réserves excessives doit être limité à 5 ans, et à 10 ans pour les situations exceptionnelles.

Le canton de NE souhaite une durée maximale de 4 ans, le PS, l'USS et l'ASMAC une durée de 3 ans, et les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI) une durée de 2 ans.

La FMH préconise un délai plus court sans autre précision.

Al. 3

La CDS et les cantons d'AG, AR, BE, BS, JU, LU, TI et TG refusent que les assureurs aient la liberté de fixer la clé de répartition entre les cantons. Les assureurs doivent en particulier tenir compte de la mesure dans laquelle chaque canton a contribué à la constitution des réserves excessives.

Le canton de GE propose la formulation suivante : « La réduction des réserves est opérée sous la forme d'une compensation octroyée aux assurés des cantons ayant contribué à les créer. Le montant de la réduction des réserves doit être réparti selon une clé de répartition par canton tenant compte de la contribution de chaque canton (bénéfices d'exploitation annuels de l'assureur) à la création des réserves excédentaires. Les cantons dont les primes des assurés n'ont pas contribué à la création de réserves excédentaires ne sont pas pris en compte dans la compensation. »

Le canton de NE propose la formulation suivante : « La réduction des réserves est opérée sous la forme d'une compensation octroyée aux assurés des cantons ayant contribué à les créer. »

Le canton de VD demande la formulation suivante : « La réduction des réserves est opérée sous la forme d'une compensation octroyée aux assurés. Le montant de la réduction des réserves doit être réparti entre les cantons et les assurés dans le champ territorial d'activité de l'assureur, selon une clé de répartition proportionnelle à la contribution de chacun des cantons à l'accumulation de réserves excessives. La clé de répartition doit être approuvée par l'autorité de surveillance. »

L'OMCT s'oppose à ce que les assureurs soient libres de fixer la clé de répartition des réserves excessives. Il demande que ces dernières soient distribuées par le biais d'une adaptation progressive des primes dans les cantons ayant contribué à leur constitution et proportionnellement à la contribution de chacun d'eux.

Pour santésuisse, il doit être possible de différencier le montant remboursé selon les cantons. Il faut dès lors supprimer le mot « uniforme ». Comme ce sont les assurés et non les cantons qui bénéficient de la réduction des réserves, il y a lieu de reformuler la disposition de la manière suivante : « Le montant de la restitution, fixé par canton,... ».

La FER préconise également que seuls les assurés des cantons ayant contribué à la création de la réserve puissent bénéficier de la compensation sur les primes.

Al. 4

L'OMCT considère que le mécanisme de compensation est trop compliqué et qu'il entraîne une charge administrative excessive. Il préconise d'agir directement sur les primes de l'année suivante.

Art. 29 Approbation des tarifs de primes

Pour les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI), la nouvelle procédure d'approbation des tarifs de primes améliore l'information des cantons au sujet des futures primes et permettra aux assurés de savoir si la durée de validité des primes approuvées est inférieure à une année et s'ils risquent de devoir changer d'assureur en cours d'année.

Al. 2

curafutura, la CSS et Helsana proposent de supprimer cet alinéa. comparis.ch estime que cette disposition ouvre la porte à l'arbitraire de l'autorité de surveillance.

Al. 3

La CDS et les cantons d'AR, BE, LU et SO demandent que cette disposition soit transformée en une obligation pour les assureurs de présenter les coûts moyens des derniers exercices dans les différentes régions de primes.

Al. 4

La CDS et les cantons d'AG, AR, BE, BS, JU, LU, TI, TG, UR, VD et VS demandent que la CDS et chaque canton reçoivent à l'avenir les mêmes données qu'actuellement, c'est-à-dire également les données relatives aux autres cantons, et non pas seulement celles relatives à leur territoire.

L'OMCT déplore la limitation des données transmises aux cantons.

santésuisse, curafutura, l'ASA,, la CSS, Helsana et le Groupe Mutuel préconisent de reformuler ainsi la disposition : « Les cantons reçoivent de la part de l'autorité de surveillance les données relatives... ».

Al. 5

L'OMCT demande de supprimer cet alinéa.

santésuisse demande le complément suivant : « L'autorité de surveillance approuve les tarifs de primes au plus tard le 30 septembre de l'année précédente. Si à cette date l'autorité de surveillance n'a pas rendu de décision, les tarifs de primes présentés sont valables pour l'année suivante. » Le RVK et l'ASA demandent aussi d'inscrire dans la loi le délai au 30 septembre pour l'approbation des tarifs de primes.

Art. 30 Publication des primes

Pour santésuisse, cette disposition est en contradiction avec la LSAMal. En effet, selon l'art. 16, al. 1, LSAMal e contrario, les assureurs ne sont pas obligés de publier leurs tarifs de primes. santésuisse et l'assureur Turbenthal demandent de supprimer cette disposition.

Art. 31 Primes de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières

santésuisse demande de supprimer le renvoi à l'art. 28.

Art. 32 Coûts cumulés

L'ASA propose la modification suivante : « Les coûts cumulés d'un assureur correspondent à l'ensemble de ses dépenses d'une année. » L'assureur Turbenthal demande la suppression de la disposition.

Art. 33 Evaluation de la situation économique de l'assureur

La CDS et les cantons d'AR, BE, BS, GE, NE, LU, SO, TG et TI préconisent d'abaisser le taux à 110 %, VD à 120 %, l'OMCT à 100 %. L'assureur Turbenthal demande la suppression de cette disposition.

Art. 34 Procédure

L'assureur Turbenthal préconise la suppression de cette disposition.

Art. 35 Montant du remboursement

L'OMCT considère la procédure de remboursement comme excessivement compliquée. Il demande de préciser que le montant du remboursement doit être réparti entre les assurés, dans le canton concerné, selon une clé uniforme de répartition à fixer par l'assureur.

santésuisse souligne qu'il doit être précisé dans la disposition que les montants peuvent différer d'un canton à l'autre. L'assureur Sympany souhaite que l'adjectif « uniforme » soit biffé et que la disposition soit complétée par la possibilité de fixer le montant de compensation par canton.

L'assureur Turbenthal demande la suppression de cette disposition.

Art. 36 Mise en œuvre de la compensation

santésuisse et l'ASA demandent de compléter la disposition par un al. 4 : « Pour les personnes sans coordonnées de paiement connues, les personnes parties s'établir à l'étranger et les héritiers, le droit au remboursement s'éteint après 5 ans. L'assureur tient une liste des personnes concernées. » L'assureur Sympany préconise que les assurés partis sans laisser de coordonnées de contact, sans autorisation de séjour valable ou décédés entre le 31 décembre et le moment où le remboursement est effectué soient exclus de la compensation.

L'assureur Turbenthal demande la suppression de cette disposition.

Art. 37 Répartition des frais d'administration

Al. 1

Le Groupe Mutuel demande la suppression de la let. c.

Al. 2

Pour le canton de BS, l'al. 2 doit être complété par la phrase suivante : « Les frais d'administration de l'assureur dans l'assurance obligatoire des soins sont répartis entre les cantons en prenant en compte dans une même mesure le nombre d'assurés et le montant des primes. »

santésuisse, le RVK, l'ASA et l'ÖKK demandent la suppression de cet alinéa.

Art. 38 Evaluation des frais d'administration

L'USS et le PS soutiennent explicitement cette disposition, en particulier la possibilité de procéder à des comparaisons entre les assureurs.

L'USAM, curafutura, les assureurs CSS et Turbenthal et l'ASA demandent de biffer cette disposition.

Al. 2

santésuisse, le RVK et le Groupe Mutuel proposent de supprimer l'al. 2.

La FMH souhaite qu'il soit précisé que les frais de publicité doivent être attestés de manière séparée dans la présentation des frais d'administration. L'ASMAC demande en plus que l'autorité de surveillance publie cette présentation des frais d'administration.

Art. 39 Activité d'intermédiaire et coûts de publicité

L'USP s'oppose à ce que l'OFSP surveille les activités de marketing et des intermédiaires car cela va à l'encontre du principe de marché régulé. L'assureur Turbenthal demande de supprimer cette disposition.

De son côté, l'OMCT la soutient.

Al. 1

Plusieurs participants proposent une nouvelle définition de l'activité d'intermédiaire :

CSS : « Est une activité d'intermédiaire au sens de l'art. 19 LSAMal toute activité par laquelle des compétences de conseils ou la conclusion d'assurances sont mises à la disposition de l'assureur contre rémunération. »

Santésuisse : « Exercent une activité d'intermédiaire au sens de l'art. 19 LSAMal les personnes qui, sans être employées par un assureur, mettent à sa disposition contre rémunération leurs compétences ou leurs services dans le but de faciliter ou de permettre l'affiliation d'assurés. »

Groupe Mutuel : « Est une activité d'intermédiaire au sens de l'art. 19 LSAMal toute activité par laquelle une personne non liée par un contrat de travail à l'assureur met ses compétences ou ses services à la disposition de l'assureur dans le but de faciliter ou de permettre l'affiliation d'assurés, contre rémunération. »

ASA : « Est une activité d'intermédiaire au sens de l'art. 19 LSAMal toute activité par laquelle des compétences de conseils ou la conclusion d'assurances sont mises à la disposition de l'assureur contre rémunération. Les employés des assureurs en sont exclus. »

Al. 2

Le PS, l'USS, la SKS et l'ACSI recommandent une restriction plus sévère et l'instauration d'une limite supérieure pour les commissions versées aux intermédiaires et les coûts de publicité. La FRC s'oppose au versement de commissions aux intermédiaires.

curafutura, la CSS, Helsana et l'ASA proposent soit de supprimer cet alinéa, soit de reformuler la définition de la manière suivante : « Constitue de la publicité au sens de la présente loi l'utilisation de moyens de publicité dont le contenu sert à commercialiser des produits d'assurance LAMal déterminés. Ne constitue pas de la publicité le fait de mettre à la disposition des clients des informations relatives à des produits qui sont importantes pour eux. »

Le Groupe Mutuel propose une autre définition : « Font notamment partie des coûts externes de publicité toutes les dépenses liées à la prospection d'assurés, ~~quels que soient le canal et le moyen utilisés.~~ »

Al. 3

La SKS et l'ACSI proposent de compléter l'OSAMal par une disposition qui donne à l'OFSP la compétence de surveiller l'autorégulation prévue à l'art. 19, al. 3, LSAMal et de prendre les mesures adéquates si l'accord conclu entre les assureurs ne produit pas d'effet.

Dispositions concernant la gestion d'entreprise et la révision

De très nombreux participants à l'audition émettent des critiques à l'encontre des dispositions du chapitre 4. Selon eux, elles empiètent de manière inadmissible sur les compétences des organes des assureurs. Le renforcement de la surveillance ne doit pas conduire à mélanger les pouvoirs de gestion appartenant à l'assureur et les attributions de l'autorité de surveillance. Pour le PDC et le Groupement suisse pour les régions de montage, les dispositions de ce chapitre sont en majorité disproportionnées et dépassent leur objectif. Elles constituent une atteinte importante à la liberté entrepreneuriale. Le PLR rejette la bureaucratie excessive, l'alourdissement des processus et la hausse des frais d'administration induits par le projet. economiesuisse demande d'adapter le chapitre 4 sur le modèle de l'ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées (OS), de limiter les compétences de l'OFSP à la fonction de surveillance et d'interdire les ingérences de l'autorité de surveillance dans les domaines opérationnels des assureurs. curafutura critique l'ingérence de l'autorité de surveillance dans les processus opérationnels des assureurs, ce qui porte atteinte au marché de concurrence. Pour tarifsuisse SA, le projet intervient massivement dans les règles de bonne gouvernance. En vertu du principe de la proportionnalité, l'autorité de surveillance doit prendre la mesure la moins limitative possible pour les assureurs. L'assureur ÖKK considère que les tâches de l'autorité de surveillance doivent se limiter à des contrôles ponctuels et à infliger des sanctions en cas de violation de la loi et non pas consister à intervenir dans la gestion d'entreprise. Pour le Groupe Mutuel, l'ordonnance ne prend pas suffisamment en compte le fait que l'assurance obligatoire des soins est gérée dans le cadre d'un marché concurrentiel et que la liberté d'entreprise doit être garantie. La volonté du législateur est que l'assurance-maladie sociale soit exécutée par des entités indépendantes. Cette organisation est remise en cause par le projet d'ordonnance

Pour les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI), certaines dispositions au sujet du contrôle, par exemple, vont dans le sens d'une amélioration de la gouvernance d'entreprise. Celle-ci devrait permettre de diminuer les conflits d'intérêts et d'assurer un système de contrôle plus indépendant, même à l'interne. La FER estime que même si les nouvelles exigences posées sont contraignantes pour les assureurs, elles correspondent à celles d'une activité irréprochable qui doit être attendue des assureurs pour garantir une saine gestion de leurs activités. Dans la pratique, il est toutefois important que l'autorité de surveillance se limite à contrôler si les conditions légales sont remplies et qu'elle n'intervienne pas sans justification dans la conduite de l'assurance.

Mediswiss.net a émis des réserves à l'égard de certaines dispositions de ce chapitre.

Art. 40 Directives internes pour la gestion d'entreprise

L'USAM, l'USP, curafutura, le RVK, l'ASA, le Groupe Mutuel ainsi que les assureurs CSS et Turbenthal demandent de supprimer cette disposition.

Al. 1

santésuisse propose la formulation suivante : « L'assureur règle la gestion d'entreprise. »

Al. 2

santésuisse demande de supprimer cet alinéa.

Art. 41 Composition de l'organe d'administration

L'assureur Turbenthal préconise la suppression de cette disposition.

Al. 1

Pour l'USP, les exigences fixées pour l'organe d'administration sont disproportionnées et ne permettent aucune exception pour les petits et moyens assureurs. L'al. 1 doit être adapté. Le RVK demande de reprendre la formule de l'art. 12 OS : « L'organe d'administration est composé de façon à être en mesure d'assumer les tâches de surveillance et de haute direction de l'assureur de manière irréprochable. Il doit en particulier disposer de connaissances suffisantes en matière d'assurance. »

L'assureur Assura estime que cette disposition va trop loin et qu'elle engendrera un formalisme excessif.

Al. 2

L'USP, curafutura, le RVK, l'ASA, la CSS et Helsana demandent de supprimer cet alinéa.

santésuisse requiert la formulation suivante : « Chaque membre de l'organe d'administration doit disposer d'une formation et d'une expérience professionnelle adéquates. Dans son ensemble, l'organe d'administration est composé de personnes qui disposent d'une expérience professionnelle de connaissances adéquates dans le domaine des finances, des assurances et de la santé. »

Al. 3

L'USAM demande de supprimer cet alinéa.

santésuisse demande de biffer cet alinéa ou de le remplacer par la formulation suivante : « L'assureur remet à l'autorité de surveillance ~~au plus tard un mois avant~~ après la nomination d'un membre de l'organe d'administration un extrait actuel certifié conforme du casier judiciaire et du registre des poursuites de ce dernier. [...] » L'assureur Assura conteste aussi l'obligation d'envoyer les documents au préalable à l'autorité de surveillance. Il s'oppose dans tous les cas à la fixation d'un délai de 30 jours à cet effet car un tel délai ne peut pas être tenu en pratique. Le RVK conteste également le contrôle préventif prévu à cet alinéa.

curafutura, l'ASA, la CSS et Helsana demandent d'adopter pour l'art. 41, al. 3, la formule de l'art. 12, al. 3, OS (Le curriculum vitae de tout nouveau membre est remis à l'autorité de surveillance dans les quatorze jours à compter de sa nomination).

Le Groupe Mutuel propose de biffer l'al. 3 ou d'adopter la formulation suivante : « Pour chaque nouveau membre de l'organe d'administration, l'assureur remet à l'autorité de surveillance un curriculum vitae dans les quatorze jours après sa nomination. »

Art. 42 Composition de l'organe de direction

L'assureur Turbenthal propose de supprimer cette disposition.

Al. 3

L'USAM demande de supprimer cet alinéa.

santésuisse demande de biffer cet alinéa ou de le remplacer par la formulation suivante : « L'assureur remet à l'autorité de surveillance ~~au plus tard un mois avant~~ après la nomination d'un membre de l'organe de direction un extrait actuel certifié conforme du casier judiciaire et du registre des poursuites de ce dernier. [...] » L'assureur Assura conteste aussi l'obligation d'envoyer les documents au préalable à l'autorité de surveillance. Il s'oppose dans tous les cas à la fixation d'un délai de 30 jours à cet effet car un tel délai ne peut pas être tenu en pratique. Le RVK conteste également le contrôle préventif prévu à cet alinéa.

curafutura, l'ASA, la CSS et Helsana demandent d'adopter pour l'art. 42, al. 3, la formule de l'art. 14, al. 2, OS (Le curriculum vitae de tout nouveau membre de l'organe de direction est remis à l'autorité de surveillance dans les quatorze jours à compter de sa nomination).

Le Groupe Mutuel propose de biffer l'al. 3 ou d'adopter la formulation suivante : « Pour chaque nouveau membre de l'organe de direction, l'assureur remet à l'autorité de surveillance un curriculum vitae dans les quatorze jours après sa nomination. »

Art. 43 Doubles fonctions

Pour la FMH, il faudrait encore préciser que l'interdiction des doubles fonctions vaut également au sein d'un groupe d'assurance.

santésuisse propose la formulation suivante : « Le président de l'organe d'administration ne peut pas en même temps présider l'organe de direction. »

curafutura, le RVK, l'ASA, le Groupe Mutuel ainsi que les assureurs CSS et Turbenthal demandent de supprimer cette disposition.

Al. 2

Pour l'OMCT, aucune exception à l'interdiction des doubles fonctions ne doit être tolérée. Il propose de supprimer l'al. 2.

Art. 44 Preuve de la bonne réputation

L'USAM, l'ASA et l'assureur Turbenthal demandent de supprimer cette disposition. Pour santésuisse, elle constitue une régulation excessive et l'art. 44, let. c, doit être biffé. curafutura, le Groupe Mutuel et la CSS veulent biffer les let. b à d. Le RVK conteste le contrôle préventif prévu dans cette disposition.

Art. 45 Publication des liens d'intérêts

Le Groupe Mutuel préconise la suppression de cette disposition.

Al. 1

L'USAM, curafutura, le RVK, l'ASA et la CSS rejettent l'information préalable à l'autorité de surveillance sur les liens d'intérêts. Il appartient à l'organe d'administration, et non à l'autorité de surveillance, de contrôler si les liens d'intérêts d'un candidat posent un problème. santésuisse demande de reformuler cet alinéa en ce sens que seuls sont déterminants les liens d'intérêts qui pourraient conduire à des conflits d'intérêts concrets. Dans ce contexte, l'appartenance, à titre privé, à des associations ou à d'autres cercles ne joue aucun rôle et ne relève pas de la compétence de l'autorité de surveillance.

Al. 2

santésuisse, curafutura, l'ASA et la CSS demandent la suppression de cet alinéa.

Art. 46 Prévention des conflits d'intérêts

curafutura, l'ASA, le Groupe Mutuel et la CSS demandent de modifier le titre (ne concerne que le texte allemand) : « Vermeidung » au lieu de « Verhinderung ».

L'assureur Turbenthal demande de supprimer toute la disposition.

Al. 1

santésuisse, curafutura, l'ASA, le Groupe Mutuel et la CSS préconisent la suppression de cet alinéa.

Al. 2

santésuisse, l'ASA et la CSS demandent la suppression de la 2^e phrase.

Art. 47 Système de rémunération

curafutura, l'ASA, le Groupe Mutuel ainsi que les assureurs CSS et Turbenthal demandent de supprimer cette disposition.

Art. 48 Objectif et contenu de la gestion des risques et du système de contrôle interne

L'USP, santésuisse et le RVK déplorent que cette disposition n'opère aucune distinction entre les assureurs en fonction du nombre de leurs employés, de leur effectif ou de leur volume de primes. Elle devrait prévoir des assouplissements pour les petits et moyens assureurs (ayant jusqu'à 100 000 assurés) et être reformulée en conséquence.

curafutura demande d'adapter cette disposition selon l'ordonnance sur la surveillance des entreprises d'assurance privées (OS).

Al. 2

Pour curafutura, l'ASA, la CSS et Helsana, il faut modifier la let. c selon l'OS et biffer la let. e. santésuisse et l'ASA demandent de supprimer la let. e et la deuxième partie de la let. f. Le Groupe Mutuel veut supprimer la let. e.

Al. 3

curafutura, l'ASA, la CSS et Helsana demandent de supprimer l'al. 3.

Art. 49 Documentation relative à la gestion des risques et au système de contrôle interne

Pour l'USP et le RVK, cette disposition n'opère aucune distinction entre les assureurs en fonction du nombre de leurs employés, de leur effectif ou de leur volume de primes. Elle devrait prévoir des assouplissements pour les petits et moyens assureurs (ayant jusqu'à 100 000 assurés) et être reformulée en conséquence.

curafutura demande d'adapter cette disposition selon l'OS. L'assureur Turbenthal propose de la supprimer.

Al. 1

santésuisse et l'ASA préconisent la suppression de la deuxième phrase de cet alinéa. curafutura et l'assureur CSS proposent de ne biffer que la deuxième partie de la deuxième phrase : « L'assureur décrit sa gestion des risques et son système de contrôle interne dans une documentation. Il l'actualise ~~cette documentation~~ en permanence et la communique à l'autorité de surveillance. »

Le Groupe Mutuel demande la suppression de l'al. 1 en entier.

Al. 2

curafutura, l'ASA et la CSS proposent de reformuler ainsi la let. a : « la description de l'organisation de la gestion des risques et du système de contrôle interne ainsi que des compétences et responsabilités correspondantes ».

santésuisse et l'ASA demandent la suppression des let. c et d, et le Groupe Mutuel celle des let. b et c.

Art. 50 Exigences en matière de liquidités

L'USAM, curafutura, l'ASA ainsi que les assureurs CSS, Helsana et Turbenthal demandent de supprimer cette disposition.

Pour l'USP et le RVK, cette disposition n'opère aucune distinction entre les assureurs en fonction du nombre de leurs employés, de leur effectif ou de leur volume de primes. Elle devrait prévoir des assouplissements pour les petits et moyens assureurs (ayant jusqu'à 100 000 assurés) et être reformulée en conséquence. EXPERTsuisse se réfère à la législation applicable aux assurances privées, qui prévoit qu'une exception peut être faite à l'obligation de disposer d'un organe de révision interne.

Al. 2

santésuisse et le Groupe Mutuel demandent la suppression de cet alinéa.

Art. 51 Organe de révision interne

L'USP, santésuisse et le RVK déplorent que cette disposition n'opère aucune distinction entre les assureurs en fonction du nombre de leurs employés, de leur effectif ou de leur volume de primes. Les petits et moyens assureurs (ayant jusqu'à 100 000 assurés) doivent être exclus de son champ d'application.

L'assureur Turbenthal demande de supprimer la disposition entière.

Art. 52 Principes de placement

Santésuisse et le Groupe Mutuel demandent de reprendre la formulation de l'art. 80a, al. 2, OAMal.

L'ASA demande que les art. 52 à 57 soient discutés avec les spécialistes en placements des assureurs, de façon à ce que les prescriptions de placement introduites soient modernes et adéquates.

Art. 53 Exigences en matière de gestion de fortune

Al. 2

Santésuisse explique que l'al. 2 ne doit pas dire « par différentes personnes », mais « par des personnes différentes ».

Al. 3

L'USAM, Curafutura, Helsana, la CSS et l'ASA demandent de biffer la phrase disant que l'assureur transmet ses contrats à l'autorité de surveillance pour information.

Art. 54 Règlement de placement

L'assureur Turbenthal demande de biffer cet article ainsi que la quasi-totalité de l'OSAMal.

Art. 55 Pondération du risque de placement

Santésuisse juge inapproprié que le Conseil fédéral se prononce ici sur le risque de placement. L'USAM et le Centre patronal demandent de biffer l'al. 1, let. b.

Art. 56 Gestion des risques et art. 57 Exclusion du prêt de valeurs mobilières et des opérations de mise en pension

L'assureur Turbenthal demande de biffer cet article ainsi que la quasi-totalité de l'OSAMal.

Art. 58 Principes

Al. 2

L'ASA et le Groupe Mutuel proposent de supprimer cet alinéa. santésuisse et le RVK demandent que soient déclarées applicables les dispositions de Swiss GAAP RPC 41 sans modification. Pour l'OMCT, il est important que chaque assureur-maladie tienne une comptabilité complète distincte pour chaque canton. Il demande que l'art. 58 soit complété par un nouvel al. 2 : « Pour l'assurance obligatoire des soins, il (l'assureur) tient une comptabilité distincte pour chaque canton. » L'actuel al. 2 deviendrait un nouvel al. 3.

Art. 59 Rapport de gestion

Selon economiesuisse et santésuisse, les dispositions de Swiss GAAP RPC 41 contiennent des règles de comptabilité claires pour l'assurance-maladie. L'OSAMal doit les reprendre sans les modifier. L'assureur Turbenthal suggère de supprimer la disposition.

Pour le canton de VD, l'obligation d'élaboration de comptes consolidés par les groupes d'assurance fait défaut. Il y a lieu de compléter la disposition en conséquence.

Al. 1

EXPERTsuisse demande de se référer aux dispositions de Swiss GAAP RPC et non à celles de Swiss GAAP RPC 41.

Al. 2

Le RVK et le Groupe Mutuel demandent de supprimer la première phrase de cet alinéa. L'ASA propose de supprimer tout l'alinéa.

Al. 4

Le RVK demande de supprimer cet alinéa.

Art. 60 Comptes annuels relevant du droit de la surveillance

L'assureur Turbenthal demande de supprimer la disposition entière. En même temps, il propose de reporter le délai de l'al. 3 au 30 avril.

Pour le canton de VD, cette disposition n'indique pas si la surveillance s'étend aux comptes consolidés des groupes ou de la holding et elle doit dès lors être complétée.

Al. 1

Le Groupe Mutuel demande de supprimer cet alinéa. santésuisse et le RVK exigent que seules les dispositions de Swiss GAAP RPC 41 soient déclarées applicables.

Al. 3

L'USAM, santésuisse, curafutura, l'ASA, le Groupe Mutuel, la CSS et Helsana demandent de faire coïncider le délai pour remettre le rapport sur les comptes annuels relevant du droit de la surveillance avec celui de la FINMA, soit le 30 avril.

EXPERTsuisse demande le complément suivant : « L'assureur remet les comptes annuels relevant du droit de la surveillance non contrôlés à l'autorité de surveillance au plus tard le 30 mars de l'année suivant la fin de l'exercice. »

Al. 4 (nouveau)

L'OMCT propose un al. 4 ayant la teneur suivante : « L'autorité de surveillance approuve les comptes annuels relevant du droit de la surveillance sur la base du rapport de l'organe de révision externe. Elle veille en particulier à l'exactitude des comptes établis de manière séparée pour chaque canton. »

Art. 61 Organe de révision externe

L'assureur Turbenthal demande de supprimer la disposition entière.

Al. 4

Le RVK demande de supprimer cet alinéa. curafutura, l'ASA, le Groupe Mutuel, la CSS et Helsana proposent la formulation suivante : « L'assureur charge une entreprise de révision agréée par l'autorité de surveillance au sens de l'art. 9a de la loi sur la surveillance de la révision des contrôles visés à l'art. 62. »

Art. 62 Tâches de l'organe de révision externe

Al. 2

santésuisse et l'ASA proposent la formulation suivante : « Il contrôle chaque année l'adéquation et l'efficacité du système de contrôle interne conformément aux instructions de l'autorité de surveillance. » Le Groupe Mutuel préconise la formulation suivante : « Il contrôle chaque année l'existence et l'adéquation et l'efficacité du système de contrôle interne conformément aux instructions de l'autorité de surveillance. »

EXPERTsuisse demande la modification suivante : « Il contrôle chaque année l'adéquation et l'efficacité du système de contrôle interne ~~conformément aux instructions de l'autorité de surveillance.~~ »

Al. 3

santésuisse et l'ASA proposent de compléter ainsi la disposition : « Sur mandat de l'autorité de surveillance, il peut procéder sur place et sans préavis à des révisions intermédiaires, notamment en cas de doute sur la tenue des comptes et sur la gestion. » Le Groupe Mutuel soutient la formulation de santésuisse et de l'ASA, tout en demandant de biffer l'expression « et sans préavis ». Le RVK demande de supprimer cet alinéa.

Art. 63 Rapports de l'organe de révision externe

Al. 1

let. c: santésuisse, l'ASA et l'assureur Turbenthal demandent la correction suivante : « un rapport sur les comptes annuels relevant du droit de la surveillance conformément ~~aux instructions de l'autorité de surveillance~~ aux dispositions de Swiss GAAP RPC 41 ». Pour les let. b et c, l'assureur Turbenthal demande de soumettre les petits assureurs à une révision restreinte.

Al. 2

EXPERTsuisse considère que le délai de deux mois pour remettre le rapport à l'autorité de surveillance peut s'avérer délicat en fonction du volume du mandat. Ce délai devrait plutôt être fixé de cas en cas d'un commun accord entre l'autorité de surveillance et l'organe de révision externe.

Al. 3

EXPERTsuisse souligne que l'organe de révision externe remet son rapport à l'organe suprême de l'assureur qui le transmet à l'organe de révision interne. Selon les circonstances, l'organe de révision externe n'a aucun contact avec l'organe de révision interne.

Al. 4

EXPERTsuisse propose la formulation suivante : « L'autorité de surveillance peut définir dans des directives la forme et le contenu des rapports au sens de l'al. 1, let. b et c et renvoyer à l'organe de révision externe les rapports qui ne répondent pas aux exigences imposées. »

Art. 64 Caisses-maladie à titre de réassureurs

Le Groupe Mutuel demande de laisser le nombre minimal d'assurés à 250 000 (art. 16, al. 1, let. b, OAMal), car l'augmenter n'améliore pas la sécurité de façon décisive.

Art. 65 Demande d'autorisation et art. 66 Début de la validité de l'autorisation

Pas de remarques.

Art. 67 Retrait de l'autorisation

Voir la proposition du Groupe Mutuel concernant l'art. 64.

Art. 68 Contrats de réassurance

L'USP et santésuisse jugent que cet article ne respecte pas le principe de proportionnalité. L'USAM, Curafutura, la CSS et l'ASA demandent de biffer les al. 3, 4 et 7, au motif qu'ils seraient disproportionnés et dépourvus de base légale.

L'Association suisse des actuaires demande de biffer l'al. 7, car la conclusion de contrats de réassurance pour des périodes plus longues qu'une année pourrait être judicieuse du point de vue actuariel.

Art. 69 Devoirs du réassureur

Al. 2

Santésuisse et le Groupe Mutuel proposent de fixer le délai au 30 avril, et le RVK Rück, au 30 juin.

Curafutura, la CSS, Helsana, l'ASA et l'Association suisse des actuaires proposent d'abrégier ainsi cet alinéa : « Il transmet à l'autorité de surveillance, à sa demande, les informations actuarielles déterminantes sur les contrats de réassurance en cours et échus. »

Elles demandent en outre de biffer les al. 3 à 6.

Le RVK Rück demande de biffer les al. 4 et 5 ainsi que la dernière partie de l'al. 6.

Al. 4

Expertsuisse relève que les tâches de l'organe de révision visé à l'art. 62 ne le prévoient pas. La façon de rendre compte de l'exactitude des données n'est pas réglée non plus.

Al. 5

Santésuisse fait observer que la transmission de données sur demande de l'autorité de surveillance à d'autres moments aussi crée un problème, car les premiers mois de l'année sont peu parlants, surtout pour les petits et moyens assureurs.

Le RVK Rück propose d'introduire ici un art. 69a disant qu'aux réassureurs privés soumis à la LCA, seuls l'al. 2, let. a, c et d, et les al. 3 et 6 de l'art. 69 sont applicables.

Art. 70 Egalité de traitement des assurés et protection contre les abus

Pour les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI), l'exigence que l'assureur traite tous les assurés de manière égale, notamment pour le délai de remboursement, est excellente. Le délai devrait toutefois être spécifié, soit à 30 jours.

Santésuisse et l'assureur Turbenthal soulignent que cet article est superflu et doit donc être biffé, la LAMal et la LSAMal prescrivant déjà l'égalité de traitement entre assurés. De plus, l'égalité de traitement en ce qui concerne les délais de remboursement des prestations pose des problèmes, car la facturation diffère beaucoup d'un fournisseur de prestations à l'autre. Les assureurs-maladie ont le mandat légal de vérifier les factures, ce qui vaut naturellement particulièrement pour les factures chères et complexes.

Le Groupe Mutuel déclare ce qui suit concernant l'art. 70 : Il est impératif d'exclure l'assurance facultative d'indemnités journalières du champ d'application de cette disposition dont la teneur est incompatible avec l'exercice de cette forme d'assurance. En effet, en ce qui concerne l'assurance facultative d'indemnités journalières individuelle, le simple fait de soumettre à l'assuré un questionnaire sur son état de santé et de pouvoir émettre des réserves constitue au sens de l'art. 70 une inégalité de traitement. Il en va de même pour l'assurance d'indemnités journalières collective qui prévoit des primes différentes en fonction des contrats. Il propose d'ajouter un al. 4 ayant la teneur suivante : « Les al. 1 à 3 ne sont pas applicables à l'assurance facultative d'indemnités journalières. »

Pour l'OMCT, la réglementation prévue paraît opportune à la lumière de la lutte contre les abus dans une assurance sociale à caractère universel. La nécessité d'une telle réglementation après près de vingt ans de validité de la LAMal est en soi étonnante, d'autant que le principe légal de solidarité interdit les mesures discriminatoires à l'égard des assurés.

Art. 71 Coordination entre autorités de surveillance

Santésuisse observe à propos de l'art. 71, al. 2, que l'autorité de surveillance et la FINMA doivent, et non pas peuvent, coordonner leurs activités de surveillance (etc.). Les charges administratives élevées au détriment des assureurs-maladie ont fait apparaître à plusieurs reprises par le passé qu'une coordination est indispensable.

De plus, l'al. 2 devrait être complété comme suit : « Ce faisant, elles veillent à la protection des données et au champ d'application de la loi. »

Le RVK Rück souligne qu'un besoin de coordination entre les autorités de surveillance se fait aussi sentir dans le domaine de la réassurance pratiquée par des réassureurs privés. Ceux-ci calculent leurs primes d'après le plan d'exploitation remis à la FINMA, qui exerce la surveillance sur leur politique en matière de primes à l'aide du SST et d'autres instruments. Dans ce contexte, il ne reste pratiquement plus de marge à l'autorité de surveillance relevant du droit des assurances sociales pour intervenir au niveau de la formation des primes. Il invite à comparer ces observations à celles faites au sujet d'un nouvel article 69a.

L'ASA relève que l'al. 2 doit être adapté. Elle propose de le compléter par la phrase suivante : « Ce faisant, elles veillent à la protection des données et au champ d'application de la loi. »

Le Groupe Mutuel déclare au sujet de l'art. 71, al. 2 : Compte tenu que cet alinéa ouvre la porte à une surveillance sur les holdings, il doit être supprimé, car il ne correspond pas à la volonté du législateur d'exclure les holdings du champ d'application de la LSAMal. Proposition : Suppression de l'al. 2.

L'OMCT renvoie au commentaire de l'art. 74. Proposition : al. 1, let. I (nouvelle) : le transfert de l'effectif des assurés.

Art. 72 Annonce de faits de grande importance

Santésuisse propose de modifier l'art. 72, let. b, en supprimant la deuxième partie de la let. b : (...) ~~ou les provisions sont inférieures aux besoins au sens de l'art. 15~~, soulignant que celle-ci est en contradiction avec la méthode du best estimate.

Pour le Groupe Mutuel, les faits de grande importance doivent être clairement identifiés pour la sécurité du droit et pour éviter qu'au fil du temps, cette notion ne soit étendue. Proposition : Les faits suivants sont ~~en particulier~~ de grande importance au sens de l'art. 35, al. 3, LSAMal : a. les conditions visées à l'art. 5 LSAMal ne sont plus remplies ; b. les réserves sont en dessous du niveau minimal prévu à l'art. 12 ou les provisions sont inférieures aux besoins au sens de l'art. 15 ; c. toute infraction qui peut avoir une influence considérable sur l'assureur.

Art. 73 Situation financière compromise

Pour le canton de VD, cette disposition permet de déterminer si la situation financière d'un assureur est compromise ; toutefois, elle ne met pas en évidence la prise en compte de la situation financière consolidée du groupe par l'autorité de surveillance. Or, cette situation pourrait être liée au choix de gestion, d'organisation et d'administration de la holding. En effet, il serait intéressant de comprendre pourquoi certains assureurs de la holding (dans le même canton) présentent de bonnes situations financières, sans sélection des risques, par rapport à d'autres. Si cela n'est pas compréhensible, l'obligation de recapitalisation ne revient-elle pas à la holding avant d'ordonner une éventuelle augmentation des primes ? De fait, cet article doit être complété en indiquant dans quelle mesure la situation financière consolidée du groupe est prise en compte par l'autorité de surveillance dans ses appréciations sur l'état financier d'un assureur appartenant à un groupe.

La CSS et l'Association suisse des actuaires soulignent que l'objectif de la surveillance exercée par l'OFSP est la préservation de la solvabilité et la protection contre les abus. Un concept d'intervention doit donc reposer sur le test de solvabilité LAMal. La CSS propose, pour cette raison, de supprimer l'art. 73.

L'assureur Turbenthal propose de modifier ainsi l'al. 1 : « ... pendant plus de trois ans... »

Art. 74 Transfert de l'effectif des assurés

L'assureur Turbenthal fait observer que l'art. 74 est superflu, puisqu'il existe déjà une réglementation dans la LAMal, et doit donc être biffé.

De l'avis de l'OMCT, en cas de transfert de l'effectif des assurés, les prétentions subjectives des assurés découlant de leurs assurances complémentaires devraient également être préservées en collaboration avec la FINMA, avec la garantie de disposer de la même couverture

qu'avant le transfert. La collaboration entre autorités de surveillance à cet égard devrait être réglée formellement dans un nouvel alinéa. Proposition : al. 3 (nouveau) : En cas de transfert de l'effectif des assurés, le maintien d'une couverture équivalente pour les assurances complémentaires doit être garanti aux assurés avec le concours de l'autorité de surveillance compétente pour les assurances complémentaires.

Art. 75 Contrôle des transactions entre l'assureur et d'autres entreprises

Le PDC, le PLR, l'USP, santésuisse, les assureurs Assura, Visana et ÖKK, la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie, la FER et EXPERTsuisse s'expriment de manière critique sur cette disposition : le législateur n'a pas voulu inscrire dans la LSAMal le principe de la surveillance des groupes. Le P-OSAMal dépasse largement le cadre de la loi en soumettant les transactions passées au sein du groupe et à l'extérieur de celui-ci à l'autorisation de l'autorité de surveillance. Le contrôle préalable des transactions par l'autorité de surveillance porte une atteinte inadmissible à la liberté entrepreneuriale et introduit une surveillance des groupes expressément refusée par le législateur. Le Groupement suisse pour les régions de montage préconise de reformuler les dispositions sur les transactions en diminuant leur envergure.

La FMH, l'USAM, l'assureur Turbenthal et le Groupe Mutuel demandent de supprimer l'art. 75. La MFE propose soit de la supprimer, soit de limiter le contrôle de l'autorité aux cas où des soupçons fondés existent.

Le PDC demande de supprimer l'obligation pour les assureurs de remettre à l'autorité de surveillance les transactions 15 jours avant qu'elles ne déploient leurs effets.

D'autres participants soutiennent explicitement cette disposition : le PS, l'USS, l'ASMAC et les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI). Pour le PS, l'art. 75 constitue une base absolument minimale et nécessaire pour contrôler les flux financiers.

Al. 1

economiesuisse, medswiss.net, l'ASA, le RVK, curafutura, la CSS et Helsana estiment que cette disposition va au-delà de la base légale, qu'elle empiète sur les compétences directionnelles de l'assureur, qu'elle entraînera un flux inutile de documents entre les assureurs et l'autorité de surveillance et qu'il sera difficile de la mettre en œuvre. Ils proposent une nouvelle formulation : « L'autorité de surveillance contrôle les transactions entre un assureur actif dans l'assurance-maladie sociale et une autre entreprise en cas de soupçon fondé. Un tel soupçon existe lorsque l'organe de révision externe constate dans le cadre de son contrôle au sens de l'art. 25, al. 1, let. b, LSAMal qu'une transaction n'est pas effectuée selon les conditions en vigueur sur le marché ou en cas de doutes fondés quant au respect du principe de l'affectation des ressources. »

Al. 2, 3 et 4

Les participants qui proposent une nouvelle formulation pour l'al. 1 demandent la suppression des al. 2, 3 et 4.

Art. 76 Dispositions applicables aux sociétés holding

La Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie se prononcent de manière critique sur cette disposition.

Les assureurs Turbenthal et Visana ainsi que le Groupe Mutuel demandent de la supprimer.

Les associations de protection des consommateurs (SKS, ACSI) soutiennent cette disposition.

Al. 1

Le canton de VD et la FMH demandent que cette disposition soit complétée de manière à ce que la société holding démontre en quoi la création d'une nouvelle société d'assurance apporte une plus-value aux assurés, en application de la LSAMal.

santésuisse demande de supprimer le renvoi à l'art. 7, al. 2, let. j, LSAMal.

Al. 3 [nouveau]

La FMH propose un nouvel al. 3 ayant la teneur suivante : « La fondation d'un nouvel assureur ou l'intégration d'un assureur au sein d'un groupe ne sont pas autorisées lorsqu'elles servent principalement à la sélection des risques. »

Art. 77 à 80 Institution commune

Pas de remarques

Art. 81 Information du public

La CDS et les cantons de BE, BS, JU, TG, TI et VD soulignent qu'il faut publier, en plus des informations mentionnées, une vue d'ensemble des réserves excessives indiquant le montant qui serait à disposition dans les cantons et par assuré en cas de réduction de ces réserves.

Le canton d'AG fait lui aussi observer que les informations mises à la disposition du public doivent également informer par canton et par assurance sur les réserves, les provisions et les primes encaissées en trop ou en insuffisance. Cette information pourrait jouer un rôle dans le choix de l'assurance. Il n'y a aucune raison de cacher ces données au public. Enfin, l'assurance-maladie régie par la LAMal est une assurance sociale obligatoire, sans but lucratif.

L'assureur Turbenthal demande la suppression des let. c et d.

Art. 82 Données des assureurs

L'USAM observe qu'à son avis, la quantité de données exigées est disproportionnée. Elle propose donc de réduire substantiellement le volume des données à fournir.

La MFE et la FMH soulignent à propos des art. 82 et 83 que ces deux dispositions d'ordonnance dépassent la prescription légale de l'art. 35, al. 2, LSAMal et ne sont donc pas conformes à la loi. Alors que la disposition de la LSAMal énumère des informations au moyen desquelles surveiller l'activité des assurances-maladie, les dispositions d'ordonnance mentionnent diverses données qui servent à d'autres fins, p. ex. le contrôle de l'économicité et de la qualité des prestations (par quoi l'on entend probablement les prestations des fournisseurs de prestations, qui n'ont pas à être réglées par la présente ordonnance). Si l'art. 82 était mis en œuvre sous cette forme, cela aboutirait à un volume de données dépassant largement ce dont l'autorité de surveillance a besoin pour effectuer son contrôle.

La MFE est d'avis que les deux dispositions d'ordonnance sous la forme proposée violeraient clairement les dispositions du droit de la protection des données, car la transmission des données n'est pas limitée à des données agrégées et son but n'est pas défini assez clairement. L'extension de la récolte des données projetée ici ne peut pas être fondée au niveau de l'ordonnance. Il importe donc de remanier en profondeur les art. 82 et 83. Les données relatives à la santé de la population sont un bien trop sensible pour pouvoir justifier ici un système reposant sur des hasards, surtout si, comme prévu, il fallait transmettre des

données individuelles (« par assuré »). La FMH relève en outre que seul l'Office fédéral de la statistique est habilité à appairer des données. Et elles ne peuvent être appariées qu'à des fins statistiques et non à des fins de surveillance.

Medswiss.net fait remarquer qu'une remise de données d'une telle étendue ne peut pas correspondre à la volonté du législateur et qu'elle n'est pas non plus nécessaire pour remplir l'objectif de surveillance. Il propose donc de remanier en profondeur les art. 82 et 83, en préservant l'objectif légal. Il faudrait ce faisant, pour garantir le respect de la proportionnalité, poser le principe que l'OFSP ne peut relever à des fins de surveillance que des données agrégées. En outre, les dispositions d'exécution existantes de l'OAMal devraient elles aussi être soumises à un contrôle similaire. Cette disposition ne devrait pas mettre l'accent sur « tous les renseignements et les documents nécessaires », mais sur les données « nécessaires pour la surveillance ».

PharmaSuisse souligne que le volume des données à fournir doit être approprié et proportionné. Etant donné que les frais d'administration qui en résultent sont supportés par les payeurs de primes, il faut veiller au respect du principe de proportionnalité. PharmaSuisse, pour des raisons de coûts et d'efficacité, préconise une enquête ciblée sur plainte ou en cas de soupçon plutôt qu'une récolte de données systématique et indifférenciée. Cela nécessiterait toutefois de revoir la conception de toute l'ordonnance.

Curafutura remarque tout d'abord de façon générale à propos du relevé de données individuelles des assurés, qu'on ne voit pas clairement à quelles fins celles-ci sont recueillies et utilisées. Ces récoltes de données ne se traduiraient pas seulement par une énorme charge administrative pour les assureurs (et pour l'autorité de surveillance), elles contribueraient aussi de façon décisive à rendre le patient transparent. Alors que les assureurs-maladie sont soumis à une vaste législation sur la protection des données et que l'on contrôle régulièrement s'ils respectent les prescriptions en la matière, la fourniture de données prévue créerait auprès d'une autorité un immense flux de données qui n'est pas nécessaire à des fins de surveillance.

Curafutura ajoute que l'autorité de surveillance ne peut alléguer à ce jour aucun motif plausible concernant le but de l'utilisation des données. Tout ce qu'on peut constater, c'est que les résultats obtenus jusqu'ici par l'autorité de surveillance ne nécessitaient pas la récolte de données individuelles. A son avis, il importe donc de remanier complètement les dispositions des art. 82 et 83. Et afin de respecter le principe de la proportionnalité, il faudrait que s'applique le principe que l'OFSP ne peut relever à des fins de surveillance que des données agrégées. Curafutura estime à ce propos que les dispositions d'exécution existantes de l'OAMal nécessitent aussi un réexamen similaire.

Enfin, l'art. 85 étend la surveillance aux partenaires commerciaux des assureurs. Il n'existe aucune base légale pour cela, non plus que pour l'art. 28a OAMal actuel.

Santésuisse et la SVK relèvent tout d'abord de façon générale que la remise, exigée par l'ordonnance, des données personnelles les plus diverses, non agrégées (données individuelles au niveau des positions tarifaires) rend le patient transparent. De telles données ne sont pas nécessaires pour exercer la fonction légale de surveillance, et il se poserait en outre des questions de protection des données. Une remise de données aussi vaste étendrait considérablement la pratique actuelle et doit de ce fait être jugée disproportionnée, en dépit de la base légale dans l'OAMal. Dans ce contexte, il serait justifié de s'interroger aussi sur l'utilisation en vue de laquelle l'autorité de surveillance exige des données dans un volume qui dépasse de loin le but de la surveillance.

Les assureurs Visana et ÖKK commencent par relever de façon générale que la fourniture préalable de données individuelles est disproportionnée, surtout au regard de l'exercice de la

fonction de surveillance par l'OFSP, du but de l'utilisation des données ainsi que des charges bureaucratiques allant de pair pour les assureurs.

Le Konsumentenforum observe tout d'abord de façon générale que le projet est inquiétant sous l'angle de la protection des données. La récolte de données « en réserve » va bien au-delà du but de la surveillance et n'est pas dans l'intérêt du consommateur.

Curafutura, Helsana et la CSS font observer que l'art. 35 LSAMal ne permet pas de déduire une remise systématique et aussi étendue de données à l'autorité de surveillance. Les dispositions en la matière sont selon elles totalement disproportionnées, car elles comprendraient la collecte de toutes les données existantes, y compris chacune des positions tarifaires, au niveau de l'assuré pris individuellement. Une collecte aussi étendue ne peut se justifier ni par le but légal, ni par un intérêt public. Ces dispositions aboutiraient au contraire à un gigantesque flux de données. Même une autorité de surveillance ne peut exiger que les données dont elle a besoin pour remplir ses tâches concrètes. Mais une telle concrétisation brille par son absence. Curafutura, Helsana et la CSS proposent donc de reformuler ainsi l'al. 1 : « L'autorité de surveillance traite les données que les assureurs doivent lui communiquer conformément à l'art. 35, al. 2, LSAMal, aux fins de contrôler le respect de la LSAMal. » et de biffer les let. a à j.

Santésuisse et sasis soulignent que, sur la base de l'art. 35 LSAMal, les assureurs-maladie ne communiqueraient aucune donnée personnelle à l'autorité de surveillance. Ils refuseraient une extension de la pratique actuelle de remise des données à l'OFSP, par exemple conformément au projet « Spécification Collecte des données statistiques de surveillance pour l'exercice 2013 » avec ISAK, version 1.2.3 du 29 avril 2014, et en particulier son extension dans la version 0.9.8.9 du 27 avril 2015 pour l'exercice 2014. La remise de telles données serait disproportionnée. De plus, la remise de données de surveillance est déjà réglée par la LAMal et l'OAMal. On ne comprend pas pourquoi l'OSAMal devrait encore une fois contenir les mêmes dispositions sur la remise de données par les assureurs-maladie. Un tel relevé à double, inutile, dispendieux et non économique, doit être rejeté.

L'ASA souligne que l'art. 35 LSAMal ne prévoit pas une remise systématique et aussi étendue de données à l'autorité de surveillance. La loi prévoit que « les assureurs doivent fournir chaque année à l'autorité de surveillance des indications sur les données liées à leur activité en matière d'assurance-maladie sociale ». En revanche, les « données par assuré » que l'ordonnance exige de remettre ne représentent pas des « indications sur les données », mais il faudrait transmettre les données elles-mêmes. Une remise de données d'une telle étendue ne peut pas correspondre à la volonté du législateur et elle n'est pas non plus nécessaire pour remplir l'objectif de surveillance. L'art. 82 du projet doit donc être considéré comme disproportionné. L'ASA propose par conséquent d'adapter ainsi l'al. 1 : « L'autorité de surveillance traite les données que les assureurs doivent lui communiquer conformément à l'art. 35, al. 2, LSAMal, aux fins de contrôler le respect de la LSAMal. » et de biffer les let. a à j.

L'assureur Turbenthal demande de biffer l'art. 82.

Le Groupe Mutuel soutient pour l'art. 82, al. 1, qu'une livraison des données systématique et globale, comme elle est stipulée à l'art. 82, ne se laisse pas déduire de l'art. 35 LSAMal. Cette vaste collecte de données va au-delà des besoins pour exercer une tâche de surveillance, est disproportionnée et ne correspond à aucun intérêt public. Dans ce contexte, les dispositions y relatives dans l'OAMal doivent également être revues. Proposition : biffer l'art. 82, al. 1, et le remplacer par le texte suivant : « L'autorité de surveillance traite les données que les assureurs doivent lui communiquer conformément à l'art. 35, al. 2, LSAMal dans le but d'exécuter la surveillance de l'assurance-maladie sociale selon la loi. »

Concernant les art. 82 et 83, les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI) insistent sur l'absolue nécessité de garantir l'anonymat de l'assuré et la protection de ses données.

Art. 83 Nature et étendue des données fournies par les assureurs

La FER relève qu'en vertu de l'art. 35 LSAMal, les entreprises surveillées sont tenues de fournir à l'autorité de surveillance tous les renseignements et documents nécessaires à l'exécution de la surveillance de l'assurance-maladie sociale. L'art. 83 impose à l'assureur de transmettre à l'autorité de surveillance chaque année des données complètes et précises pour chaque assuré. Une telle collecte de données dépasse le cadre et le but de la loi, sans que cela ne soit justifié, et va générer une avalanche d'informations difficilement traitable par l'autorité de surveillance. Par ailleurs, ces exigences sont difficilement compatibles avec les principes généraux de la protection des données (finalité, licéité, proportionnalité, etc.) et en particulier avec l'art. 17 LPD. Cette disposition prévoit que les organes fédéraux ne sont en droit de traiter des données sensibles que s'il existe une base légale au sens formel, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce.

économiesuisse fait observer que cet article exige la remise de données trop nombreuses et trop détaillées. Le risque de créer un cimetière de données est élevé. Les assureurs-maladie devraient aussi fournir des indications inutiles. Cela accroît sans nécessité les frais d'administration. économiesuisse propose par conséquent de redimensionner fortement l'al. 1, en particulier les let. b, c, e, f et h, et de biffer les al. 5 à 7.

Curafutura, Helsana et la CSS remarquent qu'à propos de la compensation des risques, il ne s'agit pas là de données de surveillance, mais d'indications nécessaires pour mettre en œuvre la compensation des risques. curafutura propose de régler séparément dans l'ordonnance afférente (OCOR) la récolte de données aux fins de la compensation des risques. Elles proposent de reformuler ainsi l'art. 83, al. 1 : « L'assureur transmet à l'autorité de surveillance, sous forme agrégée, notamment les données suivantes : a. l'âge, le sexe et le lieu de résidence des assurés ; » et de biffer les let. b, c, e, f et h ainsi que les al. 5 à 7.

Sasis et santésuisse soulignent à propos de l'art. 83 qu'il doit être remis en question tout entier. La remise de données individuelles « en réserve » est disproportionnée. De plus, l'anonymat des assurés ne serait pas préservé dans tous les cas. De toute manière, il faudrait réduire au minimum les charges imposées aux assureurs-maladie par la remise des données (cf. art. 82, al. 2).

L'al. 1, let. e, exige que les assureurs remettent les données des factures. Avec la remise de ces données comprenant numéro de facture et indication de l'assuré, du numéro RCC du fournisseur des prestations et de la position tarifaire, c'est en fait la totalité des justificatifs de facturation (80 à 100 millions par année) qui devraient être envoyés à Berne par voie électronique. Cela est disproportionné et constitue un cas classique de stockage de données en réserve, tout en représentant une charge financière supplémentaire considérable, tant pour les assureurs que pour l'OFSP.

On ne comprend pas pourquoi l'OFSP exige maintenant des assureurs le détail par fournisseur de prestations et par position tarifaire, alors même que l'OFS demande déjà ce genre de données (données variables et données de base) directement aux fournisseurs de prestations médicaux (projet MARS, statistique des hôpitaux DRG).

Sasis reconnaît sur le fond le besoin de données par assuré plutôt que, comme jusqu'ici, par groupes d'assurés non critiques (p. ex. en fonction de l'âge, du sexe, du canton, etc.). L'approche choisie de rassembler toutes les factures par patient est très critique, et en contradiction avec la procédure suivie par sasis. De plus, dans le pool des données et le pool tarifaire, les données existantes seront détaillées dès 2016 par assuré, sous forme anonyme, et munies

d'un numéro courant ne permettant pas l'identification. Sasis est toute disposée à mettre aussi à la disposition de l'OFSP ces données détaillées concernant les secteurs ambulatoire et hospitalier. Mais ni Sasis ni l'OFSP ne pourraient apparier ces données avec le numéro AVS, critique du point de vue du droit de la protection des données.

L'al. 1, let. f, exige que les données par patient indiquent qui a fourni ou prescrit la prestation, bien qu'il n'existe aujourd'hui aucune obligation directe pour les fournisseurs de prestations de documenter ou d'indiquer sur la facture les prestations fournies.

L'al. 2 exige la fourniture de données sous forme numérique. La mise en œuvre à ce niveau de précision est très critique, car les exigences en matière de qualité et les sanctions correspondantes font défaut, surtout du côté des fournisseurs de prestations. Il devrait être très difficile de préparer l'intégralité de ces données conformément à ces prescriptions. La proportion des justificatifs par positions tarifaires sous forme électronique serait comprise, d'après l'expérience du pool tarifaire, entre 60 et 80 % (factures papier, facturations forfaitaires, domaine des soins, réadaptation, psychiatrie etc.). Les assureurs devraient donc être contraints de transmettre leurs factures par positions tarifaires, bien que les fournisseurs de prestations médicaux ne soient pas tenus de les fournir par voie électronique et dans une qualité irréprochable avec ce niveau de précision. Cela aboutirait à des frais supplémentaires pour les assureurs et à un résultat insatisfaisant du point de vue qualitatif pour l'OFSP. – Si l'assureur voulait fournir correctement les données suivant ces prescriptions, il devrait renvoyer aux assurés les justificatifs de remboursement incomplets et non structurés, et refuser les factures incomplètes et non structurées remises par les fournisseurs de prestations. Cela sans compter l'énorme travail manuel supplémentaire de saisie des factures chez l'assureur.

L'ASA propose d'adapter ainsi l'al. 1 : « L'assureur transmet à l'autorité de surveillance, sous forme agrégée, notamment les données suivantes : a. l'âge, le sexe et le lieu de résidence des assurés ; » et de biffer les let. b, c, e, f et h ainsi que les al. 5 à 7.

L'assureur Turbenthal demande de biffer l'art. 83 (trop lourd, protection des données, affirmations erronées).

Le Groupe Mutuel demande de biffer l'al. 1, let. b, c, e, f et h, ainsi que les al. 5 et 6.

Art. 84 Données de l'institution commune

Pas de remarques

Art. 85 Données des tiers mandatés par les assureurs

L'USP souligne que la LSAMal règle de manière exhaustive l'accès de l'OFSP aux informations. L'art. 35 LSAMal mentionne aussi de manière exhaustive les instances tenues de fournir des renseignements en ce sens. Un « accès » aux partenaires externes n'est pas prévu par la loi ; l'art. 85 du projet d'ordonnance est donc contraire à la loi. En outre, un tel accès viole la législation fédérale en matière de protection des données.

La MFE relève à propos de l'art. 85 que cette disposition étend la surveillance de l'OFSP à des tiers qui entretiennent des relations d'affaires avec les assureurs-maladie. Elle doit être biffée, car il n'existe pas de base légale pour cela.

Medswiss.net fait observer qu'avec cette disposition, la surveillance sur les assureurs est étendue à leurs partenaires commerciaux, p. ex. les réseaux de médecins rattachés à medswiss.net. Il n'existe aucune base légale pour cela, non plus que pour l'art. 28a LAMal existant. Medswiss.net propose donc de supprimer purement et simplement l'art. 85.

Curafutura, Helsana et la CSS soulignent que l'art. 85 ne repose sur aucune base légale et qu'il doit donc être biffé.

Sasis et santésuisse font valoir que la loi ne prévoit pas d'accès aux partenaires externes, aux partenaires commerciaux et aux organisations sectorielles des assureurs. L'art. 85 est donc contraire à la loi. Les mesures concrètes permettant aux tiers mandatés de se protéger contre ce genre d'accès à leurs données font défaut. Au reste, un tel accès viole la législation fédérale en matière de protection des données. sasis pourrait le cas échéant être considérée par l'OFSP comme un tiers mandaté, alors qu'elle assume des fonctions opérationnelles sur mandat des assureurs qui en font partie et de leurs associations. Avec cet article, l'autorité de surveillance pourrait contraindre sasis à violer les prescriptions en matière de protection des données et les secrets d'affaires résultant des contrats passés avec ses clients. C'est là une manière de faire que sasis ne connaît que dans la procédure pénale ou la communication de données au sens de l'art. 84a LAMal. De telles interventions compromettraient la sécurité des données des assurés, des assureurs et des partenaires commerciaux concernés.

Les assureurs Visana et Turbenthal, l'ASA et le Groupe Mutuel font eux aussi remarquer qu'un droit d'accès n'est pas prévu et que l'art. 85 est en contradiction avec la loi. Il doit donc être biffé.

Comparis souligne que cette disposition disproportionnée devrait absolument exposer, en conformité avec le droit de la protection des données, à quelles fins servent les récoltes de données de ce type et quelle serait leur utilité pour la surveillance et pour les assurés.

Art. 86 Publication des données des assureurs

La CDS et les cantons d'AR, BE, BS, JU, TG et UR relèvent qu'en plus des chiffres mentionnés, il faudrait aussi publier une vue d'ensemble des primes encaissées en trop dans les cantons.

Pour les cantons de GE et NE, l'art. 86 du projet n'est pas totalement cohérent avec les articles précédents et cela les conforte dans l'idée que les détails de la comptabilité des réserves et des provisions doivent être connus par canton. En effet, l'art. 86 prévoit la publication, distinguée par région de prime, de dix indicateurs détaillés, dont les réserves et les provisions. Certains cantons présentent deux, voire trois régions de primes distinctes. Si ce niveau de détail doit être publié, c'est qu'il existe. Alors, pourquoi ne pas utiliser systématiquement les données cantonales en matière de création et de dissolution des provisions et des réserves, qui sont pourtant considérées, dans les autres articles du projet d'ordonnance, uniquement à un niveau national agrégé ? Ce niveau de détail est pourtant absolument nécessaire afin que l'OFSP et les cantons puissent approuver ou non les primes de l'année suivante, qui sont elles-mêmes calculées par canton ou par région de primes, en fonction notamment des résultats d'exploitation de l'année précédente (perte ou profit). Les primes étant calculées par canton, les chiffres publiés doivent également être détaillés par canton. Proposition : Art. 86 :² Elle publie, par assureur et par canton, les chiffres suivants concernant l'assurance-maladie sociale: a. recettes et dépenses; b. résultat par assuré; c. réserves; d. provisions pour cas d'assurance non liquidés; e. coûts des soins; f. compensation des risques; g. frais d'administration; h. effectif des assurés.

Le canton du TI constate que cet article définit quelles données des assureurs l'OFSP publie. Il estime qu'il manque l'aperçu des primes payées en trop dans les différents cantons et il demande de compléter la liste en conséquence.

Les associations de protection des consommateurs (SKS, FRC, ACSI) soutiennent, pour l'art. 86. al. 2. let. g. que le détail des salaires des gestionnaires doit figurer dans des frais administratifs.

Curafutura, Helsana et la CSS proposent de modifier ainsi l'art. 86 : al. 2, let. a : produits et charges ; al. 2, let. j : biffer ; al. 3 (nouveau) : Elle publie le bilan et le compte d'exploitation.

L'ASA remarque qu'il faut adapter l'al. 2 et remplacer les termes de « recettes » et « dépenses » par ceux de « produits » et « charges » ; le bilan et le compte d'exploitation ne sont pas des chiffres : ils devraient donc faire l'objet d'un al. 3 nouveau. Elle propose donc les mêmes modifications.

L'assureur Turbenthal propose de biffer les let. c à f, i et j de l'al. 2, puisque ces chiffres sont visibles dans le rapport d'activité des assureurs.

Art. 87 à 90

Pas de remarques

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie

Art. 91 OAMal

Al. 1

L'USAM, l'ASA, curafutura, la CSS et Helsana demandent de supprimer cet alinéa.

Al. 1^{bis} et 1^{ter}

L'USAM, l'ASA, curafutura, la CSS et Helsana ainsi que le Groupe Mutuel demandent de supprimer ces alinéas.

Art. 91b OAMal

Al. 1

La CDS et les cantons d'AR et SO demandent de préciser que le contrôle des régions de primes est effectué comme jusqu'à présent au minimum tous les cinq ans.

Le Groupe Mutuel demande de supprimer la deuxième phrase.

Al. 2

L'ASA, curafutura, la CSS et le Groupe Mutuel proposent la formulation suivante : « Le département consulte les cantons et les assureurs avant de procéder à une nouvelle délimitation des régions de primes. »

Al. 3

La CDS souhaite qu'en cas de fusion de communes, le canton soit consulté comme lorsque le département procède à une nouvelle délimitation des régions de primes conformément à l'al. 2.

Art. 99 OAMal

Al. 1

L'USAM, l'ASA, curafutura, la CSS et Helsana ainsi que le Groupe Mutuel demandent de supprimer la deuxième phrase. santésuisse propose de biffer tout l'alinéa.

Modification de l'ordonnance du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie

La CDS et la moitié environ des cantons demandent de supprimer, à l'art. 3, le nouvel al. 4^{bis} proposé. Ils expliquent que la déduction après coup de parts de subsides à la réduction des primes encaissés entraînerait des coûts disproportionnés. Les assurés pourraient avoir changé de canton ou d'assureur, et il faudrait tirer au clair des périodes de plusieurs années. L'effet d'un remboursement des primes des différents assureurs serait lissé par la prise en compte de la prime moyenne de l'année suivante ainsi que de l'évolution des primes à encaisser au cours des années précédentes. VD explique en outre que la compensation ne se réfère pas à la prime payée par l'assuré, mais à une moyenne cantonale.

ZG relève par ailleurs que le Conseil fédéral, dans son message du 15 février 2012 relatif à la LSAMal, a souligné que les cantons et les communes ne seraient pas touchés par le projet et qu'ils ne subiraient pas de conséquences financières (FF 2012, p. 1775 s., ch. 3.2). Il serait contraire au principe de la bonne foi que la Confédération réduise maintenant ses subsides destinés à la réduction des primes – qui sont de fait à la charge des cantons – lorsqu'un assureur procède à une compensation de primes.

Annexe : Liste des participants à l'audition²

Abréviation	Expéditeur
Cantons	
AG	Conseil d'Etat du canton d'Argovie
AR	Conseil d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures
BE	Conseil d'Etat du canton de Berne
BL	Conseil d'Etat du canton de Bâle-Campagne
BS	Conseil d'Etat du canton de Bâle-Ville
FR	Conseil d'Etat du canton de Fribourg
GE	Conseil d'Etat du canton de Genève
GL	Conseil d'Etat du canton de Glaris
GR	Gouvernement du canton des Grisons
JU	Gouvernement jurassien
LU	Département de la santé et des affaires sociales du canton de Lucerne
NE	Conseil d'Etat de la République et Canton de Neuchâtel
NW	Conseil d'Etat du canton de Nidwald
OW	Département des finances du canton d'Obwald
SG	Conseil d'Etat du canton de Saint-Gall
SH	Conseil d'Etat du canton de Schaffhouse
SO	Conseil d'Etat du canton de Soleure
SZ	Conseil d'Etat du canton de Schwytz
TG	Conseil d'Etat du canton de Thurgovie
TI	Conseil d'Etat du canton du Tessin
UR	Landammann et Conseil d'Etat du canton d'Uri
VD	Conseil d'Etat du canton de Vaud
VS	Conseil d'Etat du canton du Valais
ZG	Direction de la sécurité du canton de Zoug
ZH	Direction de la santé du canton de Zurich
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Partis	
PDC	Parti démocrate-chrétien
PLR	Parti libéral-radical
PS	Parti socialiste suisse
UDC	Union démocratique du centre
Organisations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne	
	Association des communes suisses
	Union des villes suisses
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
Organisations faîtières de l'économie	
Centre Patronal	
Economiesuisse	
FER	Fédération des entreprises romandes
SEC Suisse	Société des employés de commerce
USP	Union suisse des paysans

² Par ordre alphabétique des abréviations en allemand

USS	Union syndicale suisse
USAM	Union suisse des arts et métiers
Milieus intéressés	
Fournisseurs de prestations	
FMH	Fédération des médecins suisses
FSP	Fédération suisse des psychologues
MFE	Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse
H+	Les Hôpitaux de Suisse
medswiss.net	Association suisse des réseaux de médecins
PharmaSuisse	Société faîtière des pharmaciens suisses
OMCT	Ordre des médecins du canton du Tessin
SSO	Société suisse des médecins-dentistes
ASMAC	Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique
Assureurs	
Assura	
Concordia	
CSS	
curafutura	curafutura – Les assureurs-maladie innovants
IC LAMal	Institution commune LAMal
Groupe Mutuel	
Helsana	
ÖKK	
RVK	Association des petites et moyennes assurances-maladie
Sasis	Sasis SA
santésuisse	Les assureurs-maladie suisse
SVK	Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
ASA [SVV]	Association suisse d'assurances
Sympany	
Tarifsuisse	Tarifsuisse SA
Turbenthal	
Visana	
Assurés / consommateurs / patients	
ACSI	Associazione Consumatrici e consumatori della Svizzera italiana
FSP [DVSP]	Fédération suisse des patients
FRC	Fédération romande des consommateurs
kf	Konsumentenforum
SKS	Fondation pour la protection des consommateurs
Divers	
BFG	Entente système de santé libéral
Comparis	Comparis.ch SA
Expertsuisse	Association suisse des experts en audit, fiscalité et fiduciaire
ASA [SAV]	Association suisse des actuaires
COMCO	Commission de la concurrence