

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE
CONTRÔLE FÉDÉRAL DES FINANCES
CONTROLLO FEDERALE DELLE FINANZE
SWISS FEDERAL AUDIT OFFICE



Audit de la surveillance dans le domaine des assurances

Office fédéral de la santé publique

Bestelladresse	Contrôle fédéral des finances (CDF)
Adresse de commande	Monbijoustrasse 45
Indirizzo di ordinazione	3003 Berne
Ordering address	Suisse
Bestellnummer	1.20424.316.00098
Numéro de commande	
Numero di ordinazione	
Ordering number	
Zusätzliche Informationen	www.efk.admin.ch
Complément d'informations	info@efk.admin.ch
Informazioni complementari	twitter: @EFK_CDF_SFAO
Additional information	+ 41 58 463 11 11
Abdruck	Gestattet (mit Quellenvermerk)
Reproduction	Autorisée (merci de mentionner la source)
Riproduzione	Autorizzata (indicare la fonte)
Reprint	Authorized (please mention source)

Sauf indication contraire, les dénominations de fonction dans ce rapport s'entendent aussi bien à la forme masculine que féminine.

Table des matières

L'essentiel en bref	4
Das Wesentliche in Kürze	6
L'essenziale in breve	8
Key facts	10
1 Mission et déroulement	13
1.1 Contexte.....	13
1.2 Objectif et questions d'audit	13
1.3 Etendue de l'audit et principe	14
1.4 Documentation et entretiens	14
1.5 Discussion finale	14
2 La surveillance sur les assurances	15
2.1 Une organisation de la surveillance rationnelle	15
2.2 Nécessité d'une surveillance ciblée et renforcée sur les subsides aux réductions de primes d'assurance-maladie.....	16
2.3 Une surveillance sur les assureurs-maladie en développement	19
3 La mise en œuvre de la surveillance	21
3.1 Surveillance à coordonner sur la protection des données	21
3.2 Pour une assurance-qualité de la compensation des risques	23
3.3 Une surveillance adaptée sur les tarifs de l'assurance-accidents.....	27
Annexe 1 : Bases légales	32
Annexe 2 : Assurance-qualité dans la nouvelle péréquation financière	33
Annexe 3 : Abréviations	34

Audit de la surveillance dans le domaine des assurances

Office fédéral de la santé publique

L'essentiel en bref

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les assurances-maladie, -accident et militaire. Fin 2019, cela représentait quelque 57 assureurs-maladie pour 32,2 milliards de francs de primes. S'ajoutait encore 27 assureurs-accidents, dont la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (Suva). Les primes nettes de l'assurance-accidents s'élevaient à plus de 5 milliards de francs. La Suva gère enfin l'assurance militaire sur mandat de la Confédération. Ses prestations se montaient à 178 millions de francs en 2019.

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) a audité – sous l'angle de l'exhaustivité et de l'efficacité – l'organisation et la surveillance de la division de l'OFSP en charge des assurances. Il a examiné la mise en œuvre de la surveillance de l'OFSP dans trois domaines : la protection des données auprès des assureurs-maladie, la compensation des risques et les tarifs de primes des assureurs-accidents.

Les résultats sont positifs. La surveillance exercée par l'OFSP est conforme à la loi. Elle repose en grande partie sur une approche risques et sur une systématique de coordination interne. Néanmoins, le CDF a identifié une possibilité significative de renforcement de la surveillance fédérale sur le versement par les cantons des subsides aux primes d'assurance-maladie. Il a aussi relevé des potentiels d'améliorations dans les trois domaines examinés.

Une organisation de surveillance rationnelle et axée sur les risques de non-conformité

L'OFSP exerce sa surveillance sur les assurances via trois sections dédiées à l'assurance-maladie, une section pour les assurances-accident et militaire, une section juridique et un service d'audit. La répartition interne des ressources est rationnelle, coordonnée et transparente. Elle dépend de la complexité, de l'importance financière et des possibilités légales de contrôle de l'OFSP. Le CDF souligne la flexibilité dont fait preuve la division pour gérer des tâches nouvelles sans ressources supplémentaires. Il recommande un principe de rotation des référents et des référentes de la division auprès des assureurs-maladie pour minimiser le risque de perte d'indépendance.

Le dispositif légal de l'assurance-maladie réduit la surveillance de l'OFSP aux seuls risques de non-conformité. Le contrôle des assureurs-maladie s'appuie sur des instruments de surveillance orientés sur les risques, parmi lesquels un concept d'intervention sur les données financières et un outil de sélection des assureurs à auditer. Le CDF salue la prise en compte récente des risques transversaux (cyberattaques, continuité des affaires). Depuis peu, l'examen des tarifs de primes des assureurs-accidents suit aussi une approche risques.

Une possibilité de surveillance renforcée sur l'octroi des subsides fédéraux aux cantons

Une réduction individuelle des primes d'assurance-maladie (RIP) par les subsides des pouvoirs publics est prévue dans les textes légaux. Cette réduction est à la charge des cantons qui dédommagent directement les assureurs. Les cantons reçoivent néanmoins une contribution de la Confédération. En 2020, celle-ci se montait à 2,9 milliards de francs.

La surveillance sur le versement et l'utilisation des subsides fédéraux à la réduction des primes d'assurance-maladie n'est pas suffisamment contraignante à l'égard des cantons. L'OFSP devrait exiger des cantons et de leurs organes de révision une attestation explicite sur le respect des critères fédéraux de subventionnement.

Trois possibilités d'amélioration de la surveillance de l'OFSP

Au niveau de la mise en œuvre de la surveillance, trois domaines nécessitent une attention particulière. Tout d'abord, l'OFSP examine le respect des exigences de protection des données en lien avec la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le CDF a pris connaissance du rôle proactif de l'OFSP dans leur mise en place et la surveillance auprès des assureurs-maladie. Il constate des risques importants de sécurité et d'utilisation non conforme des données individuelles des assurés. Le CDF est d'avis qu'une clarification des rôles et un principe d'échange s'imposent entre le préposé à la protection des données et à la transparence (PPDPT)¹ et l'OFSP.

De plus, la complexité de la compensation des risques de l'assurance-maladie a grandement augmenté avec l'introduction en 2020 de l'indicateur de morbidité sur les groupes de coûts pharmaceutiques. L'OFSP et l'Institution commune LAMal ont pris les mesures organisationnelles et techniques nécessaires pour atteindre les objectifs dans les délais. Le CDF estime qu'un dispositif d'assurance-qualité pourrait être instauré entre les différentes parties prenantes pour garantir la fiabilité durable des données de la compensation des risques. Il demande aussi à l'OFSP de coordonner avec l'Institution commune LAMal ses activités d'analyses de risques et de contrôle auprès des assureurs-maladie.

Enfin, la surveillance de l'OFSP sur l'application uniforme du droit de l'assurance-accidents apparaît adéquate malgré le principe d'autorégulation. La comparaison par l'OFSP entre les statistiques de risques et les tarifs de base proposés par les assureurs-accidents sur plusieurs années permet de déceler des dépassements non justifiables entre les primes nettes effectives et les dépenses. Pour en renforcer l'efficacité, le CDF recommande l'inclusion des données sur les primes de tarifs adaptées aux mesures de prévention et aux risques d'accidents des entreprises clientes (« selon l'expérience ») dans les statistiques de risques des assureurs-accidents. Il souligne le manque d'actualité des statistiques de référence pour le contrôle des tarifs et recommande d'étudier avec les acteurs concernés la possibilité d'en réduire le délai de trois à deux ans.

¹ Pour mémoire, la révision totale de la loi fédérale sur la protection des données a été adoptée par le Parlement le 25 septembre 2020. Elle renforce les compétences du PPDPT. Ces nouvelles dispositions devraient entrer en vigueur en 2022.

Prüfung der Aufsicht im Versicherungswesen

Bundesamt für Gesundheit

Das Wesentliche in Kürze

Dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) obliegt die Aufsicht über die Kranken-, Unfall- und Militärversicherungen. Ende 2019 waren es 57 Krankenversicherer mit einem Prämienvolumen von 32,2 Milliarden Franken. Dazu kamen 27 Unfallversicherer, u. a. die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva). Die Nettoprämien der Unfallversicherung betragen über 5 Milliarden Franken. Nicht zuletzt führt die Suva im Auftrag des Bundes die Militärversicherung, deren Leistungen sich im Jahr 2019 auf 178 Millionen Franken beliefen.

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat die Organisation und die Aufsicht der Abteilung im BAG, die für die Versicherungen verantwortlich ist, unter dem Gesichtspunkt der Vollständigkeit und der Wirksamkeit geprüft. Sie hat die Umsetzung der Aufsicht durch das BAG in den folgenden drei Bereichen untersucht: beim Datenschutz der Krankenversicherer, beim Risikoausgleich und bei den Prämientarifen der Unfallversicherer.

Die Ergebnisse fielen positiv aus. Die vom BAG ausgeübte Aufsicht ist gesetzeskonform. Sie beruht weitgehend auf einem risikobasierten Ansatz und auf einer systematischen internen Koordinierung. Dennoch hat die EFK eine wesentliche Möglichkeit ausgemacht, die Aufsicht des Bundes über die Zahlung der Prämienverbilligungen durch die Kantone zu stärken. Die EFK identifizierte zudem in allen drei untersuchten Bereichen Verbesserungspotenzial.

Eine rationelle und auf den Risiken der Nichtkonformität basierende Aufsichtsorganisation

Die Aufsicht des BAG über die Versicherungen wird in drei Sektionen ausgeübt, die sich mit der Krankenversicherung befassen, eine Sektion Unfall- und Militärversicherung, eine juristische Sektion und eine Sektion Audit. Die interne Ressourcenverteilung ist rationell, koordiniert und transparent. Sie hängt von der Komplexität, vom Finanzvolumen und von den gesetzlichen Kontrollmöglichkeiten des BAG ab. Die EFK unterstreicht die Flexibilität der Abteilung, ohne zusätzliche Ressourcen neue Aufgaben zu übernehmen. Sie empfiehlt ein Rotationsprinzip für den Einsatz der Abteilungsreferentinnen und -referenten bei den Krankenversicherern anzuwenden, um das Risiko des Unabhängigkeitsverlustes zu minimieren.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz beschränkt sich die Aufsicht des BAG auf die Risiken der Nichtkonformität. Die Kontrolle der Krankenversicherer stützt sich auf risikobasierte Aufsichtsinstrumente, u. a. auf ein Interventionskonzept für die Finanzdaten und ein Werkzeug zur Auswahl der Versicherer, die geprüft werden sollen. Die EFK begrüsst die kürzlich erfolgte Berücksichtigung von Querschnittsrisiken (Cyberangriffe, Business Continuity). Auch die Prüfung der Prämientarife der Unfallversicherer beruht seit Kurzem auf einem risikobasierten Ansatz.

Möglichkeit einer gestärkten Aufsicht über die Gewährung von Bundesbeiträgen an die Kantone

Die Gesetzeserlasse sehen eine individuelle Prämienverbilligung (IPV) bei der Krankenversicherung mit Beiträgen der öffentlichen Hand vor. Diese Verbilligung geht zulasten der Kantone, die die Versicherten direkt entschädigen. Allerdings erhalten die Kantone einen Bundesbeitrag. 2020 belief er sich auf 2,9 Milliarden Franken.

Die Aufsicht über die Entrichtung und Verwendung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung der Krankenversicherung ist für die Kantone zu wenig verbindlich. Das BAG sollte von den Kantonen und deren Revisionsstellen einen expliziten Nachweis über die Einhaltung der Subventionierungskriterien des Bundes verlangen.

Drei Möglichkeiten, um die Aufsicht des BAG zu verbessern

Bei der Umsetzung der Aufsicht erfordern drei Bereiche einer besonderen Aufmerksamkeit. Zunächst prüft das BAG die Einhaltung der Datenschutzanforderungen, die sich aus dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ableiten. Die EFK hat die proaktive Rolle des BAG bei deren Umsetzung und der Aufsicht bei den Krankenversicherern zur Kenntnis genommen. Die EFK stellt fest, dass in den Bereichen Sicherheit und nichtkonforme Verwendung von individuellen Daten der Versicherten bedeutende Risiken bestehen. Die EFK ist der Auffassung, dass Klärungsbedarf in Bezug auf die Rollen des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB)¹ und des BAG besteht und der Austausch zwischen den beiden grundsätzlich geregelt werden muss.

Ausserdem hat mit der Einführung des Morbiditätsindikators auf die pharmazeutischen Kostengruppen im Jahr 2020 die Komplexität des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung stark zugenommen. Das BAG und die Gemeinsame Einrichtung KVG haben die erforderlichen organisatorischen und technischen Massnahmen getroffen, um die Ziele fristgerecht zu erreichen. Die EFK ist der Ansicht, dass die verschiedenen Stakeholder ein gemeinsames Qualitätssicherungsdispositiv errichten sollten, um die langfristige Zuverlässigkeit der Daten zum Risikoausgleich zu gewährleisten. Die EFK bittet zudem das BAG, seine Risikoanalyse- und Kontrolltätigkeiten bei den Krankenversicherern mit der Gemeinsamen Einrichtung KVG zu koordinieren.

Schliesslich wird die Aufsicht des BAG über die einheitliche Anwendung des Unfallversicherungsrechts trotz Selbstregulierungsprinzip als angemessen beurteilt. Der Vergleich der Risikostatistiken mit den von den Unfallversicherern über mehrere Jahre angebotenen Grundtarifen durch das BAG ermöglicht es, ungerechtfertigte Überschreitungen zwischen den tatsächlichen Nettoprämien und den Ausgaben zu ermitteln. Um die Wirksamkeit der Daten zu erhöhen, empfiehlt die EFK, die an die Präventionsmassnahmen und an die Unfallrisiken der Unternehmenskunden angepassten «Erfahrungswerte» bei den Prämientarifen in die Risikostatistiken der Unfallversicherer aufzunehmen. Die EFK hebt hervor, dass die Referenzstatistiken für die Tarifkontrolle zu wenig aktuell sind und empfiehlt, mit den betroffenen Akteuren die Möglichkeit zu prüfen, die Kontrollhäufigkeit von drei auf zwei Jahre zu senken.

Originaltext auf Französisch

¹ Zur Erinnerung: Die Totalrevision des Bundesgesetzes über den Datenschutz wurde vom Parlament am 25. September 2020 verabschiedet. Sie stärkt die Kompetenzen des EDÖB. Die neuen Bestimmungen sollten 2022 in Kraft treten.

Verifica della vigilanza nel settore delle assicurazioni

Ufficio federale della sanità pubblica

L'essenziale in breve

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) esercita la vigilanza sull'assicurazione malattie, sull'assicurazione contro gli infortuni e sull'assicurazione militare. Alla fine del 2019 tale attività riguardava quasi 57 assicuratori malattie per un volume di premi di 32,2 miliardi di franchi. A questi si aggiungevano 27 assicuratori contro gli infortuni, tra cui l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (Suva). I premi netti dell'assicurazione contro gli infortuni ammontavano a più di 5 miliardi di franchi. Infine, su mandato della Confederazione la Suva gestisce l'assicurazione militare, le cui prestazioni sono ammontate a 178 milioni di franchi nel 2019.

Il Controllo federale delle finanze (CDF) ha verificato l'organizzazione e l'attività di vigilanza della divisione dell'UFSP competente per la vigilanza delle assicurazioni dal punto di vista della completezza e dell'efficienza. Ha esaminato l'attuazione della vigilanza da parte dell'UFSP nei tre settori seguenti: la protezione dei dati presso gli assicuratori malattie, la compensazione dei rischi e le tariffe dei premi degli assicuratori contro gli infortuni.

I risultati della verifica sono positivi. La vigilanza esercitata dall'UFSP è conforme alla legge. Si fonda in gran parte su un approccio orientato ai rischi e su un'attività sistematica di coordinamento interno. Ciononostante, il CDF ha individuato una possibilità significativa di rafforzare la vigilanza federale sul versamento da parte dei Cantoni dei sussidi per la riduzione dei premi dell'assicurazione malattie. Ha inoltre rilevato un potenziale di miglioramento nei tre settori presi in esame.

Un'organizzazione della vigilanza razionale e basata sui rischi di non conformità

L'UFSP esercita la propria vigilanza sulle assicurazioni tramite tre sezioni che si occupano dell'assicurazione malattie, la sezione assicurazioni contro gli infortuni e assicurazione militare, la sezione vigilanza giuridica e la sezione audit. La ripartizione interna delle risorse è razionale, coordinata e trasparente. Dipende dalla complessità, dal volume finanziario e dalle possibilità di controllo legali dell'UFSP. Il CDF sottolinea la flessibilità dimostrata dalla divisione nell'adempiere nuovi compiti senza risorse supplementari. Le raccomanda di applicare un principio di rotazione dei referenti presso gli assicuratori malattie per minimizzare il rischio di perdita d'indipendenza.

Il quadro legale dell'assicurazione malattie limita l'attività di vigilanza dell'UFSP ai rischi di non conformità. Il controllo degli assicuratori malattie si fonda su strumenti di vigilanza orientati ai rischi, come un piano di intervento relativo ai dati finanziari e uno strumento per la scelta degli assicuratori da sottoporre a verifica. Il CDF accoglie con favore la recente inclusione dei rischi trasversali nell'attività di vigilanza (ciberattacchi, continuità operativa). Anche la verifica delle tariffe dei premi degli assicuratori contro gli infortuni segue da poco un approccio orientato ai rischi.

Possibilità di rafforzare la vigilanza sulla concessione di sussidi federali ai Cantoni

Le basi legali prevedono una riduzione individuale dei premi dell'assicurazione malattie tramite la concessione di sussidi da parte degli enti pubblici. Questa riduzione è a carico dei Cantoni, che indennizzano direttamente gli assicuratori. I Cantoni ricevono tuttavia un sussidio della Confederazione, che nel 2020 è ammontato a 2,9 miliardi di franchi.

La vigilanza sul versamento e sull'utilizzo dei sussidi federali per la riduzione dei premi dell'assicurazione malattie non è sufficientemente vincolante per i Cantoni. L'UFSP dovrebbe esigere dai Cantoni e dai loro organi di revisione una prova esplicita dell'osservanza dei criteri federali in materia di sovvenzionamento.

Tre possibilità di miglioramento della vigilanza dell'UFSP

A livello di attuazione della vigilanza, tre settori necessitano di un'attenzione particolare. Innanzitutto, l'UFSP verifica l'osservanza dei requisiti relativi alla protezione dei dati prescritti dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Il CDF ha preso atto del ruolo proattivo dell'UFSP nella loro elaborazione e nella vigilanza presso gli assicuratori malattie. Ha inoltre constatato che nei settori della sicurezza e dell'utilizzo non conforme dei dati personali degli assicurati sussistono rischi rilevanti. Il CDF ritiene che sia necessario chiarire i ruoli dell'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT)¹ e dell'UFSP nonché favorire lo scambio di esperienze.

Inoltre, con l'introduzione nel 2020 dell'indicatore di morbilità relativo ai gruppi di costo farmaceutico, la complessità della compensazione dei rischi dell'assicurazione malattie è aumentata notevolmente. L'UFSP e l'Istituzione comune LAMal hanno adottato le misure organizzative e tecniche necessarie per raggiungere gli obiettivi entro il termine stabilito. Il CDF ritiene che le varie parti interessate potrebbero stabilire un sistema comune di garanzia della qualità che assicuri l'affidabilità a lungo termine dei dati sulla compensazione dei rischi. Chiede poi all'UFSP di coordinare con l'Istituzione comune LAMal le sue attività di analisi dei rischi e di controllo presso gli assicuratori malattie.

Infine, la vigilanza dell'UFSP sull'applicazione uniforme del diritto in materia di assicurazione contro gli infortuni è giudicata adeguata nonostante il principio dell'autodisciplina. Il confronto effettuato dall'UFSP tra le statistiche dei rischi e le tariffe di base proposte dagli assicuratori contro gli infortuni, che considera diversi anni, permette di individuare superamenti non giustificabili tra i premi netti effettivi e le spese. Per migliorare l'efficacia dei dati, il CDF raccomanda di includere nelle statistiche dei rischi degli assicuratori contro gli infortuni i dati «empirici» sulle tariffe dei premi adattate alle misure di prevenzione e ai rischi d'infortunio delle imprese assicurate. Sottolinea infine che le statistiche di riferimento per il controllo delle tariffe non sono aggiornate e consiglia di esaminare con le parti interessate la possibilità di ridurre la frequenza dei controlli da tre a due anni.

Testo originale in francese

¹ Si ricorda che la revisione totale della legge federale sulla protezione dei dati è stata adottata dal Parlamento il 25 settembre 2020. Essa rafforza le competenze dell'IFPDT. Le nuove disposizioni dovrebbero entrare in vigore nel 2022.

Audit of supervision in the insurance sector

Federal Office of Public Health

Key facts

The Federal Office of Public Health (FOPH) supervises health, accident and military insurance. At the end of 2019, there were 57 health insurers for a total of CHF 32.2 billion in premiums. In addition, there were 27 accident insurers, including the Swiss National Accident Insurance Fund (Suva). Net accident insurance premiums amounted to over CHF 5 billion. Suva also manages military insurance on behalf of the Confederation. Its services totalled CHF 178 million in 2019.

The Swiss Federal Audit Office (SFAO) audited the organisation and supervision of the FOPH's insurance division in terms of completeness and efficiency. It examined the implementation of the FOPH's supervision in three areas: data protection at health insurers, risk equalisation, and premiums charged by accident insurers.

The results are positive. The supervision performed by the FOPH complies with the law. It is largely based on a risk-based approach and on systematic internal coordination. Nevertheless, the SFAO identified a significant opportunity to strengthen federal supervision of the cantons' payment of health insurance premium subsidies. It also identified potential for improvement in all three areas examined.

Supervision is organised in a rational manner and focuses on the risks of non-compliance

The FOPH carries out its insurance supervision via three sections dedicated to health insurance, a section for accident and military insurance, a legal section and an audit service. The internal allocation of resources is rational, coordinated and transparent. It is based on the complexity, financial burden and legal scope for control on the part of the FOPH. The SFAO would like to highlight the division's flexibility in handling new tasks without additional resources. It recommends that the division's representatives who work with health insurers be rotated to minimise the risk of a loss of independence.

The legal framework for health insurance limits the FOPH's supervision to the risks of non-compliance. The supervision of health insurers is based on risk-oriented supervisory instruments, including a financial data intervention concept and a tool for selecting insurers to be audited. The SFAO welcomes the recent inclusion of cross-sectoral risks (cyberattacks, business continuity). Recently, the review of the premiums charged by accident insurers also started to be based on a risk-based approach.

Increased possibility of monitoring the granting of federal subsidies to the cantons

The law provides for individual health insurance premium reductions through government subsidies. These reductions are paid for by the cantons, which compensate the insurers directly. However, the cantons receive a contribution from the Confederation. In 2020, this amounted to CHF 2.9 billion.

Supervision of the payment and use of federal subsidies to reduce health insurance premiums is not sufficiently restrictive for the cantons. The FOPH should require the cantons and their auditors to provide explicit certification of compliance with the federal subsidy criteria.

Three possibilities for improving the FOPH's supervision

In terms of the implementation of supervision, three areas require particular attention. Firstly, the FOPH examines compliance with data protection requirements in relation to the Federal Act on Health Insurance (HIA). The SFAO is aware of the FOPH's proactive role in setting up and supervising health insurers. It notes the high security risks and the risk of improper use of insured individuals' personal data. The SFAO believes that the roles of the Federal Data Protection and Information Commissioner (FDPIC)¹ and the FOPH should be clarified and that there should be an exchange of information.

In addition, the complexity of risk equalisation in health insurance has greatly increased with the introduction in 2020 of the morbidity indicator for pharmaceutical cost groups. The FOPH and the HIA Collective Institution took the necessary organisational and technical measures to achieve the objectives in time. The SFAO believes that a quality assurance system could be established between the various parties involved to ensure the long-term reliability of risk equalisation data. The SFAO also calls on the FOPH to coordinate its risk analysis and control activities with the HIA Collective Institution.

Finally, the FOPH's supervision of the uniform application of accident insurance legislation appears adequate, despite the principle of self-regulation. The comparison by the FOPH of risk statistics and the basic tariffs offered by accident insurers over several years makes it possible to detect unjustifiable excesses between actual net premiums and expenditure. In order to increase efficiency, the SFAO recommends including data on tariff premiums adapted to client companies' prevention measures and accident risks ("based on experience") in the risk statistics of accident insurers. The SFAO points out that the reference statistics for the tariff review were not up to date and recommends that the time limit be reduced from three to two years in consultation with the parties concerned.

Original text in French

¹ It should be remembered that the total revision of the Federal Act on Data Protection was adopted by Parliament on 25 September 2020. It reinforces the FDPIC's powers. These new provisions are due to come into force in 2022.

Prise de position générale de l'Office fédéral de la santé publique

Der Austausch mit der EFK war inhaltlich und zeitlich intensiv, stets transparent und konstruktiv. Alle Fragen haben in einem offenen und engagierten Dialog besprochen und analysiert werden können.

Das BAG kann sich denn auch grundsätzlich mit allen Empfehlungen der EFK einverstanden erklären.

In Bezug auf Feststellung und Empfehlung im Bereich der Prämienverbilligung (Abschnitt 2.2) möchte das BAG festhalten, dass die Revisionsstellen schon heute bestätigen, dass die Kantone alle gesetzlichen (kantonalen und eidgenössischen) Vorgaben erfüllen. Dies gestützt auf die vom BAG definierten Mindeststandards, die eine Auflistung der einzelnen Gesetzesartikel beinhalten. Das BAG wird jedoch dafür besorgt sein, eine Präzisierung vorzunehmen, um dem Anspruch der EFK nach einer expliziten Bestätigung der Einhaltung der eidgenössischen Voraussetzungen bei der Prämienverbilligung durch die Kantone besser gerecht zu werden.

Im Bereich des Datenschutzes (Abschnitt 3.1) ist aus Sicht des BAG anzumerken, dass die Umsetzung der Empfehlung der EFK, die akzeptiert wird, von der Mitwirkung des EDÖB abhängig ist.

Der Bericht der EFK attestiert der Abteilung Versicherungsaufsicht einen flexiblen und effizienten Ressourceneinsatz, der es bisher erlaubt hat, auch neue Aufgaben ohne Aufstockung des Personals zu bewältigen. Gleichzeitig werden mehrere Empfehlungen ausgesprochen, die mit einem substanziellen Mehraufwand verbunden sind.

Wenn aus dem Bericht gefolgert würde, dass die Abteilung Versicherungsaufsicht zusätzliche Aufgaben und Themenbereiche ohne entsprechende personelle Ressourcen bewältigen könnte, müsste dieser Einschätzung widersprochen werden. Einerseits wirken sich die aufgezeigten Möglichkeiten der Aufwandreduktion nur marginal aus. Auf der anderen Seite wird die von der EFK empfohlene Qualitätskontrolle im Bereich des Risikoausgleichs (EFK-Bericht, Abschnitt 3.2) mit der Einsetzung einer technischen Gruppe sowie die Verstärkung der Analysen im Bereich Risikostatistik der Unfallversicherung (EFK-Bericht, Abschnitt 3.3) einen Mehraufwand mit sich bringen, der erheblich über dem in anderen Bereichen aufgezeigten Einsparpotenzial liegt.

Noch nicht abschätzen lassen sich die Mehraufwände aus neuen aufsichtsrelevanten Themen wie beispielsweise die Berücksichtigung transversaler Risiken wie Digitalisierung, Cyberangriffe, BCM, etc. (Abschnitt 2.3). Insofern ist aus Sicht des BAG festzustellen, dass zusätzliche Aufsichtsaufgaben in Zukunft auch eine Verstärkung der personellen Ressourcen bedingen.

1 Mission et déroulement

1.1 Contexte

L'assurance-maladie fait l'objet d'une surveillance renforcée depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal) en 2016. Celle-ci contient des exigences de gouvernance et de bonne gestion à l'attention des assureurs-maladie. L'Office fédéral de la santé public (OFSP) la met en œuvre via une nouvelle section. La surveillance de la gouvernance se rajoute aux autres tâches de la LSAMal comme la vérification de la solvabilité des assureurs-maladie et la fixation des primes d'assurance-maladie.

Les initiatives populaires et parlementaires se sont multipliées ces dix dernières années face à l'augmentation constante des coûts de la santé et des primes d'assurance-maladie. Les attentes vis-à-vis de la surveillance de l'OFSP dépassent le seul respect du critère de conformité. Elles portent aussi sur son efficacité. Le citoyen et le parlementaire s'attendent à ce que la surveillance de l'OFSP soit ciblée et que celui-ci dispose d'outils adéquats. Cette tendance rejaille sur les deux autres assurances du domaine de la santé sous sa surveillance que sont les assurance-accidents et militaire.

1.2 Objectif et questions d'audit

Le CDF a formulé deux questions et cinq sous-questions d'audit pour couvrir les risques d'une surveillance inefficace des assurances :

1. La Division surveillance de l'OFSP est-elle organisée en fonction des risques ?
 - 1.1 Les ressources et les compétences de la Division surveillance de l'OFSP sont-elles adaptées aux risques liés aux différents domaines d'activités ?
 - 1.2 Les risques spécifiques aux cantons sont-ils pris en compte dans la haute surveillance de l'OFSP dans le domaine de la réduction des primes d'assurance-maladie ?
2. Les domaines d'activités sont-ils couverts par une surveillance adaptée de l'OSFP ?
 - 2.1 Les risques de non-conformité des activités du domaine des assurances sont-ils couverts par la surveillance de l'OFSP ?
 - 2.2 L'OFSP exerce-t-il une surveillance adaptée sur l'Institution commune LAMal (IC) dans le domaine de la compensation des risques ?
 - 2.3 L'OFSP contrôle-t-il les tarifs des assureurs-accidents selon une approche risques et des critères de contrôle préétablis ?

1.3 Etendue de l'audit et principe

Le CDF a procédé en deux temps. Entre janvier et février 2020, il s'est entretenu avec les responsables des sections de la division « surveillance des assurances » de l'OFSP, de l'IC, des représentants de la branche des assureurs-maladie et une sélection d'organes de révision des cantons en charge du contrôle des décomptes de subsides pour la réduction des primes d'assurance-maladie. Sur la base de ces échanges, le CDF a précisé le champ et les modalités de son audit. Celui-ci a eu lieu entre le 30 octobre et le 10 décembre 2020 auprès de l'OFSP et de l'IC, principalement à distance. Le chapitre sur la surveillance de la compensation des risques LAMal (3.2) a été soumis à la relecture de l'IC avant sa transmission à l'OFSP.

1.4 Documentation et entretiens

Les informations nécessaires ont été fournies au CDF de manière exhaustive et compétente par tous les responsables et collaborateurs concernés. Les documents (ainsi que l'infrastructure) requis ont été mis à disposition de l'équipe d'audit sans restriction.

1.5 Discussion finale

Le chapitre sur la surveillance de la protection des données des assureurs-maladie a fait l'objet d'une pré-discussion finale (à distance) le 5 mars 2021. Les participants étaient, côté Préposé à la protection des données et à la transparence (PPDPT), le Chef et la responsable du Team 1 du domaine de direction « protection des données ». Côté OFSP, le nouveau Chef de la division « surveillance des assurances », son suppléant et une collaboratrice de la section « surveillance de la gouvernance d'entreprise » y ont pris part. La discussion finale a eu lieu le 8 mars 2021. Les participants étaient côté OFSP, la Cheffe d'office, le Chef de l'unité de direction Assurance maladie et accidents, le nouveau Chef de la division « surveillance des assurances » et son suppléant. Le CDF était représenté par la responsable de mandat, le superviseur et le responsable de l'audit.

Le CDF remercie l'attitude coopérative et rappelle qu'il appartient aux directions d'office, de surveiller la mise en œuvre des recommandations.

CONTRÔLE FÉDÉRAL DES FINANCES

2 La surveillance sur les assurances

2.1 Une organisation de la surveillance rationnelle

Une division de l'Unité de direction « assurance-maladie et accident » de l'OFSP est dédiée à la surveillance de l'assurance. Elle se compose de cinq sections : « primes et solvabilité » (PuS), « surveillance opérationnelle » (BAKV), « surveillance juridique », « audit » et « surveillance de la gouvernance » (GAKV). Cette dernière section date de l'entrée en vigueur de la LSAMal en 2016 (voir illustration 2 sous chapitre 2.3). La distribution des ressources au sein de la division dépend de l'importance et de la complexité des tâches légales de surveillance. Un lien étroit avec les assureurs-maladie est garanti par des référents dans les sections opérationnelles. La surveillance sur l'assurance-accidents s'exerce via une section qui lui est dédiée (à côté de l'assurance militaire).

Les effectifs de la division n'ont pas augmenté depuis 2016. Ils s'élevaient à 47 collaborateurs, respectivement 41,3 équivalents temps plein (ETP) en février 2021. Les tâches additionnelles dans l'assurance-maladie ont été compensées par des transferts de ressources de la section assurance-accidents et militaire. La tâche de remboursement par la Confédération des coûts des tests de dépistage liés au Covid-19 pris en charge par les assureurs-maladies n'a pas généré de ressources supplémentaires. La division met l'accent sur les compétences techniques (juristes, économistes, statisticiens, actuaires spécialisés) du personnel, sa complémentarité et le besoin de transferts de compétences.

L'OFSP vient de lancer un projet de modernisation et de digitalisation du système d'information de la surveillance sur l'assurance-maladie (ISAK 2). Celui-ci devrait réduire les procédures manuelles. Il existe d'autres potentiels d'économie comme l'abandon de statistiques non utilisées dans le domaine des réductions de primes d'assurance-maladie (voir sous chapitre 2.2) et une meilleure définition des rôles dans le traitement des demandes de citoyens dans le domaine des assurances (plus de 2000 demandes annuelles en 2019 et 2020). L'absence d'une saisie des heures par processus d'activité ne permet pas de chiffrer les possibilités d'économie dans l'utilisation des ressources internes.

L'OFSP n'émet pas d'exigences particulières pour ses cadres et son personnel en termes de formation et de compétences de surveillance. Des échanges bisannuels ont toutefois lieu entre le personnel de la division sur des thèmes spécifiques et transversaux sur ce thème. Un workshop d'un jour sur la surveillance et ses développements est organisé en début de chaque année (par exemple, traitement et surveillance sur les nouveaux risques).

Appréciation

Les ressources et compétences sont allouées de manière rationnelle en fonction de l'importance matérielle et du pouvoir décisionnel de l'OFSP. La part des ressources internes affectées à l'assurance-maladie a augmenté avec l'entrée en vigueur de la LSAMal. La division gère ses ressources de manières pragmatique et flexible, par exemple par des affectations saisonnières de spécialistes à d'autres tâches (soutien par l'actuaire de la section assurance-accidents et militaire à l'adoption des primes d'assurance-maladie).

Le principe d'un référent OFSP pour chaque assureur-maladie et chaque domaine d'intervention (adoption des primes, calcul de la solvabilité, gouvernance) garantit une mise en œuvre efficace et coordonnée des mesures de surveillance. En l'absence d'un principe de rotation des référents de la division auprès des assureurs-maladies (par exemple après cinq

ans), le risque de perte d'indépendance ne peut être exclu. Un potentiel de formation en matière de surveillance subsiste : une spécialisation d'une partie du personnel serait de nature à faciliter une vision transversale et des synergies entre les domaines d'activités.

Recommandation 1 (Priorité 2)

Le CDF recommande à l'OFSP de garantir un principe de rotation pour tous les référents et les référentes de la Division des assurances auprès des assureurs-maladie afin de minimiser le risque de perte d'indépendance.

Prise de position de l'OFSP

Das BAG akzeptiert diese Empfehlung.

Bei der Umsetzung ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei den zuständigen Sachbearbeitenden das Sprachniveau (deutsch bzw. französisch) ausreichend ist. Ansonsten besteht das Risiko, dass bestimmte Sachverhalte in der Berichterstattung über die Versicherer, nicht erkannt werden.

2.2 Nécessité d'une surveillance ciblée et renforcée sur les subsides aux réductions de primes d'assurance-maladie

La réduction individuelle des primes d'assurance-maladie (RIP) par les subsides des pouvoirs publics incombe aux cantons.² La Confédération verse sa contribution aux cantons. Ceux-ci dédommagent les assureurs. En 2020, les dépenses annuelles de la Confédération représentaient 2,9 milliards de francs. Elles ont augmenté de 4,4 % par an entre 2008 et 2018, alors que les charges des cantons n'ont progressé que de 2 % par an durant le même intervalle. La part des cantons a significativement diminué pour s'élever à 41,9 % des coûts globaux en 2018. Face au désengagement de nombreux cantons, le Conseil fédéral a esquissé en mai 2020 trois variantes pour améliorer l'efficacité du système.³

Les cantons adressent chaque année un décompte à l'OFSP relatif aux subsides fédéraux et cantonaux. Celui-ci s'accompagne d'indications de nature statistique et d'un rapport d'audit de l'organe de révision externe du service cantonal (en principe le contrôle cantonal des finances) ou de l'entité indépendante en charge de l'octroi des RIP. Le rapport d'audit inclut les constatations et les conclusions à en tirer.⁴ L'OFSP a défini le cadre minimum des contrôles à réaliser. Celui-ci inclut l'évaluation et l'appréciation du système de contrôle interne (SCI) et du système informatique, ainsi que l'examen formel et matériel des chiffres du décompte relatif à la réduction de primes, notamment sous l'angle du respect des critères de subventionnement. Sur la base d'un échantillon de rapport d'organes de révision, le CDF a constaté dans plusieurs cas que l'attestation ne se référait qu'aux critères de subventionnement cantonaux.

² Selon les art. 65 ss LAMal

³ Le Rapport du Conseil fédéral du 20 mai 2020 donnant suite au postulat 17.3880 Humbel a servi de base au rapport explicatif du Conseil fédéral du 21 octobre 2020 sur la modification de la LAMal à titre de contre-projet indirect à l'initiative populaire fédérale « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie ». Ce projet de désenchevêtrement entre la Confédération et les cantons devrait être reporté au second semestre 2021.

⁴ Conformément à l'art. 6 al. 1^{er} de l'ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie (ORPM)

Chaque année, la section BAKV examine les documents reçus des cantons. Son contrôle se limite à une analyse de la livraison et de l'exhaustivité des données reçues. La section BAKV identifie les éventuels écarts entre les comptes et les statistiques. Elle analyse aussi les divergences avec les rapports d'audit obtenus des cantons. Ces dernières font l'objet de demandes d'éclaircissements auprès des services cantonaux. Pour l'année 2019, sept cantons avaient fait l'objet de telles demandes de précisions de l'OFSP. Le CDF a constaté que les erreurs/écarts concernés étaient d'ordre formel. Si les renseignements cantonaux ne suffisent pas, la section BAKV peut demander à la section d'audit d'intervenir sur site. Cette section intervient en moyenne dans deux cantons par année. Les interventions sur site durent une journée. La section d'audit émet, le cas échéant, des recommandations à l'attention du service cantonal. Le CDF a constaté que celles-ci étaient de nature formelle.

La section « gestion des données et statistique » de la Division Tarifs et bases de l'Unité de direction assurance-maladie établit les formulaires de récolte des informations statistiques. Elle réceptionne et examine ceux-ci une fois remplis par les services cantonaux concernés. Le contrôle de cette section se limite à une vérification de l'exhaustivité des données, non sur l'exactitude des chiffres reçus. La section reprend certaines données pour publication comme le nombre, le sexe, l'âge, le revenu et la composition des ménages bénéficiaires des primes.⁵ Les informations comme les estimations sur les effectifs et les coûts liés à la mise en œuvre cantonale des RIP ne sont ni reprises ni utilisées par l'OFSP.

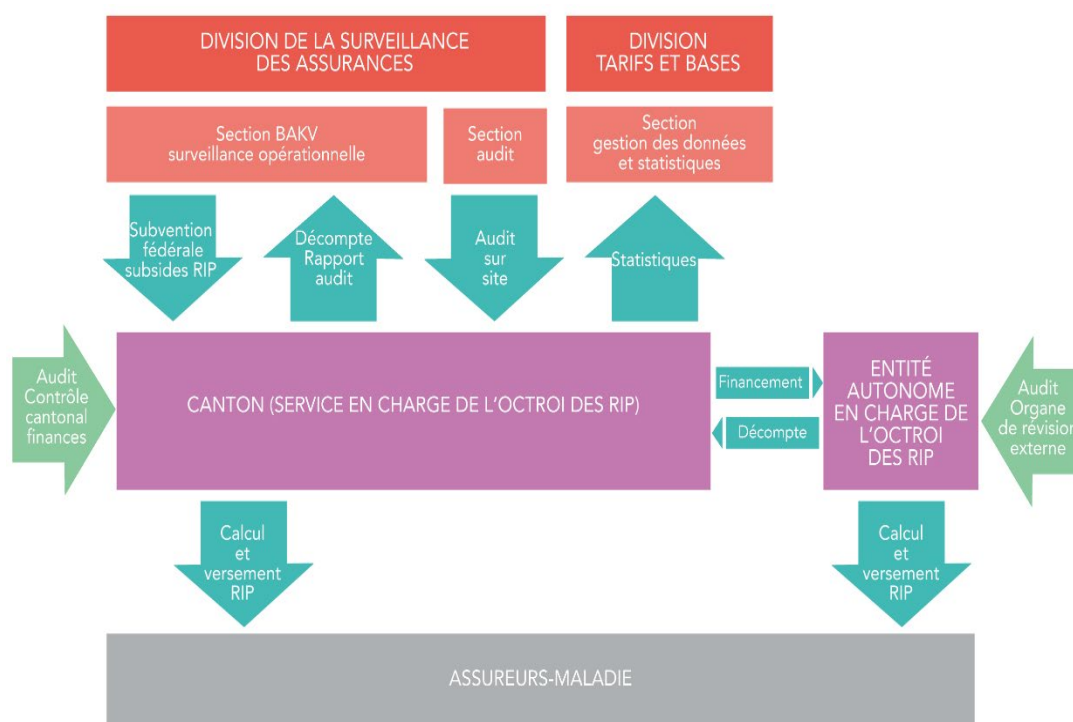


Illustration 1 : Surveillance de l'OFSP sur les subsides aux cantons pour la réduction de primes LAMal (source : CDF).

⁵ Voir <https://www.bag.admin.ch> > Chiffres & statistiques > Assurance-maladie > Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire

Appréciation

L'OFSP est tenu de contrôler la plausibilité du respect des critères fédéraux et de suivre une orientation risques.⁶ Le contrôle du respect des critères fédéraux introduits en 2019 est laissé à l'appréciation des organes de révision.⁷ En regard d'un financement limité par les cantons des RIP, le CDF est d'avis que le risque d'un non-respect par le dispositif cantonal des exigences fédérales devrait être mieux couvert. L'OFSP devrait user du pouvoir de contrainte que lui confère la LSu pour exiger une telle attestation des cantons. Il devrait si nécessaire utiliser les possibilités de sanction prévues par l'art. 7 ORPM.

Les exigences de contrôle et de rapport de révision devraient être réduites et simplifiées de manière à garantir une surveillance efficace de la conformité et l'utilisation efficiente des ressources. La section d'audit devrait limiter ses interventions aux seuls cantons concernés par des attestations de non-conformité ou par des indices remettant en cause les attestations délivrées par les organes de révision. Une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources de l'OFSP dans la surveillance sur les RIP pourrait également être atteinte par l'abandon de la récolte de statistiques non utiles à l'exercice d'une surveillance fédérale.

Recommandation 2 (Priorité 1)

Le CDF recommande à l'OFSP de revoir ses exigences envers les cantons pour la surveillance des réductions individuelles des primes d'assurance-maladie. Ceux-ci devraient fournir une attestation sur l'exhaustivité et l'exactitude du décompte des subsides fédéraux et cantonaux et l'utilisation conforme de ces subsides aux critères fédéraux. Ils pourraient alors délivrer un rapport d'audit simplifié.

Prise de position de l'OFSP

In den aktuellen Minimalstandards wird bereits verlangt, die Rechtsgrundlagen des Bundes und der Kantone in den Revisionsberichten aufzuführen. Folgende Punkte werden durch die Revisionsstellen bestätigt:

Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen

Ornungsgemässe Abrechnung und Ausbezahlung der Beiträge zur Prämienverbilligung durch die Kantone

Übereinstimmung der Abrechnungen der Kantone mit der Buchhaltung des Kantons.

Das BAG kann die Empfehlung trotzdem annehmen.

Für die Revisionsberichte 2021 (im Jahr 2022) wird eine inhaltlich präziserte Vorlage ausgearbeitet, bei der die Revisionsstellen die aufgeführten Punkte explizit bestätigen müssen.

⁶ L'art. 6 al. 2 de l'ORPM renvoie à l'art. 25 de la loi du 5 octobre 1990 sur les subventions (LSu). La modification en cours de la LSu prévoit un renforcement du contrôle par les offices fédéraux: Voir le message du 26 août 2020 concernant la loi fédérale sur des allègements administratifs et des mesures destinées à soulager les finances fédérales (FF 2020 6767), aux pages 6884 et 6790-6793.

⁷ Les cantons doivent réduire les primes des enfants et des jeunes adultes en formation pour les bas et moyens revenus à hauteur de 50 % depuis 2019 et de 80 % pour les primes des enfants depuis 2021 (art. 65 al.1^{er} bis LAMal).

2.3 Une surveillance sur les assureurs-maladie en développement

La surveillance de l'OFSP sur les assureurs-maladie s'appuie sur trois instruments :

- Un concept d'intervention vise à garantir la solvabilité, la couverture des besoins de provisions et celle des coûts pour chaque assureur-maladie. Il définit pour chaque niveau de risques combiné des mesures de contrôle et de suivi appropriées et coordonnées entre les sections PuS et BAKV.
- La section GAKV met en œuvre les exigences de la LSAMal via divers outils de surveillance. L'OFSP définit ses attentes en matière de gouvernance des assureurs-maladie. Pour la gestion des risques et le SCI, il stipule l'identification, l'estimation et le pilotage des risques importants ainsi que l'établissement de rapports.
- Le choix annuel des caisses-maladies soumis à inspection par la section audit tient compte d'éléments quantitatifs et de risques collectés auprès des sections opérationnelles. Appelé « Ampelsystem », ce pilotage interne de l'activité d'audit s'appuie sur un retour des sections PuS, BAKV et GAKV et des rapports des organes de révision externe sur les niveaux de risques associés aux assureurs-maladie selon une batterie de treize critères. Parmi ceux-ci, la solvabilité, les coûts administratifs, l'efficacité du SCI, les modifications des plans d'intervention, les résultats des audits et la qualité de la collaboration entre les sections opérationnelles et les assureurs-maladie. La section audit examine la conformité des activités des assureurs-maladie retenus à différents niveaux (Corporate Governance, prestations d'assurance, protection des données, conformité des primes, obligations d'assurance). Si nécessaire, elle leur adresse des recommandations. Les activités de surveillance de l'OFSP sont détaillées dans un « concept ». Etabli à l'occasion de l'entrée en vigueur de la LSAMal, celui-ci constitue un inventaire des différentes mesures de surveillance. Il n'inclut aucune orientation stratégique, ni ne mentionne les risques transversaux. Ce concept ne pondère également pas les risques sectoriels principaux.

L'OFSP a initié en mai 2020 une démarche pour prendre en compte les risques transversaux comme la digitalisation, les cyberattaques et la protection des données, ainsi que ceux liés à la pandémie (impacts financiers et sur la continuité des affaires). La Division a défini les bases d'un monitoring centralisé des risques liés aux assureurs-maladie. Le risque de frais administratifs excessifs chez ceux-ci est d'ores et déjà couvert. La section BAKV apprécie annuellement les coûts administratifs des assureurs-maladie sur les plans quantitatif et qualitatif. Elle assure un suivi systématique sur les caisses aux frais jugés hors-normes. La coordination de la surveillance de l'OFSP avec celle de la FINMA (assurances complémentaires privées) est assurée pour la LAMal tout comme pour la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Une douzaine de caisses hybrides (assurance-maladie de base et complémentaire) fait l'objet d'une surveillance coordonnée et étroite entre les deux acteurs de la surveillance.

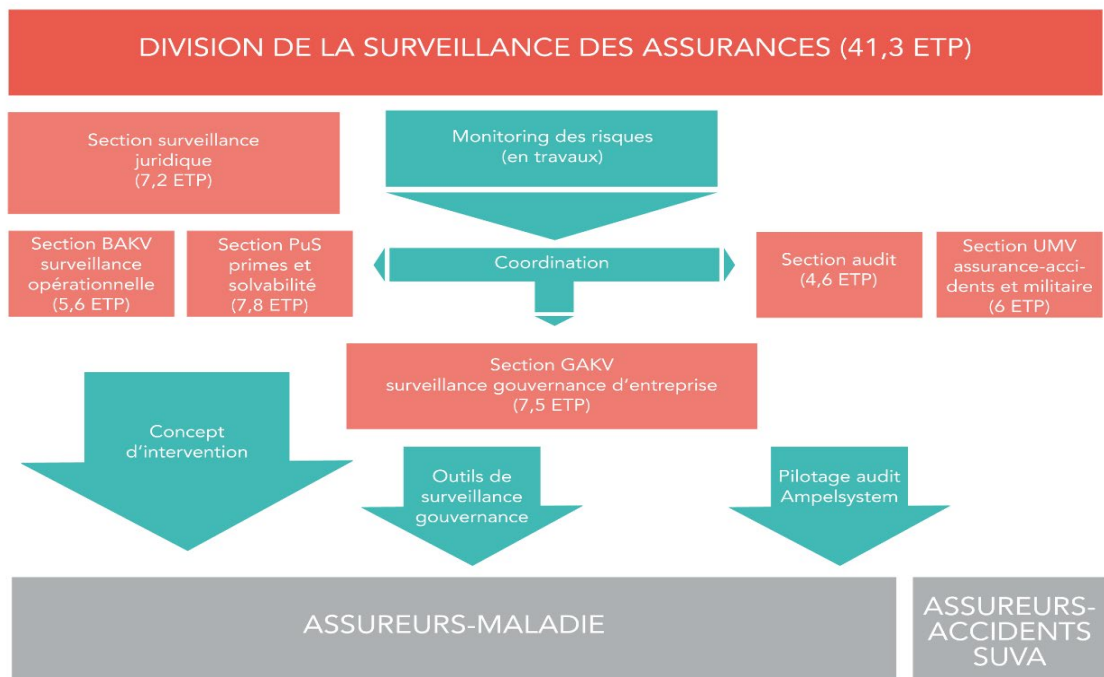


Illustration 2 : Dispositif de surveillance de l'OFSP sur les assurances avec ETP au 1er février 2021 (source : CDF).

Appréciation

Le CDF constate que la division de la surveillance des assurances a une orientation risques. Le suivi sur les ratios d'insolvabilité et de fortune liée ainsi que des frais administratifs des assureurs-maladie est appuyé par un concept et des lignes directrices claires. L'orientation risques est mise en œuvre de manière systématique et documentée par les sections concernées. Une systématique de suivi par la section audit sur les recommandations en cours complète le dispositif.

L'OFSP dispose d'un concept de surveillance prenant en compte l'ébauche d'une vision globale et transversale sur les risques de non-conformité de l'assurance-maladie. L'OFSP vérifie la couverture des coûts par les primes et l'existence de réserves suffisantes pour garantir la solvabilité des assureurs-maladie (art. 14 al. 1 LSAMal). Il peut renoncer à approuver les tarifs si les primes et/ou les réserves dépassent de manière excessive les seuils d'acceptabilité (art. 16 al. 4 let. d LSAMal). L'OFSP n'en a jusque-là pas fait usage faute d'une définition claire de ceux-ci. Le Conseil fédéral prévoit d'élargir en 2021 les possibilités pour les assureurs-maladie de réduire leurs réserves.⁸ Ce changement ne devrait cependant pas s'accompagner d'un pouvoir de surveillance renforcé de l'OFSP.

Le CDF souligne que les mesures compensatoires et les sanctions pénales prévues dans la LSAMal (art. 38, 52 et 54 LSAMal) s'apparentent à des ultima ratio. En fonction de l'expérience, l'OFSP pourrait étudier la possibilité d'introduire des sanctions administratives intermédiaires dans le cadre d'une prochaine révision de la LSAMal.

⁸ La LSAMal et l'OSAMal prévoient deux mécanismes pour corriger a posteriori de trop grandes différences entre les primes et les coûts : la réduction volontaire des réserves et le remboursement des primes encaissées en trop. Le projet d'art. 30a nv OSAMAL devrait préciser à partir de quel niveau les primes encaissées sont considérées comme nettement plus élevées que les coûts cumulés (art. 17 al. 1 LSAMal).

3 La mise en œuvre de la surveillance

3.1 Surveillance à coordonner sur la protection des données

Les assureurs-maladie sont tenus depuis 2012 de prendre des mesures techniques et organisationnelles pour garantir la protection des données individuelles de leurs assurés.⁹ Ils doivent établir les règlements de traitement des données nécessaires puis les soumettre à l'appréciation du préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT). Ils doivent ensuite être rendus publics. Les assureurs-maladie assurent la sécurité des données et la conservation des indications médicales de facturation en les protégeant par chiffrement ou au moyen d'un pseudonyme.¹⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2014, chaque assureur doit disposer d'un service de réception des données pour recevoir les factures de type Diagnosis Related Groups – DRG.¹¹ Le PFPDT publie une liste des services de réception des données certifiés.¹²

Les exigences légales en matière de protection des données font l'objet depuis 2013 d'une circulaire de l'OFSP aux assureurs-maladie. Celle-ci prévoit l'élaboration d'un concept de protection de données, la désignation d'un conseiller-référent, les mesures en cas d'externalisation du traitement des données, l'indépendance du médecin-conseil et les modalités de communication sur les détails des facturations. L'OFSP vérifie la mise en œuvre de la circulaire via des inspections sur site. En cas d'écart, la section d'audit émet des recommandations et contrôle leur application. L'OFSP s'assure de la bonne prise en compte de la protection des données au niveau de la gouvernance des assureurs-maladie et du suivi de ses interventions par la section d'audit et un groupe de travail transversal.

Dans un rapport de décembre 2013, le Conseil fédéral a précisé qu'« en sa qualité d'autorité de surveillance, l'OFSP continuera de veiller à ce que la protection des données des patients soit améliorée s'il devait constater des manquements lors des contrôles qu'il effectue régulièrement sur place ».¹³ Conformément à sa demande, l'OFSP a réexaminé en collaboration avec le PFPDT la situation de la protection des données auprès des assureurs-maladie entre 2019 et 2020 au moyen d'un questionnaire. Il a constaté que les lacunes identifiées dans les formes particulières d'assurance auraient été comblées. Les assureurs LAMal disposeraient tous d'une organisation de protection des données et auraient mis en œuvre les mesures nécessaires.

En août 2020, l'Office fédéral de la justice (OFJ) a précisé les compétences du PFPDT et de l'OFSP dans la mise en œuvre des exigences légales de protection des données. Il a conclu en une compétence prépondérante du PFPDT accompagnée de pouvoirs d'injonction contraignants vis-à-vis des assureurs-maladie. L'OFSP prévoit d'adapter en conséquence sa circulaire et de la soumettre début 2021 au PFPDT pour prise de position.

⁹ L'art. 84b LAMal renvoie à l'art. 7 al. 1^{er} de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et aux art. 11 et 21 de l'ordonnance relative à la LPD (OLPD)

¹⁰ Selon l'art. 59a ter OAMal

¹¹ Selon l'art. 59a al. 6 OAMal. Ce service doit être certifié au sens de l'art. 11 LPD

¹² Voir www.edoeb.admin.ch > Protection des données > Certification Swiss DRG > SwissDRG

¹³ Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Heim (08.3493)

Appréciation

L'OFSP joue un rôle proactif dans la protection des données depuis l'entrée en vigueur en 2012 dans la LAMal d'exigences vis-à-vis des assureurs-maladie. L'engagement de l'OFSP est lié au rapport du Conseil fédéral de 2013 en réponse au postulat Heim. Il a exercé depuis 2012 une surveillance efficace sur la protection des données auprès des assureurs-maladie par l'établissement d'une circulaire et la vérification de sa mise en œuvre via des audits. L'OFSP reconnaît son rôle de surveillance parallèle et conjoint avec celui du PFPDT. Se basant sur l'avis de droit de l'OFJ, il considère que le PFPDT joue un rôle prépondérant et que le champ de surveillance de l'OFSP est ici limité. Celui-ci ne porterait pas sur les tâches explicitement confiées au PFPDT par la loi sur la protection des données comme l'appréciation des règlements de traitements des données (art. 84b LAMal).

Le CDF constate l'accent mis par le PFPDT sur des projets stratégiques et sensibles du domaine de la santé¹⁴. Bien que tant le PFPDT que l'OFSP aient reconnu l'existence de chevauchement des compétences et la nécessité de coordonner leurs activités de surveillance, ceux-ci n'échangent, ni se coordonnent de manière suffisante.

L'efficacité de la surveillance entre le PFPDT et l'OFSP sur la protection des données des assureurs-maladie doit être maintenue voire même renforcée. Il s'agit en particulier de conserver une couverture adéquate des risques significatifs de vols, de pertes ou d'utilisations non conformes des données des assurés. La surveillance auprès des assureurs-maladie doit tirer profit de l'expérience et de la proximité de l'OFSP (notamment via ses interventions sur site) et des compétences légales renforcées du PFPDT¹⁵.

Recommandation 3 (Priorité 1)

Le CDF recommande à l'OFSP, en collaboration avec le PFPDT, de définir les rôles et les règles de communication des cas de non-conformité entre les assureurs-maladie et les organes de surveillance (OFSP et PFPDT).

Prise de position de l'OFSP

Das BAG akzeptiert die Empfehlung, ist für deren Umsetzung jedoch auf die Mitwirkung des EDÖB angewiesen.

Zwecks Klärung der Zuständigkeiten hat das BAG beim BJ ein Rechtsgutachten erstellen lassen. Dieses kommt zum Schluss, dass die datenschutzrechtliche Zuständigkeit gestützt auf das DSG als Rahmengesetz grundsätzlich beim EDÖB liegt.

Einzig dort, wo eine spezialgesetzliche Regelung vorliegt, kommt dem BAG eine eigene Kompetenz zu. Tw. besteht somit eine überschneidende Kompetenz des EDÖB und des BAG in datenschutzrechtlich relevanten Bereichen der sozialen Krankenversicherung.

Die jeweiligen Rollen und Aufgaben der beiden Aufsichtsorgane sollen gemeinsam mit dem EDÖB geklärt werden. Einzelne Vorbereitungsarbeiten wurden aufgenommen, erste Gespräche sind noch im ersten Halbjahr geplant.

¹⁴ On citera les projets statistiques fondés sur des données individuelles fournies par les assureurs (BAGSAN) et le dossier électronique du patient, voir www.edoeb.admin.ch > Documentation > Rapports d'activités > 26 – 2018/19.

¹⁵ L'art. 22 al. 2 de la nouvelle loi fédérale sur la protection des données donne deux mois au PFPDT pour émettre ses éventuelles objections sur les analyses d'impact que les responsables du traitement des données personnelles tels que les assureurs-maladie devront établir à l'avenir.

Prise de position du PFPDT

Der EDÖB begrüsst angesichts der sich teilweise überschneidenden Kompetenzen eine Koordination der Aufsichtstätigkeiten des BAG und des EDÖB im Bereich der Krankenversicherungen und bietet ebenfalls Hand für die von der EFK empfohlene Klärung der Rollen und Zuständigkeiten. Entsprechende Kontakte zwischen den zuständigen Personen sind bereits hergestellt worden.

Eine Abstimmung der jeweiligen aufsichtsrechtlichen Tätigkeiten des BAG und des EDÖB erscheint auch deshalb zielführend, weil dadurch insbesondere den spezifischen Kenntnissen und Ressourcen des BAG als Fachamt und den zeitlich wie personell beschränkten Ressourcen des EDÖB als Querschnittsbehörde Rechnung getragen werden kann.

Selbstverständlich bleibt die Unabhängigkeit des EDÖB von Koordinationsbestrebungen im Bereich der Krankenversicherungen unberührt, insbesondere wird der EDÖB seine aufsichtsrechtliche Funktion auch gegenüber dem BAG weiterhin wahrnehmen.

3.2 Pour une assurance-qualité de la compensation des risques

L'IC est une fondation de droit privé. Elle exécute principalement des tâches de la LAMal pour l'OFSP et des assureurs-maladie, notamment la compensation des risques. L'OFSP dispose depuis mars 2020 d'un concept de surveillance sur l'IC. Celui-ci n'intègre pas d'analyse des risques.

Complexification croissante de la compensation des risques LAMal

La compensation des risques permet un rééquilibrage financier entre les assureurs-maladie selon leurs structures de risque. Les assureurs ayant des risques faibles (leur effectif étant constitué de personnes en bonne santé) paient des redevances pour compenser les assureurs aux risques élevés. Ce mécanisme a été introduit par la LAMal en 1996. Les critères ont plusieurs fois été adaptés (voir illustration 3 ci-après). Le volume financier concerné représentait 2 milliards de francs en 2018. Bien que marginal par rapport au volume des primes d'assurance-maladie, celui-ci peut être significatif pour certains assureurs-maladie¹⁶.

Années de compensation			
1996-2011	2012-2016	2017-2019	Dès 2020
Âge	Âge	Âge	Âge
Sexe	Sexe	Sexe	Sexe
	Séjour en hôpital ou EMS	Séjour en hôpital ou EMS	Séjour en hôpital ou EMS
		Coûts des médicaments	Groupes de coûts pharmaceutiques

Illustration 3 : Evolution des indicateurs de la compensation des risques depuis 1996 (source : IC LAMal).

¹⁶ On citera Assura, qui a versé 1 milliard de francs de redevances au fonds de compensation des risques pour 2018. En comparaison, le total des primes se monte à 32,2 milliards de francs.

A l'origine, la compensation des risques ne prenait en compte que l'âge et le sexe des assurés. Depuis 2012, elle inclut le facteur du séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social – EMS (durée d'au moins trois nuits consécutives). La couverture des coûts dans le domaine ambulatoire a été réalisée en deux étapes: dès 2017 un indicateur sur les coûts des médicaments et dès 2020 l'indicateur des PCG. L'introduction des PCG induit un changement qualitatif (données individuelles) et quantitatif. Le volume de données nécessaires pour le calcul de la compensation des charges est passé d'environ 200 000 à plus de 200 millions de lignes de données.

Mesures proactives de l'Institution commune pour mettre en œuvre l'indicateur PCG

L'IC a demandé à l'OFSP de préciser les critères de calcul de l'indicateur PCG au moyen de formules mathématiques¹⁷. En mai 2019, l'OFSP a répondu à l'attente de l'IC et établit un document. Confronté à des questions d'interprétation de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 14 octobre 2019 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR DFI), l'IC a précisé les règles de combinaison et de hiérarchisation entre les pathologies liées aux PCG. Ces règles ont été soumises fin 2019 à l'OFSP pour approbation. L'IC a dans le même temps adapté son application informatique SORA aux modifications apportées par le DFI et l'OFSP. Elle a fait certifier fin 2019 la logique de calcul et la sécurité informatique de son application et vérifié la conformité aux dispositions de l'OCoR. L'IC a vérifié la fiabilité de son SORA de manière exhaustive, au travers notamment d'un audit d'application selon les standards internationaux.¹⁸

L'IC a émis les instructions aux assureurs-maladie pour la livraison des données individuelles de la compensation des risques selon PCG après les avoir fait validés par l'OFSP. Face aux défis techniques et de rapidité liés à l'introduction de l'indicateur PCG, l'IC a engagé deux collaborateurs spécialisés supplémentaires en août 2019 et en août 2020. Deux phases de test conjointes se sont déroulées entre fin 2019 et fin 2020 sur la base des données récoltées par l'IC¹⁹. L'OFSP a conclu à la fiabilité des données selon l'indicateur PCG. L'IC a confirmé l'absence d'obstacles administratifs et techniques à sa mise en œuvre.

¹⁷ L'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR) définit depuis octobre 2016 les PCG. Ceux-ci ont été précisés en avril 2018 (notamment art. 4 al. 1er OCoR).

¹⁸ En référence à la norme ISAE 3000 de la Fédération internationale des comptables, voir www.ifac.org

¹⁹ En raison d'une qualité insuffisante des données individuelles auprès des assureurs-maladie, la première phase de test s'est limitée à un examen rétrospectif de données par l'OFSP.

De nombreux contrôles de qualité des données de la compensation des risques

L'OFSP s'assure via les organes de révision du bon fonctionnement des applications informatiques et des SCI y relatifs. Selon l'art. 8, al. 1, OCoR, ces organes doivent confirmer à l'IC l'exactitude des données fournies pour la compensation des risques. Les données livrées par les assureurs-maladies sont vérifiées par des contrôles automatiques dans SORA et des contrôles de plausibilité par l'IC²⁰. Certaines d'entre elles sont considérées pour des contrôles complémentaires sur échantillonnage auprès d'une sélection d'assureurs-maladie de l'IC et de ses auditeurs. L'IC vérifie finalement les résultats de chaque assureur de manière globale.

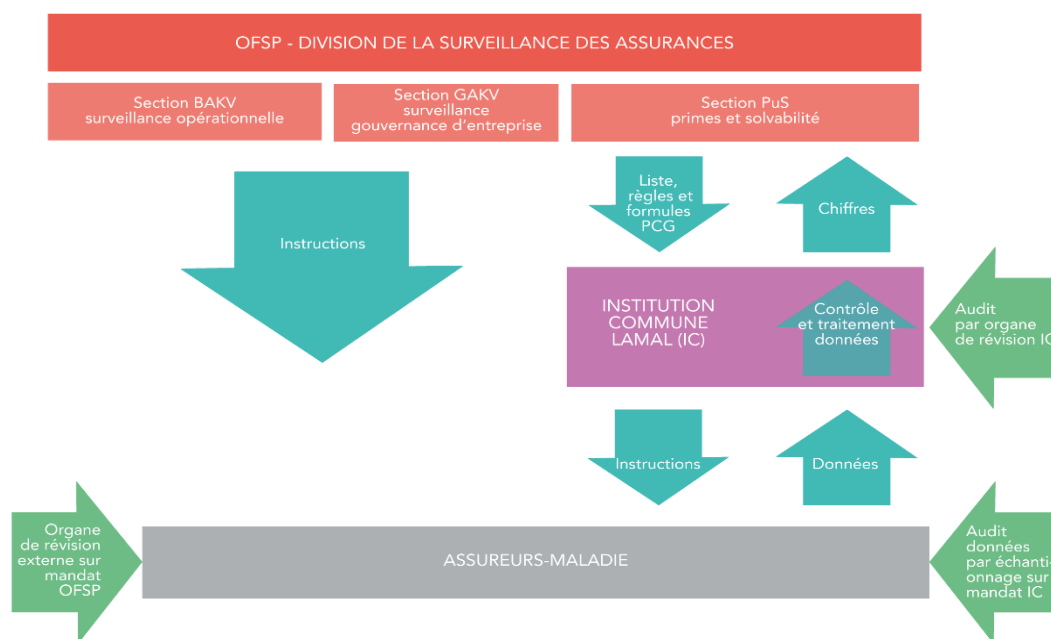


Illustration 4 : Surveillance et contrôle des données de la compensation des risques (source : CDF).

Le traitement par l'IC des données de la compensation des risques jusqu'à l'établissement définitif des chiffres est soumis à l'audit de son organe de révision externe. L'IC fournit aux assureurs-maladie et à l'OFSP les résultats globaux des évaluations des erreurs de livraison de données les plus fréquentes.

Appréciation

Les indicateurs de la compensation des risques de l'assurance-maladie se sont complexifiés depuis 2017. L'approche pragmatique de l'OFSP et le caractère proactif de l'IC ont permis une mise en œuvre de la compensation des risques avec le nouvel indicateur PCG dans les délais. Des mesures s'imposent dans deux domaines pour en renforcer la qualité :

1. Coordination nécessaire des contrôles entre l'OFSP et l'IC

L'OFSP exerce un rôle stratégique sur la compensation des risques. Il surveille la mise en œuvre par l'IC des critères légaux sur la base d'un concept de surveillance. L'IC ne dispose ni d'un pouvoir décisionnel à l'attention des assureurs-maladie, ni de possibilités de sanctions. Le CDF relève l'absence d'une harmonisation entre l'OFSP et l'IC dans l'analyse des

²⁰ L'IC se base sur différents tableaux consolidés par canton, âge et sexe, tous sont mis à la disposition des assureurs.

risques et l'orientation des contrôles. Les choix d'échantillonnage de l'IC ne sont pas discutés avec l'OFSP de même que les résultats des contrôles. Le CDF a constaté que l'IC avait détecté et informé l'OFSP d'erreurs liées à des défauts de logiciel dans les données de 2017²¹. L'OFSP n'a pas émis de directives à l'attention des organes de révision comme le permet l'art. 8 al. 4 OCoR. Le CDF a pris acte que l'IC est disposée à renforcer sa collaboration avec l'OFSP dans l'optique d'une amélioration permanente de la compensation des risques. Celle-ci souligne la nécessité de garantir sa relation de confiance avec les assureurs-maladies en veillant à la confidentialité des données obtenues.

2. Absence d'assurance-qualité transversale

Un dispositif d'assurance-qualité coordonné et transversal permettrait selon le CDF de mieux identifier et qualifier les erreurs repérées auprès des assureurs-maladie et de prendre les mesures adéquates pour les éliminer. Une telle fonction pourrait être créée sous la forme d'un groupe technique pour l'assurance-qualité de la compensation des risques du type de celui de la RPT (voir Annexe 3). Outre l'examen des erreurs, il se prononcerait sur les corrections mises en œuvre, l'interprétation des normes, les modifications d'instructions et les autres mesures d'amélioration. Ce groupe d'assurance-qualité pourrait réunir des représentants de l'OFSP, de l'IC, des caisses-maladies, des experts indépendants et les organes de contrôle externe. Le CDF a pris note de l'adhésion de l'IC à une telle démarche moyennant une clarification des rôles et le maintien d'un niveau élevé de confiance des assureurs-maladies envers la compensation des risques.

²¹ Voir Rapport de l'IC sur l'exécution de la compensation des risques en 2019, disponible sous www.kvg.org > Assureurs > Compensation des risques. La synthèse (p. 2) précise que « Comme, en particulier, ces erreurs n'ont été signalées que bien après l'échéance du délai selon art. 10 al. 3 OCoR, l'IC LAMal a refusé par décisions du 9 décembre 2019 un nouveau calcul de la compensation des risques 2017 ».

Recommandation 4 (Priorité 1)

Le CDF recommande à l'OFSP de coordonner sa surveillance avec l'IC sur la compensation des risques. Elle est nécessaire en matière d'analyse de risques, d'instructions aux organes de révisions, de choix et d'orientation des contrôles et de communication des résultats.

Prise de position de l'OFSP

Das BAG wird diese Empfehlung umsetzen.

Da die Komplexität des Risikoausgleichs mit der Einführung von PCG's gestiegen ist, sind solche Schritte vom BAG bereits in Angriff genommen worden. Die jeweiligen Rollen und Aufgaben bei der Kontrolle des Risikoausgleichs werden ab dem 2. Halbjahr zwischen der Gemeinsamen Einrichtung KVG und dem BAG besprochen.

Recommandation 5 (Priorité 2)

Le CDF recommande à l'OFSP d'instituer un mécanisme d'assurance-qualité. Celui-ci pourrait instaurer un groupe technique composé des représentants des parties prenantes à la compensation des risques LAMal.

Prise de position de l'OFSP

Das BAG wird diese Empfehlung umsetzen.

Der EFK schwebt hier eine Analogie zur technischen Gruppe vor, wie sie bereits im Bereich des Finanz- und Lastenausgleichs des Bundes besteht. Allerdings ist nicht zu vernachlässigen, dass die Umsetzung mit einem nicht unerheblichen Zusatzaufwand verbunden sein wird. Für den Aufbau der Fachgruppe wird mit 20 Personentagen, für den fortlaufenden Betrieb mit 10 Personentagen pro Jahr gerechnet.

Der Aufbau und die Operationalisierung sollen im Laufe der nächsten 2 Jahre erfolgen. Alle am Risikoausgleich beteiligten Parteien sollen vertreten sein.

3.3 Une surveillance adaptée sur les tarifs de l'assurance-accidents

Une base légale de l'assurance-accidents d'une grande stabilité

Tous les travailleurs occupés en Suisse sont depuis l'entrée en vigueur de la LAA en 1984 soumis à l'assurance obligatoire contre les accidents et les maladies professionnels et contre les accidents non professionnels²². La Suva (Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents) jouissait jusque-là d'un monopole. Depuis, des assureurs privés, des caisses-maladie et des caisses publiques d'assurance-accidents participent à la gestion de l'assurance-accidents²³. Après une tentative avortée de refonte de la LAA en 2008, le Conseil fédéral a soumis une nouvelle mouture au parlement en 2014. Celle-ci visait à renforcer certains éléments de l'assurance-accidents sans remettre en question ni la gouvernance, ni les règles de fixation des tarifs de primes. Le Parlement a estimé que la LAA avait « pour l'essentiel » fait ses preuves. Il a adopté sa révision en 2015. Celle-ci est entrée en vigueur en 2017.

²² Selon l'art. 13 OLAA, les travailleurs ne sont assurés contre les accidents non professionnels que s'ils sont occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine.

²³ Suite à l'intervention de la Commission à la concurrence en 2007, le système des tarifs uniques de primes par branche d'activité a été remplacé par des tarifs individuels à chaque assureur-accident.

Une surveillance basée sur une comparaison entre statistiques et propositions de tarifs

L'OFSP surveille l'application uniforme du droit de l'assurance-accidents conformément à l'art. 79 de la LAA. L'OFSP a formalisé en mars 2020 les bases et le processus d'évaluation des tarifs de primes de l'assurance-accidents dans une directive interne. Il évalue chaque année et pour chaque assureur-accident la conformité des tarifs de base sous l'angle de la conformité au risque et aux suppléments légaux²⁴. Il se base sur leurs statistiques de risques. Celles-ci incluent des variables comme les montants des primes nettes effectives, les sommes des salaires soumis et les dépenses spécifiques des assureurs-accidents liées au risque (dépenses curatives, indemnités journalières, rentes d'invalidité et autres dédommagements à long terme).

Les montants des primes effectives tiennent compte des modifications par les assureurs du classement des entreprises dans les classes et degrés du tarif des primes « sur la base des expériences acquises en matière de risques » (aussi appelées « tarification par l'expérience »). Les fluctuations annuelles sont importantes du fait de la volatilité du nombre de dommages et des montants des indemnisations. L'OFSP compare les niveaux des tarifs de base ad futuram avec les niveaux de primes nettes effectives et de risques des dernières années (voir illustration 6 ci-après). En cas d'écart significatif, un deuxième niveau de contrôle a lieu sur les catégories d'activités concernées. Pour celles-ci, l'OFSP s'assure que les primes nettes effectives correspondent bien aux risques à couvrir. Compte tenu du délai nécessaire à leur production et à leur extraction, un décalage de trois ans existe entre l'année de référence des statistiques et celle de la fixation des tarifs de base (statistiques 2018 pour tarifs de base 2021).

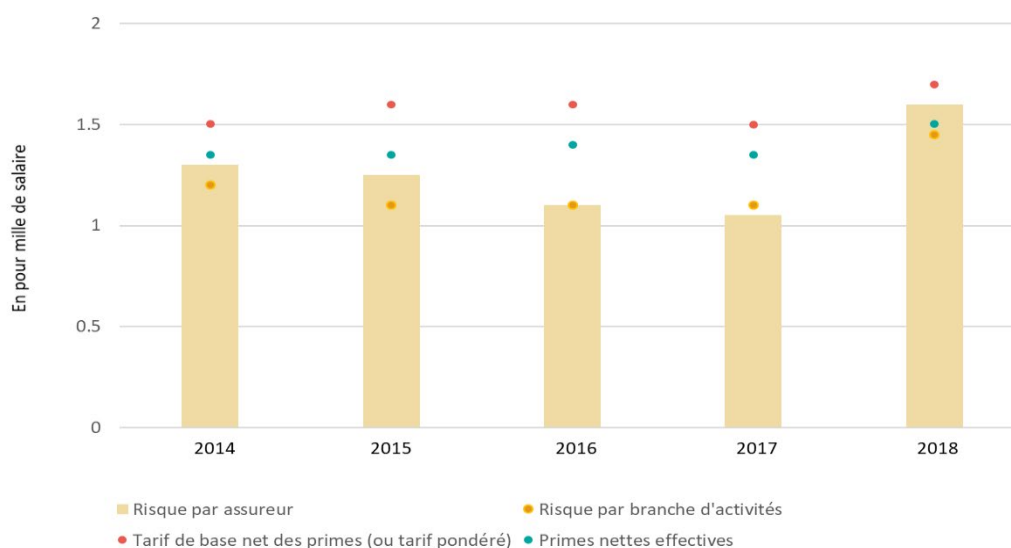


Illustration 5 : Représentation simplifiée de la comparaison statistiques-tarifs de base (source : OFSP, représentation CDF).

Légende :

Risque par assureur : Les barres indiquent les dépenses de risques selon les statistiques des assureurs en pour mille de salaire.

Risque par branche d'activités : Les points jaunes représentent les dépenses de risques selon les statistiques par branche d'activités en pour mille de salaire.

Tarif de base net des primes : Les points rouges représentent le tarif pondéré sur tous les numéros de risque en pour mille de salaire. Un point rouge indique ainsi le volume de la prime nette si toutes les entreprises recevaient le tarif standard.

²⁴ L'article 92 al. 1er LAA indique que la prime nette correspond au risque et que des suppléments de primes peuvent être perçus (en particulier pour les frais administratifs, la prévention des accidents et le renchérissement).

Mise en œuvre adéquate et ébauche d'une orientation risques des contrôles

A l'examen du processus de contrôle 2020, le CDF a constaté la mise en œuvre des mesures de suivi préconisées par l'OFSP. Ses instructions aux assureurs-accidents débouchent en principe sur une adaptation des tarifs de base ou de la tarification par l'expérience pour l'année suivante.

Parallèlement à cette analyse des tarifs de primes, l'OFSP examine les comptes annuels des assureurs-accidents. Il identifie l'évolution et le niveau des frais administratifs et celui des provisions. Il tient un tableau de contrôle pour l'ensemble des assureurs-accidents à l'exception de la Suva et la caisse supplétive²⁵. L'OFSP y rajoute les résultats des analyses communiqués par la FINMA (surveillance sur les assureurs privés en particulier sur les différents ratios de solvabilité). L'OFSP a introduit en 2020 une appréciation du niveau des primes selon des critères prédéfinis du type « justifié selon les risques », « trop haut » ou « trop bas ».

La Suva et les particularités de la surveillance de l'OFSP

La Suva est un établissement autonome de droit public doté de la personnalité juridique (art. 61 al. 1^{er} LAA). Elle assure la moitié des employés suisses. La Suva ne reçoit aucun fond public. Elle n'est pas soumise à la surveillance du CDF et échappe également à la (haute) surveillance financière de l'Assemblée fédérale²⁶.

Le Conseil de la Suva est l'organe de gouvernance de Suva. Il se compose de seize représentants des employeurs, de seize représentants des employés et de huit représentants de la Confédération. Il détermine les principes applicables à la fixation des primes et adapte les tarifs de primes après consultation des parties prenantes. Le règlement d'organisation, le rapport annuel et les comptes annuels de la Suva doivent être approuvés par le Conseil fédéral. L'OFSP tient une réunion annuelle avec la Suva sur les comptes annuels. L'OFSP et la Suva se réunissent en outre tous les semestres pour discuter des questions d'actualité relatives à la surveillance et à la mise en œuvre de la LAA.

La surveillance de l'OFSP sur la Suva se distingue de celle sur les autres assureurs-accidents. Conformément à l'art. 63 al. 5 let. a LAA, le Conseil de la Suva fixe les principes pour la détermination des primes. La liste des primes est publiée et les bases des calculs sont définies dans des documents également publiés (tarifs de primes, calcul des primes, changements de classes de risques et les changements tarification selon l'expérience). Les notions utilisées par la Suva sont semblables à celles utilisées par les autres assureurs-accidents : ainsi la Suva parle de taux de base, plutôt que de tarif base et de tarification empirique plutôt que de tarification par expérience. La Suva consulte l'OFSP en cas de modifications des tarifs. Elle lui adresse les documents avant les séances du conseil de la Suva. L'OFSP examine les tarifs de primes de la Suva selon le principe d'équité des risques. Malgré des compétences de surveillance différentes par rapport aux autres assureurs-accidents, l'OFSP exerce une (haute) surveillance sur la Suva similaire au niveau de ses effets.

²⁵ La caisse supplétive LAA a été créée par les assureurs, conformément à l'art. 68 LAA, sous la forme d'une fondation.

²⁶ Cf. l'art. 19 de la loi sur le contrôle des finances (LCF – RS 614.0) et l'art. 26 al. 2 de la loi fédérale sur le Parlement du 13 décembre 2002 (RS 171.10).

Appréciation

La surveillance de l'OFSP est suivie d'effets malgré l'absence d'une compétence décisionnelle et de sanctions. Les instructions de l'OFSP donnent en principe lieu à des corrections des tarifs de base dans les deux sens. Compte tenu du principe d'autorégulation de l'assurance-accidents, la surveillance peut être considérée comme adaptée. La comparaison par l'OFSP entre les statistiques de risques et les tarifs de base proposés par les assureurs-accidents sur plusieurs années permet de déceler des dépassements non justifiables entre les primes nettes effectives et les dépenses. Une grande partie du volume des primes est en effet souvent généré par des exploitations selon les tarifs d'expérience. L'OFSP est consciente que le dispositif de surveillance présente un potentiel d'amélioration : décalage temporel important des données statistiques de référence, qualité insuffisante des statistiques sur les dépenses liées aux prestations et aux provisions (comparaison avec les comptes annuels), limitation de la surveillance pour des positions de risques où il n'y a que peu de polices d'assurance (domaines très spécifiques).

La surveillance sur la Suva s'effectue séparément et selon les dispositions légales de la LAA. Celle-ci garantit une transparence sur les données de référence y compris sur les règles de tarifications par expérience. L'OFSP ne modifie pas les tarifs de primes. Il se réserve la possibilité d'intervenir auprès de la Suva pour exiger une modification de sa pratique.

L'efficacité de la surveillance peut être améliorée principalement à deux niveaux :

1. Critères de risques des caisses d'assurance

La surveillance de l'OFSP a introduit début 2020 une systématique d'opinion sur le niveau des tarifs de primes pour chaque assureur. Les résultats des analyses de l'OFSP (tarifs de base, comptes annuels) et de la FINMA (ratios de solvabilité) sont consolidés. Cet examen ne prend pas en compte toutes les données obtenues des assureurs. Les critères et les seuils d'acceptation des tarifs de base tels que « tarif trop haut », « tarif trop bas » ne sont pas définis. Le CDF constate que des seuils d'acceptation pourraient être définis sous la forme de fourchettes d'acceptation par rapport aux dépenses effectives, tout comme pour les suppléments de primes.

2. Efficacité de la surveillance

L'OFSP n'est pas en mesure de contrôler les tarifs de primes fixés selon l'expérience, qui permet à des grandes entreprises de bénéficier de solutions plus avantageuses que les petites entreprises en modifiant à la baisse les niveaux de risques et de tarification. Afin de déceler des écarts non justifiés, l'OFSP pourrait exiger des assureurs qu'ils incluent les niveaux des primes selon l'expérience dans leurs livraisons de données statistiques. De plus, le décalage temporel entre les statistiques de risques disponibles de référence et les tarifs de base (trois ans) rend la comparaison difficile en raison de la grande volatilité des dépenses de risques. Un tel ajustement est difficile vu la multitude des acteurs (assureurs-accidents et leurs applications informatiques, association des assureurs en charge de la récolte et tiers en charge de l'extraction et du traitement des données). Dès lors, il conviendrait de raccourcir l'écart temporel à deux ans.

Recommandation 6 (Priorité 2)

Le CDF recommande à l'OFSP le renforcement de sa surveillance sur les tarifs de primes effectifs dans l'assurance-accidents par l'inclusion des données sur les primes de tarifs selon l'expérience dans les statistiques de risques récoltées auprès des assureurs-accidents.

Prise de position de l'OFSP

Es trifft zu, dass ein Grossteil der Prämieinnahmen in der Unfallversicherung nicht auf dem Prämientarif beruht, sondern sich auf die Erfahrungstarifizierung stützt. Um die Risikogerechtigkeit dieser Prämien besser beurteilen zu können, lässt sich der von der EFK gewünschte Split vertreten. Allerdings werden hierfür Anpassungen des Statistikplanes und der IT-Systeme erforderlich sein, was mit erheblichem Aufwand verbunden sein dürfte. Sollte sich ergeben, dass der Aufwand den Mehrwert nicht zu rechtfertigen vermag, insbesondere, weil sich die Prüfung jeweils auf einzelne Versicherer beschränken könnte und daher keine generelle statistische Erfassung erforderlich ist, müsste auf die Umsetzung der Empfehlung zurückgekommen werden können.

Recommandation 7 (Priorité 2)

Le CDF recommande à l'OFSP d'étudier, conjointement avec les assureurs-accidents et l'organisation mandatée par l'association suisse des assureurs pour l'extraction statistique de l'assurance-accidents, la possibilité d'améliorer l'actualité des données statistiques de référence pour le contrôle des tarifs de primes (deux plutôt que trois années de retard).

Prise de position de l'OFSP

Das BAG akzeptiert diese Empfehlung, zumal sie sich auf einen Prüfauftrag beschränkt.

In der Tat muss sich das BAG bei der Prüfung der Prämientarife der Versicherer nach Artikel 68 UVG für das Jahr 2022 auf die jüngste Risikostatistik des Jahres 2019 stützen, da zum betreffenden Zeitpunkt noch keine aktuellere Risikostatistik vorliegt. Insofern ergibt sich eine zeitliche Diskrepanz von 3 Jahren. Wenn es gelingen sollte, die Erstellung der Risikostatistik der Versicherer nach Artikel 68 UVG zeitlich zu beschleunigen, könnte die Diskrepanz auf 2 Jahre reduziert werden.

Annexe 1 : Bases légales

Textes législatifs

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) – RS 832.10

Ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) – RS 832.102

Ordonnance fédérale du 19 octobre 2016 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR) – RS 832.112.1

Ordonnance du 14 octobre 2019 du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR-DFI) – RS 832.112.1

Ordonnance fédérale du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie (ORPM) – RS 832.112.4

Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD) – RS 235.1

Ordonnance fédérale du 14 juin 1993 relative à la loi fédérale sur la protection des données (OLPD) – RS 235.11

Loi fédérale du 5 octobre 1990 sur les aides financières et les indemnités (loi fédérale sur les subventions, LSu) – RS 616.1

Loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal) – RS 832.12

Ordonnance fédérale du 18 novembre 2015 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal) – RS 832.121

Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA) – 832.20

Ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA) – 832.202

Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM) – RS 833.1

Ordonnance fédérale du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire (OAM) – RS 833.11

Interventions parlementaires (liste non exhaustive)

17.3880 – Postulat R. Humbel : Réduction des primes de l'assurance-maladie. Contrôle du financement

19.3203 – Interpellation I. Moret : Frais administratifs des assurances-maladie. Quelle transparence ?

19.4577 – Interpellation S. Bendahan : Quelle surveillance existe-t-il sur le risque de transfert de données interne aux assureurs ?

Rapports (liste non exhaustive)

Rapport du Conseil fédéral du 20 mai 2020 donnant suite au postulat 17.3880 Humbel du 29 septembre 2017

Annexe 2 : Assurance-qualité dans la nouvelle péréquation financière

De par son volume financier, sa complexité et le nombre des acteurs, la compensation des risques dans l'assurance-maladie peut être comparée à la péréquation financière nationale (RPT). Elle repose également sur un principe de solidarité. La RPT a été introduite en 2008. Elle vise à aider financièrement les cantons à plus faible potentiel économique et à subventionner les charges sociodémographiques et géo-topographiques à partir de certains seuils. La RPT se compose de la péréquation des ressources et de la compensation des charges. Une différence significative cependant : Alors que les paiements compensatoires sont financés pour deux tiers par la Confédération et pour un tiers par les cantons, l'entier du financement de la compensation des risques provient des bénéficiaires (les assureurs-maladie).

Les données de la péréquation des ressources sont livrées par les fiscaux cantonaux à l'administration fédérale des contributions (AFC). Celle-ci les traite et les transmet à l'Administration fédérale des finances (AFF) qui détermine les indices de ressources. L'AFF obtient parallèlement les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et établit les indicateurs de la compensation des charges. La RPT se distingue par un dispositif d'assurance-qualité à plusieurs niveaux :

- Les cantons attestent de l'exactitude des données livrées.
- Les cantons, l'AFC et l'AFF procèdent à des contrôles de plausibilité.
- Un organe de contrôle central (le CDF) vérifie la saisie des données cantonales et leur traitement par l'AFC et l'AFF et établit un rapport d'audit (publié sur son site).
- Les cantons prennent position sur les écarts identifiés.

Un groupe technique chargé de l'assurance-qualité de la RPT réunit des représentants de l'AFF, de l'AFC, de l'OFS, des cantons, ainsi que du CDF (au titre d'observateur). Il accompagne les contrôles des saisies des données, de plausibilité et de traitement des données. Il se prononce sur les éventuelles corrections et estimations en cas des données erronées, manquantes ou non utilisables.²⁷ Il peut décider d'une nouvelle livraison de données. Il peut également décider de modifier les instructions aux cantons. Ses propositions sont soumises aux cantons pour prise de position.

²⁷ Voir art. 44 et 45 de l'ordonnance fédérale du 7 novembre 2007 sur la péréquation financière et la compensation des charges (OPFCC – RS 613.21).

Annexe 3 : Abréviations

BAKV	Section surveillance opérationnelle
DFI	Département fédéral de l'intérieur
GAKV	Section surveillance de la gouvernance
IC	Institution commune LAMal
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LSAMal	Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie
OAMal	Ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie
OCoR	Ordonnance fédérale sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAA	Ordonnance fédérale sur l'assurance-accidents
ORPM	Ordonnance fédérale sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie
OSAMal	Ordonnance fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie
PCG	Groupes de coûts pharmaceutiques
PFPDT	Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence
PuS	Section « primes et solvabilité »
RIP	Réduction individuelle des primes d'assurance-maladie

Priorités des recommandations

Le Contrôle fédéral des finances priorise ses recommandations sur la base de risques définis (1 = élevés, 2 = moyens, 3 = faibles). Comme risques, on peut citer par exemple les cas de projets non-rentables, d'infractions contre la légalité ou la régularité, de responsabilité et de dommages de réputation. Les effets et la probabilité de survenance sont ainsi considérés. Cette appréciation se fonde sur les objets d'audit spécifiques (relatif) et non sur l'importance pour l'ensemble de l'administration fédérale (absolu).