



CH-3003 Bern  
OFSP

Aux assureurs-maladie et à leurs réassureurs

<b>Circulaire n° :</b>	<b>5.3</b>
<b>Entrée en vigueur :</b>	<b>1<sup>er</sup> juin 2019</b>

Référence/Numéro de dossier:  
Notre référence: SES  
Dossier traité par: Buj  
Berne, le 5 avril 2019

## Forme particulière d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations : preuve des différences de coûts

### 1. Introduction

**Art. 41, al. 4, art. 62, al. 1, LAMal, art. 101, al. 2 et 3, OAMal**

L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 41, al. 4, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal). L'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations d'après l'art. 41, al. 4, LAMal (art. 62, al. 1, LAMal).

Aux termes de l'art. 101, al. 2, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), des réductions de primes ne sont admises que pour les différences de coûts qui résultent du choix limité des fournisseurs de prestations ainsi que du mode et du niveau particulier de la rémunération des fournisseurs de prestations. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de primes. Les différences de coûts doivent être démontrées par des chiffres empiriques établis durant au moins cinq exercices comptables.

La présente circulaire définit les normes minimales applicables à la preuve des différences de coûts justifiant une réduction des primes pour les modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations, ainsi que la manière dont cette preuve doit être fournie à l'OFSP.

## 2. Normes minimales relatives à la méthode

La méthode de calcul doit permettre de justifier les économies de coûts effectives des modèles de managed care indépendamment, dans la mesure du possible, des effectifs de risques et de déterminer pour les modèles de managed care les rabais maximaux autorisés sur la base des primes de l'assurance de base (c.-à-d. l'assurance avec franchise ordinaire et l'assurance avec franchise à option). Quelques-unes de ces méthodes sont présentées dans des études portant sur des données de l'assurance-maladie suisse<sup>1</sup>. L'assureur est libre d'appliquer la méthode qu'il souhaite, à condition de respecter la norme minimale ci-dessous. Des calculs plus affinés sont admis ; ils doivent être motivés et les détails nécessaires à la compréhension doivent être transmis.

### 2.1 Calcul des différences de coûts

La norme minimale compare les différences de coûts entre l'assurance de base avec les données correspondantes des modèles de managed care. La comparaison devant porter uniquement sur des collectifs d'assurés présentant la même structure de risques, les assurés seront répartis en classes présentant autant que possible les mêmes risques. Ces classes seront formées en fonction des facteurs suivants :

- année
- canton et région de primes
- âge (les groupes d'âges prévus dans l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie, OCoR);
- sexe
- franchise, le choix de la franchise reflète une évaluation personnelle de l'état de santé de l'assuré. Il y a lieu de distinguer la franchise « TIEF » (franchises inférieures à 1000 francs pour les adultes et les jeunes adultes et inférieures à 300 francs pour les enfants) de la franchise « HOCH » (franchises supérieures à 1000 francs pour les adultes et les jeunes adultes et supérieures à 300 francs pour les enfants).
- séjour hospitalier ou dans un EMS au cours de l'année précédente, selon les précisions de l'article 2c OCoR. Pour les assurés sans données concernant ces points (p. ex., changements d'assureurs les années précédentes), il faut partir de l'hypothèse qu'il n'y a pas eu de séjour hospitalier ou dans un EMS
- décès au cours de l'année d'analyse

La date du traitement est déterminante pour l'établissement des coûts. Dans les preuves de différences de coûts, il convient d'indiquer uniquement les assurés domiciliés en Suisse qui n'ont pas l'assurance avec bonus.

Les données permettent de calculer les coûts non dus à des structures de risques favorables (coûts *B* dans l'annexe). Ils montrent le niveau qu'auraient atteint les coûts des assurés des modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations si ces assurés avaient été affiliés à l'assurance de base et le niveau des coûts de l'assurance de base si cette dernière avait eu la structure de risques des modèles de managed care. On calcule en outre les coûts moyens effectifs (coûts *A* dans l'annexe) des assurés dans les modèles étudiés, et la différence  $B - A$  donne l'économie effective réalisée non-due à des structures de risques favorables.

Les économies estimées présentent d'importantes variations. Afin de les réduire, il est possible d'agréger les plus grands collectifs d'assurés. Les différences de coûts d'un modèle avec choix limité des fournisseurs de prestations doivent être calculées en tant que valeurs moyennes pour toutes les régions de primes du domaine d'activité, et être présentées comme données communes de différences des coûts (avec la même authentification\_ID des preuves de coûts), si les économies des coûts dans ces régions de prime ne se distinguent pas significativement (différence supérieure à deux écarts standard d'après le chapitre 5 de l'annexe). Les modèles peuvent être regroupés dans la même preuve des

<sup>1</sup> Un inventaire de la littérature est exposé par Beck, „Risiko Krankenversicherung, Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt“, Haupt Verlag, Bern, 2013

différences de coûts pour autant qu'ils soient de même type, aient la même coresponsabilité budgétaire, et que leurs économies de coûts ne se distinguent pas significativement l'une de l'autre. Les différences constatées par rapport à ce principe doivent être justifiées. Par exemple, un assureur peut regrouper différents petits modèles HMO avec coresponsabilité budgétaire ou aussi des modèles HAM sans coresponsabilité budgétaire. L'important pour le regroupement est que l'organisation des modèles présente les mêmes mécanismes générateurs d'économies.

Si un modèle d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations est offert par différents assureurs, les preuves de coûts peuvent être constituées conjointement.

Si l'assureur n'obtient pas de résultats statistiquement significatifs, il doit fournir à l'OFSP une justification plausible des hypothèses ayant abouti au choix de la réduction de primes adoptée pour le modèle concerné.

Le formulaire retenu par l'OFSP doit être complété dans tous les cas, même dans l'hypothèse où l'assureur opte pour une méthode démontrant les preuves des différences de coûts de manière différente. Ainsi l'OFSP est en mesure de suivre les données transmises, et des comparaisons transversales avec d'autres assureurs sont rendues possibles.

## **2.2 Calcul des rabais de primes autorisés**

Les différences de coûts avérées sont utilisées par l'OFSP dans la procédure d'approbation des primes afin de vérifier les rabais sur les primes concernant les tarifs présentés pour les modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations. Les preuves de coûts doivent donc être clairement rattachées aux tarifs de primes :

- Une preuve de coûts au moins doit être présentée avec sa propre authentification ID pour chaque tarif. Il faut donc indiquer sur la feuille de relevé « Modèles » le tarif de l'approbation des primes correspondant à chaque preuve de coûts, cf. annexe, chap. 2.
- Les tarifs communs pour les différentes sortes de modèles (HAM\_RDS\_A, HMO\_A, HMO\_B, DIV\_A, DIV\_B) sont autorisés si les économies des différentes sortes de modèles ne se distinguent pas de manière significative. Une preuve de coûts séparée doit être produite pour chaque modèle.
- Pour des tarifs différents concernant des modèles de la même sorte, avec des différences d'économies de coûts non significatives, l'OFSP peut réunir ces tarifs et preuves de coûts pour évaluer de manière plus fiable les tarifs (au moyen de la somme).

Pour l'évaluation des tarifs dans le cadre de l'approbation des primes, les rabais moyens des modèles étudiés sont calculés et comparés avec les économies de coûts avérées (cf. annexe). Comme les rabais s'appliquent l'année suivante, alors que les économies correspondent aux valeurs empiriques des cinq dernières années, la comparaison tient compte des deux valeurs du renchérissement intervenues entre-temps.

Les effectifs des assurés des modèles pour l'année suivante sont nécessaires pour le calcul des rabais moyens, Les assureurs ont la possibilité d'effectuer des calculs approximatifs avec les effectifs de risques résultant des preuves de coûts de l'année précédente. Sinon, ils peuvent, dans le cadre de l'approbation des primes, prévoir leurs effectifs d'assurés pour les primes de l'année suivante. Les calculs sont ensuite effectués à l'aide de ces données détaillées.

Les rabais moyens retenus par les assureurs pour les modèles de managed care ne devraient donc pas être plus élevés que le rabais maximal calculé dans le chapitre 5 de l'annexe.

Il convient de noter ici que la méthode proposée a tendance à surestimer les économies de coûts et les rabais de prime<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Beck, Kunze, Buholzer und Trottmann, „Steigern Schweizer Ärztenetze die Effizienz im Gesundheitswesen?“, CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie, 2011

### 2.3 Modèles et tarifs de la feuille « Modèles »

La feuille « Modèles » contient tous les modèles et tarifs proposés par l'assureur, y compris les nouveaux modèles sans preuve de coûts. La saisie de tous les modèles et tarifs permet à l'OFSP de contrôler plus facilement les rabais pendant l'approbation des primes.

### 3. Modifications importantes

Les modifications importantes de cette circulaire peuvent être résumées comme suit :

- La feuille « Modèles » contient tous les modèles et tarifs proposés par l'assureur, y compris ceux sans preuve de coûts.
- Le rapport contenant des informations supplémentaires est facultatif et peut être transmis par voie électronique.
- La page de garde peut être signée électroniquement et transmise par voie électronique.

### 4. Remise des données et délais

Nous vous prions de remplir les formulaires transmis pour les preuves de coûts sans les modifier pour que les données puissent être automatiquement reprises et évaluées.

Les preuves de coûts et les indications complémentaires doivent être fournies chaque année à l'OFSP avant l'approbation des primes pour le 30 juin de chaque année. Les données doivent être transmises uniquement par voie électronique. Des informations complémentaires relatives aux données ou aux évaluations peuvent être transmises à l'OFSP dans un rapport sous format papier ou sous forme électronique. La page de garde dûment signée doit être soumise soit sous format papier soit électroniquement au moyen d'une signature numérique. Dans ce cas de figure, la page de garde doit être dûment signée au format numérique au moyen d'une SuisselD.

Pour chaque prime, les assureurs peuvent transmettre les effectifs de risques détaillés pour l'année suivante afin de calculer plus exactement les rabais de primes (cf. annexe). Ces données sont transmises à l'OFSP avec les autres informations nécessaires pour l'approbation des primes.

*La présente circulaire remplace la circulaire 5.3 du 1<sup>er</sup> juin 2015 « Forme particulière d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations : preuve des différences de coûts ».*

Responsable de l'Unité de direction  
Assurance maladie et accidents



Thomas Christen  
Vice-directeur  
Membre de la direction

Division Surveillance de l'assurance  
La responsable



Helga Portmann

## Annexe de la circulaire 5.3 « Forme particulière d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations : relevé des données à l'établissement des preuves des différences de coûts »

Afin de calculer plus précisément les rabais, les assureurs peuvent selon le par. 4 de la présente circulaire transmettre également des extrapolations des effectifs de risques pour chaque prime avec les données destinées à la procédure d'approbation. Ces données sont transmises sous forme de fichier Excel dans le même format que le fichier « Prämien CH » pour l'indication des primes lors de la procédure d'approbation. Dans la colonne H de ce fichier sous « Effectifs de l'exercice en cours » on reporte à la place des primes les effectifs projetés de l'année courante et dans la colonne I sous « Effectifs de l'exercice suivant » les effectifs prévus pour l'année suivante. Le fichier doit être par ailleurs repris tel quel et rempli entièrement. Les effectifs correspondant aux mois d'assurance doivent être indiqués par analogie avec le formulaire EF MC. Ce fichier doit être joint au relevé *ad hoc* « Effectifs de risques MC » de ISAK.

Le formulaire EF MC est prêt à être téléchargé depuis ISAK dans le relevé *ad hoc* « EF MC ». Les preuves doivent également être transmises avec ce relevé. La feuille de tableaux « Données » peut être envoyée comme jusqu'ici en fichier Excel ou comme fichier CSV. Dans ce cas, le classement et les désignations des colonnes correspondent aux exigences de la feuille Excel. Des données lacunaires sont considérées comme nulles.

Les paragraphes suivants contiennent d'autres explications sur les fichiers EF MC.

### 1 Informations relatives à la feuille « Page de garde »

Veuillez prendre connaissance des instructions établies sur cette feuille. Les données de la page de garde doivent être renseignées de manière exhaustive. Si les preuves des différences de coûts sont présentées conjointement pour différents assureurs, il convient de créer pour chaque assureur une page de garde en copiant la page de garde originale.

### 2 Informations relatives à la feuille « Modèles »

La feuille « modèles » contient des données et des descriptions des modèles MC. Tous les modèles d'assurance MC doivent apparaître dans cette feuille. Pour les nouveaux modèles sans preuve de coûts, aucune authentification ID ne doit être fourni. Tous les autres champs doivent être remplis. Selon la section 2 de la circulaire, des modèles similaires peuvent être présentés conjointement dans une même preuve de coûts.

Le Formulaire contient pour tous les modèles MC les informations suivantes :

- N° OFSP de l'assureur
- Nom de l'assureur
- Sorte de modèle. Les différents types sont :
  - HAM\_RDS\_A Modèles sans contrat entre assureur et fournisseur de prestations, p. ex., listes de médecins
  - HMO\_A Médecin de famille, réseau de soins et HMO avec contrat entre assureur et fournisseur de prestations **sans** coresponsabilité budgétaire
  - HMO\_B Médecin de famille, réseau de soins et HMO avec contrat entre assureur et fournisseur de prestations **avec** coresponsabilité budgétaire
  - DIV A Autres modèles MC comme Téléphone avec contrat entre assureur et prestataire **sans** coresponsabilité budgétaire
  - DIV\_B Autres modèles MC comme Téléphone avec contrat entre assureur et prestataire **avec** coresponsabilité budgétaire

La notion de « avec coresponsabilité budgétaire » implique toujours les participations des

assureurs aux succès et aux pertes, alors que les rémunérations fixes des assureurs à l'intention des fournisseurs de prestations (p. ex., les forfaits de gestion) indépendamment du succès de ces derniers n'entrent pas dans la notion de coresponsabilité budgétaire.

- Nom du modèle MC
- Authentification\_ID : Pour chaque preuve de coûts saisie, il convient d'attribuer une authentification\_ID unique. Les modèles MC similaires, pour lesquels une preuve de coûts commune est saisie, se voient attribuer la même authentification.
- Acronyme du tarif pour l'année suivante : Pour chaque preuve de coûts, indiquer l'acronyme du tarif correspondant qui doit être approuvé. L'acronyme est défini dans les données-clés des assureurs pour la procédure d'approbation des primes.
- Acronyme du tarif pour l'année précédente : Pour chaque preuve de coûts, indiquer l'acronyme du tarif correspondant de l'année précédente.
- Zone d'activité du modèle MC en tant que région de prime (un ou plusieurs), p. ex., AG0, BE1 ou ZH3
- Date d'introduction
- D'autres remarques comme, p. ex., description de la façon dont le modèle produit les économies réalisées ou informations sur la coresponsabilité budgétaire

### 3 Informations relatives à la feuille « Données »

Les données de la feuille « Données » doivent être renseignées, pour les cinq dernières années, pour toutes les classes de manière exhaustive, c'est-à-dire également pour les classes qui, pour des raisons d'effectif trop faible ne sont pas considérées dans l'évaluation. La feuille peut être réduite au niveau du domaine d'activité (régions de primes) des modèles MC. Il est accepté de transmettre une feuille contenant les informations successives de différentes preuves de différences de coûts ou différentes années.

La feuille « Données » contient les rubriques suivantes :

#### 3.1 Identification des preuves de coûts

L'identification des preuves de coûts doit contenir les informations « année », « authentification\_ID » et « sorte de modèle ». Les informations « authentification\_ID » et « sorte de modèle » doivent correspondre aux informations de l'onglet « Modèle » du formulaire « EF MC ». La colonne "année" sert également à identifier la preuve de coûts et constitue une classe pour les évaluations.

#### 3.2. Classes (ne doit pas être complété)

Les classes prédéfinies avec les facteurs « régions de primes », « groupes d'âges », « sexe », « franchise », « séjour hospitalier ou dans un EMS au cours de l'année précédente », « décès au cours de l'année d'analyse » ne sont pas sujettes à modifications et doivent être reprises telles quelles.

#### 3.3 Données Managed Care

- $NMC_k$  Nombre d'assurés correspondant à la somme des mois d'assurance dans la classe  $k$  divisée par 12.
- $LMC_k$  Somme des prestations nettes de tous les assurés dans la classe  $k$ , c.-à-d.  
 $LMC_k = \sum_i LMC_{k,i}$ , bien que  $LMC_{k,i}$  corresponde au total des prestations nettes payées durant l'année de traitement pour les assurés  $i$  pendant l'année considérée (état lors du transfert des données).
- $QMC_k$  Somme des carrés des prestations nettes pour tous les assurés dans la classe  $k$ , c.-à-d.  $QMC_k = \sum_i LMC_{k,i}^2$
- $PMC_k$  Somme des primes (sans pertes de primes) de tous les assurés dans la classe  $k$ . Les primes regroupent l'ensemble des différents rabais accordés, par ex. pour le choix des franchises ou la suspension de l'assurance-accidents.



- $PMCO_k$  Somme des primes (sans pertes de primes) de tous les assurés dans la classe  $k$  analogue à la prime  $PMC_k$  mais **sans** les rabais MC. La différence entre cette prime fictive et la prime  $PMC$  représente le rabais de primes effectif autorisé.

### 3.4 Données Assurance de base

- $NBase_k$  Nombre d'assurés correspondant à la somme des mois d'assurance dans la classe  $k$  divisée par 12.
- $LBase_k$  Somme des prestations nettes de tous les assurés dans la classe  $k$ , c.-à-d.  $LBase_k = \sum_i LBase_{k,i}$ , bien que  $LBase_{k,i}$  correspond au total des prestations nettes payées pour les assurés  $i$  pendant l'année de traitement considérée (état lors du transfert des données).
- $QBase_k$  Somme des carrés des prestations nettes pour tous les assurés dans la classe  $k$ , c.-à-d.  $QBase_k = \sum_i LBase_{k,i}^2$

## 4 Valeur moyenne des coûts et des primes

Le système prévoit que seules les classes  $k$  composées **au minimum de 2 assurés soit 24 mois d'assurance** pour un modèle de managed care et également pour l'assurance de base sont retenues pour le calcul des coûts moyens et de leurs variances.  $K$  définit le nombre de classes retenues dans l'évaluation.

### Assurés managed care

Le nombre pris en considération dans l'évaluation des assurés managed care  $NMC$ , la valeur moyenne de leurs coûts  $A$  et la variance de  $A$  ainsi que les primes moyennes  $PA$  et  $PA0$  s'expriment avec les équations suivantes :

$$NMC = \sum_{k=1}^K NMC_k$$

$$A = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K \sum_{i=1}^{NMC_k} LMC_{k,i} = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K LMC_k$$

$$\begin{aligned} Var(A) &= Var\left(\frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K \sum_{i=1}^{NMC_k} LMC_{k,i}\right) = \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot Var(LMC_{k,i}) \\ &= \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot \frac{QMC_k - LMC_k^2 / NMC_k}{NMC_k - 1} \end{aligned}$$

$$PA = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K PMC_k$$

$$PA0 = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K PMCO_k$$

### Assurés managed care dans le cas où une assurance de base aurait été contractée

Ci-dessous figurent les coûts des assurés managed care qui sont évalués dans le cas où une assurance de base aurait été contractée. Pour ce faire, les coûts de l'assurance de base sont extrapolés avec le nombre des assurés managed care, avec l'hypothèse que les valeurs moyennes et les variances de l'assurance de base sont reprises telles quelles. Ainsi nous obtenons les coûts moyens  $B$  et la variance de  $B$ :

$$B = \frac{1}{NMC} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot LBase_k / NBase_k$$

$$Var(B) = \frac{1}{NMC^2} \sum_{k=1}^K NMC_k \cdot \frac{QBase_k - LBase_k^2 / NBase_k}{NBase_k - 1}$$

#### *Economies de coûts non dues à des structures de risques favorables*

La valeur moyenne des économies de coûts non dues à des structures de risques favorables est obtenue par la différence  $B - A$

Pour calculer la variance  $B - A$ , il est nécessaire de connaître, en plus des variances  $A$  et  $B$ , pour chaque classe la covariance des coûts dans le modèle de managed care respectif et dans l'assurance de base. Sur la base des données relevées, il n'est pas possible de calculer ces covariances. Elles sont néanmoins probablement positives, car des assurés des modèles de managed care qui sont bon marché ou chers le sont également dans l'assurance de base. Sur la base de cette considération, la valeur maximale de la variance recherchée est définie comme suit :

$$Var(B - A) \leq Var(A) + Var(B)$$

#### *Primes et rabais sur les tarifs de primes*

Pour évaluer les rabais sur les primes dans les tarifs transmis, il faut estimer la prime moyenne  $PA0(FJ)$  et le rabais moyen  $R(FJ)$  pour l'année suivante  $FJ$  par analogie avec la prime  $PA0$  et le rabais  $PA0 - PA$  des preuves de coûts. Pour l'approbation des primes en 2019, l'année précédente  $VJ$  correspond à 2018 et l'année suivante  $FJ$  à 2020.

Si les assureurs remettent des extrapolations de leurs effectifs de risques par prime pour l'année suivante dans le cadre de l'approbation, les primes  $PA0(FJ)$  et le rabais  $R(FJ)$  sont calculés de la manière suivante :

$$PA0(FJ) = 1/NMC(FJ) \cdot \sum_i NMC(FJ)_i \cdot PBase(FJ)_i$$

$$R(FJ) = 1/NMC(FJ) \cdot \sum_i NMC(FJ)_i \cdot (PBase(FJ)_i - PMC(FJ)_i)$$

En l'occurrence,  $PMC(FJ)_i$  désigne la prime  $i$  des modèles de l'année suivante et  $NMC(FJ)_i$  ainsi que  $PBase(FJ)_i$  les effectifs de risques et les primes de base s'y rapportant.  $NMC(FJ)$  correspond à la somme des effectifs des assurés du modèle l'année suivante.

Sans données supplémentaires concernant les effectifs pour l'année suivante,  $PA0(FJ)$  et  $R(FJ)$  sont estimés à l'aide de l'effectif des assurés de l'année précédente  $VJ$

$$PA0(FJ) = 1/NMC(VJ) \cdot \sum_{k=1}^K [PA0(VJ)_k + NMC(VJ)_k \cdot (PBase(FJ) - PBase(VJ))_k]$$

$$R(FJ) = 1/NMC(VJ) \cdot \sum_{k=1}^K NMC(VJ)_k \cdot (PBase(FJ) - PMC(VJ))_k$$

En l'occurrence,  $PA0(VJ)_k$  et  $NMC(VJ)_k$  correspondent à la prime  $PA0$  et à l'effectif des assurés du



modèle l'année précédente dans la classe  $k$ .  $NMC(VJ)$  désigne la somme de tous les assurés du modèle l'année précédente. Ces valeurs sont reprises des preuves de coûts. Les valeurs moyennes  $\langle PBase(FJ) - PBase(VJ) \rangle_k$  se calcule pour toutes les franchises sur la base des tarifs de primes en tant que modification moyenne des primes de base entre l'année précédente et l'année suivante avec ou sans assurance-accidents. Les franchises sont celles qui peuvent être sélectionnées par les assurés de la classe  $k$ . Par analogie,  $\langle PBase(FJ) - PMC(FJ) \rangle_k$  désigne le rabais de prime moyen pour les modèles.

## 5 Réductions maximales de primes autorisées

Le rabais maximal résulte des économies sur les coûts des cinq dernières années  $B - A$  et la variation due au hasard (deux écarts types). De plus, le renchérissement  $PA0(FJ)/PA0$  entre la période couverte par les preuves de coûts et l'année suivante est pris en compte. Cela suppose que les économies et, par conséquent, les rabais admis sont proportionnels au nombre de personnes assurées dans les modèles et aux coûts moyens ainsi qu'aux primes des assurés de base. Le rabais maximal  $R_{max}$  correspond donc à :

$$R_{max} = (B - A + 2 \cdot \sqrt{Var(A) + Var(B)}) \cdot PA0(FJ)/PA0$$

Les tarifs de primes sont autorisés lorsque la condition suivante est satisfaite :

$$R(FJ) \leq R_{max}$$