



CH-3003 Bern
OFSP

Aux assureurs LAMal et à leurs réassureurs

Circulaire n° :

5.1

Entrée en vigueur :

1^{er} juin 2015

Référence/Numéro de dossier:
Notre référence: FRA
Dossier traité par: Aline Froidevaux
Berne, le 13 mars 2015

Primes de l'assurance obligatoire des soins

1. Introduction

La présente circulaire règle les questions d'ordre général concernant les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

La présente circulaire est une synthèse des règles fixées pour les primes de l'AOS et illustre la pratique de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le domaine de l'approbation des primes.

Aux termes de l'art. 92 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), les assureurs doivent soumettre à l'approbation de l'OFSP les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et leurs modifications, au plus tard cinq mois avant leur application. Ces tarifs ne peuvent être appliqués qu'après avoir été approuvés par l'OFSP. C'est pourquoi l'OFSP demande instamment aux assureurs de ne pas publier leurs primes avant qu'elles aient été approuvées.

L'OFSP expose aux paragraphes suivants les conditions à remplir pour la remise des primes. Si ces conditions ne sont pas remplies, il en informe les assureurs. Ceux-ci ont la possibilité de lui soumettre un second envoi. Si les conditions prévues ne sont toujours pas respectées, l'OFSP n'approuve pas les primes ou alors pour quelques mois seulement. Le cas échéant, l'assureur est tenu de communiquer cette décision aux assurés ; s'il ne le fait pas, l'OFSP s'en chargera. Faute d'approbation des primes, l'assureur ne dispose pas de primes applicables.

Quant aux cantons, l'OFSP les informe chaque année au préalable de l'issue de la procédure d'approbation des primes. Outre les primes moyennes cantonales, ils reçoivent un aperçu des primes. Par ailleurs, les cantons sont informés des réserves formulées lors de l'approbation des primes et des cas éventuels où elles n'auraient pas été approuvées.

2. Principes et pratique de l'approbation des primes

- La remise des primes doit se faire en toute loyauté : en présentant leurs primes, les assureurs doivent également remettre à l'OFSP leurs comptes de résultats cantonaux pour deux ans et les données concernant leurs effectifs pour trois ans. En signant la remise des primes, la direction générale de l'assureur-maladie atteste que tous les paramètres déterminant les primes ont été budgétisés de manière conforme à la réalité.
- L'OFSP approuve uniquement des primes couvrant les coûts. Il entend par là des primes permettant à l'assureur de couvrir ses coûts, aussi bien sur l'ensemble de la Suisse que dans chacun des cantons de son domaine d'activité.
- Pour vérifier la capacité des primes à couvrir les coûts, l'OFSP se fonde sur le taux de prestations nettes en tenant compte du taux des coûts administratifs individuels, appelé également taux de coûts nets. La valeur-cible de ce taux se calcule comme suit :

$$\text{Valeur - cible} = \frac{100 \cdot (NL_k + \Delta Rst.k)}{P_k + RA_k + \Delta RgAbgr.RA_k} + \frac{100 \cdot VwK_{CH}}{P_{CH} + RA_{CH} + \Delta RgAbgr.RA_{CH}} \leq 100$$

Détails de la formule:

P_k	primes brutes cantonales, compte 300 canton
RA_k	redevances cantonales et contributions cantonales à ou de la compensation des risques, comptes 480, 481 canton
$\Delta RgAbgr.RA_k$	constitution et dissolution cantonales des comptes de régularisation pour la compensation des risques, compte 482 canton
NL_k	prestations cantonales nettes, comptes 400, 42 canton
$\Delta Rst.k$	constitution et dissolution cantonales des provisions pour cas d'assurance non liquidés, compte 450 canton
P_{CH}	primes brutes pour toute la Suisse, compte 300 CH
RA_{CH}	redevances et contributions à ou de la compensation des risques pour toute la Suisse, comptes 480, 481 CH
$\Delta RgAbgr.RA_{CH}$	constitution et dissolution des comptes de régularisation pour la compensation des risques pour toute la Suisse, compte 482 CH
VwK_{CH}	coûts administratifs pour toute la Suisse, comptes 50 et 51 moins compte 519 CH

La première fraction de cette formule, soit le taux de prestations nettes sans prise en compte du taux individuel des coûts administratifs, prend également en considération la constitution et l'utilisation des provisions pour cas d'assurance non liquidés. Elle est calculée pour chaque assureur dans chaque canton du rayon d'activité et est examinée par l'OFSP. Lors du calcul de la valeur-cible mentionnée, les coûts administratifs de l'assureur sont encore pris en compte en plus¹.

En outre, l'OFSP admet que les assureurs qui atteignent le niveau minimal des réserves selon le test de solvabilité LAMal considèrent dans la détermination des primes les revenus des placements pour autant qu'ils ne dépassent pas la moyenne des revenus des capitaux réalisés ces dix dernières années par la branche. Cette valeur se monte actuellement à 2.2 %. Pour un capital moyen, elle correspond à environ 1.0 % des primes, compensation des risques comprise.

- Aux termes de l'art. 61, al. 2, LAMal, l'assureur peut échelonner les montants des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Les augmentations de primes cantonales doivent être fixées de manière à se rapprocher autant que possible les taux de coûts nets cantonaux.

¹ Le taux des coûts administratifs est exprimé par simplification pour toute la Suisse en pour cent des primes, y compris la compensation des risques, et la constitution/l'utilisation des provisions pour la compensation des risques est calculée pour toute la Suisse également.

- Depuis le 1^{er} janvier 2012, les réserves exigées des assureurs-maladie et leurs réserves effectives sont calculées et évaluées à l'aide du test de solvabilité LAMal. Si un assureur ne remplit pas au 1^{er} janvier 2015 les exigences en matière de réserves découlant du test, il a encore deux ans (jusqu'au 1^{er} janvier 2017) pour constituer le capital nécessaire (voir l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de l'OAMal du 22 juin 2011). Le cas échéant, les réserves de sécurité minimales en vigueur jusqu'ici – soit 10 %, 15 % ou 20 % des primes à recevoir, selon l'effectif des assurés – doivent rester garanties jusqu'à ce que le niveau minimal calculé sur la base du test de solvabilité LAMal soit atteint.
- L'injection de fonds de l'AOS ou de l'assurance facultative d'indemnités journalières dans d'autres domaines d'assurance est interdite.
- Des provisions doivent être disponibles ou constituées pour les cas d'assurance non liquidés. Les besoins de chaque assureur dans les cantons où il exerce son activité, selon la meilleure estimation possible (= *best estimate*) demeurent déterminants pour l'appréciation.
- Lorsque les effectifs sont très petits, les coûts des assurés sont sujets à d'importantes variations et sont de ce fait très difficiles à estimer. L'OFSP recommande par conséquent aux assureurs qui entament leur activité dans un canton, ou qui ont dans un canton un effectif de moins de 300 assurés, de fixer leurs primes au moins au niveau de la prime minimale. Pour le calcul de cette dernière, l'OFSP se base sur la prime moyenne cantonale ou régionale de l'année précédente. Il y ajoute la moyenne géométrique cantonale des augmentations de primes des cinq dernières années, puis soustrait de ce résultat une valeur de tolérance. Les primes minimales calculées pour 2016 figurent dans l'annexe.
- Primes UE /AELE : les assureurs doivent calculer les primes selon les règles de l'art. 92b OAMal.

3. Réductions de primes

3.1 Réductions de primes liées aux régions

Art. 61, al. 2, LAMal / art. 91 OAMal

L'art. 61, al. 2, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) offre aux assureurs la possibilité d'échelonner les primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions de primes.

Selon l'art. 91 OAMal, la différence maximale entre les primes de l'assurance ordinaire avec la couverture du risque accident ne peut pas dépasser 15 % entre la région 1 et la région 2, et 10 % entre la région 2 et la région 3. Dans les cantons comptant deux régions de primes, seule la différence de 15 % entre la région 1 et la région 2 est applicable. Si un assureur propose, dans les régions 1 et 2 d'un canton comptant trois régions de primes, des primes identiques, la différence maximale entre la prime des régions 1 et 2, d'une part, et la prime de la région 3, d'autre part, est limitée à 10 %. S'il propose des primes identiques dans les régions 2 et 3, la différence maximale entre la prime de la région 1, d'une part, et la prime des régions 2 et 3, d'autre part, est limitée à 15 %.

Explications techniques :

- Les réductions liées aux régions de primes doivent être calculées en pourcentage.
- Elles peuvent être différentes d'un canton à l'autre.
- Les réductions maximales liées aux régions de primes sont uniquement valables pour l'assurance avec franchise ordinaire.

3.2 Réductions liées à l'âge

Art. 61, al. 3, LAMal

Selon l'art. 61, al. 3, LAMal, les assureurs doivent fixer, pour les assurés de moins de 18 ans (enfants), une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). Les assureurs ne sont pas autorisés à exempter complètement les enfants du paiement des primes². Les assureurs sont libres de tenir compte de la situation particulière des familles nombreuses et, par exemple, d'octroyer un rabais supplémentaire à partir du troisième enfant.

Selon l'art. 61, al. 3, 2^{ème} phrase, LAMal, les assureurs peuvent fixer une prime plus basse pour les jeunes adultes de 19 à 25 ans. Les assurés de cette catégorie d'âge ne constituent pas un groupe de risques spécifique, mais appartiennent à celui des adultes. Comme cette réglementation représente une disposition à caractère de politique familiale, les assureurs ne doivent pas fournir de motifs microéconomiques pour octroyer des réductions de primes aux jeunes adultes. La solidarité doit être garantie au sein du groupe de risques des adultes et les coûts totaux doivent être couverts au moyen des primes au sein de l'ensemble de ce groupe.

Explications techniques :

- Les réductions de primes liées à l'âge sont calculées en pourcentage.
- Elles peuvent être différentes d'un canton à l'autre.

3.3 Réductions liées aux franchises à option

Art. 62, al. 2, let. a, LAMal / Art. 90c et 95 OAMal

Les réductions de primes liées aux franchises à option sont réglées à l'art. 62, al. 2, let. a, LAMal, ainsi qu'aux art. 90c et 95 OAMal. La réduction de primes par année civile ne doit pas être plus importante que 70 % du risque de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée (art. 95, al. 2^{bis}, OAMal).

Dans son arrêt 9C_599/2007 du 18 décembre 2007 sur l'art. 90b OAMal, ordre des réductions de primes (consid. 4.1), le Tribunal fédéral a précisé qu'il s'agit ici d'une réduction en francs et non en pourcentage.

Explications techniques:

- Les réductions liées aux franchises à option doivent être calculées en francs, en tenant compte de l'art. 95, al. 2^{bis}, OAMal.
- Elles peuvent être différentes d'un canton à l'autre.
- Elles peuvent être différentes selon la catégorie d'âge (adultes, jeunes adultes, enfants, p. ex. à partir du 3^e enfant).

Les réductions liées aux franchises à option doivent être calculées de manière à ce que la réduction liée à la suspension de la couverture du risque accident soit toujours garantie et à ce que l'art. 90c OAMal (prime minimale) soit respecté. La fixation de primes dont le montant augmente si la franchise est plus importante n'est pas admissible, même dans les modèles avec choix limité du fournisseur de prestations.

² Cf. décision du Conseil fédéral du 22 octobre 1997, ch. 11, in RAMA 6/1997, p. 399 ss.

3.4 Réductions liées au choix limité des fournisseurs de prestations

Art. 41, al. 4, 62, al. 1 et 3, LAMal / art. 90c et 99 ss 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 particuliers 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. Lorsqu'on ne dispose pas encore de ces chiffres, les primes peuvent se situer au plus à 20 % au-dessous des primes de l'assurance ordinaire de l'assureur considéré (art. 101, al. 2 et 3, OAMal).

L'arrêt du TF cité ci-dessus précise que l'assurance ordinaire, selon la teneur et la systématique de l'OAMal, est celle qui tient compte de la région de primes et de la classe d'âge, mais ne prévoit pas une forme d'assurance particulière, donc pour laquelle il n'y a ni une franchise plus élevée, ni un choix limité des fournisseurs de prestations. La réduction maximale autorisée de 20 % se calcule, indépendamment du choix de la franchise, en pourcentage de la prime pour l'assurance avec la franchise ordinaire, et son montant en francs est toujours le même (pour une région de primes et une classe d'âge données) (consid. 4.3).

Les assureurs doivent fournir à l'OFSP les méthodes de calcul fondant les réductions de primes pour tous les modèles d'assurance proposés, ainsi que les chiffres empiriques fondant les réductions de primes pour les modèles proposés depuis plus de cinq ans. Dans sa circulaire n° 5.3 du 12 mai 2010, l'OFSP a défini pour la première fois des normes minimales pour la preuve des coûts au sens de l'art. 101, al. 3, OAMal. Il a également précisé que ces preuves doivent être fournies chaque année jusqu'au 30 juin. La circulaire n° 5.3 du 13 mars 2015 est applicable à la prochaine adaptation des primes.

L'OFSP se fonde entièrement, pour le contrôle des rabais accordés, sur les preuves des coûts fournies qui elles-mêmes doivent être conformes aux prescriptions légales.

Explications techniques :

- Les réductions liées au choix limité des fournisseurs de prestations doivent être calculées en francs.
- Elles peuvent être différentes selon le canton, la région de primes, la catégorie d'âge, le montant de la franchise et le modèle impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
- Les réductions liées au choix limité des fournisseurs de prestations doivent être calculées de manière à ce que la réduction liée à la suspension de la couverture du risque accident soit toujours garantie et à ce que l'art. 90c OAMal (prime minimale) soit respecté.

3.5 Réductions en cas de suspension de la couverture accidents

Art. 8 LAMal / art. 90c et 91a OAMal

Selon l'art. 8, al. 1, LAMal, la couverture du risque accidents peut être suspendue lorsque l'assuré est déjà couvert selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA). Dans un tel cas, les assurés bénéficient de la réduction mentionnée à l'art. 91a, al. 2, OAMal.

Selon l'art. 91a, al. 3, OAMal, les assureurs peuvent réduire, pendant la durée de la couverture accidents, les primes de l'AOS des personnes qui ont conclu par convention ou à titre facultatif une assurance selon la LAA.

Dans les deux cas, la réduction accordée lors de la suspension de la couverture accidents ne doit pas dépasser la part de la prime attribuée à la couverture de ce risque. Les coûts occasionnés par des accidents doivent en conséquence être couverts par la part de la prime qui correspond à la « partie accidents » dans l'AOS³. Les assureurs doivent ainsi fixer les rabais en fonction des « coûts accidents » de leur portefeuille d'assurés. L'art. 91a, al. 4, OAMal fixe la réduction maximale à 7 %.

Explications techniques:

- Les réductions liées à la suspension de la couverture du risque accident doivent être calculées en pourcentage.
- Les réductions liées à la suspension de la couverture du risque accident doivent être calculées conformément à l'art. 90c, al. 2, OAMal.

3.6 Prime minimale

Art. 8, et 62, al. 1 et 3, LAMal / art. 90c OAMal

La prime des formes particulières d'assurance visées aux art. 93 à 101 OAMal s'élève à 50 % au moins de la prime de l'assurance ordinaire, avec couverture des accidents, pour la région de prime et le groupe d'âge de l'assuré concerné (art. 90c, al. 1, OAMal).

S'il atteint la prime minimale, l'assureur a tout loisir de décider la réduction de primes (franchise / choix limité des fournisseurs de prestations) et le montant de la réduction qu'il va appliquer (sous réserve des autres prescriptions).

Cette prime minimale ne peut être atteinte qu'après une réduction de prime en cas de suspension éventuelle de la couverture accidents. Autrement dit, les assureurs doivent fixer les réductions de primes liées aux franchises à option et au choix limité des fournisseurs de prestations de telle manière qu'ils puissent encore accorder la réduction pour la suspension de la couverture accidents.

4 Communication des primes / police d'assurance

Art. 89 OAMal

Selon l'art. 89 OAMal, les assureurs doivent distinguer clairement, pour chaque assuré, les primes suivantes :

- primes de l'assurance obligatoire des soins, la part de la prime pour le risque d'accident devant être mentionnée séparément ;
- primes de l'assurance facultative d'indemnités journalières ;
- primes des assurances complémentaires ;
- primes des autres branches d'assurance.

De plus, les assureurs-maladie sont tenus de respecter les points suivants lors de l'établissement des polices d'assurance :

³ Cf. RAMA 1998, n° KV 23, p. 58, consid. 2a).

- Ils doivent mentionner que la contribution à la prévention des maladies selon l'art. 20, al. 1, LAMal est comprise dans le montant de la prime approuvée par l'OFSP et en préciser le montant.
- Le montant correspondant au remboursement des taxes environnementales n'est pas inclus dans la prime et doit donc être indiqué séparément, accompagné de la mention spéciale « Redistribution du produit des taxes environnementales à la population ». Le produit des taxes environnementales est redistribué par les assureurs AOS à part égales entre les personnes qui sont soumises à l'assurance obligatoire selon la LAMal durant l'année de redistribution et qui ont leur domicile ou leur résidence habituelle en Suisse. Pour les personnes qui n'ont été assurées que temporairement auprès d'un assureur pendant l'année concernée, les montants sont redistribués au prorata de la durée d'affiliation. Les assureurs déduisent les montants des primes exigibles durant l'année de redistribution. Pour toute information supplémentaire à ce sujet, l'OFSP renvoie aux accords passés entre les assureurs-maladie et l'Office fédéral de l'environnement (OFEV).

5 Innovations valables pour les primes 2016

Les données pour la présentation des primes seront à nouveau saisies, en 2015, dans l'application ISAK, dont le module Approbation des primes n'a pas subi de modifications notables par rapport à la version utilisée l'an dernier pour la collecte des primes. Une version – actualisée sur la base des expériences de l'année passée – du manuel indiquant aux assureurs comment saisir les primes dans ISAK sera disponible dès mai 2015 via le lien suivant :

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12690/index.html?lang=fr>

Art. 106a, al. 3 et 4, LAMal / art. 78b, al. 3, OAMal / art. 5 Ordonnance sur la correction des primes

Fin 2016, les assureurs devront verser à l'Institution commune LAMal, pour chaque personne assurée auprès d'eux au 1^{er} janvier 2016 et domiciliée en Suisse, une contribution de 33 francs (cf. art. 106a, al. 2, LAMal). Cette contribution doit être prélevée auprès des assurés, en 2016, sous la forme d'un « supplément unique » sur les primes, qui doit être approuvé par l'OFSP (art. 106a, al. 3 et 4, LAMal). Le législateur laisse aux assureurs une certaine marge de liberté pour l'aménagement de ce supplément. Néanmoins, l'assureur doit garantir l'égalité de traitement des assurés d'un même canton (art. 13, al. 2, let. a, LAMal). L'OFSP n'approuvera donc les suppléments uniques que si les conditions suivantes sont remplies :

1. Le supplément de prime unique est suffisant pour permettre à l'assureur de verser sa contribution à l'Institution commune LAMal au moyen des recettes ainsi produites.
2. Le supplément unique perçu sur les primes est identique pour tous les assurés d'un même canton (pas de différence de montant en fonction du modèle d'assurance choisi).

Les assureurs sont libres de prélever le supplément uniquement auprès des personnes qui sont assurées chez eux au 1^{er} janvier 2016, ou également auprès de celles qui rejoignent leur effectif en cours d'année. Mais ce point doit être clair pour ces dernières avant qu'elles demandent leur admission.

Les assureurs doivent présenter à l'OFSP d'ici au 31 juillet 2015 le supplément de prime prévu en même temps que les primes prévues pour 2016. L'OFSP établit à cette fin un formulaire à envoyer avec la demande d'approbation du supplément unique. Ils y indiqueront, par canton, le montant du supplément ainsi que le nombre prévu d'assurés auprès desquels il sera perçu l'an prochain. Attention : les primes AOS CH de la saisie ordinaire des primes via ISAK n'incluent pas le supplément unique.

La LAMal prévoit que les assureurs peuvent financer leur contribution par le biais des réserves si celles-ci sont excessives (art. 106a, al. 3). Pour cela, l'assureur doit prouver qu'il disposera de suffisamment de moyens l'an prochain pour prélever la contribution sur ses réserves. L'ordonnance du 12 septembre 2014 sur la correction des primes (RS 832.107.21) précise à l'art. 5, al. 4, que cette preuve doit être apportée conformément aux dispositions de l'art. 78b, al. 3, OAMal.

Une preuve n'est requise que si la contribution pour la correction des primes est financée au moyen des réserves. S'il dépose une demande en ce sens, l'assureur doit remettre en même temps à l'OFSP des variantes avec estimation de l'état des réserves au 31 décembre 2015 et prévision de leur niveau minimal au 1^{er} janvier 2016. Il faut toujours présenter trois variantes : celle qui est attendue, ainsi qu'une variante positive et une variante négative. Les valeurs extrêmes du passé (par exemple des dix dernières années) peuvent être utilisées à titre de variante positive et négative. Concrètement, l'OFSP exige les estimations suivantes :

- 1) réserves (en millions de francs) à fin 2015 selon l'évolution la plus probable.
- 2) réserves (en millions de francs) à fin 2015 en cas de détérioration inattendue de la situation (forte progression des coûts, évolution négative du marché).
- 3) réserves (en millions de francs) à fin 2015 en cas d'amélioration inattendue de la situation (faible progression des coûts, évolution positive du marché).
- 4) effectif d'assurés 2016, résultat d'exploitation 2016 et niveau minimal des réserves 2016 selon l'évolution la plus probable.
- 5) effectif d'assurés 2016, résultat d'exploitation 2016 et niveau minimal des réserves 2016 en cas de croissance inattendue de l'effectif (ou, le cas échéant, de départ de moins d'assurés que prévu).
- 6) effectif d'assurés 2016, résultat d'exploitation 2016 et niveau minimal des réserves 2016 en cas de départs inattendus d'assurés (ou, le cas échéant, de croissance de l'effectif nettement inférieure aux prévisions).

Le niveau minimal des réserves 2016 peut se calculer de façon simplifiée en multipliant le niveau minimal par tête selon le test de solvabilité de l'année précédente (2015) par l'effectif d'assurés (selon budget) de l'année comptable (2016) :

$$M(2016) = N(2016) \frac{M(2015) + E(2015)}{N(2015)} - E(2016)$$

Signification des symboles :

M(2015) désigne le niveau minimal des réserves selon le test de solvabilité 2015

M(2016) désigne l'estimation du niveau minimal des réserves selon le test de solvabilité 2016

E(2015) désigne le résultat 2015 *tel qu'il a été estimé au moyen du test de solvabilité*

E(2016) désigne le résultat d'exploitation attendu pour 2016

N(2015) et N(2016) désignent les effectifs moyens d'assurés attendus pour 2015 et 2016

Le versement de la contribution doit être comptabilisé en résultat, c'est-à-dire pris en compte dans E(2016) pour cette estimation, sauf si une provision pour la correction des primes a déjà été constituée en 2014.

Un renoncement au prélèvement du supplément unique est inadmissible si dans une des variantes les réserves à fin 2015 venaient à être inférieures au montant minimal des réserves 2016.

Les formulaires « annexe à la demande d'approbation du supplément unique » et « preuve pour le prélèvement de la contribution sur les réserves » seront disponibles dans ISAK sous forme d'annexe à la collecte des primes AOS CH 2016 et devront être transmis à l'OFSP dans le cadre de la collecte.

La présente circulaire remplace la circulaire 5.1 du 20 mai 2014 « Primes de l'assurance obligatoire des soins ».

Unité de direction Assurance maladie et accidents
Le responsable,



Oliver Peters

Surveillance de l'assurance
La responsable,



Helga Portmann

Annexe :
- Primes minimales 2016

Assurance obligatoire des soins en Suisse

Primes minimales recommandées 2016 dans les cantons où un assureur possède un effectif d'assurés inférieur à 300 personnes en 2015

Pour les adultes, avec la franchise ordinaire, avec couverture du risque accident

	Primes minimales 26+				
	1	2	3	0	
AG				381.00	AG
AI				317.00	AI
AR				351.00	AR
BE	473.00	419.00	392.00		BE
BL	448.00	412.00			BL
BS				531.00	BS
FR	405.00	367.00			FR
GE				494.00	GE
GL				354.00	GL
GR	361.00	333.00	318.00		GR
JU				416.00	JU
LU	390.00	360.00	344.00		LU
NE				413.00	NE
NW				329.00	NW
OW				342.00	OW
SG	404.00	369.00	356.00		SG
SH	402.00	375.00			SH
SO				393.00	SO
SZ				353.00	SZ
TG				366.00	TG
TI	422.00	394.00			TI
UR				341.00	UR
VD	451.00	424.00			VD
VS	357.00	332.00			VS
ZG				344.00	ZG
ZH	450.00	405.00	376.00		ZH

Base de calcul des primes minimales et maximales pour l'année 2016:

Primes cantonales et régionales moyennes de l'année 2015, augmentées de la moyenne géométrique des hausses de primes des années 2010 à 2015 du canton concerné.

On obtient ainsi une estimation de la prime moyenne pour 2016.

Ces primes ont été corrigées de -5%, mais au maximum de -20 francs, et arrondies.