



CH-3003 Berne
OFSP

Aux assureurs LAMal et à
leurs réassureurs

Circulaire n° :	5.1
Entrée en vigueur :	1^{er} juin 2020

Référence : 721.1-1/27
Notre référence : PHE
Collaborateur/trice spécialisé/e : PEF
Berne, le 8 avril 2020

Primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières

1. Introduction

La présente circulaire règle des questions d'ordre général concernant les primes de l'assurance-maladie sociale.

Elle résume les dispositions régissant les primes de l'assurance-maladie sociale et illustre la pratique de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le domaine de l'approbation des primes.

L'art. 16, al. 1, de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal) prévoit que les tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières sont soumis à l'approbation de l'autorité de surveillance, l'OFSP. Ils ne peuvent être rendus publics ni être appliqués avant leur approbation.

En vertu de l'art. 27, al. 1, de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (OSAMal), les assureurs soumettent à l'approbation de l'autorité de surveillance les tarifs de primes de l'AOS et leurs modifications au plus tard cinq mois avant leur application. Cette disposition s'applique par analogie aux primes de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières (voir art. 29 OSAMal).

L'OFSP expose aux paragraphes suivants les conditions à remplir pour la remise des primes. Si les conditions prévues ne sont pas remplies, il en informe les assureurs, qui ont alors la possibilité de procéder aux modifications nécessaires. Si, après information aux assureurs et réception des modifications, les conditions ne sont toujours pas respectées, les tarifs de primes ne sont pas approuvés et l'OFSP ordonne les mesures à prendre (voir art. 16, al. 4 et 5, LSAMal).

Remarque relative au coronavirus (COVID-19)

La crise du coronavirus nécessitera probablement des informations supplémentaires de la part des assureurs, par exemple concernant l'estimation des prestations. Des exigences plus détaillées sur ce sujet ainsi que les canaux utilisés pour la transmission des données seront communiqués ultérieurement.

Si, sur la base des documents remis par l'assureur, l'OFSP doute que les primes répondent aux exigences énoncées à l'art. 16 LSAMal, en particulier en ce qui concerne la solvabilité de l'assureur et la couverture des coûts, il peut approuver un tarif de primes pour une durée de moins d'une année, c.-à-d. pour quelques mois seulement (voir art. 27, al. 4, OSAMal). Dans ce cas, il exige de l'assureur qu'il précise la durée de l'approbation lorsqu'il publie ses tarifs (voir art. 16, al. 7, LSAMal et art. 27, al. 4, OSAMal). Le délai de remise des primes pour le reste de l'année est communiqué à l'assureur concerné. Le délai prévu à l'art. 7, al. 2, de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) doit dans tous les cas être respecté.

Modifications :

- Respect des délais, voir ch. 2.1
- Nouvelle formule de compensation des risques avec prise en compte des PCG, voir ch. 2.2 et 7
- CR selon l'année de traitement, pour l'année précédente et l'année en cours, y compris la ventilation du compte des provisions techniques 21010, voir ch. 2.2 et 6
- Risques plus élevés pour les assureurs disposant de réserves importantes, voir ch. 2.2
- « Unterjähriger Solvenztest », voir ch. 2.2
- Réduction volontaire des réserves excessives comprenant les assurés de l'AOS UE, voir ch. 5

2. Principes et pratique de l'approbation des primes

2.1 Généralités

L'OFSP vérifie que les tarifs de primes présentés par les assureurs garantissent la solvabilité de l'assureur et les intérêts des assurés et qu'ils couvrent les coûts (voir art. 16, al. 2 et 3, LSAMal).

Lorsqu'il vérifie les tarifs de primes, l'OFSP contrôle que les recettes estimées couvrent les dépenses estimées pour l'exercice annuel (art. 25, al. 1, OSAMal). Sont portés en déduction des dépenses les revenus attendus des capitaux qui doivent être ventilés entre les branches d'assurance selon une clé de répartition appropriée dans le compte de résultats (art. 25, al. 2, OSAMal). Est déterminant le rendement moyen obtenu durant les dix dernières années (rapport moyen entre les revenus des capitaux et les placements de capitaux ; art. 25, al. 4, OSAMal).

Lorsque les primes ne respectent pas les prescriptions légales, ne couvrent pas les coûts, dépassent les coûts de manière inappropriée ou entraînent des réserves excessives (voir art. 16, al. 4, LSAMal), l'OFSP n'approuve pas les tarifs.

La solvabilité des assureurs est vérifiée à l'aide du test de solvabilité LAMal. Ce test calcule les réserves minimales et les réserves disponibles des assureurs-maladie au début de l'année civile. Si ces dernières sont trop basses, la constitution de réserves suffisantes s'effectue au moyen des primes.

L'injection de fonds de l'AOS ou de l'assurance facultative d'indemnités journalières dans d'autres

domaines d'assurance est interdite. L'injection de fonds d'autres domaines d'assurance, de la holding, etc. dans l'AOS ou l'assurance facultative d'indemnités journalières est également interdite.

Durant la procédure d'approbation des primes, les assureurs sont priés de planifier leurs ressources de telle manière à ce que tous les délais fixés par l'OFSP puissent être respectés. Ceci concerne notamment les délais de réponse aux questions, de mise en œuvre des demandes de l'OFSP, ainsi que des saisies dans ISAK. En raison du calendrier serré lors de l'approbation des primes, le respect des délais prend une importance capitale.

2.2 Particularités de l'AOS Suisse

- Échelonnement des primes de l'AOS selon les cantons et les régions : l'art. 61, al. 2, LAMal, énonce que l'assureur échelonne les montants des primes selon les différences des coûts cantonaux. Des exceptions sont possibles uniquement pour les effectifs très peu importants (voir « petits effectifs »). L'assureur peut également échelonner les primes selon les régions (art. 61, al. 2^{bis}, LAMal ; voir ch. 3.1.1).
- Le Conseil fédéral a décidé en 2016 de réviser l'ordonnance sur la compensation des risques (OCOR) pour 2020 et, en particulier, de remplacer l'indicateur de morbidité « coût des médicaments au cours de l'année précédente » par un nouvel indicateur, les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG). Il faut donc remettre dans l'application ISAK un fichier supplémentaire avec les effectifs des PCG par canton. Les effectifs des PCG doivent être renseignés pour l'année précédente, l'année en cours et l'année suivante, de manière plausible. En cas de saisies non-plausibles, l'OFSP demande des corrections.
- L'OFSP relèvera en 2020 les primes (compte 300) par canton, région de prime et classe d'âge. Un fichier de saisie supplémentaire sera mis à disposition à cette fin dans ISAK. Les données serviront au calcul de la prime moyenne et à la vérification de la plausibilité des primes.
- Contrôle de la couverture des coûts : l'art. 16, al. 3, LSAMal précise que les primes de l'assureur doivent couvrir les coûts spécifiques des cantons. Autrement dit, il faut que les primes d'un assureur couvrent les coûts estimés aussi bien sur l'ensemble de la Suisse que dans chacun des cantons de son champ d'activité. Les primes doivent être fixées de sorte que les *combined ratios* cantonaux soient égaux entre eux, de façon que les cantons contribuent à parts égales au résultat. L'OFSP contrôle la couverture des coûts sur la base du *combined ratio*, dont le calcul est décrit au ch. 6. Il n'approuve ni les primes qui ne couvrent pas les coûts, ni les primes trop élevées. Pour l'examen de la couverture des coûts, l'OFSP prend en considération les revenus des capitaux visés au ch. 2.1. Il tient également compte de l'obligation éventuelle de constituer des réserves. Si une part importante des prestations est réassurée – par exemple pour le cas d'une réassurance en quote-part –, l'OFSP utilise pour évaluer le degré de couverture des coûts un *combined ratio* modifié, qui considère comme une dépense la différence entre le montant de la prime de réassurance et celui des prestations de réassurance attendues.
- Le contrôle de la couverture des coûts prend aussi en compte un *combined ratio* selon l'année de traitement précédente. Pour le calculer, l'OFSP prend les prestations brutes (compte 400) et les participations aux coûts (compte 4200), réparties entre les années de traitement précédentes (FRÜH BJ) et l'année de traitement en cours (LAUF BJ). Pour que ces indicateurs soient aussi parlants que possible, il faut saisir les données selon l'état connu au 31 mai de l'année en cours (2020) pour la projection des résultats de l'exercice en cours (abrégée par la suite par « projection ») et pour le budget de l'année suivante (2021). Il faut en outre reprendre la compensation des risques définitive de l'année précédente selon les indications de l'Institution commune.
- Un *combined ratio* de l'année de traitement en cours est désormais également utilisé pour vérifier la plausibilité des données saisies. À cette fin, l'OFSP utilise les estimations des assureurs des prestations nettes par année de traitement ainsi que de la compensation des risques sans résultats de liquidation des provisions des années précédentes.

Par conséquent, le compte des provisions techniques est désormais divisé entre les traitements effectués durant l'exercice comptable (BDAJ) et les traitements effectués avant l'exercice comptable (BVAJ). Les assureurs sont priés de saisir cette répartition uniquement pour la projection (2020) et pour le budget (2021). Cette répartition sera également introduite l'année prochaine pour les comptes annuels définitifs de 2020. En outre, afin que l'OFSP puisse calculer correctement les estimations de l'assureur sans résultats de liquidation des provisions, les assureurs sont priés de renseigner avec précision la ventilation de la compensation des risques entre le paiement d'acompte (AKTO) et le paiement final des années précédentes (SZLG). De plus amples détails sont donnés dans la section 6.

- Les assureurs sont priés d'expliquer en quelques mots le principe de la spécification des prestations bruts par groupe de coûts de l'année précédente, en cours et suivante ainsi que leur contrôle de plausibilité. A cette fin, la ligne « KomBruttoleistung CH » dans le formulaire « Ergebnisrechnung-Kommentar CH » doit être utilisée.
- En principe, les assureurs disposant de réserves élevées ou excessives doivent également soumettre des primes qui couvrent les coûts. Ceux-ci peuvent cependant prendre plus de risques, comparés aux assureurs disposant de moins de réserves, lors du calcul des primes requises. Ils sont ainsi en mesure de calculer des primes au plus juste. Toutefois, l'alignement des *combined ratio* cantonaux décrit ci-dessus doit toujours être respecté. De plus, les variantes du test de solvabilité en cours d'année pour les réserves disponibles au 1^{er} janvier 2021 doivent présenter un taux de solvabilité d'au moins 150 %. Les assureurs souhaitant calculer leurs primes au plus juste doivent l'indiquer dans le formulaire « Ergebnisrechnung-Kommentar CH ».
- En vertu de l'art. 14 LSAMal et de l'art. 12, al. 3, OSAMal, la demande d'approbation des primes présentée par les assureurs nécessite une estimation de la solvabilité pour l'année 2021. Le taux de solvabilité provisoire ainsi déterminé, qui sert à vérifier la solvabilité des assureurs, influe sur l'approbation des primes. Le formulaire « Unterjähriger Solvenztest » doit être rempli par les assureurs et remis à l'OFSP (pour plus d'informations, voir le manuel de l'utilisateur de l'application ISAK).
- Petits effectifs : lorsque les effectifs sont très peu importants, les coûts des assurés sont sujets à d'importantes variations et sont très difficiles à estimer pour l'assureur. C'est pour cette raison que, dans ce cas, les assureurs peuvent déroger au principe d'un échelonnement des primes selon les différences des coûts cantonaux (voir art. 61, al. 2, LAMal). On parle d'effectif très peu important lorsque les coûts d'un seul assuré ont une influence considérable sur les primes des assurés de l'effectif, notamment si celui-ci compte moins de 300 personnes (voir art. 91, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal]). L'OFSP examinera à l'aide des données individuelles anonymisées collectées (EFIND) dans quelle mesure des personnes peuvent exercer une influence considérable sur les primes pour des effectifs cantonaux comptant plus de 300 membres.
- Nouveaux assureurs, extension du champ d'activité : l'assureur qui débute son activité ou qui étend son champ territorial d'activité fixe ses primes de manière à ce qu'elles ne soient pas inférieures à un montant minimal déterminé (voir art. 91, al. 1^{bis}, OAMal). Les montants minimaux correspondent à la moyenne des primes de l'année précédente, donc à celles de 2020 pour les régions et les groupes d'âge concernés (voir art. 91, al. 1^{er}, OAMal). Ces montants figurent en annexe. L'OFSP recommande également aux assureurs qui comptent moins de 300 assurés dans un canton de fixer les primes à un niveau supérieur à ces montants.

2.3 Particularités de l'AOS UE

- Obligation de pratiquer l'AOS UE : les assureurs dont l'effectif AOS Suisse compte moins de 500 000 personnes pour l'année en cours et dont les effectifs d'assurés sont très peu importants dans les États en question peuvent être exemptés de tout ou partie de l'obligation de pratiquer l'assurance dans l'UE, en Islande ou en Norvège. La demande d'exemption doit être présentée à l'OFSP le 30 juin au plus tard (voir art. 4 OSAMal).
- Couverture des coûts : la fixation des primes UE est réglementée à l'art. 25, al. 3, OSAMal. Les primes des assurés domiciliés dans un État membre de l'UE, en Islande ou en Norvège doivent

couvrir les coûts engendrés pour l'assureur par les assurés de l'ensemble de ces États. Les primes doivent donc couvrir les coûts sur l'ensemble de l'UE, étant entendu que les revenus des capitaux visés au ch. 2.1 qui sont attribués à l'AOS UE peuvent être pris en considération. Ces dernières années, les effectifs d'assurés de l'AOS UE ont fortement augmenté. Les assureurs peuvent donc en principe estimer de façon plus précise les prestations attendues et les primes nécessaires. L'OFSP exige, le cas échéant, des assureurs qui ont des effectifs suffisamment importants des adaptations substantielles des primes afin que celles-ci couvrent les coûts.

- Dans le cas des travailleurs détachés (art. 4 OAMal) ainsi que des personnes relevant d'un service public et séjournant à l'étranger (art. 5 OAMal) qui sont domiciliés à l'étranger (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'UE/AELE), qui sont assujettis à l'assurance suisse et qui ont abandonné leur domicile en Suisse, les assureurs-maladie doivent prendre en charge l'intégralité des frais d'hospitalisation lors des traitements hospitaliers en Suisse. Les cantons ne peuvent pas être tenus de prendre en charge la part cantonale pour ce groupe de personnes, ce que l'assureur doit prendre en compte lorsqu'il calcule les primes comme l'y autorise l'art. 91, al. 2, OAMal.
- Échelonnement des primes selon les États : l'assureur prend en compte les différences de coûts entre les États pour fixer les primes applicables dans les différents pays. Il n'est par contre pas admissible de procéder à d'autres différenciations à l'intérieur d'un pays en constituant des régions de primes.
- Provisions : en vertu de l'art. 13 LSAMal, des provisions techniques doivent être constituées pour couvrir les coûts des traitements passés qui n'ont pas encore été facturés. Les besoins de chaque assureur dans les pays où celui-ci exerce son activité, selon la meilleure estimation possible, demeurent déterminants pour l'appréciation (= *best estimate*). Lors de la constitution de provisions pour l'AOS UE, il faut tenir compte du déroulement différé des prestations. Les frais de traitement des dossiers doivent être pris en compte dans la constitution des provisions.

2.4 Particularités de l'assurance facultative d'indemnités journalières

- Obligation de pratiquer l'assurance facultative d'indemnités journalières : conformément à l'art. 5, let. h, LSAMal, les assureurs qui proposent l'AOS ont l'obligation de pratiquer l'assurance facultative d'indemnités journalières. Les tarifs de primes de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières doivent être approuvés par l'OFSP (voir art. 16 LSAMal).
- Provisions : en vertu de l'art. 13 LSAMal, des provisions techniques doivent être constituées pour couvrir les coûts des prestations d'assurances passées qui n'ont pas encore été facturées. Les besoins de chaque assureur, selon la meilleure estimation possible (= *best estimate*), demeurent déterminants pour l'appréciation. Les frais de traitement des dossiers doivent être pris en compte dans la constitution des provisions. Si les primes sont échelonnées en fonction de l'âge d'entrée, la constitution de provisions de vieillissement doit être prévue.
- Couverture des coûts : les primes doivent couvrir les coûts, étant entendu que les revenus des capitaux estimés par l'assureur et qui sont affectés à l'assurance facultative d'indemnités journalières (assurance individuelle) peuvent être pris en compte (voir ch. 2.1).

3. Réductions de primes

3.1 Réductions de primes dans l'AOS

3.1.1 Réductions de primes liées aux régions

Art. 61, al. 2^{bis}, LAMal / ordonnance du DFI sur les régions de primes

L'art. 61, al. 2^{bis}, LAMal offre aux assureurs la possibilité d'échelonner selon les régions le montant des primes de l'AOS Suisse dans un canton. Le DFI délimite uniformément les régions ainsi que les différences de primes maximales admissibles fondées sur les différences de coûts entre les régions.

L'ordonnance du DFI sur les régions de primes (RS 832.106) énonce à l'art. 2 que si l'assureur échelonne les primes par régions, la différence entre les primes de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents ne peut dépasser les proportions suivantes :

- 15 % entre la région 1 et la région 2,
- 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 des primes identiques dans les régions 1 et 2 d'un canton comptant trois régions de primes, 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 d'un canton, 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 %.

Conformément à l'art. 1 de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes, les communes attribuées aux différentes régions sont définies dans l'annexe à l'ordonnance. En cas de fusions (interrégionales) de communes, l'ordonnance est adaptée au début de l'année suivante. Les adaptations prévues sont en outre publiées sur www.priminfo.ch. Les assureurs doivent les appliquer à partir du 1^{er} janvier de l'année concernée et les communiquer aux assurés à temps.

Explications techniques :

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

3.1.2 Réductions de primes liées à l'âge

Art. 61, al. 3, LAMal.

Conformément à l'art. 61, al. 3, LAMal, les assureurs doivent fixer, pour les jeunes adultes une prime plus basse que celle des adultes. Les primes des enfants doivent également être plus basses que celles des jeunes adultes. Les assureurs ne sont pas autorisés à exempter complètement les enfants du paiement des primes¹. Ils peuvent tenir compte de la situation particulière des familles nombreuses et accorder, par exemple, un rabais supplémentaire à partir du troisième enfant.

¹ Voir la décision du Conseil fédéral du 22 octobre 1997, dans RAMA 6/1997, p. 399 ss

3.1.3 Réductions de primes liées aux franchises à option

Art. 62, al. 2, let. a, LAMal / art. 93 à 95 OAMal / art. 90c OAMal

L'assurance avec franchises à option peut uniquement être proposée dans le cadre de l'AOS Suisse.

Conformément à l'art. 93, al. 1, OAMal, les échelons de franchise suivants s'appliquent :

- adultes et jeunes adultes : 500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs ;
- enfants : 100, 200, 300, 400, 500 et 600 francs.

La réduction de primes au titre de l'assurance avec franchise à option ne doit pas être plus importante que 70 % du risque de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée (voir art. 95, al. 2^{bis}, OAMal).

Dans son arrêt 9C_599/2007 du 18 décembre 2007 relatif à l'art. 90b OAMal, ordre des réductions de primes (consid. 4.1), le Tribunal fédéral a précisé qu'il s'agit 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.
- L'assureur peut proposer des franchises à option différentes aux adultes et aux jeunes adultes (voir art. 93, al. 1, OAMal, avant-dernière phrase).
- Les franchises à option proposées par l'assureur doivent s'appliquer à l'ensemble du canton (voir art. 93, al. 1, OAMal, dernière phrase).
- Les réductions liées aux franchises à option peuvent varier d'un canton à l'autre.
- Les réductions liées aux franchises à option peuvent varier selon le groupe d'âge (adultes, jeunes adultes, 1^{er} enfant, autres enfants).

La fixation de primes dont le montant augmente si la franchise est plus importante n'est pas admissible, même dans les modèles impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.

3.1.4 Réductions de primes liées au choix limité des fournisseurs de prestations

Art. 41, al. 4, et 62, al. 1 et 3, LAMal / art. 99 ss OAMal / art. 90c OAMal

L'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations peut uniquement être proposée dans le cadre de l'AOS Suisse (voir art. 101a OAMal).

Des réductions de primes liées à un choix limité des fournisseurs de prestations 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 leur rémunération. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de primes (voir art. 101, al. 2, OAMal).

Les dispositions de la circulaire n° 5.3 du 5 avril 2019 s'appliquent aux modèles impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations pour lesquels il existe des chiffres empiriques établis sur une période d'au moins cinq ans.

Les modèles impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations pour lesquels il n'existe pas de chiffres empiriques établis sur une période de cinq ans sont soumis aux exigences suivantes :

- 1) Les différences de coûts déterminantes pour les réductions de primes doivent résulter du modèle

et non pas de l'effectif des risques (art. 101, al. 2, OAMal).

- 2) Aux termes de l'art. 101, al. 3, OAMal, les réductions de primes ne doivent pas dépasser 20 % des primes de l'assurance ordinaire².

Pour répondre à l'exigence 1), le montant de la réduction de primes (A) doit être déterminé et la preuve de la réduction de primes (B) doit être apportée. Il existe deux possibilités correspondantes, qui peuvent être combinées entre elles.

A. Montant de la réduction de primes autorisée

- Le montant de la réduction de primes autorisée correspond au maximum aux économies de coûts moyennes ajustées de la branche de 14 % (des tarifs avec preuve des coûts selon la circulaire 5.3).
- Comparaison des réductions de primes avec les économies des modèles actuels. S'il peut être prouvé, par exemple, que le modèle implique plus de limitations qu'un modèle existant du même assureur (avec preuve des coûts selon la circulaire 5.3), un taux de rabais plus élevé est admissible. Le montant de la réduction de primes autorisée (en pourcentage) doit être soumis à l'OFSP jusqu'au 30 juin.

B. Preuve de la réduction des primes

- La réduction de primes moyenne du tarif est inférieure à la réduction des primes autorisée en pourcentage de la prime de base moyenne. Les moyennes de la réduction de primes sont calculées de manière pondérée selon les effectifs de risque détaillés. Conformément à l'annexe de la circulaire n° 5.3 (première section), celles-ci doivent être remises en même temps que l'indication des primes.
- La réduction de chaque prime du tarif est inférieure à la réduction des primes autorisée en pourcentage de la prime de base correspondante.

Lorsque des données empiriques existent pour au moins trois années, il est en outre possible d'apporter la preuve des coûts au sens de la circulaire 5.3 jusqu'au 30 juin.

L'exigence 2 doit dans tous les cas être remplie.

Explications techniques :

Les réductions liées au choix limité des fournisseurs de prestations peuvent varier selon le canton, la région de primes, le groupe d'âge, le montant de la franchise et le modèle impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.

3.1.5 Réductions de primes liées à une franchise à option en combinaison avec un choix limité des fournisseurs de prestations

Les dispositions mentionnées au ch. 3.1.3 concernant les réductions de primes liées aux franchises à option s'appliquent aussi aux modèles d'assurance dans lesquels un choix limité des fournisseurs de prestations est combiné avec des franchises à option (modèles combinés). Le rabais maximal admissible pour les franchises à option (voir art. 95, al. 2^{bis}, OAMal) s'applique aussi à l'intérieur de la forme d'assurance choisie.

² L'arrêt 9C_599/2007 du Tribunal fédéral du 18 décembre 2007 concernant l'art. 90b OAMal, ordre des réductions de primes (consid. 4.3) précise que, selon l'interprétation littérale et systématique de l'OAMal, l'assurance ordinaire est celle dans laquelle la région de primes et le groupe d'âge sont pris en compte, mais aucune forme particulière d'assurance n'est choisie, c.-à-d. une assurance qui ne comporte ni une franchise plus élevée ni la limitation du choix des fournisseurs de prestations.

3.1.6 Réductions de primes en cas de suspension de la couverture des accidents

Art. 8 LAMal / art. 91a OAMal

Aux termes de l'art. 8, al. 1, LAMal, la couverture du risque accidents peut être suspendue lorsque l'assuré est déjà entièrement couvert pour ce risque selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA). Dans ce cas, l'assuré bénéficie de la réduction de primes mentionnée à l'art. 91a, al. 2, OAMal.

L'art. 91a, al. 3, OAMal prévoit que les assureurs peuvent réduire, pendant la durée de la couverture des 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 des accidents ne doit pas dépasser la part de la prime attribuée à la couverture de ce risque. Les coûts occasionnés par des accidents doivent par conséquent 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 de primes en cas de suspension de la couverture des accidents peuvent être différentes d'un canton à l'autre.

3.1.7 Prime minimale

Art. 62, al. 1 et 2, et art. 3 LAMal / art. 90c OAMal

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

Si la prime atteint un niveau inférieur à la prime minimale, l'assureur décide librement de la diminution de la réduction de primes (sous réserve des autres prescriptions).

Cette prime minimale ne peut être atteinte qu'après une réduction de primes, suspension de la couverture des accidents incluse. Autrement dit, les assureurs doivent fixer les réductions de primes liées aux franchises à option et au choix limité des fournisseurs de prestations de manière à pouvoir encore accorder la réduction pour la suspension de la couverture des accidents (voir art. 90c, al. 2, OAMal).

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

3.2 Réductions de primes dans l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières

3.2.1 Échelonnement en fonction du délai d'attente

Art. 76, al. 2, LAMal

Si un délai d'attente est applicable au versement de l'indemnité journalière, l'assureur doit réduire les primes de manière correspondante (art. 76, al. 2, LAMal). Si différents délais d'attente sont proposés, les primes doivent être réduites pour les délais plus longs.

3.2.2 Réductions de primes en cas de suspension de la couverture des accidents

Art. 72, al. 1, LAMal

Si l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières est proposée aussi bien avec la couverture d'assurance complète (maladie, accidents et maternité) qu'avec une limitation de la couverture à la maladie et à la maternité, la prime pour cette dernière limitation doit être plus basse.

4. Communication des primes / polices d'assurance / publication des primes par l'assureur

Art. 89 OAMal

Conformément à l'art. 89 OAMal, les assureurs doivent distinguer clairement, pour chaque assuré, entre les primes :

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

De plus, les assureurs-maladie sont tenus de se conformer aux éléments suivants au moment d'établir les polices d'assurance :

- Ils doivent mentionner que la contribution à la prévention des maladies prévue à l'art. 20, al. 1, LAMal est comprise dans le montant de la prime AOS 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 parts 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, l'OFSP renvoie aux accords passés entre les assureurs-maladie et l'Office fédéral de l'environnement (OFEV).
- Un éventuel montant de compensation remboursé par l'assureur à ses assurés afin de réduire ses réserves est déduit de la prime approuvée par l'autorité de surveillance et indiqué séparément sur la facture de la prime (art. 26, al. 4, OSAMal).
- L'art. 16, al. 1, LSAMal, précise que les tarifs de primes de l'AOS et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières ne peuvent être rendus publics ni être appliqués avant leur

approbation. Si l'assureur publie le tarif de primes approuvé, il doit publier les primes de toutes les formes d'assurance qu'il pratique (voir art. 28 OSAMal). Une information complète de l'assuré et l'accès à l'ensemble des primes applicables ne sont possibles que si les modèles d'assurance sont publiés tels qu'ils sont approuvés par l'OFSP (c'est-à-dire tels qu'ils figurent dans le calculateur des primes officiel de la Confédération [www.priminfo.admin.ch]). Cela suppose que les assureurs rendent publics l'ensemble des modèles d'assurance proposés de manière équivalente, complète et différenciée en fonction de la dénomination du modèle et des primes correspondantes. Cela implique notamment de déclarer en toute transparence les écarts de prix entre les différents modèles et les restrictions (qui s'y rattachent) dans le choix des fournisseurs de prestations (p. ex. en présentant une liste des fournisseurs de prestations autorisés et en indiquant à quelle distance ils se trouvent du domicile de l'assuré). L'OFSP recommande également de nommer les modèles avec un choix limité de fournisseurs de prestations sans indication du rabais minimal, etc. L'art. 28 OSAMal s'applique par analogie aux primes de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières (voir art. 29 OSAMal).

5. Réduction volontaire des réserves excessives

Art. 26 OSAMal

En vertu de l'art. 26 OSAMal, les assureurs peuvent réduire volontairement leurs réserves si celles-ci risquent de devenir excessives. La réduction des réserves intervient sous la forme d'une compensation octroyée aux assurés. Le montant de la compensation doit être réparti entre les assurés dans le champ territorial d'activité de l'assureur selon une clé de répartition équitable fixée par l'assureur. A cet effet, il convient de noter que les assurés de l'AOS UE appartiennent également au champ territorial d'activité de l'assureur.

La réduction des réserves s'effectue selon un plan établi à cet effet. Le plan est présenté avec la proposition de primes de l'assureur le 31 juillet au plus tard. Il contient au moins les indications suivantes :

- niveau de la réduction des réserves prévue par année civile ;
- montants compensatoires à verser aux assurés dans les années suivantes ;
- manière de définir les assurés bénéficiant d'un montant compensatoire.

L'OFSP vérifie le plan de réduction des réserves et s'assure chaque année que les conditions permettant de réduire les réserves l'année suivante sont toujours réunies. Il se base à cet effet sur les indications de l'assureur figurant dans le test de solvabilité en cours d'année (pour plus d'informations, voir le manuel de l'utilisateur de l'application ISAK). Il approuve la réduction lorsque, après retenue des réserves à déduire, les variantes de ce test pour les réserves disponibles au 1^{er} janvier 2021 indiquent un taux de solvabilité d'au moins 150 %.

6. Calcul du *combined ratio*

$$\text{Combined ratio} = \left| \frac{\text{Charge d'assurance } c}{\text{Produit d'assurance } c} + \frac{\text{Charge d'exploitation CH}}{\text{Produit d'assurance CH}} \right|$$

- La charge d'assurance *c* désigne la valeur cantonale des « charges de sinistres et de prestations pour propre compte » (→ groupe de comptes 4 cantonal) ; sans compte 454
- le produit d'assurance *c* désigne la valeur cantonale des « primes acquises pour propre compte » (→ groupe de comptes 3 cantonal) ;
- la charge d'exploitation CH désigne la valeur suisse des « frais d'exploitation pour propre compte » (→ groupe de comptes 5 Suisse),
- le produit d'assurance CH désigne la valeur suisse des « primes acquises pour compte propre » (→ groupe de comptes 3 Suisse).

La première fraction de cette formule est le *claims ratio*. Il est calculé pour chaque assureur dans chaque canton de son champ d'activité. Pour la fixation des primes, le *claims ratio* est calculé hors constitution de provisions pour la compensation de recettes de primes trop élevées (compte 454). Les autres variations des provisions actuarielles (compte 45 à l'exclusion du compte 454) sont prises en considération dans le *claims ratio* et l'OFSP vérifie leur niveau. Pour évaluer les provisions, l'OFSP se base sur le taux de provision suivant :

$$r_t^* = \frac{R_{31.12.t}}{L_{t|t} + R_{31.12.t}}$$

où $R_{31.12.t}$ désigne les provisions constituées à la fin de l'année pour les sinistres non réglés (compte 21010) et $L_{t|t}$, les prestations nettes payées durant l'année *t* et survenues durant l'année *t* (*current year*, c.-à-d. année de traitement = année du décompte).

Le calcul du *combined ratio* prend également en compte le *cost ratio* de l'assureur à l'échelle de la Suisse.

Pour l'AOS UE, il faut utiliser le *combined ratio* avec les comptes correspondants, sachant que, conformément à l'art. 25, al. 3, OSAMal, les primes doivent couvrir les coûts sur l'ensemble de l'UE.

Pour l'année précédente, un *combined ratio* supplémentaire doit être calculé par année de traitement. À cette fin, l'OFSP utilise, pour déterminer les dépenses de l'assurance pour les prestations brutes (compte 40) et les participations aux coûts (compte 420), les valeurs cantonales des relevés suivants : FRÜH BJ 2020 + LAUF BJ 2019. De plus, les résultats de la compensation des risques définitive 2019 sont pris en compte. Les autres éléments de la formule correspondent aux groupes de coûts définis ci-dessus.

Un *combined ratio* pour l'année de traitement en cours est désormais également calculé. Contrairement au *combined ratio* pour l'année de traitement précédente, l'OFSP n'utilise pas, pour déterminer les dépenses de l'assurance, les valeurs cantonales des données FRÜH BJ 2021. L'OFSP utilise dorénavant les provisions techniques du bilan des traitements effectués durant l'exercice comptable courant (BDAJ 2020), ainsi que les dépenses de l'assurance pour l'année en cours (LAUF BJ 2020), soit BDAJ 2020 + LAUF BJ 2020. L'estimation des assureurs de la compensation des risques 2020 est également incluse et est calculée via 480 AKTO + 153 – 2700 (de l'année 2020). Les autres éléments de la formule correspondent aux groupes de coûts définis ci-dessus.

En raison du calcul de l'estimation de la compensation des risques indiquée ci-dessus, l'allocation du compte de la compensation des risques 480 entre paiement d'acompte (AKTO) et paiement final des années précédentes (SZLG) doit être saisie correctement. L'acompte doit être calculé selon l'art. 19, al. 1a, OCOR. Dans la mesure où la compensation des risques définitive de l'année 2019 aura déjà été publiée, le SZLG de la projection 2020, ainsi que l'AKTO de l'année budgétée 2021, sont également connus. De plus, les provisions pour la compensation des risques (comptes 153 et 2700) lors du calcul de la projection doivent correspondre au SZLG de l'année budgétée 2021, puisque les valeurs de la projection sont à estimer selon la meilleure estimation possible (= *best estimate*).

7. Documents à présenter

En vertu de l'art. 27, al. 2, OSAMal, l'OFSP définit les documents et informations à joindre aux tarifs de primes ainsi que les standards régissant leur transmission.

La saisie des données pour la remise des primes s'effectue dans l'application ISAK.

Dès fin juin 2020, le module « approbation des primes » de l'application ISAK proposera deux collectes pour les primes de l'AOS : l'une, pour les données en relation avec l'approbation des primes de l'AOS Suisse, l'autre, pour les données en relation avec l'approbation des primes de l'AOS UE. Les deux soumissions doivent fournir, outre l'ensemble des primes proposées pour 2021, les comptes de résultats cantonaux et les comptes de résultats pour chaque pays pour deux ans (projection 2020 et budget 2021), ainsi que les effectifs (moyens) détaillés pour trois ans (valeurs effectives 2019, projection 2020 et budget 2021). Dans cette dernière soumission, il faut distinguer les personnes avec des coûts des médicaments supérieurs de 5000 francs au cours de l'année précédente, des personnes avec coûts des médicaments inférieurs à 5000 francs. Ceci est nécessaire afin de pouvoir calculer la compensation des risques pour l'année 2019, à laquelle l'ancienne méthode de calcul de la compensation des risques s'applique. A partir de l'approbation des primes de 2021 (primes 2022), cette distinction ne sera plus demandée et le formulaire sera en conséquence adapté.

Depuis 2019 les primes (compte 300) par canton, région et classe d'âge, ainsi que les effectifs des PCG par canton, sont relevés dans des fichiers supplémentaires.

Les relevés suivants en lien avec l'approbation des primes seront disponibles dans le module « relevé ad hoc » de l'application ISAK :

- « Prämien TG 2021 » : relevé pour l'approbation des primes de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières (à présenter par tous les assureurs qui proposent l'AOS et par les assureurs qui proposent uniquement l'assurance facultative d'indemnités journalières).
- « EF MC 2020 » : preuve des coûts pour les réductions de primes concernant les formes d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (à présenter par tous les assureurs AOS proposant des modèles de ce type et pour lesquels des données empiriques existent depuis au moins cinq années comptables).
- « Risikobestand MC 2020 » : effectifs détaillés pour le calcul des réductions de primes admissibles pour les formes d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (à fournir obligatoirement pour les modèles nouvellement proposés dans l'année en cours ou l'année suivante, dans la mesure où ils ne présentent pas un taux de rabais constant [moins de 14 %], et facultativement pour tous les autres modèles).
- « Unterjähriger Solvenztest 2020 » : les assureurs AOS et les assureurs qui proposent exclusivement l'assurance d'indemnités journalières joignent à leur proposition de primes à l'intention de l'OFSP un test de solvabilité en cours d'année comprenant une estimation de l'évolution de la solvabilité pour l'année suivante.

Les relevés doivent être entièrement remplis ; leur structure ne doit pas être modifiée. La transmission des fichiers s'effectue par ISAK.

L'attestation de libération pour les primes de l'AOS Suisse, pour celles de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières et pour celles de l'AOS UE, lorsque cette dernière est proposée, doit être signée par le directeur et envoyée par courrier postal.

Il est aussi possible de l'envoyer sous forme électronique si le formulaire est muni d'une signature numérique juridiquement valable au moyen d'un SuisseID.

Concernant la saisie des primes dans ISAK, une version actualisée du manuel de l'utilisateur pour les assureurs sera disponible à partir de fin juin 2020 dans ISAK sous Aide / Support général / Approbation.

Les assureurs seront informés par courriel dès que les relevés seront disponibles dans ISAK pour la saisie des données.

La présente circulaire remplace la circulaire 5.1 « Primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières » du 5 avril 2019.

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 :

- Montants minimaux 2021

Annexe de la circulaire 5.1 du 8 avril 2020

Assurance obligatoire des soins

Montants minimaux des primes 2021 par région de primes et groupe d'âge

→ Pour les assurés avec la franchise ordinaire et couverture du risque accident

	Adultes			Jeunes adultes			Enfants					
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
AG	446.11				339.68				105.65			
AI	360.32				266.35				85.20			
AR	419.03				314.36				97.67			
BE		545.00	486.54	454.56		413.70	367.18	339.68		130.06	115.20	106.96
BL		538.93	495.43			406.99	367.65			130.43	118.00	
BS	605.35				458.86				146.79			
FR		487.33	441.68			375.33	337.92			115.08	103.83	
GE	601.81				477.77				142.78			
GL	419.39				321.11				94.79			
GR		441.22	411.86	386.17		342.04	321.82	305.68		106.17	98.86	92.54
JU	526.95				400.88				120.38			
LU		445.99	411.05	394.47		339.00	310.36	297.54		105.16	96.27	92.79
NE	547.52				427.06				126.52			
NW	386.05				292.19				93.09			
OW	397.58				299.58				94.17			
SG		465.30	430.70	415.49		350.96	324.99	310.48		110.91	100.95	97.52
SH		473.62	442.14			357.61	330.31			110.60	102.26	
SO	475.35				360.46				112.03			
SZ	414.00				307.85				97.11			
TG	432.96				323.93				103.85			
TI		531.60	500.79			392.25	368.66			123.94	118.00	
UR	382.48				290.12				90.88			
VD		549.15	517.36			425.14	403.90			136.48	128.13	
VS		461.06	410.08			362.23	323.59			107.01	93.65	
ZG	393.02				291.27				93.67			
ZH		521.29	468.84	436.11		400.56	355.26	327.57		128.13	113.64	105.48

Base des montants minimaux pour l'année 2021 : primes régionales standards 2020.