



CH-3003 Berne
OFSP

Aux assureurs LAMal et à
leurs réassureurs

Circulaire n°:	5.1
Entrée en vigueur:	1^{er} juin 2017

Référence :
Notre référence : FJA
Collaboratrice spécialisée : Janine Frey
Berne, le 12 avril 2017

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.

Selon l'art. 16, al. 1, de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal), 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).

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 rende publique la durée de l'approbation des tarifs avec la publication des 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.

Adaptation de la structure tarifaire TARMED : lors de la remise des primes, les assureurs ne tiennent pas compte des éventuels effets d'économie liés à la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie, actuellement en consultation. Si une répercussion de l'adaptation des structures tarifaires TARMED sur les coûts 2018 apparaît déjà plus clairement en août 2017, l'OFSP en tiendra compte dans le cadre de l'information aux assureurs. Par ailleurs, lors de la remise des primes, les assureurs sont priés d'indiquer dans le champ réservé aux commentaires leur estimation de l'influence qu'aura la structure tarifaire sur les coûts 2018, par canton ou pour tout le champ d'activité, si elle est adoptée conformément au projet mis en consultation.

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.

En cas de réserves trop basses, la constitution de réserves s'effectue par les primes.

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. Les assureurs joignent à leurs données d'approbation des primes à l'attention de l'OFSP une estimation des réserves disponibles au 1^{er} janvier 2018 et du niveau minimal des réserves en 2018 (voir art. 14 LSAMal, art. 12, al. 3, OSAMal et chiffre 5 Test de solvabilité en cours d'année).

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.

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. 2bis, LAMal ; voir chiffre 3.1.1).
- Contrôle de la couverture des coûts : selon l'art. 16, al. 3, LSAMal, les primes de l'assureur doivent couvrir les coûts spécifiques des cantons. C'est-à-dire 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. L'OFSP contrôle la couverture des coûts sur la base du combined ratio établi de la manière suivante :

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

Où :

- la charge d'assurance *c* désigne la valeur cantonale des « charges de sinistres et de prestations pour propre compte » (→ groupe de comptes 4 cantonal) ;
- 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 du champ d'activité. Le calcul du combined ratio prend également en compte le cost ratio de l'assureur à l'échelle de la Suisse.

L'OFSP n'approuve ni les primes qui ne couvrent pas les coûts, ni les primes trop élevées. Lors de l'examen de la couverture des coûts, l'office prend en considération les revenus des capitaux estimés par l'assureur et qui sont affectés à l'AOS Suisse (voir chiffre 2.1). Lors de l'examen de la couverture des coûts, l'OFSP tient 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. Ce dernier considère la différence entre le montant de la prime de réassurance et celui des prestations attendues de réassurance comme une dépense. Le calcul des primes cantonales doit viser une harmonisation des combined ratios cantonaux de manière à ce que les cantons contribuent à parts égales au résultat.

- 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 rendues anonymes qui ont été collectées (EFIND) dans quelle mesure des personnes peuvent exercer une influence considérable dans les 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. 1bis, OAMal). Les montants minimaux correspondent à la moyenne des primes de l'année précédente, donc à celles de 2017 pour les régions et les groupes d'âge concernés (voir art. 91, al. 1ter, 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 au-dessus de ces montants minimaux.
- 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 frais de l'assureur liés au traitement des factures en font également partie. Les besoins de chaque assureur dans les cantons où celui-ci exerce son activité, selon la meilleure estimation possible, demeurent déterminants pour l'appréciation (= best estimate).

Remarque : l'OFSP se base sur le taux de provision suivant pour évaluer les provisions :

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

$R_{31.12.t}$ désigne les réserves 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, survenues durant l'année t (*current year*, c.-à-d. année de traitement = année du décompte).

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 Etats 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 Etat 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 Etats. Les primes doivent donc couvrir les coûts sur l'ensemble de l'UE, étant entendu que les revenus des capitaux estimés qui sont attribués à l'AOS UE peuvent être pris en considération (voir chiffre 2.1).
- Echelonnement des primes selon les Etats : l'assureur prend en compte les différences de coûts entre les Etats pour fixer les primes applicables dans les différents pays. Il n'est par contre pas possible de procéder à d'autres différenciations de primes dans 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 : selon 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 traitements passés qui n'ont pas encore été facturés. Les besoins de chaque assureur, selon la meilleure estimation possible, demeurent déterminants pour l'appréciation (= best estimate). 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 chiffre 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. 2bis, LAMal / ordonnance du DFI sur les régions de primes

L'art. 61, al. 2bis, LAMal offre aux assureurs la possibilité d'échelonner régionalement le montant des primes de l'AOS Suisse dans un canton. Le DFI délimite uniformément les régions ainsi que les différences maximales admissibles de primes 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 %.

Selon 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

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 primes¹. Ils peuvent tenir compte de la situation particulière des familles nombreuses et accorder, par exemple, un rabais supplémentaire à partir du troisième enfant.

Selon l'art. 61, al. 3, 2^e phrase, LAMal, les assureurs peuvent fixer une prime plus basse pour les jeunes adultes de 19 à 25 ans. Les assurés de ce groupe d'âge ne constituent pas un groupe de risque spécifique, mais appartiennent au groupe des adultes. Comme cette réglementation est une disposition qui relève de la politique familiale, les assureurs ne sont pas tenus de motiver, d'un point de vue économique, les réductions accordées aux jeunes adultes. La couverture des coûts totaux doit dans tous les cas être garantie par les primes de l'ensemble du groupe de risque, c'est-à-dire par tous les assurés d'un canton.

Explications techniques :

- Les réductions de primes liées à l'âge peuvent varier d'un canton à l'autre.
- Si des primes sont proposées pour d'« autres » enfants, elles doivent être inférieures à celles des primes « normales » pour enfants.

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.

Selon l'art. 93, al. 1, OAMal, les degrés de franchises 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. 2bis, OAMal).

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

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. 2bis, OAMal.
- L'assureur peut proposer des franchises à option différentes aux adultes et 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 l'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 avec un choix limité de fournisseurs de prestations.

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

Art. 41, al. 4, art. 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 particuliers 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 13 mars 2015 s'appliquent aux modèles avec 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 avec 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) Selon l'art. 101, al. 3, OAMal, les réductions de primes ne doivent pas dépasser 20 % des primes de l'assurance ordinaire².

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.

Pour répondre à l'exigence 1) les assureurs disposent des options suivantes :

- a) Les réductions de primes de toutes les primes du tarif sont inférieures à 14 % des primes de base correspondantes, c.-à-d. inférieures à la moyenne de la branche des économies moyennes ajustées pour tenir compte du risque des tarifs avec preuve des coûts selon la circulaire 5.3.
- b) La réduction de primes moyenne du tarif est inférieure à 14 % de la prime de base moyenne. Les moyennes de la réduction de primes et de la prime de base doivent être calculées de manière pondérée selon les effectifs de risque détaillés. Si moins de deux ans se sont écoulés depuis l'introduction du modèle, les effectifs de risque détaillés doivent être envoyés en même temps que la demande d'approbation des primes, conformément à l'annexe de la circulaire 5.3 (premier paragraphe).
- c) Comparaison des rabais avec les économies des modèles actuels au cours des quatre premières années depuis l'introduction du modèle. 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.
- d) Preuve des coûts au sens de la circulaire 5.3 qui se base sur au moins trois exercices clôturés.

Les preuves pour les options c) ou d) doivent être remises à l'OFSP 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 sous chiffre 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 maximum admissible pour les franchises à option (cf. art. 95, al. 2bis, OAMal) s'applique aussi à l'intérieur de la forme d'assurance choisie.

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

Art. 8 LAMal / art. 91a OAMal

Selon 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.

Selon l'art. 91a, al. 3, OAMal, 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.

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.

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

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

Art. 89 OAMal

Selon 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 selon 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 diminuer des 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).
- Selon l'art. 16, al. 1, LSAMal, 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 (cf. art. 28 OSAMal). L'art. 28 OSAMal s'applique par analogie aux primes de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières (cf. art. 29 OSAMal).

5. Test de solvabilité en cours d'année

Art. 14 LSAMal / art. 12, al. 3, OSAMal

L'OSAMal prévoit que les assureurs joignent à leur demande d'approbation des primes une estimation actualisée de leur solvabilité. Le taux de solvabilité provisoire permet de vérifier la solvabilité d'un assureur ; il est pris en considération lors de l'approbation des primes. Les variantes d'estimations, à établir également, interviennent en particulier lors de l'examen du plan de réduction des réserves dans l'optique d'une éventuelle réduction volontaire des réserves. Tous les assureurs qui proposent l'AOS doivent remplir le formulaire « test de solvabilité en cours d'année ».

Pour les assureurs qui proposent exclusivement l'assurance d'indemnités journalières, l'OFSP renonce à relever systématiquement les taux de solvabilité provisoires. Cependant, si l'un d'entre eux envisage de réduire ses réserves, il doit lui aussi calculer son taux de solvabilité 2018 provisoire. Etant donné que la procédure prévue dans le cadre du formulaire « test de solvabilité en cours d'année » ne s'applique que sous condition aux assureurs proposant exclusivement l'assurance d'indemnités journalières, ceux-ci doivent calculer et transmettre à l'OFSP les trois variantes décrites ci-dessous dans le template du test de solvabilité LAMal.

Le formulaire « test de solvabilité en cours d'année » permet d'estimer l'état des réserves au 1^{er} janvier 2018 et de faire des prévisions quant au niveau minimal des réserves 2018. Trois variantes doivent être présentées : « variante attentes », « variante optimiste » et « variante pessimiste ». Les valeurs extrêmes des années précédentes (par exemple des dix dernières années) peuvent être utilisées pour calculer les variantes optimiste et pessimiste. Celles-ci doivent présenter des écarts plus ou moins identiques vers le haut et vers le bas. La variation du résultat d'exploitation 2018 doit être supérieure à celle du résultat d'exploitation 2017 du fait d'une plus grande incertitude liée aux résultats 2018. Les hypothèses sur lesquelles se fondent les variantes optimiste et pessimiste doivent être justifiées.

Le formulaire et les estimations demandées sont décrits de manière circonstanciée dans le manuel de l'utilisateur pour les assureurs concernant la saisie des primes dans ISAK.

Le formulaire « test de solvabilité en cours d'année » est proposé comme relevé ad hoc dans l'application ISAK ; il doit également être transmis à l'OFSP par ce biais.

Les assureurs pour lesquels la méthode simplifiée qui est décrite n'est pas adéquate peuvent établir et remettre à l'OFSP – avec la demande d'approbation des primes - trois variantes d'un test de solvabilité complet (jour de référence : le 1^{er} janvier 2018).

6. Réduction volontaire des réserves excessives

Art. 26 OSAMal

Selon l'art. 26 OSAMal, les assureurs peuvent réduire 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.

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

- des informations sur la réduction des réserves prévue par année civile,
- des informations sur les montants compensatoires à verser aux assurés dans les années suivantes,
- des informations sur la 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. Il approuve la réduction lorsque, après retranchement des réserves à déduire, la variante pessimiste de ce test pour les réserves disponibles au 1^{er} janvier 2018 atteint un taux de solvabilité d'au moins 150 %.

7. Documents à présenter

Selon 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 2017, le module approbation des primes de l'application ISAK proposera deux relevés pour les primes de l'AOS : l'un, 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 relevés doivent fournir, outre l'ensemble des primes proposées en 2018, les comptes de résultats cantonaux, resp. les comptes de résultats pour chaque pays pour deux ans (extrapolation 2017 et pronostic 2018), ainsi que des effectifs détaillés (effectifs moyens) pour trois ans (valeurs effectives 2016, extrapolation 2017 et pronostic 2018).

Les relevés de données ont subi les modifications suivantes par rapport à la version utilisée l'année précédente.

Les relevés de données « Ergebnisrechnung CH » et « Ergebnisrechnung EU » ont été adaptés au plan comptable, qui a été utilisé pour la première fois pour le relevé du compte annuel 2016 provisoire et définitif. De plus, pour la compensation des primes encaissées en trop (cf. circulaire 5.5) et la réduction volontaire des réserves excessives (cf. chiffre 6), les comptes correspondants ont été intégrés à l'extrapolation 2017 et au pronostic 2018. Ces comptes sont introduits pour le relevé du compte annuel 2017 provisoire et définitif.

Les effectifs moyens de l'AOS CH font l'objet d'une nouvelle répartition dans les 62 groupes de risque de la compensation des risques affinée dans le fichier « Risikobestand CH ».

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

- « Prämien TG 2018 » : 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 2017 » : preuve des coûts pour les réductions de primes concernant les assurances avec un choix limité de fournisseurs de prestations (à présenter par tous les assureurs AOS qui proposent des modèles d'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations pour lesquels des données empiriques existent depuis au moins cinq années comptables).
- « Risikobestand MC 2017 » : effectifs détaillés pour le calcul des réductions de primes admissibles pour les assurances avec un choix limité de fournisseurs de prestations (à fournir obligatoirement pour les modèles qui sont nouvellement introduits 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 %), fourniture facultative pour tous les autres modèles).
- « Unterjähriger Solvenztest 2017 » : les assureurs AOS 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 des réserves pour l'année suivante. Pour les assureurs qui proposent exclusivement l'assurance d'indemnités journalières, l'OFSP renonce à relever systématiquement les taux de solvabilité provisoires. Si un assureur proposant exclusivement l'assurance d'indemnités journalières envisage de réduire ses réserves, il doit calculer au moyen du template du test de solvabilité LAMal les trois variantes et les transmettre à l'OFSP.

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.

Concernant la saisie des primes dans ISAK, une version actualisée du manuel de l'utilisateur pour les assureurs est disponible à partir de fin juin 2017 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 » du 16 mars 2016.

Responsable de l'Unité de direction
Assurance maladie et accidents



Thomas Christen
Vice-directeur
Membre de la Direction

Division Surveillance de l'assurance
La Cheffe



Helga Portmann

Annexe :

- Montants minimaux 2018