



CH-3003 Bern
OFSP

Aux assureurs-maladie et à leurs réassureurs

Circulaire n° :	5.3
Entrée en vigueur :	1^{er} juin 2013

Référence/Numéro de dossier:
Notre référence: ZER
Dossier traité par: Buj, TRO
Berne, le 17. mai 2013

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

1. Introduction

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

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

Aux termes de l'art. 101, al. 2, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), des réductions de primes ne sont admises que pour les différences de coûts qui résultent du choix limité des fournisseurs de prestations ainsi que du mode et du niveau 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'il n'existe pas encore de tels 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. 3, OAMal).

Est réputée ordinaire l'assurance pour laquelle la région de primes et la classe d'âge sont prises en compte, mais aucune forme particulière d'assurance (art. 62 LAMal et art. 93 à 101a OAMal) n'a été choisie, donc une assurance qui ne prévoit ni une franchise plus élevée, ni un choix limité des fournisseurs de prestations. Lorsque l'art. 101, al. 3, OAMal, limite la réduction de prime à 20 % de la prime

pour l'assurance ordinaire, il entend par là 20 % de la prime pour l'assurance avec la franchise annuelle légale (voir l'arrêt du Tribunal fédéral du 18 décembre 2007, 9C_599/2007, consid. 4.3).

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

2. Normes minimales relatives à la méthode

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

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

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

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

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

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

Selon les évaluations des années passées, les économies estimées ont présenté d'importantes variations. Afin de les réduire, il est possible d'agréger les plus grands collectifs d'assurés. Les différences de coûts d'un modèle d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations doivent être calculées en tant que valeurs moyennes pour toutes les régions de primes du domaine d'activité, et être présentées comme données communes de différences des coûts (avec la même Authentification_ID des preuves de coûts). Les modèles peuvent être regroupés dans la même preuve des différences de coûts pour autant qu'ils soient de même type, aient la même coresponsabilité budgétaire, et que leurs économies de coûts ne se distinguent pas significativement l'une de l'autre (2 écarts standard d'après le chapitre 5 de l'annexe). Les différences constatées par rapport à ce principe doivent être justifiées. Par exemple, un assureur peut regrouper différents petits modèles HMO avec coresponsabilité budgétaire ou aussi des modèles HAM sans coresponsabilité budgétaire. L'important pour le regroupement est que l'organisation des modèles présente les mêmes mécanismes générateurs d'économies.

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

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

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

Les rabais retenus par les assureurs pour les modèles d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations ne devraient donc pas être plus élevés que le rabais R_{\max} calculé dans le chapitre 5 de l'annexe. Afin de permettre la mise en conformité des rabais de prime actuellement trop élevés, il est prévu d'accorder un délai de transition. Ainsi, les prescriptions devront être respectées au plus tard avec les primes 2016 et suivantes. Ici, il convient de noter que la méthode proposée a tendance à surestimer les économies de coûts et les rabais de prime².

Ces dernières années, plusieurs assureurs ont modifié le formulaire standard proposé en y incluant des modifications. Certaines de ces modifications ont été retenues et incluses dans la présente circulaire. Etant donné que les données sont importantes principalement pour la procédure d'approbation des primes, nous vous prions de remplir dès lors les formulaires définis sans modifier leurs formes, afin que les données puissent être reprises automatiquement et être exploitées telles quelles. Les données doivent être transmises électroniquement avec le format Excel. Le rapport et la page de garde du formulaire signée doivent être transmis par courrier sous forme papier.

3. Modifications importantes pour le calcul des rabais de primes

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

- Le chapitre 5 de l'annexe présente un critère pour la détermination du rabais maximal.
- Les prescriptions de la circulaire concernant les rabais devront être appliquées par les assureurs d'ici au terme du délai transitoire (Primes 2016).
- La détermination des coûts est, de manière analogue à la compensation des risques, établie sur la base de la date du traitement.
- Une nouvelle catégorie de risque « décès au cours de l'année d'analyse » est introduite.

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

- Les mois assurés sont dorénavant relevés au lieu de relever le nombre d'assurés (voir annexe).
- Afin de pouvoir déterminer les rabais de primes effectifs autorisés, une prime de comparaison fictive est introduite. Celle-ci correspond à la prime des assurés avec un modèle d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations sans les rabais de ces modèles d'assurance (voir annexe).
- Les preuves de différences de coûts concernent uniquement les assurés ayant leur domicile en Suisse et ne prend pas en compte les modèles d'assurance avec bonus.

4. Délais

Les preuves des différences de coûts doivent être commentées et justifiées par des chiffres. Les preuves et les indications complémentaires doivent être fournies chaque année à l'OFSP avant l'approbation des primes, par écrit et par voie électronique, pour le 30 juin de chaque année.

La présente circulaire remplace la circulaire 5.3 du 1^{er} mai 2011 "Forme particulière d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations : preuve des différences de coûts".

Unité de direction Assurance maladie et accidents
La cheffe ad interim



Sandra Schneider

Surveillance de l'assurance
La cheffe



Helga Portmann

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

Pour l'enregistrement des données, l'OFSP met à disposition un formulaire (Formulaire EF MC pour l'assurance-maladie) sur son site Internet, qui doit être utilisé pour l'envoi des données <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/05431/index.html?lang=fr>.

1 Informations relatives à la feuille « Page de garde »

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

2 Informations relatives à la feuille « Modèles »

La feuille « Modèles » contient des données et des descriptions des modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations. Tous ces modèles d'assurance doivent apparaître dans cette feuille. Selon la section 2 de la circulaire, des modèles similaires (voir « sorte de modèle » ci-dessous) peuvent être présentés conjointement dans une même preuve de coûts.

Le Formulaire contient pour tous les modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations les informations suivantes :

- N° OFSP de l'assureur
- Nom de l'assureur
- Sorte de modèle. Les différents types sont :
 - HAM_RDS_A Modèles sans contrat entre assureur et fournisseur de prestations, p. ex., listes de médecins
 - HMO_A Médecin de famille, réseau de soins et HMO avec contrat entre assureur et fournisseur de prestations **sans** coresponsabilité budgétaire
 - HMO_B Médecin de famille, réseau de soins et HMO avec contrat entre assureur et fournisseur de prestations **avec** coresponsabilité budgétaire
 - DIV A Autres modèles d'assurance comme Téléphone avec contrat entre assureur et prestataire **sans** coresponsabilité budgétaire
 - DIV_B Autres modèles d'assurance comme Téléphone avec contrat entre assureur et prestataire **avec** coresponsabilité budgétaire

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

- Nom du modèle d'assurance
- Authentification_ID : Pour chaque preuve de coûts saisie, il convient d'attribuer une authentification_ID unique. Les modèles d'assurance similaires, pour lesquels une preuve de coûts commune est saisie, se voient attribuer la même authentification.
- Zone d'activité du modèle d'assurance en tant que région de prime (un ou plusieurs), p. ex., AG0, BE1 ou ZH3
- Date d'introduction
- D'autres remarques comme, p. ex., description de la façon dont le modèle produit les économies réalisées ou informations sur la coresponsabilité budgétaire

3 Informations relatives à la feuille « Données »

Les données de la feuille « Données » doivent être renseignées, pour les cinq dernières années, pour toutes les classes de manière exhaustive, c'est-à-dire également pour les classes qui, pour des raisons d'effectif trop faible ne sont pas considérées dans l'évaluation. La feuille peut être réduite au ni-

veau du domaine d'activité (régions de primes) des modèles d'assurance. Il est accepté de transmettre une feuille contenant les informations successives de différentes preuves de différences de coûts ou différentes années.

La feuille « Données » contient les rubriques suivantes :

3.1 Identification des preuves de coûts

L'identification des preuves de coûts doit contenir les informations « année », « authentication_ID » et « sorte de modèle ». Les informations « authentication_ID » et « sorte de modèle » doivent correspondre avec les informations de l'onglet « Modèles ».

3.2. Classes (ne doit pas être complété)

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

3.3 Données des modèles d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations

- NMC_k Nombre d'assurés correspondant à la somme des mois d'assurance dans la classe k divisée par 12.
- LMC_k Somme des prestations nettes de tous les assurés dans la classe k, c.-à-d. $LMC_k = \sum_i LMC_{k,i}$, bien que $LMC_{k,i}$ corresponde au total des prestations nettes payées durant l'année de traitement pour les assurés i pendant l'année considérée (état lors du transfert des données).
- QMC_k Somme des carrés des prestations nettes pour tous les assurés dans la classe k, c.-à-d. $QMC_k = \sum_i LMC_{k,i}^2$
- PMC_k Somme des primes (sans pertes de primes) de tous les assurés dans la classe k. Les primes regroupent l'ensemble des différents rabais accordés, par ex. pour le choix des franchises ou la suspension de l'assurance-accidents.
- $PMC0_k$ Somme des primes (sans pertes de primes) de tous les assurés dans la classe k analogue à la prime PMC_k mais **sans** les rabais des modèles d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. La différence entre cette prime fictive et la prime PMC représente le rabais de primes effectif autorisé.

3.4 Données de l'assurance de base

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

4 Valeur moyenne des coûts et des primes

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

Assurés auprès de modèles d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations

Le nombre pris en considération dans l'évaluation des assurés NMC , la valeur moyenne de leurs coûts A et la variance de A , la prime moyenne PA et la prime $PA0$ s'expriment avec les équations sui-

vantes :

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

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

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

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

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

Assurés auprès de modèles d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations dans le cas où une assurance de base aurait été contractée

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

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

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

Economies de coûts non dues à des structures de risques favorables

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

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

$$\text{Var}(B - A) \leq \text{Var}(A) + \text{Var}(B)$$

5 Réductions maximales de primes autorisées

Le calcul du rabais maximal R_{\max} s'effectue en considérant les économies des coûts non-dues à des structures de risques favorables (B - A) et la variation due au hasard (deux écarts-types)

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

Il convient de respecter R lors de la détermination des rabais :

$$R = PA0 - PA \leq R_{\max}$$