



CH-3003 Berne
OFSP

Aux assureurs LAMal et à
leurs réassureurs

Circulaire n° :	5.1
Entrée en vigueur :	1^{er} juin 2022

Référence : 721.1-1/32
Notre référence : MUP
Collaborateur/trice : PEF
Berne, le 3 mai 2022

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.

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

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 (art. 27, al. 1, de l'ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale [[OSAMal](#)]), soit jusqu'au 31 juillet. 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 art. 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 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.

Remarque relative au coronavirus (COVID-19)

La remise des primes de cette année considère les exercices 2021, 2022 et 2023, autrement dit trois années influencées par la pandémie de COVID-19. Si les assureurs se fondent pour ces années sur des hypothèses particulières, celles-ci, tout comme leurs conséquences financières, doivent être précisées dans le fichier « Ergebnisrechnung-Kommentar CH », à la ligne « KomBruttoleistung ». Les effets de rattrapage et les frais de vaccination en font notamment partie.

Modifications

Sujet	Résumé	Renvoi
Revenu net des capitaux	Exposé des étapes de calcul du montant maximal du revenu net des capitaux pouvant être déduit des primes.	Ch. 2.2
Test de solvabilité en cours d'année	Description des exigences visant à améliorer la qualité des données.	Ch. 2.2
Différences maximales de primes entre les régions Mutations dans les communes	Les différences maximales de primes entre les régions varient désormais par canton. L'annexe de l'ordonnance sur les régions de primes est publiée dorénavant sous forme de tableau Excel.	Ch. 3.1.1
Communication Publication	Dispositions précisées concernant la communication et la publication.	Chap. 4
Réduction des réserves	Précisions concernant les conditions et le volume minimal du « calcul au plus juste », le contenu de la demande, la comptabilisation, la publication des primes et leur présentation dans priminfo.ch.	Chap. 4 Chap. 5
« Calcul au plus juste »	Dispositions complémentaires concernant le volume maximal et la publication.	Chap. 5
Formulaire de relevé « Ergebnisrechnung-Kommentar CH »	Nécessité de fournir des explications complémentaires, notamment concernant l'outil « Calcul au plus juste » et la prise en compte du revenu net des capitaux.	Chap. 5 Chap. 7
Formulaire de relevé « Ergebnisrechnung CH »	Contrôles automatiques supplémentaires de l'OFSP pour la compensation des risques.	Chap. 6
Effectifs détaillés	Saisie obligatoire de l'effectif par prime pour l'année en cours dans un relevé ad hoc.	Chap. 7
Emplacements des HMO	Le champ d'activité des modèles HMO est saisi dorénavant de manière analogue à celui du modèle du médecin de famille (HAM).	Chap. 7

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 (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, l'OFSP n'approuve pas les tarifs (voir art. 16, al. 4, [LSAMal](#)).

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.

2.2 Particularités de l'AOS Suisse

Échelonnement des primes de l'AOS CH 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](#)).

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 de l'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, afin 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 [chap. 6](#). Il n'approuve ni les primes qui ne couvrent pas les coûts, ni les primes trop élevées.

Lors de son contrôle de la couverture des coûts, l'OFSP 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 utilise 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, la saisie lors de la projection (c.-à-d. FRÜH BJ en 2022) doit être réalisée sans date de référence pour la déduction. Les valeurs peuvent donc être extrapolées en tenant compte des connaissances les plus récentes. Il faut par ailleurs reprendre la compensation des risques définitive de l'année précédente selon les indications de l'Institution commune.

Un *combined ratio* selon l'année de traitement pour l'année en cours et pour l'année suivante (budget) est également calculé pour vérifier la plausibilité des données saisies. À cette fin, l'OFSP utilise les estimations des assureurs pour les prestations nettes par année de traitement ainsi que la compensation des risques sans résultats de liquidation des provisions des années précédentes.

Par conséquent, le compte des provisions techniques est divisé entre les traitements effectués durant l'exercice comptable (BDAJD) et les traitements effectués avant l'exercice comptable (BVAJD), ainsi que les *Unallocated Loss Adjustment Expenses* pour frais de traitement des sinistres (ULAE).

Si des taux de provisions (cf. [chap. 6](#) pour la définition) globalement similaires et comparables avec le relevé EF ABWD ne sont pas présentés au niveau cantonal, les raisons actuarielles doivent être indiquées dans le formulaire « Ergebnisrechnung-Kommentar CH » à la ligne « KomRückstellungen ». 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 sur ces points sont donnés au [chap. 6](#).

Prise en compte du revenu net du capital

Concernant la prise en compte du revenu net des capitaux conformément à l'art. 25, al. 2, [OSAMal](#), l'OFSP a constaté que les assureurs ne l'ont souvent inclus que partiellement dans la présentation des primes de l'an dernier. En relation avec les gains constants de la branche sur les marchés des capitaux¹, l'OFSP attire à nouveau leur attention sur cette possibilité. Toutefois, le réajustement des *combined ratio* cantonaux décrit ci-dessus doit toujours être respecté.

Les assureurs, qu'ils souhaitent ou non tenir compte du revenu net des capitaux dans le calcul des primes, doivent l'indiquer lors de la remise des primes sur le formulaire « Ergebnisrechnung-Kommentar CH » à la ligne « KomAnmerkungen » pour CH. Une mention est donc obligatoire même si l'assureur ne tient pas compte du revenu net des capitaux dans le calcul de ses primes. En cas de déduction, il faut indiquer la part souhaitée du revenu net des capitaux en pourcentage du volume de primes AOS CH (compte 3). Le manuel de l'utilisateur de l'application ISAK comprendra un exemple à ce sujet.

Pour le calcul, l'OFSP procède comme suit :

$$\left(\frac{1}{10} * \sum_{k=0}^9 \frac{\text{compte } 73a_{31.12.2021-t}}{\text{compte } 100_{31.12.2021-t}} \right) * \text{compte } 100_{2021} * \frac{1}{\text{compte } 3_{2023}^{AOS CH+AOS UE+AIJ LAMal+RA LAMal}}$$

(RA = réassurance active ; AIJ = assurance d'indemnités journalières)

Pour les assureurs-maladie actifs depuis moins de dix ans, l'OFSP tient compte des années d'activité à ce jour ainsi que des événements extraordinaires.

Concernant l'AOS UE, nous renvoyons au [ch. 2.3](#).

Groupes de coûts

En ce qui concerne les principaux groupes de coûts, la plausibilité des prestations brutes est vérifiée en relation avec la compensation des risques (au moyen des comptes 480 AKTO + 153 - 2700). Il faut toutefois pour cela que les effectifs d'assurés importants soient relativement constants, car l'OFSP ne dispose des prestations brutes par groupe de coûts qu'à l'issue de l'année du décompte.

Les assureurs sont priés d'expliquer en quelques mots le principe de la spécification des prestations brutes par groupe de coûts de l'année précédente, de l'année en cours et de l'année suivante, ainsi que le contrôle de la plausibilité de celles-ci. Il faut utiliser à cette fin la ligne « KomBruttogleistung » pour CH dans le formulaire « Ergebnisrechnung-Kommentar CH ».

¹ Au cours des dix dernières années, les revenus des capitaux en Suisse n'ont été négatifs qu'en 2018.

Test de solvabilité en cours d'année

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 2023. Le taux de solvabilité provisoire ainsi déterminé, qui sert à vérifier la solvabilité des assureurs, influe sur les primes. Le formulaire « Unterjähriger Solvenzttest » doit être rempli par les assureurs et remis à l'OFSP. Pour le scénario « espérance », les données saisies doivent correspondre à celles des différents relevés et formulaires (p. ex., le résultat d'exploitation LAMal 2022 ou 2023 avec les données des formulaires de relevé « Ergebnisrechnung CH », « Ergebnisrechnung EU » et « Prämien Taggeld 2023 » ; les effectifs 2022 ou 2023 (AOS CH et AOS UE) avec les valeurs saisies dans les formulaires « Risikobestand CH » et « Risikobestand EU » ; les « réserves disponibles au 1.1.2022 » avec le résultat correspondant du test de solvabilité 2022. Dans certains cas, la qualité des tests de solvabilité effectués en cours d'année était encore insuffisante (pour de plus amples informations, voir le manuel de l'utilisateur de l'application ISAK). L'OFSP attend ici une nette amélioration de la saisie des données.

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 pourquoi, 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](#)).

Un effectif est considéré comme 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 2022 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 CH 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, en Norvège ou au Royaume-Uni. 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, en Norvège ou au Royaume-Uni 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.

Les primes ne doivent couvrir les coûts que pour l'UE prise globalement. L'assureur doit néanmoins prendre 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.

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'espace UE/AELE/Royaume-Uni), 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](#).

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 (*best estimate*), sont déterminants à cet égard. Lors de la constitution de provisions pour l'AOS UE, il faut tenir compte du décalage dans le règlement des prestations. La constitution des provisions doit prendre en compte les frais de traitement des dossiers.

Outil « Calcul au plus juste » / prise en compte du revenu net des capitaux : procéder comme pour l'AOS CH (voir [ch. 2.2](#)). La part du revenu net du capital de l'AOS UE en pourcentage des primes AOS UE (compte 3) doit être la même que pour l'AOS CH.

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'assurance passées qui n'ont pas encore été facturées. Les besoins de chaque assureur, selon la meilleure estimation possible (*best estimate*), sont déterminants à cet égard. Les frais de traitement des dossiers doivent être pris en compte dans la constitution des provisions. Lorsque les primes sont échelonnées en fonction de l'âge d'entrée, il faut en particulier vérifier si la constitution de provisions de vieillissement est nécessaire.

Couverture des coûts

Les primes doivent couvrir les coûts, étant entendu qu'il est possible de prendre en compte les revenus des capitaux estimés par l'assureur qui sont affectés à l'assurance (individuelle) facultative d'indemnités journalières (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 CH 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.

Les différences maximales admissibles entre les primes étaient jusqu'à présent réglées de façon uniforme pour toute la Suisse à l'art. 2 de l'[ordonnance du DFI sur les régions de primes](#) : dans tous les cantons, la différence entre les primes de l'assurance ordinaire ne peut dépasser 15 % entre la région 1 et la région 2, et 10 % entre la région 2 et la région 3. Mais ces rabais maximaux, les mêmes dans toute la Suisse, ne correspondent pas dans tous les cantons aux différences de coûts entre les régions de primes.

Les rabais maximaux sur les primes dans les différentes régions doivent par conséquent être fixés par canton. L'ordonnance du DFI sur les régions de primes a donc dû être adaptée. L'ordonnance révisée entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023 et s'appliquera aux primes 2023. Le tableau ci-dessous offre une comparaison entre les anciens et les nouveaux pourcentages des rabais :

Canton	Rabais maximal pour la région de primes 2		Rabais maximal pour la région de primes 3	
	Droit en vigueur	Révision	Droit en vigueur	Révision
ZH	15 %	15 %	10 %	10 %
BE	15 %	15 %	10 %	10 %
LU	15 %	15 %	10 %	5 %
FR	15 %	10 %	-	-
BL	15 %	15 %	-	-
SH	15 %	15 %	-	-
SG	15 %	10 %	10 %	10 %
GR	15 %	15 %	10 %	10 %
TI	15 %	15 %	-	-
VD	15 %	15 %	-	-
VS	15 %	15 %	-	-

Dans les cantons comptant deux régions de primes, seule la différence de 15 % entre la région 1 et la région 2 (10 % pour FR et SG) 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 % (5 % pour LU). 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 % (10 % pour SG).

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 de 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 [priminfo.ch](#). Les assureurs doivent les communiquer aux assurés à temps.

L'OFSP publie dorénavant l'annexe de l'ordonnance sous la forme d'un tableau Excel².

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 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 à leur tour être plus basses que celles des jeunes adultes. Les assureurs ne sont pas autorisés à exempter complètement les enfants du paiement des primes³. Ils peuvent tenir compte de la situation particulière des familles nombreuses et accorder, par exemple, un rabais supplémentaire à partir du troisième enfant.

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 CH.

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'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 différer d'un canton à l'autre.
- Les réductions liées aux franchises à option peuvent différer selon le groupe d'âge (adultes, jeunes adultes, 1^{er} enfant, autres enfants).

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

² <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/praemienregionen.html>

³ Voir la décision du Conseil fédéral du 22 octobre 1997, dans RAMA 6/1997, p. 399 ss.

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 avec choix limité des fournisseurs de prestations peut uniquement être proposée dans le cadre de l'AOS CH (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 de la limitation de ce choix, ainsi que du mode et du niveau particulier de la rémunération des fournisseurs de prestations. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de primes (voir art. 101, al. 2, [OAMal](#)).

Les dispositions de la [circulaire 5.3](#) du 5 avril 2019 s'appliquent aux modèles avec 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) Les réductions de primes ne doivent pas dépasser 20 % des primes de l'assurance ordinaire⁴ (art. 101, al. 3, [OAMal](#)).

Pour répondre à l'exigence 1), il faut déterminer le montant de la réduction de primes (A) et apporter la preuve de la réduction de primes (B). Il existe pour cela deux possibilités, 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 présentées en même temps que les primes proposées.
- La réduction de chaque prime du tarif est inférieure à la réduction de primes autorisée en pourcentage de la prime de base correspondante.

⁴ 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.

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 satisfaite.

Explications techniques :

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

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

Art. 8 LAMal / art. 91a OAMal

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) (art. 8, al. 1, [LAMal](#)). 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'AOS⁵. 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 différer d'un canton à l'autre.

3.1.7 Prime minimale

Art. 62, al. 1, 2 et 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

⁵ Cf. RAMA 1998, n° KV 23, p. 58, consid. 2 a).

de la réduction de primes (sous réserve des autres prescriptions).

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

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 plus les délais sont 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. Transparence et communication en matière de tarifs de primes et de réduction des réserves

Art. 89 OAMal

Transparence sur le certificat d'assurance / facture de prime

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

- de l'AOS, 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.

Il faut tenir compte en plus des points suivants :

- Les assureurs 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 de plus amples informations à ce sujet, l'OFSP renvoie aux accords passés entre les assureurs-maladie et l'Office fédéral de l'environnement (OFEV).

- Une éventuelle réduction des réserves sous la forme d'un montant de compensation est déduite de la prime approuvée par l'autorité de surveillance et indiquée séparément sur la facture de la prime (art. 26, al. 5, [OSAMal](#)). Ce montant ne peut pas être compensé avec des arriérés de primes éventuels. En principe, un montant de compensation unique n'est pas interdit, mais il doit être indiqué séparément sur la facture de prime et doit être déduit de la prime.

Transparence dans les publications relatives au tarif de primes

- 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, [priminfo.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](#)).
- Les communications relatives aux primes (y c. les calculateurs de primes des assureurs) doivent garantir la compréhensibilité, la transparence et la comparabilité des tarifs de primes de façon conforme à la loi. Si le montant de la prime tel qu'indiqué sur le site Internet de l'assureur-maladie (sur le calculateur de primes) ne correspond pas à la prime approuvée, il faut indiquer de façon facilement reconnaissable quels remboursements (notamment taxe environnementale ou réserves) ont déjà été pris en compte pour quels montants.

Communication relative aux éléments pris en compte pour le tarif de l'année suivante

Les dispositions qui suivent s'appliquent – comme les années précédentes – à toute la période allant du 1^{er} janvier à la conférence de presse.

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. L'OFSP interprète cette disposition légale de la manière suivante :

- Les assureurs ont l'interdiction de divulguer à des tiers des informations sur les futures primes. Cela concerne également la prise en compte du revenu net des capitaux et l'outil « Calcul au plus juste », et s'applique à toutes les déclarations qui pourraient être rendues publiques, notamment celles adressées aux médias, aux courtiers et aux assurés. Les assureurs, en particulier leurs propres services de vente, doivent prendre les mesures adéquates pour empêcher la divulgation d'informations sur les primes de l'année suivante.
- Ils ne doivent pas faire de déclarations qui permettent de tirer des conclusions sur le montant des primes. Cela inclut notamment les affirmations concernant les tendances, c'est-à-dire l'augmentation ou la diminution des primes pour l'ensemble des assurés, un groupe d'assurés, une région géographique, un modèle ou un autre sous-groupe de primes.
- Une prudence particulière est requise en ce qui concerne les déclarations au sujet des prestations. Pour les personnes moyennement informées, la différence entre les changements liés aux primes et ceux liés aux prestations n'est pas toujours évidente. Souvent, les déclarations portant sur les prestations sont donc interprétées comme portant sur les primes, sans prise en compte des facteurs tels que la compensation des risques, les réserves, la croissance ou les changements structurels.

Communication relative aux instruments de réduction des réserves et à la compensation des primes encaissées en trop

En cas de communication relative à un montant de compensation, seul le montant total de la réduction prévue des réserves peut être communiqué. Il en va de même pour ce qui est de la compensation des primes encaissées en trop. Dans les deux cas, l'assureur doit préciser que ces montants sont indiqués sous réserve de leur approbation par l'autorité de surveillance. Celle-ci doit en outre être préalablement informée de la publication prévue.

À partir du 1^{er} juillet jusqu'à la conférence de presse, aucune déclaration ne peut être faite à ce sujet.

5. Réduction volontaire des réserves excessives

Art. 26 OSAMal

Outil « Calcul au plus juste »

Les assureurs peuvent, de leur propre initiative, réduire leurs réserves si celles-ci risquent de devenir excessives. Cette réduction s'opère en premier lieu au moyen de l'outil « Calcul au plus juste ». Avec ce dernier également, la principale base de la détermination des primes est l'estimation des coûts. Celle-ci est toutefois grevée d'une certaine incertitude. Le « Calcul au plus juste » permet, à l'intérieur de cette marge d'incertitude, d'estimer les coûts de manière plus optimiste, respectivement de les fixer plus bas. Comme les estimations, même avec cet outil, doivent dans tous les cas être faites à l'intérieur de cette marge d'incertitude, les primes fixées de cette manière respectent le principe légal de la couverture des coûts.

Outre le recours au calcul au plus juste décrit ci-dessus, l'OFSP a encore admis cette autre possibilité lors de la dernière procédure d'approbation : évaluation dite optimale (*best estimate*) avec *combined ratio* après déduction du supplément pour le recours à l'outil « Calcul au plus juste » et/ou prise en compte du revenu net des capitaux à 100 % environ là aussi. Pour la procédure d'approbation de cette année, l'OFSP privilégie, pour des motifs purement techniques, la deuxième possibilité. Cela simplifie en effet considérablement l'examen des primes. Si tous les assureurs-maladie procèdent de la même manière, la comparaison entre les primes qu'ils présentent pour approbation pourra en outre être plus efficace. L'obligation que le rapport entre les primes et les coûts attendus (*combined ratio*) soit le même pour tout le champ d'activité de l'assureur est maintenue.

La limite supérieure est fixée à 2 points de pourcentage du compte 3 de l'année suivante (sans prise en compte du revenu net des capitaux). Pour cette disposition, l'OFSP s'est inspiré des intervalles de projection passés du Centre de recherches conjoncturelles de l'EPFZ (KOF), en tenant compte d'éléments d'incertitude supplémentaires.

Comme pour la prise en compte du revenu net des capitaux, les assureurs-maladie doivent indiquer sur le formulaire « Ergebnisrechnung-Kommentar CH », à la ligne « KomAnmerkungen », pour « CH », s'ils entendent ou non recourir à l'outil « Calcul au plus juste ». Une mention est donc nécessaire même s'ils renoncent à s'en servir. Le calcul au plus juste souhaité doit, là aussi, être indiqué en pourcentage du volume de primes (compte 3 AOS CH ; procéder de même pour AOS UE : même pourcentage que pour AOS CH). Le manuel de l'utilisateur de l'application ISAK comprendra un exemple à ce sujet.

Outil « Calcul au plus juste » et des montants de compensation

Lorsque la fixation des primes au plus juste ne permet pas d'empêcher que les primes entraînent des réserves excessives, le recours à l'outil « Calcul au plus juste » peut aussi être combiné avec un montant de compensation. Dans ce cas, l'assureur doit présenter une demande séparée, dûment signée, accompagnée d'un plan de réduction des réserves.

Le montant de compensation doit être réparti entre les assurés du champ territorial d'activité de l'assureur selon une clé de répartition équitable fixée par ce dernier⁶.

Un montant de compensation n'est admis que si le calcul au plus juste est effectué avec au moins un point de pourcentage du compte 3 de l'année suivante (l'outil « Calcul au plus juste » est prioritaire par rapport à la réduction volontaire des réserves au moyen d'un montant de compensation).

Le plan de réduction des réserves doit être remis, en même temps que les propositions de primes, le 31 juillet au plus tard et comprendre au moins les informations suivantes :

- indication, le cas échéant, de la prise en compte du revenu net des capitaux en pourcentage du volume de primes (compte 3, séparément pour AOS CH et AOS UE, même pourcentage dans les deux cas) ;
- indication de la marge du calcul au plus juste, en pourcentage du volume de primes (compte 3, même pourcentage pour AOS CH et AOS UE) ;
- niveau de la réduction des réserves prévue au moyen de montants de compensation, par année civile ;
- montant des montants de compensation accordés aux assurés, durant l'année budgétée et, le cas échéant, les années suivantes (par assuré et par mois)⁷ ;
- manière de définir les assurés bénéficiant d'un montant de compensation.

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 si les conditions requises sont réunies et que, après déduction des réserves, la variante pessimiste du formulaire de test de solvabilité en cours d'année aboutit à un taux de solvabilité d'au moins 100 % (au 1^{er} janvier 2023).

En cas de plan de réduction sur plusieurs années, il ne faut saisir pour l'année en cours (extrapolation), au compte de provisions 232 et au compte de charges correspondant (715), que le montant de compensation pour l'année budgétée, non celui pour les éventuelles années suivantes. Désormais, le compte 715 sera disponible non seulement pour AOS CH, mais aussi pour AOS UE.

Comme actuellement, les primes approuvées seront présentées sur (priminfo.ch, Calculateur des primes). Sera désormais indiqué en plus le total à payer (prime approuvée, moins taxe environnementale et, le cas échéant, montant de compensation). Nous renvoyons au [chap. 4](#) pour la publication des primes de l'assureur en lien avec une réduction des réserves au moyen de montants de compensation.

⁶ À noter que les assurés de l'AOS UE font aussi partie du champ territorial d'activité de l'assureur.

Il importe que tous les assurés du champ d'activité bénéficient d'un montant de compensation et que l'égalité de traitement entre tous soit garantie (p. ex., les personnes qui resteront assurées toute l'année chez l'assureur et les personnes qui entrent, sortent ou décèdent en cours d'année).

⁷ Si l'assureur indique un montant annuel, l'OFSP divise celui-ci par 12 et arrondit le résultat à la dizaine de centimes près.

6. Calcul du *combined ratio*

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

- 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.

Combined ratios par année de traitement

Pour l'année précédente, un *combined ratio* supplémentaire est calculé pour l'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 : LAUF BJ 2021 + FRÜH BJ 2022. De plus, les résultats de la compensation des risques définitive 2021 sont pris en compte. Les autres éléments de la formule correspondent aux groupes de coûts définis ci-dessus.

Un *combined ratio* est également calculé pour l'année de traitement en cours. Mais, contrairement au *combined ratio* pour l'année de traitement précédente, l'OFSP utilise deux procédures. Dans la première variante, LAUF BJ 2022 et FRÜH BJ 2023 sont utilisés pour les prestations cantonales ; la seconde recourt, elle, aux provisions techniques pour l'année de traitement 2022 (BDAJD 2022, sans ULAE) ; sont ainsi considérés LAUF BJ 2022 + BDAJD 2022. L'estimation des assureurs de la compensation des risques 2022 est également incluse ; elle est calculée au moyen de l'opération 480 AKTO + 153 - 2700 (de l'année 2022). Les autres éléments de la formule correspondent aux groupes de coûts définis ci-dessus.

Pour l'année suivante (budget), un *combined ratio* est également calculé pour l'année de traitement. L'opération est réalisée de la même manière que pour le *combined ratio* de l'année en cours, LAUF BJ 2023 et BDAJD 2023 étant utilisés pour les prestations.

En raison du calcul de l'estimation de la compensation des risques indiquée ci-dessus, l'allocation cantonale 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, de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie ([OCOR](#)). Comme la compensation des risques définitive de l'année 2021 aura déjà été publiée, le SZLG de la projection 2022, ainsi que l'AKTO de l'année budgétée 2023, sont également connus. De plus, les provisions pour la compensation des risques (compte 153 ou 2700) lors du calcul de la projection doivent correspondre au SZLG de l'année budgétée 2023, puisque les valeurs de la projection doivent être estimées selon la meilleure estimation possible (*best estimate*).

Actuellement, ISAK ne génère aucun message d'erreur en cas de saisie techniquement incorrecte. Désormais, un avertissement apparaîtra en cas de saisie de valeurs inexactes ou non concordantes pour 480 AKTO et 480 SZLG, tant pour l'année en cours que pour l'année suivante. Nous attirons toutefois l'attention sur le fait qu'une saisie techniquement correcte ne garantit pas pour autant que les valeurs saisies le soient. Nous prions donc les assureurs de veiller à ce que les valeurs saisies soient les bonnes.

Pour l'année suivante, le *combined ratio* calculé selon la formule donnée au début du [chap. 6](#) doit en principe correspondre au *combined ratio* par année de traitement. Lors de la procédure d'approbation de l'an dernier, il est apparu que ces valeurs différaient encore trop l'une de l'autre chez certains assureurs. L'OFSP attend ici une amélioration des primes présentées. Les deux *combined ratios* doivent donc en principe être les mêmes l'année suivante, car les assureurs évaluent à la fin de l'année en cours aussi bien les provisions (compte 21010) que la compensation des risques (153 et 2700) selon la méthode *best estimate*. Du point de vue technique, peu importe que la compensation des risques de l'année suivante soit calculée par l'opération $480 \text{ AKTO} + 153 - 2700$ ou selon la méthode « classique » ($480 \text{ total [AKTO + SZLG]} + \text{variation pour } 153 \text{ et } 2700 \text{ [compte } 482]$). Il en va de même pour les prestations nettes. La somme des comptes 400 LAUF BJ et 4200 LAUF BJ + BDAJD correspond en principe à la somme du total des prestations nettes (comptes 400 et 4200) et de la variation des provisions (compte 450).

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 2022, 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 CH, l'autre, pour celles en relation avec l'approbation des primes de l'AOS UE. Les deux relevés doivent fournir, outre l'ensemble des primes proposées pour 2023, les comptes de résultats cantonaux et les comptes de résultats pour chaque pays pour deux ans (projection 2022 et budget 2023), ainsi que les effectifs (moyens) détaillés pour trois ans (valeurs effectives 2021, projection 2022 et budget 2023).

Sur le formulaire « Risikobestand CH », en cas de libération du paiement des primes durant le service militaire, ne pas inclure les mois pour lesquels l'assureur n'encaisse aucune prime et ne verse aucune prestation.

À partir de l'année de primes 2023, il ne sera plus procédé au relevé des emplacements des HMO. Par conséquent, la liste de ces emplacements sera aussi supprimée sur opendata.swiss. À l'avenir, le champ d'activité des modèles HMO sera saisi, dans ISAK, de la même manière que pour les modèles HAM (médecin de famille) et DIV (divers). Autrement dit, le champ d'activité (canton, région, commune) devra être indiqué non par cabinet mais par modèle (pour de plus amples informations, voir le manuel de l'utilisateur de l'application ISAK).

Les frais de vaccination devront toujours être saisis sur le compte 432 du plan comptable de l'OFSP.

L'OFSP mentionne en plusieurs endroits de la présente circulaire pour quels cas le formulaire « Ergebnisrechnung-Kommentar CH » doit être utilisé. En résumé, l'OFSP attend qu'y soient fournies les indications suivantes :

- effets éventuels de la pandémie de Covid-19, p. ex. sur les prestations et les frais de vaccination (ligne « KomBruttoleistungen ») ;
- manière de procéder pour la saisie des prestations pour les groupes de coûts (ligne « KomBruttoleistungen ») ;
- motif des différences de taux de provisions entre cantons (ligne « KomRückstellungen ») ;
- prise en compte ou non-prise en compte du revenu net des capitaux (ligne CH, « KomAnmerkungen ») ;
- prise en compte du revenu net des capitaux en pourcentage du compte 3 AOS CH (même pourcentage pour AOS UE) (ligne CH, « KomAnmerkungen ») ;
- recours ou non-recours à l'outil « Calcul au plus juste » (ligne CH, « KomAnmerkungen ») ;
- marge du calcul au plus juste en pourcentage du compte 3 AOS CH (même pourcentage pour AOS UE) (ligne CH, « KomAnmerkungen ») .

Les primes (compte 300) par canton, région et classe d'âge, ainsi que les effectifs des PCG par canton, sont toujours relevés dans des fichiers supplémentaires pour l'AOS 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 2023 » : 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 2022 » : preuve des coûts pour les réductions de primes concernant les formes d'assurance avec 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).
- Effectif détaillé des risques par prime 2022 : le relevé « Risikobestand MC » (effectif des risques MC) devient « detaillierter Risikobestand pro Prämie CH » (effectif détaillé des risques par prime CH). La raison en est que désormais tous les assureurs devront fournir à l'OFSP les effectifs détaillés au niveau de chaque prime pour l'année en cours (et, à titre facultatif, pour l'année suivante). Jusqu'ici, seuls certains assureurs le faisaient, en relation avec les rabais pour le *managed care*. La manière de procéder est décrite en haut de la p. 5 de la [circulaire 5.3](#). Le formulaire « Prämien OKP CH » sert ici de modèle (pour plus de détails, voir le manuel de l'utilisateur de l'application ISAK). Pour quelques assureurs, le formulaire de relevé continuera d'être utilisé pour calculer les réductions de primes admissibles pour les formes d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations (à fournir obligatoirement pour les nouveaux modèles proposés dans l'année en cours ou l'année suivante, s'ils ne présentent pas un taux de rabais constant [moins de 14 % ou moins que le rabais fixé avec OFSP], et facultativement pour les autres modèles). Ici, il faut impérativement remettre à l'OFSP les effectifs détaillés non seulement pour l'année en cours, mais aussi pour l'année suivante.
- « Unterjähriger Solvenztest 2023 » : les assureurs AOS et les assureurs qui proposent exclusivement l'assurance d'indemnités journalières joignent à la proposition de primes qu'ils

soumettent à 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 CH, 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.

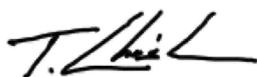
Comme l'an dernier, il est aussi possible de l'envoyer sous forme électronique si le formulaire est muni d'une signature numérique juridiquement valable au moyen d'une signature électronique qualifiée. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet sur le [site web du Service d'accréditation suisse SAS](#).

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 2022 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 19 avril 2022.

Office fédéral de la santé publique



Thomas Christen
Directeur suppléant OFSP
Responsable de l'Unité de direction Assurance
maladie et accidents



Philipp Muri
Responsable de la division
Surveillance de l'assurance

Annexe :

- Montants minimaux 2023

Annexe de la circulaire 5.1

Assurance obligatoire des soins

Montants minimaux des primes 2023 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	452.4				336.5				106.6			
AI	356.1				263.4				83.8			
AR	421.9				312.5				98.4			
BE		548.7	493.9	462.1		400.1	365.3	337.9		130.1	116.7	108.2
BL		545.3	507.2			403.9	370.4			130.4	119.1	
BS	603.8				451.5				145.4			
FR		492.5	446.9			374.5	339.9			115.9	104.7	
GE	599.0				467.1				141.2			
GL	423.6				319.2				94.6			
GR		437.9	411.4	387.0		323.5	298.7	287.7		105.4	98.4	92.9
JU	539.2				393.5				121.9			
LU		459.5	424.2	407.3		342.9	315.4	302.8		107.8	99.0	95.5
NE	549.7				420.1				127.1			
NW	398.5				296.8				95.3			
OW	407.6				303.2				96.4			
SG		470.8	435.2	419.4		347.4	322.7	309.0		112.1	101.9	98.2
SH		481.0	445.1			359.8	330.3			111.2	101.8	
SO	479.6				356.7				112.6			
SZ	418.4				308.1				96.8			
TG	441.6				325.2				104.6			
TI		545.7	505.9			396.4	368.2			125.9	117.9	
UR	391.1				293.5				92.3			
VD		557.4	517.8			423.1	397.1			137.1	127.3	
VS		466.1	412.4			355.6	318.3			109.0	95.3	
ZG	398.8				293.2				93.6			
ZH		520.9	469.2	435.3		386.5	348.0	321.3		126.2	112.2	103.6

Base des montants minimaux pour l'année 2023 : primes régionales standards 2022.