



CH-3003 Bern, BPV, Df

Aux assureurs autorisés à exploiter l'assurance-maladie selon la LCA

N° de référence: G162-0074

Votre référence:

Notre référence: Jr

Dossier traité par: Df

Berne, le 27 avril 2007

Circulaire RS 2/2007

Adaptations tarifaires 2008 des assurances-maladie selon la LCA – Actualisation de la statistique des produits

Mesdames, Messieurs,

La présente circulaire s'adresse aux assureurs qui disposent de l'agrément pour les branches B2, « maladie » dans l'assurance dommages, ou A5, « assurance-maladie » dans l'assurance sur la vie, lesquels doivent soumettre les modifications de tarifs selon les art. 5 al. 1 et 38 LSA à l'approbation de l'OFAP.

Afin de garantir un déroulement efficace du processus d'examen, nous vous prions de prendre en compte les éléments suivants :

- Les données par produit selon l'annexe A sont à remettre par **tous les assureurs**, indépendamment du fait qu'une adaptation des tarifs soit prévue ou non.
- Les adaptations tarifaires ne peuvent être examinées de manière efficace que si les données sur les produits (annexe A) et sur les projets tarifaires (annexe B) ainsi que le rapport annuel sont mis à disposition dans les délais, de manière complète et correcte.
- Nous vous prions, dans toute la mesure du possible, de ne pas nous soumettre de nouveaux produits durant la période qui s'étend de juillet à mi-septembre. En effet, pendant cette période nos ressources en personnel doivent pour l'essentiel être affectées à l'examen des modifications portant sur les produits existants.

1 Délais de remise des documents

1.1 Données par produit à fournir par tous les assureurs maladie

Les statistiques par produit (annexe A) sont à remplir par tous les assureurs visés par la circulaire, indépendamment du fait qu'une adaptation tarifaire soit prévue.

Nous prions les assureurs maladie dont le volume annuel des primes LCA est inférieur à 50 millions de francs de remettre ces statistiques à notre office jusqu'au **31 mai 2007**. Pour les autres assureurs, le délai court jusqu'au **30 juin 2007**.

1.2 Dépôt des demandes d'adaptations tarifaires

Les formulaires de l'annexe B ne sont à remplir et à retourner pour le **31 juillet 2007** que pour les produits d'assurance-maladie complémentaire qui sont concernés par une adaptation tarifaire. La définition, la délimitation et la dénomination d'un produit dans les formulaires qui se rapportent aux modifications des primes (cf annexe B) doivent être les mêmes que dans les formulaires relatifs aux données par produit (cf annexe A).

Les modalités relatives à la documentation à fournir selon les annexes A et B sont précisées à l'annexe C.

2 Exigences pour les adaptations tarifaires

2.1 Justifications pour les adaptations tarifaires

Pour chacune des modifications de tarifs en assurance maladie complémentaire, nous vous prions de nous indiquer les justifications spécifiques dans le sens de l'art. 38 LSA (maintien de la solvabilité et protection des assurés contre les abus). Les justifications doivent se référer aux méthodes et aux paramètres qui ont servi de base à votre calcul de l'évolution des primes et des sinistres des années 2007 et 2008. Nous considérons que les écarts à caractère aléatoire ne sont pas adéquats pour servir de base à l'établissement d'un nouveau tarif ; ils doivent plutôt être compensés dans le temps.

2.2 Qualité des données

L'assureur est responsable de la qualité et de l'exactitude des données sur lesquelles l'examen de l'OFAP sera fondé. En cas de manquement, l'OFAP peut prendre des mesures en vertu du droit de surveillance, lesquelles peuvent notamment signifier un rejet de la demande.

2.3 Eléments soumis à approbation

Les adaptations de tarifs doivent nous être soumises pour approbation (art. 5 LSA). Les modifications des **franchises, des rabais et d'autres éléments ayant une incidence sur le niveau des primes**, la modification du plan d'exploitation, ainsi que celle des conditions d'assurance doivent également nous être soumises pour approbation.

Nous vous prions, pour le moment et jusqu'à ce qu'une décision soit prise à propos de la directive sur les rabais qui a été soumise en consultation, de nous soumettre pour examen tous les rabais qui conduisent à une réduction de prime et qui ne sont pas alimentés par le bénéfice de l'année courante après constitution des provisions légales et statutaires, par les reports de bénéfices des exercices précédents, ou encore par des réserves LSA libres.

Il est illicite de conclure des contrats d'assurance avec les nouvelles primes avant que l'assureur soit en possession de notre approbation de tarif. La prime offerte à l'assuré ainsi qu'un éventuel rabais doivent reposer sur le tarif approuvé.

Les mesures publicitaires pour des tarifs et des rabais qui n'ont pas encore été approuvés doivent être accompagnées d'une réserve de l'approbation par l'autorité de surveillance qui soit claire et visible pour le consommateur.

2.4 Modification de la structure tarifaire

Par principe, sont considérées comme adaptations tarifaires les modifications de primes qui répercutent l'évolution des facteurs extérieurs sur lesquels l'entreprise d'assurance n'a pas d'influence. Les modifications de primes qui conduisent à une refonte de la structure tarifaire, notamment par le biais d'une redistribution des composantes de solidarité, sont de nature fondamentale et doivent être motivées de manière circonstanciée.

2.5 Portefeuilles fermés et petits

Comme on le sait, la compensation statistique n'est plus garantie pour les portefeuilles qui doivent être considérés comme fermés ou petits. En particulier pour les produits qui ne sont pas financés selon la méthode de la capitalisation, ces circonstances peuvent conduire à court ou à moyen terme à des dépenses pour sinistres dépassant sensiblement les recettes de primes. L'OFAP est d'avis que les taux de sinistralité élevés enregistrés dans de tels cas ne peuvent pas être financés intégralement par des adaptations de primes. Des exceptions sont toutefois constituées par les portefeuilles fermés pour lesquels un droit de passage vers un portefeuille au moins équivalent et ouvert est garanti et pour lesquels le droit de passage est effectivement utilisé par de nombreux assurés, d'une part, ou lorsqu'un danger sur la solvabilité du portefeuille global est à éloigner, d'autre part.

L'institution d'assurance porte une responsabilité en cas de non-renouvellement ou de renouvellement insuffisant du portefeuille. Il serait à notre avis abusif de couvrir un taux de sinistralité élevé par les seules contributions des assurés. Pour ces raisons, les principes suivants ont cours :

Pour les portefeuilles petits et/ou fermés, seules sont approuvées les adaptations qui reposent sur une statistique fiable pour mesurer le renchérissement. Cela signifie qu'une statistique des sinistres qui repose uniquement sur un portefeuille petit ou fermé ne constitue pas une base suffisante pour une adaptation de tarif. La statistique des sinistres doit en principe se rapporter à un cercle d'assurés large et ouvert, afin qu'elle ne soit exposée ni à une distorsion systématique, ni à de fortes fluctuations.

Une possibilité consisterait à examiner si votre effectif sous risque peut être considéré comme un échantillon aléatoire d'une population plus grande. Dans ce cas, votre proposition pourrait être justifiée par des méthodes statistiques appropriées de la théorie des sondages. Une possibilité pourrait aussi consister à faire usage d'une grandeur de référence convenable comme, par exemple, une statistique publiée par SantéSuisse. Ces restrictions ont en fin de compte pour but que seul le renchérissement effectif soit reporté sur les primes.

Il y a lieu de préciser encore ici ce qu'il faut entendre par un petit portefeuille. Dans l'assurance-maladie obligatoire des soins, un portefeuille est considéré comme petit dès lors qu'il comprend moins de 300 assurés. Ce nombre constitue une valeur indicative pour apprécier la fiabilité des données statistiques.

Si cette façon de faire devait entraîner une lacune dans le financement, nous vous prions de nous communiquer quel est son niveau pour le produit concerné et comment elle sera couverte.

2.6 Portefeuilles récents ou qui ont subi un développement irrégulier

Pour les produits qui viennent d'être introduits sur le marché ou qui ont subi de fortes modifications dans les effectifs, il n'est pas suffisant de justifier une adaptation des primes uniquement par les statistiques de sinistres. Dans de tels cas, les arguments sur lesquels se fonde la demande d'adaptation sont à présenter de manière plus précise. D'une manière générale, pour les adaptations tarifaires qui touchent des produits qui ont moins de trois années complètes d'exploitation ou qui ont subi des changements déterminants depuis 2004 (fermeture du produit, transfert de portefeuille,...), il doit être montré que les adaptations de primes sont rendues nécessaires par des facteurs d'influence extérieurs, comme par exemple le renchérissement chez les fournisseurs de prestations.

3 Renseignements

Nous nous tenons volontiers à disposition pour répondre à vos questions. Le cas échéant, vous pouvez vous adresser à M. François-Xavier de Rossi (francois-xavier.derossi@bpv.admin.ch, 031 322 79 71) ou à M. Denis Groux (denis.groux@bpv.admin.ch, 031 324 16 88).

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Office fédéral des assurances privées OFAP

Monica Mächler
Directrice

Annexes: Annexe A : Explications sur le formulaire pour les données par produit
Annexe B : Explications sur les formulaires pour les adaptations tarifaires
Annexe C : Modalités sur la documentation à fournir
Disquette avec les fichiers Excel

Annexe A: Données par produit

Explications sur le fichier Excel

Copier le classeur Excel **FormA_Nom de votre société** depuis la disquette ci-jointe, qui est partiellement remplie avec les données relevées l'année dernière, ou télécharger le classeur **Donnees_Par_Produit_A_L_OFAP_2007.xls** depuis le site de l'OFAP www.bpv.admin.ch – Documentation – Directives et décisions.

Instructions A - Données par produit à l'OFAP

Sur la feuille "Données par produit", introduire une ligne par produit.

Fournir les informations suivantes, par produit: propriétés, effectif des risques, primes brutes acquises, montants payés pour sinistres (année de paiement) et provisions techniques totales. Si un produit couvre en plus des prestations hors de la maladie, typiquement des prestations pour accident, ce sont les chiffres agrégés pour l'ensemble du produit qui sont à fournir.

Vérifier la cohérence des données avec le rapport à l'OFAP, pour les années écoulées. Plus précisément, les primes brutes acquises, montants payés pour sinistres et provisions techniques totales avec les formulaires EK29F/G. En général, une divergence a lieu avec le rapport à l'OFAP et résulte du fait que les accidents sont intégrés dans les « Données par produit ». **Si la différence avec le rapport à l'OFAP résulte d'un autre facteur que le risque accidents ou si cette différence est de plus de 10%, nous vous prions de nous fournir des explications précises.**

Cellule A5	Nom de l'entreprise d'assurance (EA). Exactement la même dénomination que sur le formulaire EA00, chiffre 02, du rapport à l'OFAP	Max. 200 caractères
Cellule B5	Abréviation de la raison sociale de l'EA. Exactement la même dénomination que sur le formulaire EA00, chiffre 03, du rapport à l'OFAP	Max. 31 caractères
Colonne A, cellules A9 et suivantes	Nom du produit. Dénomination exacte selon les conditions générales/particulières d'assurance (CGA/CPA). Une ligne par produit et catégorie de produit.	Max. 200 caractères
Colonne B	Abréviation du produit. Code interne à l'assureur.	Max. 31 caractères
Colonne C	Date de fermeture. 0 si des nouveaux contrats peuvent être conclus. Sinon dernière date pour laquelle des nouveaux contrats pouvaient être conclus (produit fermé)	0 ou jj.mm.aaaa
Colonne D	Produit collectif. 1 si le produit concerne uniquement les preneurs d'assurance qui assurent un collectif (concerne essentiellement les indemnités journalières collectives). 0 sinon.	1 si collectif, 0 sinon
Colonne E	Catégorie du formulaire EK29F/G du rapport à l'OFAP. Un produit est à classer dans la catégorie pour laquelle plus de la moitié des prestations sont versées. Par exemple, un produit avec 80% de prestations en chambre privée et 20% de traitements ambulatoires est à classer dans la catégorie "Chambre privée" si le contrat couvre automatiquement les soins stationnaires et ambulatoires. En revanche, si les soins ambulatoires sont une couverture séparée des soins stationnaires avec un tarif séparé, il faut indiquer deux produits.	1: Chambre commune 2: Chambre semi-privée 3: Chambre privée 4: Indemnités journalières hospitalisation 5: Indemnités journalières maladie 6: Traitements dentaires 7: traitements ambulatoires 8: Foyers, cures 9: Aides ménagères 10: Autres
Colonnes F, G, H, I, J	Effectif des risques au 31 décembre (au 1er janvier si année en cours). Nombre d'assurés du produit, sauf pour les indemnités journalières pour perte de gain collectives. Dans ce cas, masse salariale annuelle assurée (salaire AVS)	Nombre, resp. CHF
Colonnes K, L, M, N, O	Primes brutes acquises (estimées pour l'ensemble de l'année si année en cours)	CHF, francs entiers
Colonnes P, Q, R, S, T	Montants payés pour sinistres (estimés pour l'ensemble de l'année si année en cours)	CHF, francs entiers
Colonnes U, V, W, X	Provisions techniques totales à la fin de l'exercice	CHF, francs entiers

Annexe B: Adaptations tarifaires

Explications sur le fichier Excel.

Copier le classeur Excel **Adaptations_Tarifaires_A_L_OFAP_2007.xls** depuis la disquette ci-jointe ou le télécharger depuis le site de l'OFAP www.bpv.admin.ch – Documentation – Directives et décisions.

Suivre les instructions détaillées sur les feuilles Excel **Instructions B1, Instructions B2, et Instructions B3.**

Instructions B1 - Feuille d'informations du produit à l'OFAP

Copier la feuille de base "Nom abrégé du produit" autant de fois que le nombre de produits pour lesquels vous demandez une adaptation tarifaire, nommer chaque nouvelle feuille avec le code "Abréviation du produit", et fournir dans la colonne C les informations demandées.

Instructions B2 - Données d'assurance par produit à l'OFAP

Sur la feuille "Données d'assurance par produit", introduire une ligne par produit pour lequel vous demandez une adaptation tarifaire. Fournir les informations suivantes, par produit: Effectif des risques, primes brutes acquises, montants payés pour sinistres (année de paiement), provisions techniques totales et frais d'administration. Les valeurs pour le prochain exercice et l'exercice en cours sont des valeurs estimées. **Vérifier que la définition, la délimitation et la dénomination d'un produit soit la même que dans le tableau A (Annexe A, Données par produit).**

Instructions B3 - Données par classe de risques à l'OFAP

Pour les produits pour lesquels vous demandez une adaptation non linéaire uniquement

Copier la feuille de base "Données par classe de risques" autant de fois que le nombre de produits pour lesquels vous demandez une adaptation non linéaire. Nommer chaque nouvelle feuille avec le préfixe B3 et l'abréviation du produit. Introduire une nouvelle ligne pour chaque classe de risques concernée par l'adaptation non linéaire (p. ex. sexe et classe d'âges). Fournir les informations suivantes, par classe de risques: adaptation en CHF minimale du tarif mensuel, adaptation en CHF maximale du tarif mensuel, effectif des risques, primes brutes acquises et montants payés pour sinistres (année de paiement). Les valeurs pour le prochain exercice et l'exercice en cours sont des valeurs estimées. **Vérifier que les totaux soient égaux aux indications relevées dans la feuille "Données d'assurance par produit".**

Annexe C: Modalités sur la documentation à fournir

Procédure

Les fichiers Excel ne doivent pas être retournés par courrier postal mais par courrier électronique à l'adresse francois-xavier.derossi@bpv.admin.ch et en copie à denis.groux@bpv.admin.ch. Nous vous prions d'indiquer dans votre courriel l'interlocuteur compétent pour votre proposition de tarif. Nous traiterons toutes nos questions relatives à la révision de tarif par courrier électronique. La rapidité de vos réponses nous permettra d'accélérer la procédure d'examen. Au besoin, il est quand même possible d'adresser les documents électroniques par courrier postal sur disquette.

Documents

Tableaux A, à remettre électroniquement.

Pour chaque produit avec modification **linéaire de tarif**: Tableaux B1 et B2, ainsi que les feuilles de tarifs avec les nouvelles primes. A transmettre électroniquement et sous forme imprimée.

Pour chaque produit avec modification **non linéaire du tarif**: Tableaux B1, B2 et B3, ainsi que les feuilles de tarifs avec les primes actuelles et les nouvelles primes. A transmettre électroniquement et sous forme imprimée.

Prière de veiller à ce que **les justifications** figurent directement dans le tableau B1, par produit. Il est possible que l'estimation des sinistres pour 2007 s'écarte de celle de la première livraison de données.

Le formulaire A est déjà partiellement rempli avec des indications que vous nous aviez fournies en 2006. **Nous vous prions de les contrôler et au besoin de les corriger.**