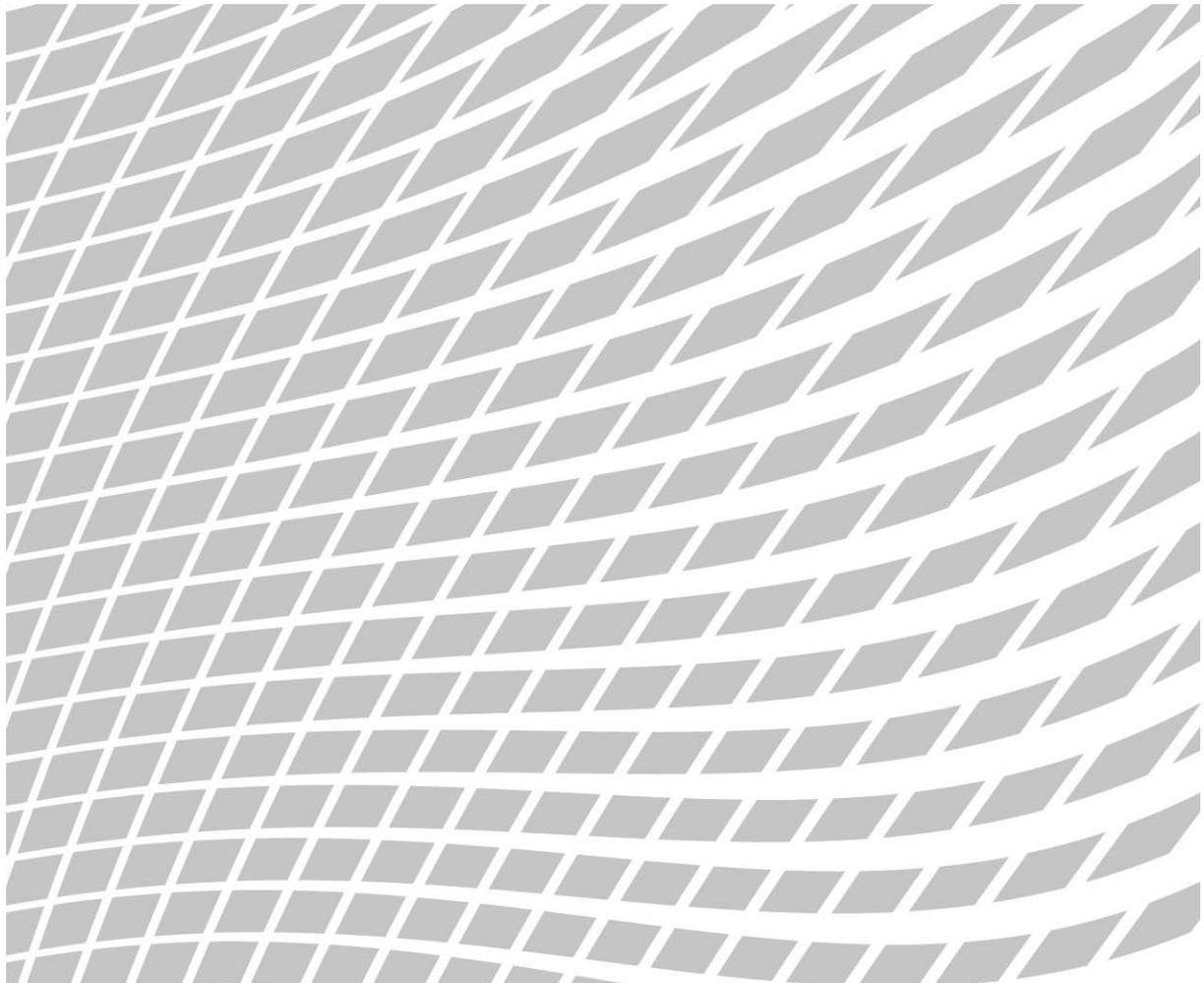


31 août 2009

Rapport explicatif sur la circulaire 2009/x

Assurance-maladie complémentaire à
l'assurance-maladie sociale et questions parti-
culières de l'assurance-maladie privée



1. Destinataires et objectifs de la circulaire

La présente circulaire s'adresse aux entreprises d'assurance privées et aux caisses-maladie sous surveillance qui exploitent la branche d'assurance B2 „Maladie“, respectivement A5 „Assurance-maladie“. Dans la circulaire sont traitées des questions techniques sur l'assurance-maladie selon la LCA. Celles-ci sont formulées sous la forme de normes, lesquelles sont déjà appliquées dans la pratique de l'autorité de surveillance. Par leur notification dans une circulaire, la sécurité du droit doit être sensiblement améliorée pour les institutions sous surveillance et l'égalité de traitement garantie dans l'application du droit. De plus, la transparence nécessaire dans la présentation des comptes doit être favorisée par l'établissement d'un lien direct entre les éléments du tarif et les provisions techniques correspondantes. Par un emploi harmonisé du langage technique par l'ensemble des établissements sous surveillance et par l'émission de prescriptions pour la remise de projets tarifaires, la communication doit être facilitée entre lesdits établissements et l'autorité de surveillance, l'efficacité accrue de part et d'autre et la durée de traitement des projets tarifaires notablement réduite.

2. Eléments essentiels

Domaine d'application

Lors de la révision du droit de la surveillance, l'examen préventif et l'approbation des primes et des conditions d'assurance ont été conservés pour l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale. En complément à la loi, la circulaire définit les produits soumis à l'obligation d'approbation. En sont exclus ceux pour lesquels le risque d'assurance maladie est accessoire.

Tarifification

Les tarifs soumis à approbation doivent remplir les exigences stipulées par l'art. 38 LSA. Ils ne doivent être ni abusivement élevés, ni susceptibles de compromettre la solvabilité. La circulaire précise ce cadre d'application et exige, d'une part, que les tarifs couvrent les engagements de manière suffisante et, d'autre part, qu'il ne soit pas inclus un bénéfice abusivement élevé dans les calculs. On est en présence d'un abus lorsque le bénéfice attendu est disproportionné par rapport au risque technique encouru.

En vertu du droit de la surveillance, on est également en présence d'un abus en cas d'inégalité de traitement notable des assurés, non justifiable sur le plan technique. La circulaire traduit cette disposition en exigeant que les tarifs soient suffisamment différenciés et correspondent au profil de risque, de manière à ce qu'il soit obvié au risque d'antisélection. Cela permet non seulement de prévenir une mise en péril de la solvabilité, mais également une inégalité de traitement.

Système de financement et provisions techniques

Le droit de la surveillance révisé laisse en principe le libre choix du système de financement dans la mesure où il respecte le cadre fixé par l'art. 38 LSA et ne compromet donc pas la solvabilité. Le système de financement doit être structuré de telle sorte que les engagements puissent être couverts à

long terme. C'est pourquoi, conformément aux dispositions de la circulaire, il doit permettre de faire face à tous les risques prévisibles, en particulier au risque de changements dans la structure des effectifs. C'est la raison pour laquelle le système de répartition des dépenses n'est pas autorisé. De même, une répartition des charges de sinistres qui croissent avec l'âge n'est pas admise sans garantie de leur répartition dans le temps.

Le renchérissement est exclu des risques prévisibles précités. Il ne peut être ni quantifié ni financé à l'avance. Des adaptations ponctuelles doivent permettre de résoudre cet aspect.

La circulaire exige que les primes soient en relation directe avec les provisions techniques. Les risques doivent faire l'objet d'une évaluation et les primes en tenir compte. Les éléments de prime qui en résultent doivent – conformément au système de financement – servir à constituer des provisions techniques correspondantes. Cela permet d'assurer une allocation fonctionnelle des provisions constituées.

Adaptations de tarif

La circulaire opère une distinction entre adaptations de tarif ordinaires et extraordinaires. L'adaptation de tarif ordinaire consiste à répercuter sur les primes le renchérissement exogène courant, tel que défini dans le glossaire annexé. La révision des bases techniques du produit, soit du tarif et du système de financement, est en revanche considérée comme une adaptation de tarif extraordinaire. C'est donc une révision de ce type qu'une entreprise d'assurance privée ou qu'une caisse-maladie doit soumettre si un tarif ne répond plus aux dispositions de l'art. 38 LSA.

Dispositions transitoires

La circulaire n'est applicable qu'aux nouveaux produits d'assurance soumis à la FINMA pour approbation. Elle ne s'applique par contre aux produits déjà approuvés qu'en cas de révision de leurs bases techniques.

3. Commentaires sur les différents points de la circulaire

I Domaine d'application

Il est indiqué ici de manière exhaustive à quelles entreprises d'assurance privées et caisses-maladie la circulaire s'adresse (Cm 1). Sont assujettis à l'obligation d'être soumis les tarifs et conditions générales d'assurance (CGA) des assurances-maladie complémentaires et des assurances individuelles d'indemnités journalières en cas de maladie (Cm 2).

Les produits qui ne couvrent le risque de maladie que de manière accessoire ne sont pas soumis au régime d'approbation. Le risque maladie n'y étant pas prépondérant, ces produits ne sont pas attribués à la branche B2 ou A5. Il ne serait en outre techniquement guère possible d'examiner la prise en compte du risque maladie dans les primes globales (Cm 4).

En vertu de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral¹ du 25 mai 2007, les tarifs et CGA en assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie ne relèvent pas des assurances-maladie complémentaires à l'assurance-maladie sociale et ne sont dès lors pas soumises à approbation au sens de l'art. 38 en relation avec l'art. 4 al. 2 let. r LSA (Cm 3).

Si toutefois la tarification empirique ou la répartition en classes tarifaires est pratiquée en assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie, alors l'art. 157 en relation avec l'art. 123 OS est applicable. La réglementation légale est précisée dans la circulaire (Cm 3).

II Obligation de soumettre

Dans chacun des projets tarifaires relatifs à des produits soumis au régime d'approbation préalable, il est décrit l'effectif des assurés concerné. La structure du produit est en principe libre dès lors qu'un équilibre des risques stochastiques est garanti dans la durée au sein de l'effectif (Cm 6) et que les engagements qui en résultent sont financés par une prime correspondante (Cm 5, voir aussi Cm 11).

Les prestations de promotion de la santé ou en faveur de la prévention qui apparaissent dans nombre de produits ne remplissent pas ces exigences parce qu'elles ne sont pas de nature stochastique. De telles mesures de prévention peuvent au demeurant, selon l'optique actuelle, influencer de manière positive le comportement des assurés (Cm 7). La présentation dans les statistiques, respectivement le financement sont précisés aux Cm 7 et 8.

III Technique d'assurance

A. Plage de valeurs admissibles pour le résultat technique d'un produit

Les tarifs soumis à approbation doivent satisfaire aux exigences de l'art. 38 LSA. Ils ne doivent ni constituer un péril pour la solvabilité ni être abusifs.

Il est dès lors exigé que les tarifs puissent couvrir les engagements encourus de manière suffisante. Une sous-tarification engendre un risque pour la solvabilité de l'entreprise d'assurance privée ou de la caisse-maladie. De plus, des sous-tarifications systématiques peuvent conduire à une concurrence déloyale et ainsi porter atteinte de manière injustifiée à la stabilité financière d'autres concurrents. Aussi, et en conséquences également de raisons liées à la théorie des probabilités, un bénéfice doit-il être inclus dans les calculs (Cm 9).

Un bénéfice dont la hauteur n'est plus admissible peut se présenter lorsque la valeur attendue sur plusieurs exercices n'est plus en rapport avec les risques techniques assumés. Dans un tel cas, une reconsidération des bases techniques est nécessaire (Cm 9 s.)

B. Saisie de tous les risques essentiels

En plus des charges annuelles de sinistres établies statistiquement (Cm 12), tous les risques qui se rapportent à l'effectif des assurés concerné doivent, à l'exception du renchérissement continu des prestations de la santé, être pris en compte dans le tarif. Cette disposition renferme l'exigence d'un développement aussi uniforme que possible du tarif afin de prévenir des instabilités dans le dévelop-

¹ Arrêt no B-1298/2006, disponible sous www.bvger.ch

pement de l'effectif qu'il serait difficile de corriger (Cm 11 et 13). Cette exigence est avant tout nécessaire du fait qu'aujourd'hui toutes les entreprises d'assurance privées et les caisses-maladie renoncent volontairement à leur droit de résiliation en cas de sinistre.

Dès lors que le cadre de l'art. 38 LSA (cf. Cm 9 s.) et par là-même le principe d'équivalence sont respectés, la LSA laisse le libre choix du système de financement. L'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie doit prouver à l'aide de méthodes adéquates que, dans une mesure suffisante, elle est à même d'honorer à long terme ses engagements.

Depuis l'introduction de la LAMal et l'assujettissement des assurances-maladie selon la LCA à la LSA, le financement selon le système de couverture des besoins s'est imposé dans la branche. La tarification repose sur l'âge réel, même si en analogie à l'assurance de base une solidarité limitée entre les générations est souvent prise en considération. A la différence des affaires selon la LAMal, il n'y a pour les assurances complémentaires pas d'obligation d'accepter et les entreprises d'assurance privées et les caisses-maladie peuvent effectuer une sélection des risques. Cela induit un développement des effectifs incertain. En particulier lorsqu'ils ne sont pas conformes au risque, les tarifs peuvent receler un risque d'antisélection marqué. Un système de financement avec prime uniforme comme dans l'assurance de base ne serait ainsi pas adapté pour les assurances complémentaires. C'est pourquoi le système de répartition des dépenses n'est pas admis (Cm 14). Une répartition à court terme des charges qui augmentent avec l'âge n'est pas non plus admissible (Cm 15). Une modération de l'accroissement des primes en fonction de l'âge ne peut intervenir que par la constitution d'une provision de vieillissement au sens du système de capitalisation.

C. Provisions techniques

Constitution et évaluation

L'art. 16 LSA exige la formation de provisions techniques suffisantes. En conformité avec l'art. 54 al. 1 OS, non seulement les engagements attendus, sous considération des déviations autour de leur valeur d'espérance (Cm 16, 17, 18 et 22), sont à couvrir par des provisions techniques, mais aussi les fluctuations liées à des risques non systématiques, ceci dans le sens d'un lissage des résultats techniques dans le temps (Cm 19). L'art. 69 OS mentionne à cet égard explicitement la provision de sécurité et pour fluctuations. Les autres risques sont des risques de sécurité, lesquels ne sont pas en relation directe avec les risques techniques des produits.

Dans le sens d'une précision de l'art. 69 OS, les risques visés par la provision de sécurité et pour fluctuations sont traités de manière distincte dans cette circulaire et les provisions correspondantes de manière séparée. Cependant que la provision de fluctuations est prise en compte dans le tarif, la provision de sécurité est alimentée notamment par les bénéfices réalisés. Cela tient au fait que les risques qu'elle couvre ne sont pas suffisamment quantifiables et qu'ils ne sont pas en rapport direct avec les affaires techniques. Il est distingué entre les entreprises d'assurance privées et les caisses-maladie dans le sens où les entreprises d'assurance privées sont libres dans leur choix de créer une provision de sécurité. Elles doivent en effet déjà disposer d'un capital qui remplit les exigences de solvabilité de la LSA. Les caisses-maladie sont tenues de financer par les bénéfices une provision pour faire face aux risques d'entreprise (Cm 20 et 21).

La spécification des provisions techniques suit la répartition des provisions techniques selon l'art. 69 OS (Cm 23), les provisions de sécurité et de fluctuations étant à constituer et comptabiliser de manière séparée (Cm 24).

Dissolution

Selon l'art. 54 al. 3 OS, la constitution et la dissolution des provisions techniques doivent être réglées. Dans le cadre de l'examen des tarifs, cette réglementation est à présenter comme explication relative à la partie technique du plan d'exploitation (Cm 25).

La difficulté de mesurer les risques en assurance-maladie de manière précise et fiable peut conduire à ce que des provisions surfaites soient constituées, à savoir des provisions qui excèdent notablement les provisions suffisantes au sens de l'art. 16 LSA. En cas de dissolution de provisions conformément à l'art. 54 al. 2 OS, les moyens libérés sont à utiliser en principe en faveur des assurés (Cm 26). Dans son rapport annuel à la direction selon l'art. 3 OS-FINMA, l'actuaire responsable renseigne sur les provisions devenues inutiles (Cm 27).

Restitution des provisions de vieillissement

Dès lors qu'une entreprise d'assurance privée ou une caisse-maladie se réserve un droit de résiliation et qu'elle constitue des provisions de vieillissement, elle doit en application de l'art. 155 OS restituer une partie appropriée des provisions de vieillissement aux assurés concernés en cas de résiliation du contrat, quelle que soit la partie qui le résilie. Cette disposition vise à la protection des assurés qui par leurs contributions ont financé un « capital d'épargne » destiné à réduire la progression des primes en fonction de l'âge. La restitution doit respecter des critères qui tiennent compte des intérêts des assurés dont le contrat est résilié comme des intérêts des assurés qui restent dans le portefeuille (Cm 29 à 32).

D. Modalités de la structure tarifaire

Aux termes de l'art. 117 al. 2 OS, un préjudice porté à des assurés par une inégalité de traitement importante et actuariellement injustifiable constitue un abus. Un abus au sens de cet article peut se présenter non seulement dans le cas d'un « bénéfice abusif » (Cm 9), mais aussi dans le cas d'un tarif qui ne respecte pas la cohérence entre les classes tarifaires (Cm 33). Dans cette perspective, les Cm 34 et 36 donnent des restrictions à la constitution des tarifs. Un tarif doit être suffisamment différencié et suffisamment proche du profil des risques pour prévenir un risque d'antisélection. De la sorte, il n'est pas seulement obvié à une mise en péril de la solvabilité, mais aussi à une inégalité de traitement illégitime des assurés. La structure tarifaire est à présenter de manière précise dans les demandes d'approbation de produits (Cm 35). Elle ne peut être modifiée que dans le cadre d'une révision des bases techniques (Cm 37).

E. Rabais

Les rabais sont des réductions accordées sur les primes en assurance-maladie complémentaire à l'assurance-maladie sociale. Les rabais peuvent influencer le risque assuré, respectivement les coûts ou pas :

- les rabais qui influencent le risque assuré peuvent constituer un substitut à une caractéristique tarifaire qui n'a pas été évaluée (Cm 38) (charges attendues ou frais de gestion inférieurs) ou alors une incitation pour le comportement des assurés (par exemple rabais pour absence de prestations, système de bonus-malus, rabais pour assurés membres de sociétés ou d'associations).

- si les rabais n'influencent pas le risque et qu'ils ne sont ainsi pas justifiés techniquement, ils peuvent être éléments de la composante de répartition (Cm 39). Ils ne doivent pas présenter de caractère discriminatoire.

L'ensemble des rabais forment des éléments du tarif et doivent à ce titre être soumis pour approbation (Cm 38 et 42) et inscrits dans les CGA (Cm 41). Un rabais au sens de cette circulaire n'est pas limité par avance dans le temps et vaut pour tous les assurés de l'effectif indiqué dans la demande d'approbation du produit (Cm 40). Les réductions de primes ou les extensions de prestations, en particulier à des fins publicitaires, qui sont limitées dans la durée ne tombent pas sous la définition des rabais au sens de cette circulaire.

F. Adaptations ordinaires

Dans le modèle de financement d'un produit, les risques essentiels qui peuvent être anticipés doivent être dûment pris en compte. Le renchérissement exogène ne pouvant être anticipé, les tarifs peuvent être constamment adaptés à son évolution (Cm 43). Les augmentations de la charge des sinistres de nature aléatoire ou qui sont liées à des modifications dans la structure des effectifs ne relèvent pas du renchérissement exogène, d'où la restriction sous Cm 43. Les adaptations tarifaires qui dépassent la norme du renchérissement exogène ne peuvent être mises en œuvre que dans le cadre d'une révision des bases techniques (Cm 44).

G. Adaptations extraordinaires

Ont valeur d'adaptation extraordinaire les révisions des bases techniques du produit, c'est-à-dire du tarif et du système de financement (Cm 45). L'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie doit soumettre une telle révision lorsque le tarif ne respecte plus le cadre de l'art. 38 LSA (Cm 46). Les Cm 47 à 49 précisent quelles sont les autres circonstances dans lesquelles une entreprise d'assurance privée ou une caisse-maladie peut déposer une demande de révision des bases techniques.

H. Explications techniques contenues dans le plan d'exploitation

L'art. 4 al. 2 LSA exige dans le plan d'exploitation des indications sur les provisions comme sur les primes. Pour un produit, les primes et les provisions sont dans une étroite relation de fonctionnalité, laquelle est spécifiée par la structure tarifaire et le système de financement. Aussi, dans le cadre de l'approbation d'un nouveau produit, des indications sur le système de financement (Cm 51), sur la structure tarifaire (Cm 52 à 56) ainsi que sur les provisions (Cm 57 à 61) sont-elles exigées comme éléments du plan d'exploitation en plus des primes et des conditions d'assurance (Cm 62). Selon le système de financement, des composantes de répartition sont contenues ou non dans les primes. La structure tarifaire est à décrire en fonction de cela dans le plan d'exploitation (Cm 53 à 55). En conformité avec l'art. 54 al. 3 OS, les indications sur les provisions techniques incluent les conditions de leur dissolution (Cm 60), de même que leur rapport quantitatif aux risques techniques (Cm 58 et 59).

Du point de vue technique comme du point de vue du droit de la surveillance, le montant des provisions techniques doit pouvoir être constamment réévalué. Ceci est impératif, notamment en raison de l'exigence légale de couvrir en permanence par la fortune liée les engagements résultant de l'exécution des contrats d'assurance.

I. Publicité pour des produits non encore approuvés

La conclusion de contrats d'assurance de même que la proposition ferme pour la conclusion d'un contrat par l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie ne sont pas admises avant que l'autorité de surveillance ait délivré l'approbation des produits, tarifs, rabais et/ou CGA (art. 4 al. 2 let. r LSA en relation avec l'art. 5 al. 1 LSA).

La promotion publicitaire pour des produits non encore approuvés (tarifs, y compris rabais et CGA) est cependant autorisée pour autant que les assurés ne puissent être induits en erreur. Les exigences concrètes sont mentionnées au Cm 63.

IV Assurance collective d'indemnités journalières maladie

L'art. 157 en relation avec l'art. 123 OS reconnaît la possibilité d'appliquer la tarification empirique et la répartition en classes tarifaires dans l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie. Y sont stipulées des conditions sur l'information des preneurs d'assurance et sur la technique actuarielle. Les Cm 64 et 65, respectivement 66 à 68 précisent ces conditions.

Au vu de la nature de ces affaires, il n'est cependant pas toujours possible d'indiquer de manière quantitative aux preneurs d'assurance les conditions qui régissent la modification des primes vers le haut ou vers le bas, en particulier lorsque la tarification empirique est appliquée. Dans un tel cas, l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie doit donner connaissance au moins des facteurs déterminants (Cm 65).

Si elle applique une des méthodes de tarification précitées, l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie doit, selon l'art. 123 al. 3 OS, prendre en compte de manière appropriée le cours individuel et le cours collectif des sinistres. Le terme « approprié » signifie que les facteurs de pondération du cours individuel et du cours collectif des sinistres respectent une proportion qui corresponde à la crédibilité du contrat individuel (Cm 66). De cette manière il est satisfait aux dispositions de l'art. 123 al. 4 OS, lesquelles exigent l'application d'une méthode actuarielle reconnue.

V Exigences matérielles pour la remise de demandes d'approbation de tarifs

Dans ce chapitre, les produits sont considérés sur l'ensemble de leur cycle de vie. Il y est distingué entre la phase d'introduction et de croissance (Cm 69 à 77), la phase de maturité (Cm 78 et 79) et la phase de saturation et de régression (Cm 80).

Le développement d'un nouveau produit est lesté par des incertitudes actuarielles, lesquelles ne peuvent être levées qu'après son lancement (Cm 69, 70 et 73). C'est pourquoi l'actuaire responsable, à qui aux termes de l'art. 2 al. 1 OS-FINMA incombe la responsabilité de diriger la partie technique du plan d'exploitation, doit procéder à un calcul rétrospectif du tarif et au besoin initier une révision des bases techniques (Cm 71 et 74). Il importe qu'en dépit de ces incertitudes l'entreprise d'assurance privée ou la caisse-maladie puisse supporter les coûts d'investissement ainsi qu'une période marquée par des résultats négatifs durant la phase d'introduction. Cette capacité doit être montrée à l'aide de scénarios (Cm 72).

Au cours de sa phase de maturité, le produit ne doit être adapté qu'au renchérissement exogène. Les modifications de structure devraient demeurer l'exception (Cm 78 et 79).

Des ultimes adaptations des bases techniques peuvent encore intervenir durant la phase de saturation. Durant la phase de régression se manifestent en général des risques tels que le vieillissement de l'effectif ou l'antisélection. Ceux-ci doivent être anticipés et leurs conséquences ne peuvent être portées à la charge de l'effectif restant (Cm 80).

VI Documents à remettre avec les nouveaux produits et les révisions de bases techniques

Aussi bien du côté de l'autorité de surveillance que du côté de l'entreprise d'assurance privée ou de la caisse-maladie, il est souhaité que soient clairement communiqués les documents à remettre avec la demande d'approbation d'un nouveau produit ou d'une révision des bases techniques. Ce chapitre répertorie les documents qui doivent être produits (Cm 81).

VII Dispositions transitoires

Avec l'entrée en vigueur de cette circulaire technique, il convient de préciser ce qu'il advient de la pratique de surveillance mise en œuvre dans le passé. Ceci est réglé aux Cm 82 et 83.