

ENLISEMENT DE
Konstantin Beck (Editeur)
LA RÉFORME DE
LA COMPENSATION
DES RISQUES?
*Expériences internationales et
solutions concrètes pour la Suisse*



RAN

Risk Adjustment Network

Une publication de Réseau européen
de compensation des risques

IMPRESSUM

Concept/conception graphique: Corinne Kälin/Claudia Hensch, Lucerne

Impression: Multi Reflex AG, Lucerne

Tirage: 200 exemplaires/août 2004

Editeur: Konstantin Beck, Risk Adjustment Network

Accessible sur le site: www.css.ch/publications

© RAN

RAN: The European Risk Adjustment Network is a network of scientists interested in risk adjustment and managed competition in social health insurance. All authors in this publication are member of the RAN.

SOMMAIRE

• Préface	
La compensation des risques dans l'assurance-maladie – pourquoi?	4
<hr/>	
• Part 1: Expériences internationales	
La sélection des risques dans le marché de l'assurance-maladie	6
Système de compensation des risques: Expériences de l'Israël	11
Compensation des risques: L'expérience de la Belgique depuis 1995	14
La compensation de la structure des risques dans l'assurance-maladie légale en Allemagne	17
<hr/>	
• Part 2: Compensation des risques en Suisse	
Le débat politique et scientifique en Suisse	21
Compensation des risques fondée sur l'état de santé des assurés en Suisse	25
La compensation des risques en Suisse comparée aux expériences d'autres pays	30
<hr/>	
• Conclusion et recommandations politiques	35

Préface



Konstantin Beck

*PD Dr. oec. publ.,
Privat-dozent en économie de la santé et recherche empirique en économie
Université de Zurich
www.css.ch/publications*

LA COMPENSATION DES RISQUES DANS L'ASSURANCE-MALADIE – POURQUOI?

Au début de cette année, on a beaucoup débattu dans les hautes sphères politiques de la suppression de la compensation des risques entre les assureurs-maladie. «Si nous supprimons la compensation nous n'aurons plus ni bons ni mauvais risques, nous n'aurons plus que des assurés», était un des arguments avancés [1].

*Une prime unique et une compensation
des risques arrangée de manière différenciée
sont les frères siamois d'une régulation
judicieuse de la concurrence.*

A cet égard, on omet que ce n'est pas la compensation des risques mais la prescription de prime unique qui est responsable de l'existence des bons et des mauvais risques (à long terme). Ce n'est que lorsqu'un assureur doit facturer à chaque client la même prime – quelque soit son âge, son sexe ou ses caractéristiques individuelles de risques – qu'il y a alors des groupes d'assurés clairement définissables qui, de manière prévisible et au cours des années, paieront moins d'argent à la caisse que ce qu'ils ne recevront en prestations.

Rien de plus logique qu'un assureur n'ait aucun intérêt à admettre dans son portefeuille ces clients qui, à long terme, sont déficitaires. Une suppression de la compensation des risques ne sert à rien; elle ne servirait qu'à détériorer la situation, c'est-à-dire à renforcer la sélection des risques.

Qu'on imagine un épicier à qui l'on ordonnerait de vendre tous ses produits à un prix moyen identique. Personne ne s'étonnerait de voir disparaître de ses rayons le saumon qui est cher alors qu'il ferait de la promotion pour la vente de yoghourts bon marché. Ce comportement n'a rien à voir avec la défaillance du marché, c'est la réaction rationnelle à une régulation du marché peu judicieuse.

Il en va de même pour l'assureur. La prescription de prime unique et une compensation des risques arrangée de manière différenciée sont les frères siamois d'une régulation judicieuse de la concurrence. L'une est absurde sans l'autre.

La déclaration citée en introduction illustre le fossé qui existe entre la politique en matière de santé et l'économie de la santé en Suisse. En réalité, il y a même deux fossés. Un entre la science et la politique et l'autre entre la politique en matière de santé pratiquée en Suisse et celle pratiquée par des pays européens comparables.

Examinons maintenant le premier fossé: tous les grands économistes de la santé de Suisse -Michael Breuer, Lucien Gardiol, Alberto Holly, Robert Leu, Willy Oggier, Jürg Sommer, Stefan Spycher et Peter Zweifel – s'accordent à dire qu'une compensation des risques différenciée constitue une régulation nécessaire tant qu'on s'en tient à la prime unique ([2] à [7]). Cependant, les milieux politiques discutent encore et toujours de la nécessité d'une compensation des risques et se montrent plutôt réticents à l'ancrer définitivement dans la loi.

Et maintenant le deuxième fossé: tous les pays ayant un système de santé comparable au nôtre, n'ont cessé, au

*Il n'existe aucun pays, à part la Suisse,
qui présente en même temps une concurrence
si marquée sur le plan des primes et qui
a une forme aussi rudimentaire de compen-
sation des risques.*

cours de la dernière décennie, d'affiner et d'améliorer leur formule de compensation des risques. Il n'existe aucun pays, à part la Suisse, qui présente en même temps une concurrence si marquée sur le plan des primes et qui a une forme aussi rudimentaire de compensation des risques. Car, chez nous, l'optimisation de la formule de la

compensation ne figure même pas encore dans l'agenda politique.

L'objet de cette publication est de combler les deux fossés dont nous avons parlé. Il ne s'agit pas de convaincre tous les lecteurs et lectrices que la prime unique alliée à la compensation des risques représente la seule solution possible de réguler le marché de l'assurance-maladie sociale. Elle vise à montrer que tant que l'on s'en tient à la prime unique, une compensation des risques basée sur la morbidité est un impératif.

Nous allons commencer par examiner le mode de fonctionnement du marché de l'assurance-maladie où prévalent la concurrence des primes et la compensation des risques (van de Ven), puis nous jetterons un coup d'œil sur la situation dans d'autres pays (Wasem et al., van de Voorde et al., Chernichovsky). En considérant la Suisse, Spycher donne un aperçu des débats politiques et scientifiques des dix dernières années. Holly présente un modèle différencié de compensation des risques qui a été développé à l'aide des données actuellement disponibles en Suisse à l'Université de Lausanne. Il s'agit là du premier modèle de ce type (!) développé pour la Suisse. Enfin, Beck compare les expériences pratiques de l'étranger avec les développements sur le marché de l'assurance-maladie de Suisse. Le «cas spécial» ne se révèle pas être, à cet égard, avantageux pour les assurés. Le dernier article récapitule les recommandations politiques les plus importantes.

Tout compte fait, il s'avère que la compensation des risques, n'est pas quelque chose de «nice to have», mais qu'elle est un facteur-clé décisif si on veut avoir une concurrence couronnée de succès dans l'assurance-maladie. Une concurrence qui a pour but des incitations à économiser sur les coûts.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Moser, Hubert: «Couchepin heizt den Kassen ein», in: Sonntagsblick 1. Februar 2003.
- [2] Beck, Konstantin, Stefan Spycher, Alberto Holly und Lucien Gardiol (2003): «Risk Adjustment in Switzerland», Health Policy, No. 65, 63-74.
- [3] Leu, Robert E., Christoph Eisenring, Sandra Nocera und Martin Schellhorn (1999): «Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten», (Interpharma) Basel.
- [4] Oggier, Willy (2000): «Finanzierung präventiver geriatrischer Hausbesuche», in: Heidi Schmocker, Willy Oggier und Andreas Stuck (Hrsg.): «Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche», Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri.
- [5] Sommer, Jürg H. (1999): «Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt», (Schattauer) Stuttgart.
- [6] Spycher, Stefan (2002): «Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkung», (Paul Haupt) Bern.
- [7] Zweifel, Peter und Michael Breuer (2001): «Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven», Bericht zu Handen der Cosama, (Cosama) Martigny und Bern.

Part 1: EXPÉRIENCES INTERNATIONALES



Wynand P.M.M. van de Ven

*Professeur en assurance-maladie
Département de politique et management de la santé
Erasmus Université de Rotterdam
vandeven@bmg.eur.nl*

LA SÉLECTION DES RISQUES DANS LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE-MALADIE

Au cours de la dernière décennie, la concurrence sur le marché de l'assurance-maladie a été renforcée dans plusieurs pays européens. C'est le cas par exemple en Belgique, en République tchèque, en Allemagne, en Israël, aux Pays-Bas, en Pologne, en Russie et en Suisse. Le fait que les consommateurs puissent choisir périodiquement (par exemple annuellement) entre assureurs-maladie concurrents et porteurs du risque influe sur le comportement des caisses qui deviennent, d'une part, plus efficaces et qui tiennent davantage compte des préférences des clients. D'autre part, cela motive également les caisses à facturer à leurs membres des primes conformes aux risques. Pour des raisons de solidarité, la régulation étatique interdit dans tous ces pays des primes conformes aux risques. Par conséquent, cela incite les assureurs à pratiquer une sélection des risques, c'est-à-dire à recruter les clients prévisiblement rentables. Pour diminuer l'incitation à la sélection des risques, les gouvernements de tous ces 5 Etats ont mis en place un mécanisme de compensation des risques. Toutefois, ces mécanismes s'avèrent, pour l'heure, (encore) insuffisants parce qu'ils ne prennent pas (encore) en considération l'état de santé de l'assuré¹.

Il s'agit, dans la présente communication, de montrer que les politiciens, dans le cas d'une compensation des risques insuffisante, se voient confrontés à un savant dosage entre solidarité, efficacité et (effets négatifs de la) sélection des risques. Nous parviendrons à la conclusion que

1. seule une modélisation correcte des risques apporte une solution concrète à ce dilemme de politique de santé et que
2. le domaine de la modélisation des risques enregistre de réels progrès.

LA SOLIDARITÉ DANS UN MARCHÉ D'ASSURANCE-MALADIE AXÉ SUR LA CONCURRENCE

Pour les hommes politiques, un marché d'assurance-maladie axé sur la concurrence représente un défi de taille. En effet, comment parvenir à une solidarité sur un tel marché? Le principe du subventionnement croisé solidaire, largement répandu en Europe, implique que les individus à haut risque ou à bas revenu reçoivent une contribution de soutien leur garantissant l'accès à la couverture

Pour diminuer l'incitation à la sélection des risques, les gouvernements de plusieurs états ont mis en place un mécanisme de compensation des risques.

d'assurance. À cet égard, nous pouvons distinguer deux formes de transfert de solidarité: la solidarité de risque et la solidarité de revenu. Toutefois, dans la libre concurrence, les subventions croisées ne sauraient être durables puisque la concurrence minimise les gains prévisibles et conduit à des primes conformes aux risques. Celles-ci peuvent facilement se différencier par un facteur 100. Il ne faut donc pas s'attendre à des subventions de solidarité croisées dans un libre jeu du marché de l'assurance-maladie. Un moyen efficace d'obtenir des transferts de solidarité, sans interférer dans la compétition entre les caisses, consiste à verser aux hauts risques une subvention d'un fonds de solidarité, lui-même alimenté par des contributions obligatoires versées par les risques bas. Concrètement, les clients paient à l'assureur de leur choix une prime (uniforme), les bons risques payant toutefois davantage que ce qui correspondrait à leur risque, ce qui revient à verser une contribution de solidarité obligatoire, tandis que les risques élevés paient moins que ce que représente leur risque, bénéficiant ainsi d'un transfert de solidarité. La caisse dotée d'une structure de risque meilleure que la moyenne verse à son tour les contribu-

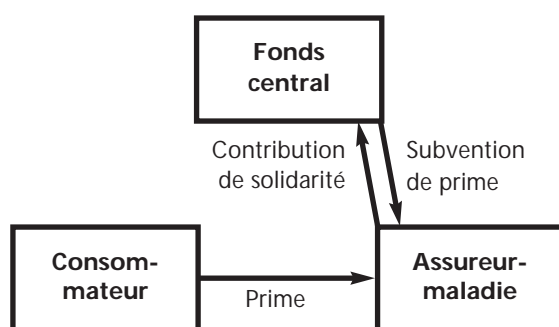
¹ ...à l'exception des Pays-Bas.

tions de solidarité excédentaires de ses bons risques dans un fonds de solidarité central. Si, en revanche, elle possède une structure de risque très onéreuse, les contributions de solidarité de ses propres bons risques ne suffisent pas à financer les transferts pour ses propres risques élevés. Elle reçoit alors des contributions de transfert complémentaires

*Le domaine de la modélisation
des risques enregistre de réels progrès.*

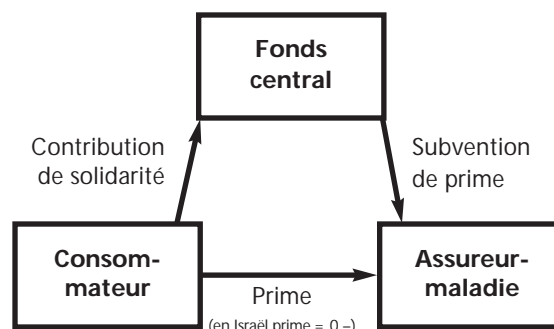
émanant du fond de solidarité. Ainsi, le fonds de solidarité compense les différences structurelles de risque entre les assureurs (cf. figure 1). Actuellement, ce système est appliqué sur les marchés de l'assurance-maladie de Tchéquie, d'Allemagne et de Suisse.

Figure 1: Système de subvention interne
(tel qu'en Tchéquie, en Allemagne et en Suisse)



Un système alternatif est appliqué présentement sur les marchés d'assurance-maladie de Belgique, d'Israël, des Pays-Bas et de Russie. Dans ces pays, la subvention, élevée dans le cas de haut risque et vice-versa, est versée directement à la caisse que l'assuré a choisie. Le client paie à l'assureur une prime unitaire, non conforme au risque et finance le fonds de solidarité par des contributions de solidarité uniformes (cf. figure 2). Dès que le transfert de solidarité et/ou la contribution à la prime après transfert sont fonction du revenu, la solidarité de risque s'accompagne d'une solidarité de revenu.

Figure 2: Système de subvention externe
(tel qu'en Belgique, en Israël, aux Pays-Bas et en Russie)



La mise en oeuvre pratique de subventions de primes conformes aux risques est rendue plus difficile du fait que, dans le cas idéal, les facteurs de risque de la formule de compensation des risques doivent remplir plusieurs exigences [11]:

- *Adéquation des incitations:*
les assureurs-maladie devraient être incités à augmenter l'efficacité et à soutenir des activités améliorant la santé. Ils ne devraient pas être encouragés à pratiquer la sélection des risques et à manipuler les données nécessaires au calcul de la compensation des risques.
- *Équité:*
la subvention de prime pour correction du risque devrait correspondre, par le niveau souhaité et l'orientation des subventions croisées, au degré de solidarité souhaité; en outre, les subventions devraient compenser suffisamment les frais de l'assureur pour ses assurés à haut risque.
- *Praticabilité:*
les données nécessaires devraient pouvoir être recueillies de manière systématique, à un coût raisonnable; il ne doit pas y avoir de conflit avec la protection des données et le système devrait être acceptable pour toutes les parties concernées.

En pratique, la plupart des facteurs de risque semblent ne pas remplir ces critères, ce qui conduit à de délicats compromis.

CONFLITS D'OBJECTIFS COMPLEXES DANS LE CAS D'UNE COMPENSATION DES RISQUES INSUFFISANTE
Dans tous les pays susmentionnés, la compensation des risques se base sur l'âge et, pour l'instant aux Pays-Bas uniquement, sur l'état de santé également. A la suite de cette insuffisance de la compensation des risques, comme c'est aussi le cas en Suisse, les politiciens se voient confrontés à des conflits complexes entre solidarité, efficacité et (effets négatifs de la) sélection des risques. Afin d'éviter que les assureurs-maladie ne soient contraints,

sous l'effet de la concurrence (!), à exiger des primes élevées aux malades chroniques assurés chez eux, la régulation étatique prévoit, dans tous les pays, que les assureurs facturent une prime uniforme; en d'autres termes, la prime que le client paie directement à l'assureur doit être aussi élevée pour tous les membres². Dans la plupart des pays, les caisses sont libres dans la fixation des primes, ce qui conduit à une concurrence en matière de primes entre les assureurs. En Israël et en Russie, la loi prescrit une prime de 0.- unité monétaire, c'est-à-dire que la

A la suite de cette insuffisance de la compensation des risques, les politiciens se voient confrontés à des conflits complexes entre solidarité, efficacité et sélection des risques.

prime correspond alors entièrement au transfert en provenance du fonds de solidarité. En outre, dans tous les pays, une procédure publique d'inscription a lieu périodiquement (par exemple annuellement) où les caisses ont interdiction de refuser les nouveaux clients non désirés. Bien que la prescription d'une prime unitaire s'inscrive dans un objectif de solidarité en instaurant implicitement des subventions croisées de solidarité entre les risques élevés et les risques bas, celle-ci crée en même temps des déficits prévisibles pour l'assureur en ce qui concerne les risques onéreux. De ce fait, ces prescriptions incitent à la sélection des risques. Nous entendons par sélection des risques des actes³ imputables aux consommateurs ou aux assureurs dans le but d'exploiter des différences de risque ne se reflétant pas sous forme de différences de primes, et de disloquer les collectivités de risque existantes. Par conséquent, la sélection des risques menace par définition l'objectif de solidarité. Pour diminuer l'incitation à la sélection des risques, plusieurs pays (en l'occurrence la Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas) ont mis en place un système de partage des risques rétrospectif entre fonds de solidarité et assureur. Le partage des risques signifie que l'assureur est dédommagé rétroactivement par le fonds de solidarité pour certains coûts de certains assurés. Toutefois, le partage des risques ne diminue pas seulement l'incitation à une sélection des risques, mais également l'incitation à l'efficacité. En Suisse, il n'y a pas de partage des risques, bien que la sélection des risques représente l'un des principaux problèmes du marché de l'assurance.

² ...au sein d'une même région (restriction valable pour la Suisse)

³ différenciation des primes exclue

⁴ La segmentation du marché est aujourd'hui l'un des principaux problèmes du marché suisse de l'assurance-maladie.

EFFETS NÉGATIFS DE LA SÉLECTION DES RISQUES

Les effets négatifs de la sélection des risques ou même de l'incitation à pratiquer la sélection des risques peuvent être notables. Il s'agit des effets suivants:

Premièrement:

l'existence de gains élevés et prévisibles tirés de la sélection n'incite pas les assureurs à s'occuper des besoins de leurs clients à haut risque. Les caisses peuvent offrir à leurs malades chroniques un mauvais service et ne concluront guère de conventions avec des fournisseurs de prestations ayant une bonne réputation en matière de traitement des malades chroniques. Cet état de choses (en supposant qu'il y ait liberté de contracter) décourage à son tour les médecins et hôpitaux à acquérir une telle réputation. Dans la même mesure où les assureurs et leurs fournisseurs de prestations conventionnés partagent les risques, ces fournisseurs de prestations partagent également l'intérêt à attirer des patients rentables et à écarter les patients générant des pertes prévisibles. La sélection a pour conséquence que les patients à haut risque ont le choix soit d'accepter un mauvais service et de mauvais soins, soit de payer pour des soins de qualité des primes très élevées auprès d'un assureur-maladie spécialisé dans le traitement des hauts risques. Si l'instance régulatrice

La sélection a pour conséquence que les patients à haut risque ont le choix soit d'accepter de mauvais soins, soit de payer pour des soins de qualité des primes très élevées.

prescrit implicitement une prime nationale maximale (comme c'est le cas en Israël et en Russie), il est fatal pour un assureur d'avoir la réputation de procurer de bons soins aux malades chroniques; en effet, l'assureur se verra submergé par des individus dont on peut prévoir qu'ils généreront davantage de coûts que de recettes, alors même qu'il ne pourra pas augmenter ses primes. Bref, la sélection des risques tend à compromettre la qualité des soins aux malades chroniques.

Deuxièmement:

plus le succès des assureurs dans le recrutement des bons risques est grand, plus le marché se voit fortement segmenté, les risques élevés payant une prime élevée et les risques bas une prime basse. Cela signifie que la sélection des risques menace la solidarité⁴.

Troisièmement:

dans le cas de gains importants et prévisibles résultant de la sélection des risques, la sélection s'avère plus profitable qu'une augmentation de l'efficacité. Du moins à court terme, un assureur possédant des ressources restreintes

pouvant être investies dans des mesures d'atténuation des coûts, pourrait préférer utiliser ces ressources à des fins de sélection des risques. Les assureurs efficaces ne sélectionnant pas leurs nouveaux clients perdent alors des parts de marché au profit de caisses inefficaces qui pratiquent la sélection des risques. Cela constitue une perte en termes de bien-être économique.

La sélection des risques tend à compromettre la qualité des soins aux malades chroniques.

Quatrièmement:

alors que la sélection profite à un assureur particulier, elle ne produit en revanche aucun profit pour la société dans son ensemble. Par conséquent, toutes les ressources mobilisées par la sélection représentent une perte au niveau du bien-être économique.

En résumé:

La prescription d'une prime unitaire, censée encourager la solidarité, incite en fait à une sélection des risques qui menace la solidarité, l'efficacité et la qualité des soins. L'enjeu politique d'une compensation des risques améliorée est le suivant: plus les subventions de primes sont bien corrigées du risque, plus les conflits d'objectifs cités plus haut sont faibles. Théoriquement, une compensation des risques parfaite est à même de supprimer intégralement ces conflits d'objectifs. À cela s'ajoute qu'une compensation des risques judicieuse devrait être un élément permanent et non temporaire d'un marché d'assurance-

Plus le succès des assureurs dans le recrutement des bons risques est grand, plus le marché se voit fortement segmenté, les risques élevés payant une prime élevée et les risques bas une prime basse.

maladie de concours. Même dans le cas où la composition du portefeuille de toutes les caisses s'avère (par hasard) identique, l'existence permanente des incitations à la sélection des risques constitue, en cas de compensation des risques inexistante ou insuffisante, une menace constante pour la solidarité, l'efficacité et la qualité des soins. Les effets négatifs de la sélection se manifestent même quand toutes les caisses pratiquent avec un succès égal la sélection des risques. Cet argument est spécialement important pour la Suisse où le Parlement, au début des années 90, a limité la compensation des risques à 13 ans, soit de 1993 à 2005.

EVITER LA SÉLECTION

La stratégie la plus efficace pour éviter que les assureurs ne soient confrontés aux attraits financiers décrits plus haut consiste à adapter les subventions de prime à l'état de santé de l'assuré (il s'agit de calculer une «compensa-

La sélection s'avère plus profitable qu'une augmentation de l'efficacité.

tion de santé»). De nombreux facteurs de risques ont été proposés dans les ouvrages de référence, entre autres les dépenses des années antérieures, les prestations sollicitées les années précédentes (en particulier (1) combinées aux informations diagnostiques et (2) aux médicaments prescrits dans le passé), l'état de santé déclaré par l'assuré et les décès [11].

L'introduction aux USA, au 1er janvier 2000, des groupes de coûts par diagnostic («Diagnostic Cost Groups», DCG) pour la détermination des paiements mensuels de Medicare aux HMO a constitué une avancée dans l'application pratique de la compensation des risques [8]. Les DCG

Toutes les ressources mobilisées par la sélection représentent une perte au niveau du bien-être économique.

sont des facteurs de risque basés sur les diagnostics des séjours hospitaliers antérieurs, développés entre autres par Ash et Ellis ([1], [4]; cf. également [5]). L'introduction sur le marché de l'assurance-maladie des Pays-Bas de groupes de coûts pharmaceutiques («Pharmacy Cost Groups», PCG; 1.1.2001) et de groupes de coûts par diagnostic («Diagnostic Cost Group», DCG; 1.1.2004) en tant que facteurs de risque a représenté un deuxième et troisième tournant important ([6], [10]). L'intégration de ces facteurs de risque réduira considérablement les gains résultant de la sélection. Savoir si ces facteurs de risque élimineront suffisamment les incitations pour que les assureurs tiennent davantage compte des préférences des malades chroniques reste une question empirique.

Une compensation des risques judicieuse devrait être un élément permanent et non temporaire d'un marché d'assurance-maladie de concours.

Le partage des risques entre le fonds de solidarité et la caisse représente une deuxième stratégie pour réduire (les incitations à) la sélection des risques (cf. [2], [3], [9]). Toutefois, le partage des risques provoque un conflit

d'objectif entre la sélection des risques et l'efficacité. Une troisième stratégie consiste à permettre aux caisses de facturer des primes conformes aux risques, dans le cadre de certaines limites. Cela aurait pour conséquence que l'avance en matière d'information que les assureurs auraient par rapport au fonds de compensation des risques servirait principalement à une différenciation au niveau des primes et non à la sélection. Cela ferait

*La stratégie la plus efficace
consiste à calculer une «compensation
de santé».*

augmenter les primes des hauts risques, ce qui fait naître un conflit d'objectif entre la solidarité et la sélection. Les assurés à haut risque et à bas revenu pourraient se voir octroyer une réduction de prime correspondante. Si les caisses sont obligées de dévoiler les facteurs de risque utilisés pour la différenciation des primes, le fonds de solidarité pourrait alors essayer d'utiliser ces informations pour la formule de compensation des risques des années suivantes et diminuer ainsi le potentiel de sélection. Peut-être que ces mécanismes de compensation des risques fournis par le marché seraient plus efficaces que ceux livrés par la recherche.

Enfin, les autorités pourraient tenter de mettre un terme à la sélection par les mesures complémentaires suivantes:

- empêcher tout contact direct entre la caisse et le requérant lors de la procédure d'inscription;
- publier les résultats d'enquêtes de satisfaction des consommateurs;
- interdire toute forme de partage des risques entre assureur et fournisseur de prestations conventionné;
- instaurer un code déontologique pour les assureurs;
- garantir que ni la prime, ni la vente de produits ou prestations de service complémentaires ne soient liées d'une quelconque façon à l'assurance de base.

CONCLUSION

Dans le cas d'une «compensation de santé» insuffisante dans un marché d'assurance-maladie axé sur la concurrence, les politiciens se voient confrontés à de difficiles conflits d'objectifs en matière de solidarité, efficacité et d'effets négatifs de la sélection des risques. Si les fortes incitations financières subies par les assureurs-maladie les empêchent de répondre aux préférences des malades chroniques, les avantages de la concurrence dans l'assurance-maladie se voient contrebalancés par ses inconvénients. Une bonne «compensation de santé» est la seule stratégie efficace pour réduire les incitations à la sélection des risques, sans amenuiser la solidarité et sans perturber la concurrence entre les assureurs porteurs du risque. Ces dernières années, d'importants progrès ont été enregi-

strés dans la recherche sur la compensation des risques. Leur application dans la pratique a déjà commencé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ash, A.S., F. Porell, L. Gruenberg, E. Sawitz, A. Beiser, (1989). «Adjusting Medicare capitation payments using prior hospitalization data.» *Health Care Financing Review* 10(4): 17-29.
- [2] Van Barneveld, E. M., L. M. Lamers, R. C. J. A. Van Vliet and W. P. M. M. Van de Ven (2001). «Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency.» *Journal of Health Economics* 20(2): 147-168.
- [3] Van Barneveld, E. M., R. J. C. A. Van Vliet and W. P. M. M. Van de Ven (2001). «Risk sharing between competing health plans and sponsors.» *Health Affairs* 20(3): 253-262.
- [4] Ellis, R.P. and A.S. Ash (1995). «Refinements to the Diagnostic Cost Group model.» *Inquiry* 32: 418-429.
- [5] Lamers, L. M. and R. C. J. A. van Vliet (1996). «Multiyear Diagnostic Information from Prior Hospitalizations as a Risk-Adjuster for Capitation Payments.» *Medical Care* 34(6): 549 - 561.
- [6] Lamers, L. M. (1999). «Pharmacy Costs Groups: A risk-adjuster for capitation payments based on the use of prescribed drugs.» *Medical Care* 37(8): 824 - 830.
- [7] Newhouse, J.P. (1996). «Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection.» *Journal of Economic Literature* 34: 1236-1263.
- [8] Pope, G.C., R.P. Ellis, A.S. Ash et al., (2000). «Principal inpatient diagnostic cost group model for Medicare risk adjustment.» *Health Care Financing Review* 21(3): 93-118.
- [9] Van Vliet, R. C. J. A. (2000). «A statistical Analysis of Mandatory Pooling Across Health Insurance.» *Journal of Risk & Insurance* 67(2): 197 - 217.
- [10] Van Vliet, R. C. J. A. and L. M. Lamers (2000). «Verdeelkenmerken voor het ZFW-verdeelmodel gebaseerd op chronische aandoeningen afgeleid uit medicijngebruik in het verleden: tweede fase.» Rotterdam, iBMG: 1 - 162.
- [11] Van de Ven, W. P. M. M. and R. P. Ellis (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of Health Economics*. A. J. Culyer and J. P. Newhouse, Elsevier Science B.V. 1A: 755 - 845.



Dov Chernichovsky

*Professeur d'économie et de politique de la santé
Département d'économie et management de la santé
Université Ben Gurion du Negev
dov@bgumail.bgu.ac.il*

SYSTÈME DE COMPENSATION DES RISQUES: EXPÉRIENCES DE L'ISRAËL

La loi nationale sur l'assurance-maladie (National Health Insurance Bill, NHIB) entrée en vigueur le 1er janvier 1995, octroie à chaque résident d'Israël le droit d'accès à une offre de soins médicaux de base dispensée par des caisses-maladie de manière «efficace et équitable»[1]. La loi détermine les prestations médicales spécifiques couvertes par l'assurance et stipule que ces prestations doivent être dispensées à temps et accessibles dans un rayon acceptable

*L'équilibre financier du système était
devenu très précaire, car les caisses-maladie
qui renonçaient à la sélection des risques
n'étaient plus viables financièrement.*

du lieu de résidence des assurés, dans les limites du budget alloué aux caisses-maladie. La loi respecte les recommandations soumises au gouvernement en 1990 par la commission d'Etat chargée d'étudier le fonctionnement du système sanitaire du pays [2].

Cette loi assure une couverture médicale adéquate aux quatre à six pour-cent de la population, pour la plupart des Arabes résidant en Israël, qui ne bénéficiaient d'aucune assurance des soins avant l'introduction de la NHIB. La nouvelle loi remanie par ailleurs le financement sanitaire. L'Institut national de sécurité sociale est chargé de gérer l'ensemble des fonds du système qui se composent d'un nouvel impôt direct progressif sur la santé, des cotisations fiscales des employeurs ainsi que des fonds attribués par le gouvernement.¹ Ces recettes sont attribuées aux caisses-maladie présentes sur le marché en fonction d'un Capitation Mechanismus, un mécanisme attribuant aux caisses-maladie un forfait par assuré adapté aux risques [3]. Les assureurs, des compagnies qui existaient avant l'entrée en vigueur de la loi, sont responsables de l'organisation et de la gestion des soins médicaux dispensés à leurs assurés. Les caisses-maladie sont également habilitées à dispenser

des prestations ou à conclure des contrats avec des fournisseurs de prestations.

En ce qui concerne le financement du système de santé, la loi introduite en 1995 corrigeait un déséquilibre massif qui affectait le système israélien de la santé vers la fin de l'année 1994. A cette date, quatre caisses-maladie se trouvaient en situation concurrentielle sur le marché. Leurs recettes se composaient des 'primes' calculées en fonction du revenu de leurs membres, des contributions des employeurs et de divers subsides versés par le gouvernement. Deux caisses sur quatre procédaient à une sélection rigoureuse des risques. D'une part, elles profitaient de recettes importantes, car elles attiraient de préférence des membres avec un revenu élevé et d'autre part, elles limitaient leurs dépenses en favorisant les jeunes assurés. 5 ans environ après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, les données illustrent clairement cette situation (tableaux 1 et 2).

Manifestement, il s'agissait d'une situation inéquitable qui plaça le nouveau système devant plusieurs défis supplémentaires. D'abord, l'équilibre financier du système était devenu très précaire, car les deux caisses-maladie qui renonçaient à la sélection des risques – pour des raisons principalement idéologiques – n'étaient plus viables financièrement. Par conséquent, l'accès aux soins médicaux de 70% de la population était menacé. Ensuite,

*L'accès aux soins médicaux de 70 %
de la population était menacé – à cause de
la sélection des risques.*

les couches fragiles de la population et les habitants des régions éloignées éprouvaient de plus en plus de difficulté à obtenir les soins nécessaires. Enfin, l'efficacité du système était compromise parce que l'approvisionnement médical était le plus faible dans les situations où il aurait été le plus productif.

La NHIB supprima le lien entre les contributions des ménages et des employeurs et le droit de l'individu aux prestations médicales subventionnées par l'Etat. Le système des soins par assuré assorti d'un mécanisme de compensation des risques qui garantit une répartition égale (standardisé) des fonds du système sanitaire, consti-

¹ L'impôt des employeurs a été abandonné en 1997 et remplacé par un financement fondé sur une enveloppe budgétaire de l'Etat.

Table 1: Revenu mensuel moyen (=100) et indice du revenu par caisse-maladie, Israël, 1994-2000

Caisse-maladie					Ø Moyenne Revenu mensuel (NIS)
Année	Klalit	Leumit	Maccabee	Mehuedet	
1994	96	89	118	108	2.982
1995	96	90	123	112	3.527
1996	94	87	123	107	3.965
1997	94	87	122	108	4.365
1998	94	86	122	109	4.723
1999	92	87	125	112	5.524
2000	91	86	127	114	5.796

Sources: Ministère de la Santé, Health Israel. Jérusalem. 2001; Institut national de sécurité sociale, appartenance aux assurances-maladie 2000-2001. Jérusalem. 2002

tue la pierre angulaire de la réforme financière du système de santé israélien. Contrairement à la situation précédant l'introduction de la nouvelle loi, cette répartition est attribuée indépendamment du niveau des contributions des résidents au système sanitaire. Les personnes souhaitant bénéficier de prestations additionnelles peuvent conclure des assurances facultatives proposées par les caisses-maladie ou par des assureurs privés. En fait, l'allocation d'un forfait par tête est le principal mode d'attribution des fonds en Israël. En 2000/2001, 72% des dépenses publiques ou fiscales pour les soins médicaux servaient au financement du forfait par assuré, soit 60% des dépenses de soins totales. Au moment de l'introduction, la nouvelle loi garantissait une égalité horizontale et verticale en matière de soins. Le

On recommande d'introduire des variables additionnelles, qui rendraient plus équitable l'attribution des fonds et limiteraient la tentation des caisses-maladie de procéder à une sélection des risques

financement des soins médicaux était plus progressif qu'avant 1995 [4]. Le droit aux prestations était global et uniforme. En outre, la loi contribuait au départ à favoriser la multiplication des services sanitaires de base dans la périphérie et dans les régions écartées, car les caisses-maladie s'efforcèrent de gagner de nouveaux assurés dans ces milieux qui n'étaient précédemment pas assurés. En tant qu'outil principal d'allocation des fonds, le mécanisme du forfait par tête avec compensation des risques est la clé de voûte de la mise en œuvre d'une politique de santé publique. Il reflète les priorités et l'objectif d'égalité

Tableau 2: Répartition des membres des caisses-maladie en fonction de l'âge, Israël, 2001

Caisse-maladie					Groupe d'âge
Total	Klalit	Leumit	Maccabee	Mehuedet	
100%	100%	100%	100%	100%	tous
10.4	9.1	11.7	11.9	13.1	0-4
18.5	17.8	21.5	18.3	20.0	5-14
14.9	16.0	15.1	12.2	14.6	15-24
15.3	12.9	14.7	19.5	18.8	25-34
12.2	11.0	12.9	14.4	12.5	35-44
11.3	11.7	10.4	11.1	10.2	45-54
7.3	8.2	6.0	6.4	5.5	55-64
5.6	7.0	4.4	3.8	3.0	65-74
4.6	6.2	3.3	2.5	2.1	75+

Source: Institut national des assurances sociales, Ibid.

du système. Les structures du mécanisme et son application traduisent l'organisation et la gestion du système de santé. Bien que le mécanisme joue un rôle déterminant dans le système de santé et en dépit de nouvelles connaissances et données recueillies en la matière, il n'a pratiquement pas été modifié depuis son instauration en 1995.

Une étude récente du système a abouti à deux conclusions principales concernant son efficacité [5]. Premièrement, le potentiel du mécanisme est restreint par le fait qu'il englobe seulement les trois quarts du budget de santé, soit la partie gérée par les caisses-maladie. Le solde – qui sert principalement à financer les frais de maternité et de pédiatrie, ainsi que les soins psychiatriques et à long terme – est entièrement géré par le Ministère de la Santé. Deuxièmement, les participations aux coûts et les assurances complémentaires facultatifs réduisent l'efficacité du mécanisme de capitation en matière d'égalité des soins. Dans cette logique, une commission publique, la «Amorai Commission», a récemment recommandé d'abolir les participations aux coûts [6]. La commission a également proposé la recherche de méthodes susceptibles d'empêcher la réapparition de la sélection des risques par le biais des assurances complémentaires.

En ce qui concerne les structures et la gestion du mécanisme d'attribution par tête, on recommande

- d'utiliser principalement le système de forfait par assuré dans un dessein politique, plutôt qu'à des fins de compensation des risques
- de le mettre à jour en tenant compte des nouvelles données disponibles sur les différents groupes d'âge et le recours aux services médicaux
- de tenir compte régulièrement des changements au plan de l'accès et de l'attribution des fonds qui résultent principalement des progrès de la technologie et de l'inflation. En effet, ces changements ont un impact

différent suivant l'âge des assurés et peuvent affecter l'attribution des fonds notamment aux personnes âgées

- d'affiner le système en appliquant des échelons d'âge portant sur 5 ans (non pas sur 10) et de créer plusieurs groupes d'âge pour les assurés de plus de 75 ans ou de moins de 5 ans, qui ne forment jusqu'ici qu'un groupe
- de réexaminer le système dans l'optique de la répartition des risques entre le gouvernement et les caisses-maladie. Il faut trouver les moyens de créer une répartition des risques décourageant les caisses-maladie de sélectionner les risques et de réduire la qualité des soins
- de créer des fonds régionaux pour rendre plus efficace et équitable le système
- d'introduire des variables additionnelles, comme le sexe, l'état de santé, l'invalidité et la situation socio-économique des assurés qui rendraient plus équitable l'attribution des fonds et limiteraient la tentation des caisses-maladie de procéder à une sélection des risques

De manière générale, il faudrait régulièrement actualiser le mécanisme de compensation dans son ensemble et trouver une possibilité d'obtenir des données pertinentes de la part des caisses-maladie.

BIBLIOGRAPHIE

[1] D. Chernichovsky and D. Chinitz, «The Political Economy of Health System Reform in Israel», *Health Economics* 4 (1995): 127-141.

[2] State of Israel, Report of the State Commission of Inquiry into the Israeli Health Care System, Vol.1 Jerusalem: Government Press, (1990), 464 pp [hébreu].

[3] A. Shmueli, D. Chernichovsky, and I. Zmora, «Risk Adjustment and Risk Sharing: The Israeli Experience», *Health Policy* 65(1) (2003): 37-48.

[4] L. Ahdut, The Financing of the Israeli National Health Expenditure: Aspects of Progressivity (Tel Aviv: The General Federation of Labour. (1999) [hébreu].

[5] Zmora, Chernichovsky and Shmueli, The Israeli Capitation System. The Center for the Study of Social Policy in Israel. (2003). [hébreu].

[6] State of Israel, Report of the Commission for the Examination of the Israeli Health System. Tel Aviv (2002) [hébreu]



Carine Van de Voorde

Adjointe scientifique

Carine.VandeVoorde@econ.kuleuven.ac.be

Erik Schokkaert

Professeur en économie publique en économie de la santé

Centre des études économiques, Université catholique de Louvain

COMPENSATION DES RISQUES: L'EXPÉRIENCE DE LA BELGIQUE DEPUIS 1995

1. INTRODUCTION

Pendant les années nonante, de nombreux pays ont décidé d'introduire sur le marché de l'assurance-maladie une concurrence régulée avec compensation des risques. Ils entrevoyaient dans ce choix une possibilité de trouver un équilibre entre efficacité et solidarité. La Belgique a suivi cette tendance. Tandis que toutes les prestations des assureurs-maladie belges étaient remboursées par un fonds

Les incitations prévues par le nouveau système auraient pu encourager les assureurs à conclure des contrats sélectifs avec des fournisseurs de prestations préférés.

central avant 1995, ce système de remboursement intégral a été remplacé par un système de financement à partir de 1995, dont l'étendue dépend partiellement du risque (ex ante) des caisses affiliées. Les autorités politiques ont introduit cette responsabilité financière de manière progressive. Au départ, le poids affecté aux paiements par tête déterminés en fonction du risque était très faible.

La structure formelle du système belge présentait une grande similarité avec le concept théorique de la concurrence régulée dans le cadre de la compensation des risques par un fonds central (cf. graphique n° 2 de l'article de van de Ven). A y regarder de plus près toutefois, il s'avère que la Belgique est encore très éloignée d'une régulation de la concurrence: La peur des marchés a engendré un système hybride dans lequel les caisses ne disposent de pratiquement aucun instrument de contrôle des dépenses. Du fait de cette spécificité, l'expérience de la Belgique peut constituer un exemple de cas intéressant dans le cadre d'une comparaison internationale, parce qu'il montre les conséquences de la mise en place d'un financement prospectif dans un système d'assurance obligatoire et fortement centralisé, dans lequel, pour des raisons historiques, l'accent est mis sur la solidarité et la garantie d'accès aux soins.

2. LA RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE DES ASSUREURS-MALADIE

Afin d'expliquer les raisons de l'introduction du financement prospectif des assureurs-maladie en 1995 et la manière dont celle-ci est intervenue, nous esquissons le contexte institutionnel et historique des assureurs-maladie belges dans le paragraphe 2.1. Les aspects techniques de la responsabilité financière sont traités dans le paragraphe 2.2. Dans le paragraphe 2.3 enfin, la sélection des facteurs de risque pris en compte est décrite en détail.

2.1. Le système d'assurance de la Belgique

La Belgique est dotée d'un système d'assurance-maladie obligatoire qui couvre l'ensemble de la population (avec certaines restrictions pour les indépendants) et comporte un large ensemble de prestations. La gestion de cette assurance incombe à cinq assureurs privés sans but lucratif et à une caisse publique. Les cinq organismes d'assurance nationaux comptent environ 100 caisses locales, dont le nombre d'assurés varie entre 500 et près de 500 000. Sur le plan historique, ces organismes d'assurance ont vu le jour selon des lignes politiques et idéologiques.

Les deux principales sources de financement du système sont les cotisations de la sécurité sociale et les subventions étatiques, issues du produit général de l'impôt et collectées dans un fonds central. La couverture obligatoire offerte, de même que les cotisations sociales, sont identiques pour tous les assurés. Le montant de la prime unitaire, qui peut varier selon la caisse, est trop faible pour influencer le choix de cette dernière: environ Euro 2,5 par année.

Si l'adhésion à l'assurance est prescrite, chaque individu peut choisir librement son assureur. De par la loi, le marché de l'assurance-maladie obligatoire est fermé aux nouveaux prestataires de services d'assurance. Bien que la liberté du choix de la caisse ne soit pas établie légalement, de fortes pressions politiques et sociales sont exercées sur les caisses pour qu'elles acceptent toutes les demandes d'adhésion et qu'il n'existe en pratique aucun exemple de rejet manifeste de demande. Le marché des assurances supplémentaires est détenu par ces assureurs-maladie. Comme les assurés sont contraints, conformé-

ment à la loi, de conclure l'assurance de base obligatoire et les assurances supplémentaires auprès du même prestataire, la variation au niveau de la couverture d'assurance supplémentaire représente un instrument important de prospection (sélective) du marché. Si les contrats sélectifs avec des fournisseurs de prestations sont autorisés dans l'assurance complémentaire, ils ne le sont pas en revanche dans l'assurance de base.

2.2. La compensation des risques: Comment et pourquoi?

Conformément à la loi, les assureurs sont responsables depuis 1963 de la différence entre les cotisations de leurs membres et leurs dépenses. En pratique néanmoins, cette règle n'a pas été mise en application et toutes les dépenses de santé ont été couvertes par le fonds étatique. Les écarts importants au niveau du profil de risque de la clientèle des assureurs ont été entièrement compensés et ceux-ci ont tous été incités à acquérir le plus grand nombre possible d'assurés. Plus leur effectif de membres était grand, plus ils pesaient dans les processus de prises de décision politiques. Cependant, ils étaient peu encouragés à maîtriser les dépenses.

L'objectif déclaré de la loi de Moureaux de 1993 était de favoriser la prise de conscience relative aux coûts de toutes les parties prenantes du système de santé. Néanmoins, l'écart important entre les conditions générales établies par la loi de 1963 et la pratique alors en vigueur du remboursement intégral des frais médicaux était tout aussi important. Ainsi, tandis que certaines caisses avaient accumulé des «dettes théoriques» élevées depuis 1963, d'autres avaient réalisé d'importants «excédents théoriques». Afin de rendre acceptable pour toutes les parties la réintroduction d'un financement prospectif, la loi prescrivait la remise à zéro de tous ces excédents et pertes (théoriques). L'évolution vers le financement prospectif était en priorité le résultat d'un compromis politique entre les caisses excédentaires – qui eurent l'impression de ne pas être récompensées pour leur meilleure efficacité – et les caisses déficitaires – qui justifiaient leurs dettes (légal) par le profil de risque défavorable de leurs assurés. Aucun débat explicite sur la volonté d'un rôle accru des forces du marché n'eut jamais lieu. Selon la nouvelle approche, le budget annuel de l'assurance-maladie est fixé initialement. Une «norme de croissance» a été introduite afin de limiter l'augmentation annuelle des dépenses. En cas de dépassement important de l'objectif, des actions correctives telles que l'adaptation des tarifs des four-

nisseurs de prestations sont engagées automatiquement. Il est à noter que les mesures prises sont déterminées sur le plan national par un organisme de régulation.

Ce budget fixé initialement est ensuite subdivisé en deux parties. Un certain pourcentage ($r\%$) du budget est réparti entre les assureurs proportionnellement à leur part de dépenses normatives, autrement dit de dépenses correspondant à leur profil de risque¹. Le prochain sous-paragraphe traitera des facteurs de risque utilisés pour déterminer la part prospective. Le pourcentage restant ($100\% - r\%$) est réparti proportionnellement aux parts effectives des assureurs sur les dépenses de santé, et ce avec effet rétroactif. Comme la volonté du gouvernement était d'engager la responsabilité financière des assureurs avec prudence, le pourcentage fixé pour r fut très bas dans un premier temps (10%). Aujourd'hui, r se situe à 30%.

Une fois que les paiements ont été distribués aux différents assureurs, le résultat financier de chaque assureur peut être calculé comme étant la différence entre ses recettes et le total des coûts pour son effectif d'assurés. La responsabilité individuelle de chaque caisse se limite alors à un pourcentage de ce résultat financier. Au cours de la première période, la responsabilité financière se montait à 15% seulement du résultat financier, mais la loi prescrivait l'augmentation constante de cette responsabilité. Elle atteint 25% depuis 2001. En combinaison avec la valeur r de 30%, la responsabilité financière de l'assureur-maladie se chiffre momentanément à 7,5%. Pour re-

Le modèle actuel comporte les variables suivantes: âge, sexe, classe sociale, mortalité, taux d'urbanisation, offre médicale, forme d'habitation isolée, handicap, taux de participation aux coûts inférieurs, diagnostic d'invalidité et maladies chroniques.

mettre à sa place ce faible pourcentage, il ne faut pas oublier que le paquet de prestations auquel la compensation des risques se rapporte est défini de manière très globale. En principe, les incitations financières prévues par le nouveau système, même si elles sont limitées, auraient pu encourager les assureurs à conclure des contrats sélectifs avec des fournisseurs de prestations préférés. Ces contrats sélectifs auraient offert la possibilité de tester de nouveaux instruments permettant d'influencer les prix, les volumes et la qualité. Mais il n'en a rien été, parce que la loi a interdit l'utilisation de ces instruments, et de ce fait l'exercice d'un véritable contrôle des coûts. Les contrats sélectifs avec les fournisseurs de prestations ne sont pas autorisés. Les possibilités dont dispose chaque assureur pour influencer le comportement des fournisseurs de prestations restent extrêmement limitées. Et les assureurs privés ne sont tou-

¹ Cette répartition des fonds correspond à la redistribution dans le cadre de la compensation des risques. Contrairement à la Suisse, la Belgique n'est dotée d'aucun système qui prévoit la redistribution des fonds *entre* les caisses, mais plutôt d'un système dans le cadre duquel un fonds central distribue l'argent *aux* caisses (vois van de Ven, figure 2).

jours pas autorisés à s'implanter sur le marché belge de l'assurance-maladie obligatoire. C'est pourquoi l'introduction de la responsabilité financière sous forme d'efficience accrue est restée relativement inexploitée. Comme autrefois, les caisses, en tant que cartel, négocient avec les fournisseurs de prestations et doivent maintenir ensemble les dépenses médicales à un niveau inférieur au budget global établi de manière intangible. Malgré (ou peut-être grâce à) ces alternatives d'action restreintes, l'idée selon laquelle les caisses doivent répondre collectivement de la croissance des dépenses dans le secteur de la santé est acceptée de manière générale. C'est pourquoi la responsabilité financière et la compensation des risques figurent toujours dans le programme politique. En revanche, aucune évolution vers le renforcement des mécanismes de marché n'est à noter actuellement.

2.3. Sélection des facteurs de risque

Vu le contexte esquissé ci-dessus, il ne devrait pas être surprenant que l'option de ne prendre en compte que le sexe et l'âge en tant que facteurs de risque (comme cela était le cas en Suisse) dans le cadre de la compensation des risques soit jugée inacceptable. Dès le début, le gouvernement a défini explicitement une longue liste de facteurs de risque qui sont «acceptables et adéquats» pour définir les dépenses «normatives». Afin de pondérer correctement les différents facteurs de risque, une analyse de régression a été effectuée.² Les premiers modèles étaient basés sur des données administratives agrégées au niveau des assureurs locaux³, d'où la difficulté de calculer les effets de manière suffisamment précise.

Le modèle actuel est basé sur des données individuelles et comporte les variables suivantes: âge, sexe, classe sociale (par ex.: veuves et orphelins), mortalité, taux d'urbanisation, offre médicale, forme d'habitation isolée, handicap, taux de participation aux coûts inférieurs pour certaines catégories à faible revenu, personnes exclues de la participation aux coûts à cause du revenu et du montant des dépenses de santé, diagnostic d'invalidité et malades chroniques⁴ qui touchent un forfait en fonction de la valeur qu'ils atteignent sur l'échelle de Katz, gravité de l'invalidité ou bénéficiaires de prestations de physiothérapie de longue durée. En comparaison de la situation constatée dans les autres pays, cette liste est longue. Cela peut s'expliquer par la place prédominante accordée à la solidarité dans le système belge, ainsi que par la pression que les assureurs exercent pour obtenir une compensation totale des différents profils de risque.

² Comme les variables explicatives sont partiellement continues, un modèle de régression s'impose, contrairement à la méthode de l'analyse basée sur la moyenne des cellules appliquée en Allemagne et en Suisse.

³ Les modèles s'appuient sur les variables suivantes: classe sociale, âge, sexe, chômage, activité au service public, mortalité, handicap, taux d'urbanisation, nombre des personnes à charge, revenu, offre médicale.

Comme des données relatives aux diagnostics hospitaliers et aux médicaments prescrits à titre ambulatoire sont maintenant disponibles, le modèle s'élargira encore dans un avenir proche. La première étape s'inspire de la méthodologie appliquée aux Pays-Bas, qui consiste à sélectionner des diagnostics et des médicaments dans des catégories de coûts similaires (que l'on appelle les «pharmaceutical et diagnostic cost groups»).

Vu le nombre élevé de facteurs de risque pris en compte, les décideurs ont été confrontés à certaines difficultés. La définition de dépenses normatives vise à rendre les assureurs financièrement responsables (tout au moins en partie) des déterminants des dépenses de santé. En conséquence, les paiements compensatoires, qui ont vu le jour dans le cadre de la compensation des risques, ne devraient se rapporter qu'à des facteurs à propos desquels l'on admet que la caisse ne peut être tenue responsable. Un exemple: Même si les personnes affichant une valeur élevée sur l'échelle de Katz ou les invalides représentent en moyenne un risque accru, l'assureur peut, jusqu'à un certain point, influencer sur cette valeur étant donné que ses médecins-conseil interviennent au niveau de la fixation des valeurs.

*Comme des données relatives
aux diagnostics et aux médicaments sont
maintenant disponibles, le modèle
s'élargira encore dans un avenir proche.*

Les responsables politiques ont décidé d'ignorer ce problème de manipulation potentielle. Dans le même temps, il a été décrété que l'offre médicale ne doit pas être prise en considération dans la compensation des risques, alors même qu'elle constituait une variable importante de l'analyse de régression. Cette décision s'explique à la fois par la très forte densité de fournisseurs de prestations en Belgique et par les différences régionales substantielles qui existent. Le problème de cette décision réside dans le fait que les assureurs sont tenus responsables des différences de coûts qui résultent des écarts au niveau de l'offre médicale, sans toutefois disposer des outils nécessaires pour pouvoir exercer une influence sur les dépenses de leurs membres.

3. CONCLUSION: L'ABSENCE DE VÉRITABLE DÉBAT

En Belgique, le pas en direction du financement prospectif des assureurs a essentiellement été franchi dans le but de générer des incitations à l'efficience et à la maîtrise des dépenses. Néanmoins, beaucoup de voix s'élèvent contre la mise en place explicite des pouvoirs de marché dans le système de santé. De plus, le souci d'égalité des soins prédomine. C'est pourquoi le nombre de facteurs de risque pris en compte dans la formule est important. C'est pourquoi aussi les assureurs-maladie ne disposent de pratiquement aucun instrument pour influencer les dépenses de santé.



Jürgen Wasem

*Professeur en management de la médecine
Université de Duisburg-Essen, chaire de
management de la médecine
www.uni-essen.de/medizin-management/*

Corinne Behrend

*Adjointe scientifique
Bundesverband der Betrieblichen Krankenkassen (Association fédérale des caisses-maladies d'entreprises), Essen*

Florian Buchner

*Docteur en économie politique
Chef de la section réassurance maladie non proportionnelle Münchner Rückversicherung/
Réassurance de Munich*

LA COMPENSATION DE LA STRUCTURE DES RISQUES DANS L'ASSURANCE-MALADIE LÉGALE EN ALLEMAGNE

ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE COMPENSATION

1. VUE D'ENSEMBLE

En Allemagne, la sécurité sociale en cas de maladie a une longue tradition, remontant à la législation bismarckienne de la fin du XIXe siècle. Dès le départ, la solidarité constitua un principe structurel essentiel de l'assurance-maladie légale. Chaque assuré de l'assurance-maladie légale bénéficie de services de santé correspondant aux exigences médicales et figurant dans un catalogue de prestations des caisses largement homogène. Les dépenses sanitaires sont financées par des contributions dépendant du revenu des assurés; la perception de contributions conformes au risque de santé des assurés est interdit. Dans l'assurance-maladie légale, le principe de solidarité veut que non seulement les personnes en bonne santé paient pour les malades, mais également que les personnes aux revenus plus élevés paient pour les personnes moins aisées, les plus jeunes pour les plus âgés, les célibataires et les personnes n'ayant pas d'enfants pour les familles avec enfants et les hommes pour les femmes (ceci en raison des différences de risques de maladie et d'espérance de vie spécifiques aux sexes).

Jusqu'au milieu des années 1990, la majorité des assurés de l'assurance-maladie légale étaient assignés à l'une des caisses en fonction de leur appartenance professionnelle, les employés étant essentiellement les seuls à disposer de quelque droit individuel à choisir une caisse. Par conséquent, la compétition entre les caisses n'était que très restreinte; la politique de réduction des coûts dominant depuis le milieu des années 1970 l'entraîna encore plus en enjoignant les caisses d'agir «ensemble et de manière unitaire» envers les fournisseurs de prestations.

L'iniquité des droits en matière de choix de la caisse et les inégalités qui en résultaient notamment au niveau des taux de contribution entre les travailleurs et les employés, les doutes croissants à l'égard du succès de mesures de réduction des coûts imposées de haut en bas (top-down) ainsi qu'un climat politique général favorable à la dérégulation et à la compétition dans le système de santé ont

aidé à arriver à un changement important: Au 1.1.1996, le libre droit de choix périodique de la caisse-maladie a été accordé à la majorité des assurés de l'assurance-maladie légale; anticipant et flanquant cette réforme, un système de compensation des risques entre les caisses est entré en vigueur au 1.1.1994.

Le principal but de l'introduction du libre choix de la caisse était d'améliorer, par la concurrence ainsi instaurée entre les caisses, la qualité et l'efficacité des services de santé et d'orienter ceux-ci davantage aux besoins et aux préférences des assurés et patients. La compensation de la structure de risques – c'est ainsi que la compensation des risques s'appelle en Allemagne – devait contribuer à garantir une compétition non biaisée entre caisses en neutralisant financièrement les processus de sélection des risques et faire en sorte que les différences de taux de contribution ne reflètent non pas les différences de

Le but du libre choix de la caisse était d'améliorer, par la concurrence entre les caisses, la qualité et l'efficacité des services de santé.

structure de risques entre les caisses, mais celles de leur efficacité au point de vue de la fourniture des prestations. La réussite d'un système de compensation des risques se mesurerait au fait qu'une caisse qui compte parmi ses assurés les plus malades du marché et travaille de manière rentable puisse proposer des taux de contribution compétitifs sans que ceux-ci rapportent des recettes insuffisantes pour la couverture en soins des assurés les plus nécessiteux.

Au cours des dernières années, il est apparu clairement que la compensation de la structure de risques dans sa conception initiale remplissait tendanciellement les espoirs placés en elle; mais que des défaillances au niveau de la

compétition entre les caisses nécessitaient d'améliorer le système de compensation. En réponse à cette nécessité d'agir, une loi votée par le Bundestag à la fin de l'année 2001 fixe une réforme graduelle de la compensation de la structure de risques de 2002 à 2007.

2. PARAMÈTRES DE LA COMPENSATION DE LA STRUCTURE DE RISQUES DEPUIS 1994

L'idée de la compensation de la structure de risques est de contrebalancer les différences au niveau des dépenses sanitaires des caisses qui résultent de caractéristiques non influençables de leur structure d'assurés respective et de créer ainsi, pour chaque caisse, une situation financière qui ne dépende pas du mélange de risques de son effectif d'assurés. La compensation de la structure de risques conçue en 1994 prend en considération les caractéristiques suivantes de la structure d'assurés, appelées facteurs de risque ou paramètres de compensation:

- Sexe
- Age: 90 groupes d'âge d'un an allant de <1 an à 90+ ans pour les assurés ne percevant pas de rente d'invalidité ainsi que 31 groupes d'âge de <36 ans à 65 ans pour les assurés percevant une rente d'invalidité
- Statut d'invalidité: Perception ou non-perception d'une rente d'invalidité en tant qu'indicateur de morbidité facilement disponible

De plus, dans le domaine des prestations de l'indemnité de maladie, on distingue trois groupes selon le type de

La réussite d'un système de compensation des risques se mesurerait au fait qu'une caisse qui compte parmi ses assurés les plus malades du marché et travaille de manière rentable puisse proposer des taux de contribution compétitifs.

droit à l'indemnité de maladie. Pour chaque «cellule de risque» dans la grille matricielle façonnée de des caractéristiques, les dépenses sanitaires moyennes de l'assurance-maladie légale sont calculées par tête d'assuré. Celles-ci sont créditées à titre de «besoins de dépenses» standardisés aux différentes caisses en fonction de l'appartenance de leurs assurés à l'une des cellules de risque; elles constituent la base pour la détermination des transferts de compensation entre les caisses.

Le financement des caisses-maladie légales en Allemagne se fait par des contributions proportionnelles au revenu, prélevées directement auprès des assurés. Les écarts de revenu entre assurés se traduisent par d'importantes différences au niveau des recettes des caisses. Pour équilibrer les différences de capacité financière entre les caisses, le revenu est également pris en considération com-

me caractéristique de la structure d'assurés dans la compensation de la structure de risques.

Tout comme la compensation des risques helvétique, la compensation de la structure de risques allemande se fait également de façon rétrospective, avec des acomptes réguliers durant l'année de compensation en question et un équilibrage final en fin d'année.

3. EXPERTISES SUR LA COMPENSATION DE LA STRUCTURE DE RISQUES DE 2001

En 2001, le Ministère fédéral allemand de la santé ainsi que quelques caisses ont présenté les résultats d'expertises commanditées par leurs soins au sujet de l'impact de la compensation de la structure de risques existante. Indépendamment les unes des autres, ces analyses du statu quo sont parvenues aux conclusions suivantes:

- Depuis l'introduction du libre choix de la caisse et de la compensation de la structure de risques, les caisses-maladie se profilent comme des concurrents sur le marché sanitaire. L'orientation clientèle accrue, le contrôle et la gestion des dépenses renforcés, l'intérêt grandissant pour l'organisation des services de santé en forme de managed care et la diminution remarquable du nombre de caisses sur le marché, cela dû aux fusions, sont autant d'indices nets en ce sens.
- Le système de compensation contribue, pour une large part, à éliminer les différences extrêmes de taux de contribution entre les caisses qui se manifesteraient dans une situation sans compensation de la structure de risques du simple fait des dissemblances dans la structure d'assurés.
- Nonobstant, la compensation de la structure de risques laisse encore une marge considérable pour des processus de sélection dans le cadre du choix de la caisse et du changement de caisse. Du fait de la fixation de besoins de dépenses moyens, les assurés en bonne santé et avantageux permettent d'espérer des gains dans les différents groupes d'âge et de sexe, tandis que dans ces mêmes groupes, les assurés malades aux dépenses plus élevées impliquent des pertes probables. La recherche d'innovations en matière d'organisation et de gestion de services de santé notamment pour les malades chroniques est par conséquent toujours sous-

Au cours des dernières années, il est apparu clairement que les défaillances au niveau de la compétition entre les caisses nécessitaient d'améliorer le système de compensation.

développée: beaucoup de caisses craignent en effet d'attirer par de telles activités encore plus de patients coûteux qui, n'étant pas suffisamment pris en compte dans la compensation de la structure de risques, ent-

raînent une détérioration de leur situation financière. Il s'est avéré que les caisses en plein essor ont essentiellement recruté des assurés en bonne santé; comme la compensation de la structure de risques ne pallie pas les différences de morbidité, ces caisses peuvent fixer un taux de contribution inférieur à la moyenne. Les caisses avec une clientèle plus morbide et donc un taux de contribution plus élevé sont de leur côté prises dans un engrenage puisque le départ successif d'assurés en bonne santé les oblige à augmenter leur taux de contribution, ceci par ailleurs indépendamment de l'efficacité et l'efficience de leur gestion.

Les migrations d'assurés provoquées par le libre choix de la caisse n'ont pas été accompagnées d'une homogénéisation de la structure d'assurés des caisses, mais d'un renforcement de la séparation des risques. L'argument selon lequel la compensation de la structure de risques ne serait

Depuis l'introduction du libre choix de la caisse et de la compensation de la structure de risques, les caisses-maladie se profilent comme des concurrents sur le marché sanitaire.

nécessaire que provisoirement pour surmonter les désavantages «historiques» de quelques caisses dans la phase initiale du nouveau libre choix de la caisse, et qu'elle pourrait par la suite être supprimée s'est révélé conceptionnellement et empiriquement faux. Aucune des expertises ne s'en est servie; toutes se sont par contre prononcées en faveur de la réalisation d'un système de compensation de la structure de risques qui reflète plus directement l'état de santé et les différences de morbidité des assurés.

4. RÉFORME DE LA COMPENSATION DE LA STRUCTURE DE RISQUES

Suite à ces expertises et aux conceptions d'un système de compensation plus optimal qu'elles esquisaient, le Gouvernement a présenté au Parlement une loi de réforme de la compensation de la structure de risques qui fut votée par les deux chambres à la fin de l'année 2001. La loi prévoit essentiellement les trois mesures suivantes:

Instauration d'un système de compensation lié à la morbidité à partir de 2007

L'une des principales défaillances de la compétition entre les caisses est la persistance d'incitations à une sélection des risques qui va notamment au détriment des malades chroniques. Les paramètres de compensation pris en considération ne permettent d'échelonner que de manière insuffisante les besoins de dépenses selon l'état de santé des assurés qui est un déterminant essentiel des disparités

au niveau des dépenses sanitaires. L'objectif à long terme est donc d'adapter et d'introduire, d'ici à 2007, un des modèles de compensation internationaux qui recourent à des mesures de maladie directes. La décision concernant le modèle est préparée dans une expertise attendue pour la mi-2004. Les données sociodémographiques, diagnostiques et pharmacothérapeutiques pseudonymisées ainsi que les dépenses individuelles d'un échantillon de 3 % de tous les assurés de l'assurance-maladie légale serviront de base aux études empiriques qui doivent étayer cette décision; elles permettront d'examiner différents modèles du point de vue de leur transposition en Allemagne. La décision du Gouvernement sur le système de compensation applicable à partir de 2007 est prévu pour fin 2004, de sorte que les caisses aient le temps de se préparer à l'introduction de ce nouveau système.

Instauration d'un pool de risques à partir de 2002

À titre de mesure à court terme, la compensation de la structure de risques est complétée depuis 2002 par un pool de risques destiné à contribuer au financement solidaire des cas de prestations onéreux («cas aux coûts élevés») et à diminuer davantage les incitations à la sélection des risques. Pour les assurés dont les dépenses sanitaires excèdent le seuil de Euro 20 500 par an, le pool de risques compense partiellement (à 60 %) les dépenses excédant ce montant; il est à son tour financé par un taux de perception proportionnel au revenu des assurés. Les premières expériences faites avec le pool de risques montrent que l'effet financier net est relativement restreint en raison de la valeur seuil fixée à un niveau très élevé.

Il est conceptionnellement et empiriquement faux, que la compensation des risques ne serait nécessaire que provisoirement et qu'elle pourrait par la suite être supprimée.

L'introduction d'une compensation de la structure de risques liée à la morbidité en 2007 est aussi l'occasion de repenser le rôle et la conception du pool de risques. Vu la distribution extrêmement déséquilibrée des dépenses sanitaires, la plupart des systèmes de compensation reposant sur un modèle lié à la morbidité sont accompagnés d'un pool de risques: même en pareils systèmes, les cas aux coûts élevés ont tendance à être sous-estimés.

L'«inscription à un programme de gestion thérapeutique» comme paramètre de compensation depuis 2003

Une autre mesure à court terme est la prise en compte, dans la compensation de la structure de risques, du paramètre de compensation «inscription à un programme de gestion thérapeutique accrédité». Cette mesure concrétise deux idées: Il s'agit d'une part de diminuer

l'iniquité financière entre les caisses avec peu de malades chroniques et celles qui en ont beaucoup. D'autre part, il s'agit d'essayer d'améliorer la qualité des services de soins

La majorité des acteurs de la politique de santé ne songent guère à contester sérieusement la nécessité fondamentale de la compensation de la structure de risques.

pour les malades chroniques en encourageant financièrement l'introduction et l'observation de recommandations de pratique thérapeutique pour certaines maladies chroniques. De par la loi, le Ministère fédéral de la santé est chargé de déterminer jusqu'à sept maladies pour lesquelles des programmes de gestion thérapeutique peuvent être développés qui soient pris en compte dans la compensation de la structure de risques; jusqu'ici, le diabète, le cancer du sein, l'asthme/la maladie pulmonaire obstructive chronique et la maladie coronarienne ont été définis. Les exigences essentielles auxquels ces programmes sont soumis sont fixées par le Ministère fédéral de la santé sur proposition commune des fédérations de caisses et de prestataires de soins et portent sur les recommandations de pratique thérapeutique à respecter, sur la documentation du diagnostic, de la thérapie et des résultats de traitement ainsi que sur la nature et la durée de la participation des assurés à de tels programmes. L'accréditation et l'admission – à durée limitée – d'un programme de gestion thérapeutique est de la compétence de l'Office fédéral d'assurance.

L'inscription des assurés à un programme de gestion thérapeutique proposé par leur caisse se fait sur une base volontaire. Les assurés inscrits constituent des groupes de

Sans aucune compensation de la structure de risques, seule la suppression du libre choix de la caisse permettrait de financer l'assurance-maladie légale sans passer à des primes conformes au risque; en Allemagne toutefois, il n'y a pas de majorité politique pour cette option allant à l'encontre de la compétition entre caisses.

risques séparés, différenciés selon le sexe, l'âge et le statut d'invalidité; les dépenses moyennes des ces groupes sont imputées au système de compensation en tant que besoins de dépenses. Cette démarche entraîne une redistribution des moyens financiers des caisses avec des taux plus faibles de malades chroniques inscrits vers les caisses présentant des taux plus élevés d'assurés de ce type, si

bien que les assurés malades chroniques inscrits à un programme de gestion thérapeutique ne représentent désormais plus a priori de «mauvais risques» pour une caisse. La relation entre la compensation de la structure de risques et les programmes de gestion thérapeutique fait l'objet d'une discussion critique du fait que, entre autres, (i) les programmes de gestion thérapeutique ne prennent en compte qu'un extrait du spectre de maladies et que le choix des maladies est plus ou moins arbitraire, que (ii) la fixation du contenu des programmes de gestion thérapeutique enfreint le principe de neutralité vis-à-vis des services de santé qu'un système de compensation de la structure de risques devrait respecter, et que (iii) les caisses sont incitées à faire inscrire autant d'assurés que possible, ceci indépendamment de la qualité et de l'utilité du programme de gestion thérapeutique pour l'assuré particulier. La prise en compte séparée des assurés inscrits à un programme de gestion thérapeutique sera à revoir avec l'introduction d'une compensation de la structure de risques liée à la morbidité.

5. CONCLUSION

La compensation de la structure de risques a incontestablement donné lieu à des disputes. Les «caisses payeuses» la rejettent en majeure partie, les «caisses bénéficiaires» voudraient voir augmenter les allocations qu'elles reçoivent de ce système. Selon l'argumentation de certains politiciens et économistes de la santé, un système de compensation est incompatible avec la notion de compétition, dans la mesure où il biaise les prix et conduit à des paiements entre concurrents. Toutefois, la majorité des acteurs de la politique de santé ne songent guère à contester sérieusement la nécessité fondamentale de la compensation de la structure de risques dans le cadre d'une assurance-maladie légale qui se réclame du principe de la solidarité. Du fait qu'un financement de l'assurance-maladie légale par des primes fixées en fonction du risque par tête est socialement rejeté, les caisses-maladie qui perçoivent des primes ou des taux de contribution uniques ont tout intérêt à avoir dans leur effectif autant de «bons» risques profitables aux dépenses inférieures à la moyenne que possible et à éviter d'avoir de «mauvais» risques aux dépenses supérieures à la moyenne qui engendrent des pertes. Une compétition non régulée, mue par la sélection des risques dans l'objectif de se réserver la meilleure part du gâteau, est dysfonctionnelle, consommatrice de ressources et socialement indésirable. Sans aucune compensation de la structure de risques, seule la suppression du libre choix de la caisse permettrait de financer l'assurance-maladie légale sans passer à des primes conformes au risque; en Allemagne toutefois, il n'y a pas de majorité politique pour cette option allant à l'encontre de la compétition entre caisses. C'est la compensation de la structure de risques qui conjugue solidarité et compétition.

Part 2: Compensation des risques en Suisse



Stefan Spycher

Dr. rer. pol.

Associé du bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS), Berne

www.buerobass.ch

LE DÉBAT POLITIQUE ET SCIENTIFIQUE EN SUISSE

1. LE DÉBAT POLITIQUE

Raisons de l'introduction de la compensation des risques en 1993

En décembre 1991, on a décidé d'introduire par un arrêté fédéral urgent une compensation des risques entre les assureurs-maladie avec effet au 1^{er} janvier 1993. L'arrêté fédéral est à comprendre comme une «mesure temporaire contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie». Pourquoi l'introduction de cette mesure se fonde-t-elle sur l'argument de la solidarité? Au début des années 90,

D'un point de vue scientifique, il faut souligner que la compensation des risques dans un système à prime unique doit permettre une concurrence à armes égales entre les assureurs.

il y a eu un accroissement du nombre de nouveaux assureurs-maladie sur le marché. Ceux-ci ont offerts des primes basses et attiré avant tout les assurés jeunes et en bonne santé des assureurs-maladie traditionnels. A cette époque, la mobilité des assurés était restreinte, car les assureurs pouvaient échelonner les primes selon l'âge d'entrée dans la caisse (et jusqu'en 1993 également selon le sexe). Dans ce contexte, il est donc pratiquement impossible aux personnes âgées et le plus souvent malades de changer de caisse. Par conséquent, les assurés jeunes et en bonne santé ont payé des primes toujours plus basses, les personnes plus âgées et souvent en moins bonne santé des primes plus élevées. On a alors considéré que la solidarité entre «bien-portants» et «malades» était menacée.

Il est intéressant de relever qu'on a recouru à un argument rarement invoqué dans le débat scientifique sur la compensation des risques. D'un point de vue scientifique, il faut souligner que la compensation des risques dans un système à prime unique doit permettre une concurrence à armes égales entre les assureurs. Elle doit en outre éviter

que les assureurs soient fortement incités à sélectionner les risques favorables (assurés en bonne santé). On invoque donc des raisons liées à la politique de la concurrence. Depuis que le libre passage intégral pour les assurés a été introduit avec la LAMal en 1996, la communauté scientifique considère que les assurés plus âgés peuvent également changer – plus ou moins sans problème – d'assurance pour la couverture de base. L'argument de la solidarité se perd donc en grande partie.

A l'origine, on a conçu la compensation des risques de façon à ce que seules les différences de coûts provenant des collectifs d'assurés constitués en fonction de l'âge et du sexe soient compensées entre les assureurs (calculées séparément pour chaque canton). La première ordonnance sur la compensation des risques n'a distingué que peu de classes de risque donnant lieu à une compensation. Comme on a rapidement constaté que cela limite l'efficacité de la compensation des risques, on a en 1994 mis en oeuvre une révision prévoyant 6 classes de risques selon le sexe et 3 selon l'âge.

Le passage dans le droit ordinaire en 1996

Lors de la révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), la question s'est posée de la nécessité d'intégrer la compensation des risques introduite par arrêté fédéral urgent dans le droit ordinaire. Au niveau du débat politique, les positions se sont rapidement cristallisées: La catégorie d'assureurs devant payer pour la compensation des risques s'est prononcée contre. Celle qui a profité de

La compensation des risques est aujourd'hui encore plus nécessaire qu'au moment de son introduction.

la compensation des risques a voté pour qu'elle soit inscrite dans le droit ordinaire. On trouve finalement un compromis en adoptant la compensation des risques pour une durée limitée à 10 ans, jusqu'au 31 décembre 2005. Le fait que les structures des collectifs d'assurés risquent

de s'équilibrer en 10 ans a également été un argument en faveur d'une limitation temporelle dans la mesure où une compensation devient alors superflue. En ancrant la compensation des risques dans la LAMal, on affine en même temps le mode de calcul. On distingue dès lors 30 classes de risque combinant l'âge et le sexe (séparément pour chaque canton).

Première demande de réforme par le Parlement en 1997/1998

L'introduction de la LAMal en 1996 a entraîné, pour tous les acteurs et à maints égards, des changements de grande envergure. Les assureurs recevant de l'argent en raison de la compensation des risques ont rapidement réalisé que son efficacité n'est que très limitée. Ils regrettent que la migration des bons risques qui a pour conséquence une augmentation plus que proportionnelle des primes,

On est parvenue à la conclusion que la compensation des risques doit également prendre en considération, outre l'âge et le sexe, le risque d'hospitalisation.

respectivement une diminution plus que proportionnelle des réserves. En automne 1997, les assureurs concernés tentent – par l'intermédiaire de leurs représentants au Parlement – d'intervenir au niveau politique. Trois motions méritent d'être particulièrement mentionnées:

- Le conseiller national Rychen a invité le Conseil fédéral à adapter la compensation des risques entre les caisses maladie de manière à renforcer la solidarité entre bien-portants et malades et à enrayer une évolution de plus en plus défavorable à de nombreux assurés (97.3454 du 8.10.1997). Un an plus tard, le conseiller national Rychen a exigé une modification de la LAMal qui prévoit une compensation des risques, qui prend en considération non seulement la compensation entre jeunes et vieux et entre hommes et femmes, mais également la compensation entre les personnes en bonne santé et celles qui sont malades. Cet objectif peut être atteint si on tient compte dans la compensation des risques des coûts imputables aux assurés pendant la dernière ou les deux dernières années (98.3397 du 24.9.98).
- Le conseiller national Gross a invité le Conseil fédéral à soumettre au Parlement une révision de l'article 105 de la LAMal qui supprime le délai prévu pour la compensation des risques, qui en plus de l'âge et du sexe, tient compte d'autres facteurs de risque – notamment les prestations obtenues les années précédentes et l'état de santé – et qui sanctionne avec des moyens appropriés les pratiques contraires aux principes de la solidarité et de la loyauté, c'est-à-dire les pra-

tiques de certains assureurs qui consistent à refuser et à se débarrasser des mauvais risques (97.3594 du 11.12.1997).

On a également pu observer des tentatives parlementaires cherchant plutôt à atténuer la formule de compensation en vigueur (le conseiller national Simon a par exemple demandé de ne pas compenser totalement la différence entre les coûts moyens des classes à risque et les coûts moyens cantonaux; 98.3634 du 17.12.1998).

Discussion dans le cadre de la 1^{ère} révision de la LAMal

Lors de la 1^{ère} révision de la LAMal, le Conseil fédéral n'a pas prévu une révision concernant la compensation des risques. Diverses parties ont néanmoins invoqué la nécessité d'une réforme de la compensation des risques. Le conseiller national Gross a par exemple rassemblé une majorité soutenant sa proposition de prendre également en considération, en plus de l'âge et du sexe, le risque d'hospitalisation (session du printemps du Conseil national en 1999 – 163/98.058). Cette proposition a été rejetée par le Conseil des Etats.

Discussion dans le cadre de la 2^{ème} révision de la LAMal

Dans le cadre de la 2^{ème} révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a proposé d'ancrer définitivement la compensation des risques. Cette proposition n'a pas été contestée lors des consultations. Par moments, on a même prévu de fixer dans les dispositions transitoires la mise en place d'une compensation des risques réformée dans les 5 années suivant l'adoption de la révision. Seule l'introduction de la compensation des risques sans limite dans le temps a subsisté au vote final de décembre 2003 où l'ensemble de la 2^{ème} révision de la LAMal a été rejeté. En mars 2004, le Conseil fédéral a fait une nouvelle tentative d'une 2^{ème} révision partielle de la LAMal en proposant de prolonger la compensation des risques à 5 ans.

2. LE DÉBAT SCIENTIFIQUE

Première critique de la formule de compensation en 1995

En 1995 déjà, une publication scientifique parue en Suisse a pour la première fois souligné qu'une compensation des risques basée sur les facteurs de l'âge et du sexe, ne com-

Il est nécessaire de compléter la formule avec un indicateur fiable de l'état de santé.

pense qu'insuffisamment les différences au niveau de l'état de santé susceptible d'exister entre les divers collectifs d'assurés [3]. On a également mis en exergue

qu'il fallait calculer une compensation des «risques» avant l'exercice (aménagement prospectif). Un calcul effectué après la clôture de l'exercice ne correspond pas à une compensation des «risques», mais à une compensation des «coûts» [1]. On reprend ainsi dans le débat politique en Suisse, des arguments déjà invoqués auparavant dans d'autres pays (voir [8], [13] et [6]).

Évaluation de l'efficacité de la compensation des risques en 1998/2000

En raison d'une disposition juridique correspondante et de la critique grandissante à l'encontre de la compensation des risques, l'Office fédéral des assurances sociales

*L'évolution de la compensation
des risques en Suisse n'a jusqu'ici suivi ni
les conclusions de la littérature scientifique
ni les expériences des autres pays.*

(OFAS) en a fait évaluer l'efficacité [9]. L'étude fait d'abord observer que depuis 1993, il n'y a pas eu harmonisation des structures de risque entre assurés. Il n'y a donc pas eu concrétisation de l'espoir exprimé avec l'adoption de la LAMal. La compensation des risques est aujourd'hui encore plus nécessaire qu'au moment de son introduction. L'évaluation a entre autre mis en évidence le fait que les facteurs de compensation de l'âge et du sexe ne suffisent pas et qu'il est nécessaire d'aménager la compensation de façon prospective.

A la suite de cette étude, l'OFAS a mandaté une étude modèle devant examiner différents modèles alternatifs de compensation des risques ainsi que différentes formes de pools de risques élevés [10]. En ce qui concerne les pools de risques élevés, les assureurs peuvent transférer une certaine part des coûts engendrés par leurs assurés les plus chers (par ex. 80 pour cent des coûts excédant 30 000 francs) dans un pool. Celui-ci est financé par les assureurs, à raison d'une contribution par assuré. Le système du pool de risques élevés entraîne une redistribution entre les assureurs couvrant un nombre d'assurés en très mauvaise santé supérieur à la moyenne et ceux bénéficiant d'un effectif de ces assurés inférieur à la moyenne. Comme aucunes sources de données relatives aux groupes de coûts liés au diagnostic n'étaient disponibles en Suisse au moment de la deuxième étude, celle-ci est parvenue à la conclusion que la compensation des risques doit également prendre en considération, outre l'âge et le sexe, le risque d'hospitalisation. De plus, elle propose comme mesure complémentaire de constituer un pool de risques élevés. Elle recommande également de passer d'une compensation des risques rétrospective à un système prospectif.

Alternatives à la compensation des risques

De toute évidence, réformer la compensation des risques s'avère difficile. Bien qu'on la critique depuis bien longtemps (pour un résumé, voir [4]), on n'a depuis l'introduction de la compensation des risques en 1993 réalisé aucune réforme ayant apporté une quelconque modification aux deux facteurs de base de la compensation, l'âge et le sexe. La difficulté à mettre en place une réforme a incité divers auteurs à recommander une suppression de la compensation des risques ([5] et [14]). Comme la compensation des risques représente un correctif nécessaire, si l'on exige des assureurs qu'ils soumettent tous leurs assurés à une prime unique, on en conclut que les auteurs cités ci-dessus demandent non seulement la suppression de la compensation des risques, mais également l'abolition de la prime unique, et ainsi l'introduction d'une prime en fonction du risque.

En complément à la compensation des risques, Spycher [12] propose d'instaurer un système de réassurance dans le but de compenser les risques. Ceci devrait contraindre les assureurs à conclure un contrat annuel de réassurance en excédent de sinistres. Le risque pour un assureur que ses coûts moyens futurs excèdent ceux de l'ensem-

*La compensation des risques est
souvent interprétée comme une subvention
étatique injustifiée, destinée à compenser
la mauvaise gestion des assureurs.
On ne voit pas qu'elle n'empêche pas la
concurrence, mais qu'elle la rend au
contraire possible.*

ble des assureurs du canton de plus d'un certain pourcentage (par ex. 10 pour cent) est ainsi réassuré. Pour garantir une compensation des risques, il est nécessaire de réglementer le marché de la réassurance: Les réassureurs seraient tenus d'inclure dans leurs contrats une «clause du plus favorisé». Les conditions accordées par contrat à une partie A doivent à tout moment également être accordées sur demande à une partie B. Lors de la conclusion d'un contrat avec un assureur maladie, chaque réassureur doit donc avoir à l'esprit qu'il peut à tout moment être amené à accorder les mêmes conditions au niveau des primes à un autre assureur.

Propositions de réforme actuelles

Ces dernières années, divers auteurs ont intensément cherché à parfaire la formule de la compensation des risques ([2], [7] et [11]). Il s'en est dégagé le consensus suivant:

- Il est nécessaire de compléter la formule avec un indicateur fiable de l'état de santé. Ici, les groupes de coûts liés au diagnostic se trouvent au centre de la

réflexion. Une présentation détaillée de ces groupes se trouve dans l'article suivant.

- Si l'on ne dispose pas de groupes de coûts liés au diagnostic, il est possible de recourir à des indicateurs plus simples et légèrement moins précis de l'état de santé des assurés. On peut envisager de recourir à des groupes d'hospitalisation ou des groupes de coûts de l'année précédente, tout comme des groupes de coûts de médicaments.
- Si l'on ne dispose pas de groupes de coûts liés au diagnostic, on peut aussi introduire un pool de risques élevés. Les expériences les plus récentes ont été faites en Allemagne et mettent en évidence qu'il faut lors du développement être extrêmement attentif à ne pas fixer un seuil de coûts trop élevé et à ce que la franchise de l'assureur ne soit pas trop importante (voir l'article de Wasem et al.).

3. CONCLUSION

L'évolution de la compensation des risques en Suisse n'a jusqu'ici suivi ni les conclusions de la littérature scientifique ni les expériences des autres pays. Deux raisons principales expliquent ce développement: D'une part le mode actuel de calcul de la compensation des risques divise les assureurs en deux camps inconciliables. Les uns paient, les autres reçoivent. Les propositions de réforme de la compensation des risques sont donc jugées et combattues en fonction d'intérêts spécifiques. Actuellement, il n'est pas possible aux intérêts économiques nationaux qui priment ceux des assureurs de s'imposer avec suffisamment d'efficacité. D'autre part, il subsiste encore à l'heure actuelle, et ceci précisément chez les politiciens et politiciennes libéraux, un grand scepticisme à l'encontre de la compensation des risques. Celle-ci est souvent interprétée comme une subvention étatique injustifiée, destinée à compenser la mauvaise gestion des assureurs, donc comme une opération visant au maintien de la structure. Ces politiciens et politiciennes ne voient pas que la compensation des risques n'empêche pas la concurrence, mais qu'elle la rend au contraire possible. La communauté scientifique a élaboré des propositions praticables et facilement réalisables, susceptibles d'être insérées dans la 2^{ème} révision partielle de la LAMal.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Beck Konstantin (1997): Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel, Recht und Politik im Gesundheitswesen, 3:1/2, 49-70.
- [2] Beck Konstantin (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, Haupt Verlag, Bern.
- [3] Beck Konstantin, Anne Debever Hilfiker, Gerhard Kocher, Erich Schocker und Dominik Bardenhofer (1995): La solidarité en mutation, Cahiers d'études de la Société suisse pour la politique de la santé (SSPS), Vol No. 49.
- [4] Beck Konstantin, Stefan Spycher, Alberto Holly and Lucien Gardiol (2003): Risk adjustment in Switzerland, Health Policy, Vol. 65(1), 63-74.
- [5] Felder Stefan (2001): Der Risikoausgleich als Fluch der guten Tat. Risikogerechte Krankenkassenprämien und Subjektförderung als Ausweg. Neue Zürcher Zeitung, 27.10.2001, 29.
- [6] Giacomini M., H.S. Luft and J.C. Robinson (1995): Risk adjusting community rated health plan premiums: a survey of risk assessment literature and policy applications, Annual Review of Public Health, 16, 401-430.
- [7] Holly Alberto, Lucien Gardiol, Yves Eggli and Tarik Yalcin (2004): Health-Based Risk-Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalization. Final report. Research financed by the Swiss National Fund.
- [8] Newhouse Joseph P., G. Willard, Emmett Manning, B. Keeler, Elizabeth M. Sloss (1989): Adjusting capitation rates using objective health measures and prior utilization, Health Care Financing Review, Spring 1989(3), 41-54.
- [9] Spycher Stefan (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/1999, EDMZ, Bern.
- [10] Spycher Stefan (2000): Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 3/00, EDMZ, Bern.
- [11] Spycher Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag, Bern.
- [12] Spycher Stefan (2004): Risikoausgleich im KVG – Wie weiter?, Soziale Sicherheit, 2/04, 109-112.
- [13] Van Vliet René C.J.A. and Wynand P.M.M. Van de Ven (1992): Towards a capitation formula for competing health insurers. An empirical analysis, Social Science and Medicine, 34(9), 1035-1048.
- [14] Zweifel Peter und Michael Breuer (2001): Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellung und Perspektiven. Rapport à l'attention de Cosama.



Alberto Holly

Professeur en économie de la santé et d'économetrie
www.hospvd.ch/iems/

Lucien Gardiol

Docteur en économie

Institut d'économie et management de la santé (iems), Université de Lausanne

Yves Egli

Dr. med., PhD, Professeur assistant

Tarik Yalcin

Docteur ès Sciences, Adjoint scientifique

COMPENSATION DES RISQUES FONDÉE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES ASSURÉS EN SUISSE

UNE EXPLORATION UTILISANT L'INFORMATION MÉDICALE FOURNIE PAR UNE HOSPITALISATION

1 INTRODUCTION

La Suisse a mis en place un mécanisme de compensation des risques entre les assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins. Son but est d'éviter les effets négatifs qui peuvent résulter de la sélection des assurés par les assureurs selon leur profil de risque (par exemple, l'écré-

Le but est de développer un modèle de compensation des risques qui se fonde sur l'état de santé des assurés.

mage des risques ou la sélection des risques). Dans le cadre de ce système, les assureurs reçoivent ou payent une contribution en fonction du profil de risque de leurs assurés. Typiquement, les assureurs ayant un nombre relativement élevé d'assurés en mauvaise santé et dont l'âge moyen est élevé recevront une contribution de compensation, tandis que ceux qui ont un nombre relativement élevé de jeunes assurés en bonne santé payeront une redevance de risque. La compensation des risques actuellement en vigueur s'effectue au niveau des cantons et tient compte exclusivement de l'âge et du sexe des assurés. Elle ne tient pas compte, de manière directe, de l'état de santé des assurés, ce qui limite très largement son efficacité.

Le but de notre étude est de développer un modèle de compensation des risques entre les assureurs en Suisse qui, en plus de l'âge et du sexe des assurés, se fonde sur leur état de santé. Cet état de santé est caractérisé à l'aide de l'information médicale apportée par l'utilisation antérieure des services de santé. Cependant, parce que l'information sur les diagnostics ambulatoires n'est pas disponible actuellement en Suisse, nous avons limité notre étude aux modèles de compensation des risques fondés sur l'état de santé qui utilisent l'information médicale hospitalière seulement.

Les modèles de compensation de risques présentés dans notre étude ont été développés et estimés sur la base des

données statistiques relatives à des personnes domiciliées dans le canton de Vaud. Elles étaient affiliées auprès de deux des plus grands assureurs pendant la période 1998 à 2001. En outre, les résultats ont été validés avec des données concernant des personnes domiciliées dans le canton de Zürich et affiliées auprès des mêmes assureurs en 2001. L'un des buts de notre étude a été de montrer qu'il était possible de construire une base de données en fusionnant des données provenant des hôpitaux et des assureurs, au moyen d'un procédé simple qui garantit la confidentialité stricte. La base de données que nous avons constituée est tout à fait unique en Suisse et constitue l'un des apports de notre étude.

2 LIMITATIONS DU MODÈLE DE COMPENSATION DE RISQUE ACTUELLEMENT EN VIGUEUR EN SUISSE

La raison première de la mise en place d'une compensation de risques est de réduire considérablement le phénomène de sélection de risques, c'est à dire empêcher «l'écrémage de risques». Cette sélection peut se produire en raison du principe selon lequel l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (principe de la prime unique). Ceci implique que l'on peut prévoir de faire des bénéfices sur les assurés à faible risque et des pertes sur les assurés à haut risque. Les assureurs ont ainsi une incitation à éviter des risques élevés et à attirer de bons risques. Cette incitation est renforcée par le fait que les dépenses de santé sont très fortement concentrées dans un nombre relativement petit de personnes.

Il est largement admis, et notre étude empirique le confirme, que le système de compensation des risques actuellement en vigueur en Suisse est totalement insatisfaisant. Ceci est dû au fait que, dans chaque canton, il est fondé uniquement sur l'âge et le sexe des assurés, et ne tient pas compte de leur état de santé. En outre, la compensation des risques est actuellement calculée rétrospectivement plutôt que prospectivement. Il s'agit donc actuellement d'une compensation de coûts plutôt que d'un véritable mécanisme de compensation des risques.

La première tentative visant à tenir compte de l'état de santé des assurés a été effectuée par Konstantin Beck en l'année 1998. Celui-ci a suggéré un modèle dans lequel l'hospitalisation antérieure est prise en compte sous la forme d'une variable binaire («au moins une hospitalisa-

La raison première de la mise en place d'une compensation de risques est de réduire le phénomène de sélection de risques, c'est à dire empêcher «l'écémage de risques».

tion» et «aucune hospitalisation»), en plus des facteurs de risques démographiques et géographiques dans la formule actuellement en vigueur. La formule suggérée par Beck change également le mode du calcul de la compensation des risques: elle passe d'un calcul rétrospectif à un calcul prospectif.

La présente étude vise à aller plus loin que l'amélioration très importante proposée par Beck du modèle existant de compensation des risques.

3 DEVELOPPEMENT D'UN MODELE DE COMPENSATION DES RISQUES FONDE SUR L'ETAT DE SANTE

La prise en compte de l'état de santé des assurés dans un modèle de compensation des risques exige, en général, un système de classification des patients. Celui-ci classe les données médicales hospitalières dans des groupes de risques. L'idée fondamentale à la base de la constitution de ces groupes de risques est le fait que certains diagnostics permettent de prévoir des dépenses de santé. En fait, certaines données médicales hospitalières fournissent des informations non seulement au sujet de l'état de santé actuel du patient mais également sur son évolution probable. En particulier, les maladies chroniques ou ré-

Il est largement admis, et notre étude empirique le confirme, que le système de compensation des risques actuellement en vigueur en Suisse est totalement insatisfaisant.

currentes permettent de prévoir un faible état de santé (et par conséquent des dépenses futures élevées), tandis que l'hospitalisation provoquée par des accidents ou par un accouchement auront un impact limité et de court terme sur l'état de santé.

Afin de réaliser notre étude, nous avons développé tout d'abord un petit système de classification des patients se composant de 17 catégories médicales de risques que nous avons désignés par *catégories médicales d'ajustement*. Sa construction est fondée à la fois sur les prin-

cipaux domaines classiques de la pathologie et sur une logique clinique. Nous avons alors attribué chaque patient à une catégorie médicale d'ajustement au moyen de deux systèmes de classification des patients additionnels. Le premier est connu sous le nom de «All Patients Diagnosis Related Groups», abrégé en AP-DRG. Ce système de classification des patients était déjà utilisé dans plusieurs cantons au moment où notre étude a été effectuée. Chaque patient est ainsi affecté à un groupe sur la base des diagnostics, des procédures, de son âge et de son sexe. A l'intérieur de chaque groupe sont classés les patients qui utilisent des quantités analogues des ressources hospitalières.

Grâce à la correspondance que nous avons établie entre les AP-DRG et les catégories médicales d'ajustement, nous avons été en mesure d'affecter chaque patient à une catégorie médicale d'ajustement qui tient compte à la

Les modèles multi-années sont particulièrement utiles dans la perspective de compensation des risques, car la plupart des maladies chroniques peuvent être cumulées sur plusieurs années d'années.

fois des organes affectés et des niveaux de sévérité de la maladie. Le résultat de cette correspondance constitue la base d'un modèle de compensation des risques fondé sur les diagnostics et les procédures retenus dans la classification par AP-DRG.

De plus, puisque les AP-DRG ne tiennent pas compte par eux-mêmes du niveau de sévérité des maladies, nous avons également utilisé, comme alternative aux AP-DRG, un autre système de classification qui en tient compte explicitement. Ce système de classification des patients, qui porte le nom de SQLape, est encore dans sa phase de développement. De même que pour les AP-DRG, nous avons été également en mesure d'établir une correspondance entre SQLape et les catégories médicales d'ajustement.

Sur la base de l'état de santé des assurés décrit par les catégories médicales d'ajustement, nous avons développé deux types de modèles de compensation des risques, que nous avons appelés «modèle d'une année» et «modèle multi-années» respectivement. Le modèle d'une année a pour objectif de prévoir pendant l'année en cours (t), les dépenses (c'est à dire les paiements effectués par les assureurs aux fournisseurs de prestations) de l'année suivante (t+1), avec des données provenant des hospitalisations de l'année précédente (t-1). A son tour, le modèle multi-années vise à prévoir pendant l'année en cours (t), les dépenses de l'année suivante (t+1) en utilisant des données des hospitalisations ayant eu lieu au cours des années précédentes (t-1), (t-2), (t-3), etc.

Les modèles multi-années sont particulièrement utiles dans la perspective de compensation des risques, car la plupart des maladies chroniques peuvent être cumulées sur plusieurs années d'années. Cela veut dire que la maladie est considérée comme présente si elle s'est produite pendant n'importe quelle année précédente. Toute-

Les modèles de compensation des risques fondés sur l'état de santé des assurés réduisent considérablement l'incitation à la sélection des risques grâce à de bien meilleurs ajusteurs de risque.

fois, quelques maladies n'ont pas un effet «multi-années». Pour développer des modèles multi-années, nous avons élaboré ce que nous avons appelé un ensemble de règles d'agrégation afin de mieux identifier les groupes du modèle de compensation des risques sur la base de l'information médicale disponible déduite des hospitalisations au cours des années précédentes.

En général, concevoir un modèle de compensation des risques consiste à ajuster les primes, par un mécanisme de redistribution, de telle manière que les assureurs reçoivent un paiement qui soit une approximation raisonnable des coûts futurs prévus. À cet effet, on utilise des facteurs, connus sous le nom de «ajusteurs de risque» qui pourraient aider à prévoir des dépenses de santé des assurés tout en ne créant pas d'incitations perverses auprès des assureurs. Le mécanisme de compensation des risques consiste à ajuster la prime au moyen de «paiements ajustés au risque» correspondant à chaque ajusteur de risque. Les paiements ajustés au risque constituent une

Les modèles que nous avons développés satisfont deux des critères importants: la praticabilité et la convenance des incitations

addition à la prime prélevée par les assureurs. Cette addition (dans le sens algébrique, c'est à dire en ajoutant ou en soustrayant) est égale à la moyenne des coûts dans le groupe des personnes ayant le même «profil de risque» déterminé par l'ajusteur de risque.

La méthode que nous suggérons dans notre étude pour calculer les paiements ajustés au risque aux assureurs est décrite ci-dessous. Nous avons considéré des modèles de régression linéaire où la variable dépendante représente

les dépenses, c'est à dire les paiements des assureurs aux fournisseurs de prestations, aussi bien pour les soins hospitaliers que pour les soins ambulatoires. L'âge et le sexe des assurés sont considérés comme des ajusteurs de risque comme dans le «modèle démographique» actuellement en vigueur. Nous avons ajouté les 17 catégories médicales d'ajustement parmi les ajusteurs de risque afin de tenir compte de l'état de santé des assurés. En outre, étant donné l'importance des maladies chroniques les modèles de compensation des risques fondés sur l'état de santé des assurés, nous avons introduit dans notre étude un facteur démographique supplémentaire, à savoir le «statut institutionnel» des assurés. Autrement dit, nous avons tenu compte du fait qu'une personne assurée peut résider dans un établissement médico-social agréé.

L'estimation économétrique des modèles prospectifs d'une année et multi-années pour le canton de Vaud¹ nous a permis de calculer des paiements ajustés au risque associés à chacun des ajusteurs de risque mentionnés ci-

La capacité prédictive du modèle «démographique» utilisé actuellement est extrêmement faible et laisse aux assureurs une marge de manoeuvre importante pour pratiquer la sélection des risques.

dessous. Nous avons également comparé ces paiements ajustés au risque à ceux résultant d'autres modèles de compensation des risques appliqués aux mêmes données.

4 RESULTATS DES TRAVAUX EMPIRIQUES

Considérons tout d'abord le groupe des assurés qui n'ont pas effectué de séjour à l'hôpital pendant l'année, mais pour qui les assureurs ont effectué des paiements auprès des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire. Pour ce groupe, les seuls ajusteurs de risque sont les catégories d'âge et de sexe, comme dans le système actuel de compensation des risques. Comme prévu, nous constatons que, comparé au modèle d'ajustement actuellement en vigueur, l'effet sur la compensation des risques de la structure par âge est sensiblement diminué. Ceci démontre clairement qu'en mettant en œuvre un modèle de compensation des risques tenant compte de l'état de santé des assurés, nous pourrions améliorer de manière significative le mécanisme de compensation des risques même pour les assurés qui n'ont effectué aucun séjour hospitalier pendant l'année en cours.

Deuxièmement, nous avons été en mesure de calculer les paiements ajustés au risque additionnels correspondant aux catégories médicales d'ajustement pour le sous-groupe des assurés qui ont effectué au moins un séjour à l'hôpital

¹ Toutes les données du canton de Zürich n'étaient pas disponibles pour cette partie de l'étude.

pendant l'année en cours. Les montants des compensations des risques varient beaucoup selon les raisons de l'hospitalisation. En particulier, dans le modèle de compensation des risques fondé sur l'état de santé des assurés que nous avons considéré dans notre étude, les accouchements ne devraient pas donner droit à une compensation des risques puisque, dans ce cas, un séjour à l'hôpital ne permet pas d'anticiper des dépenses futures. En revanche, le paiement ajusté au risque devrait être assez élevé, par exemple, pour les assurés situés dans la catégorie médicale correspondant à l'insuffisance terminale due aux problèmes de santé rénaux.

Il convient de noter que nous avons trouvé nécessaire d'inclure un paiement explicite et séparé de compensation des risques pour le statut de résidant dans un établissement médico-social. Le but de la prise en compte de cet ajusteur au risque est de s'assurer que le modèle de compensation des risques tient compte des dépenses moyennes de la population des assurés hébergés dans un établissement médico-social.

Enfin et surtout, les résultats pour les modèles de compensations des risques multi-années fondés sur l'état de santé des assurés présentés dans notre étude illustrent de manière tout à fait convaincante l'utilité de ce type de modèles. En utilisant des données disponibles concernant les hospitalisations des années précédentes (t-1, t-2, etc.), on peut progressivement mieux identifier les groupes de risques, notamment pour la plupart des maladies chroniques qui peuvent être cumulées sur plusieurs années. C'est un résultat crucial en ce qui concerne l'efficacité du mécanisme de compensation des risques car il permet une meilleure identification des catégories de personnes autour desquelles les dépenses de santé sont très fortement concentrées.

La comparaison entre les montants des paiements au titre

Notre modèle peut améliorer de manière significative le mécanisme de compensation des risques même pour les assurés qui n'ont effectué aucun séjour hospitalier pendant l'année en cours.

de la compensation des risques qui résultent des classifications par AP-DRG d'une part, et par SQLape d'autre part, souligne l'importance de la prise en compte du niveau de sévérité des maladies dans le développement d'un modèle prospectif de compensation des risques fondé sur l'état de santé des assurés. Par exemple, le paiement de compensation des risques pour la catégorie médicale correspondant à l'insuffisance terminale due aux problèmes de santé rénaux est de environ CHF 36 000 dans le cas des AP-DRG, tandis qu'il est de CHF 73 000

environ dans le cas de SQLape.

Enfin, nous voudrions mettre en évidence le fait que les modèles de compensations des risques fondés sur l'état de santé des assurés que nous avons développés dans notre étude satisfont deux des critères importants qui sont généralement utilisés pour évaluer les modèles de compensation des risques, à savoir la *praticabilité* et la *convenance des incitations*.

En effet, sur la base de la procédure nous avons utilisée dans cette étude, nous suggérons un schéma permettant d'appliquer au niveau de la Suisse les modèles de compensation des risques que nous proposons. L'idée générale de ce schéma est tout à fait simple. Il a pour base une

Notre étude attire l'attention sur l'importance et le besoin urgent d'un modèle prospectif de compensation des risques approprié fondé sur l'état de santé des assurés mesuré à partir des informations médicales fournies par les hospitalisations antérieures.

procédure parfaitement réalisable en pratique permettant de fusionner les données provenant des hôpitaux et des assureurs. Cette procédure est décrite en détail dans notre étude. Une fois que la base des données est construite, l'organe chargé de gérer la compensation des risques effectue quelques calculs simples qui sont très semblables à ceux qui sont appliqués dans le modèle actuel de compensation des risques en Suisse. La seule différence réside dans l'utilisation de l'information médicale additionnelle. Le critère administratif de praticabilité est ainsi satisfait.

D'autre part, nos résultats économétriques ont confirmé un résultat largement admis, cité précédemment, à savoir que le modèle actuel de compensation des risques est inadéquat. Il ne fournit pas les incitations nécessaires permettant de réduire la sélection des risques par les assureurs. En effet, indépendamment du fait que c'est un modèle rétrospectif, il n'utilise pas des ajusteurs de risque liés à l'état de santé des assurés. Il suppose que les coûts de santé sont seulement corrélés avec les deux variables «age» et «sexe». Il ne tient donc pas compte correctement, par exemple, des situations dans lesquelles les jeunes assurés ont une maladie très coûteuse ou, dans une autre direction, des personnes âgées en bonne santé. Notre étude prouve que, comme prévu, la capacité prédictive du modèle «démographique» utilisé actuellement est extrêmement faible et laisse aux assureurs une marge de manoeuvre importante pour pratiquer la sélection des risques.

5 CONCLUSION

Le type de modèle de compensation des risques suggéré dans notre étude semble être bien plus puissant que le modèle actuellement en vigueur, qui utilise seulement des facteurs démographiques et géographiques. Nos calculs prouvent que les modèles de compensation des risques fondés sur l'état de santé des assurés réduisent considérablement l'incitation à la sélection des risques grâce à de bien meilleurs ajusteurs de risque. La convenance du critère d'incitations est ainsi également satisfaite. Pour conclure, nous voudrions souligner que nous avons atteint l'objectif principal de cette étude. Nous avons démontré que le développement d'un modèle prospectif de compensation des risques en Suisse utilisant l'information médicale de fournie par l'hospitalisation antérieure est administrativement parfaitement réalisable. Nous avons également montré que ce modèle réduit considérablement l'incitation à sélectionner les risques au moyen d'un système de compensation des risques bien meilleur que celui qui est actuellement en vigueur.

Les résultats obtenus dans notre étude attirent l'attention sur l'importance et le besoin urgent de la mise en place d'un modèle prospectif de compensation des risques approprié fondé sur l'état de santé des assurés mesuré à partir des informations médicales fournies par les hospitalisations antérieures. À cet effet, une direction pour les travaux de recherche futurs serait d'explorer l'utilisation d'autres types de systèmes de classification des patients que ceux retenus dans notre étude. Ces systèmes devraient tenir compte explicitement du niveau de sévérité des maladies et être fondés principalement sur les diagnostics médicaux. En outre, l'extension de notre démarche aux informations médicales fournies par les traitements ambulatoires constitue également une direction de recherche qu'il convient d'explorer rapidement.

BIBLIOGRAPHIE

Holly, Alberto, Lucien Gardiol, Yves Eggli and Tarik Yalcin (2004): Health-Based Risk-Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalization. Final report. Research financed by the Swiss National Fund.



Konstantin Beck

PD Dr. oec. publ.,

Privat-dozent en économie de la santé et recherche empirique en économie

Université de Zurich

www.css.ch/publications

LA COMPENSATION DES RISQUES EN SUISSE COMPARÉE AUX EXPÉRIENCES D'AUTRES PAYS

Depuis quelque temps, le débat sur la compensation des risques en Suisse semble s'enliser. En examinant les pays dotés d'un système sanitaire semblable au nôtre, il sera sans aucun doute possible de ranimer la discussion, car les politiques de ces pays se distinguent sensiblement du programme helvétique. D'ailleurs, il est possible de nos jours d'analyser l'évolution de la concurrence en Suisse sur plusieurs années et de comparer les attentes avec les résultats effectifs. Toutes ces analyses permettront de tirer des conclusions utiles concernant l'aménagement concret d'une compensation des risques.

LA POLITIQUE DE SANTÉ DES CINQ PAYS EXAMINÉS

Aux Pays-Bas, la responsabilité financière des assureurs-maladie a progressivement augmenté sur plusieurs années. En 1992, les caisses hollandaises n'assumaient aucune responsabilité financière. D'éventuels bénéfices étaient versés à l'Etat qui couvrait également les déficits. Dès 1993, les assureurs répondaient d'un risque commercial correspondant à 3 % des prestations d'assurances totales. Au fil des ans, cette proportion augmentait progressivement. Elle se chiffrait à 53 % en 2004 (soit 96 % pour les prestations ambulatoires et 26 % des prestations hospita-

Actuellement, le système hollandais de compensation des risques tient compte non seulement de l'âge, du sexe et de l'invalidité, mais aussi de plusieurs indices de morbidité fixés en fonction des médicaments prescrits et des diagnostics.

lières). Cette extension de la responsabilité financière s'est accompagnée d'une révision constante de la compensation des risques aux Pays-Bas. Un mécanisme de compensation des risques était indispensable, les assureurs hollandais étant tenus de facturer une prime unique. En 1998, le système de compensation fut complété par un fonds pour risques importants. Actuellement, le système de compensation des risques tient compte non seulement de l'âge, du sexe et de l'invalidité, mais aussi de plusieurs

indices de morbidité fixés en fonction des médicaments prescrits et des diagnostics. En dépit de l'accroissement de la concurrence, les assurés changent relativement peu de caisse [1].

En comparaison de la Suisse, la concurrence des assureurs en **Belgique** est beaucoup moins prononcée. Le marché de l'assurance de base compte uniquement 6 assureurs, dont 4 couvrent plus de 90 % du marché. Aucun assureur nouveau n'est admis sur le marché et les compagnies

La compensation des risques en Belgique est beaucoup plus différenciée que celle de notre pays.

existantes adoptent des pratiques propres aux cartels. Elles ne disposent d'aucun outil de gestion des coûts. Malgré ces caractéristiques, la compensation des risques en Belgique est beaucoup plus différenciée que celle de notre pays. En plus de l'âge et du sexe, le système tient compte de l'appartenance à un groupe social (veuves, orphelins), de la mortalité, de l'urbanisation, du mode de vie (personnes seules, familles), d'éventuels handicaps, d'une participation aux coûts plus basse de certains groupes sociaux et des diagnostics d'invalidité et d'affections chroniques. En 2005 et 2006, on introduira deux critères additionnels, les médicaments prescrits ainsi que des informations complémentaires sur le diagnostic.

A l'instar de la Belgique, l'**Israël** connaît une concurrence limitée entre quatre caisses-maladie de base. Tout comme en Belgique, les concurrents procèdent plutôt par entente. Toutefois, au début des années 90, le marché israélien des caisses-maladie se caractérisait par une concurrence exacerbée, accompagnée de restrictions au niveau des primes. Il en est résulté une lutte impitoyable pour les bons risques, à la suite de laquelle les caisses les plus sociales se trouvaient menacés de faillite.

Aujourd'hui, le financement des caisses ne repose plus sur les primes des assurés, mais sur des contributions étatiques attribuées en fonction des risques. Contrairement

aux autres pays, la formule d'attribution des fonds est encore plus simple que celle qui se trouve à la base de la compensation des risques en Suisse. Elle tient uniquement compte de groupes d'âge sommaires. Les économistes de la santé en Israël revendiquent également un développement de la formule.

L'Allemagne se trouve dans une situation comparable à la Suisse. On y trouve une concurrence intense entre plusieurs centaines d'assureurs tenus de facturer une prime

Le marché israélien se caractérisait par une lutte impitoyable pour les bons risques, à la suite de laquelle les caisses les plus sociales se trouvaient menacés de faillite.

uniforme (ou déduction salariale) aux assurés. Dès lors, la tentation de sélectionner les risques est importante. Pour réduire l'incitation à la sélection des risques, on a introduit un système de compensation des structures de risques fondé sur l'âge, le sexe et le statut d'invalidité. En 2002, ce système fut complété par un fonds pour cas coûteux. Enfin, 2007 verra l'introduction d'un indice de morbidité différencié.

Le marché suisse est plus compétitif que celui des Pays-Bas, de la Belgique et de l'Israël. Contrairement aux assureurs allemands, les caisses-maladie suisses assument 100 % du risque financier. L'assureur présentant des comptes déficitaires, finance lui-même ces pertes. A défaut de réserves, il est menacé de faillite. Ca fait 84 assureurs pendant 8 années qui sont disparu à cause de faillite ou de cessation [2]. En Suisse, le risque supporté par les assureurs est beaucoup plus important qu'à l'étranger. Simultanément, l'obligation des primes uni-

Allemagne: 2007 verra l'introduction d'un indice de morbidité différencié.

ques existe aussi dans notre pays, multipliant les attraits de la sélection des risques.

En dépit de ces faits, la formule de compensation des risques n'a plus été modifiée depuis son introduction définitive en 1996. Contrairement à la Belgique, qui a toujours disposé d'un fonds couvrant une partie des coûts, aux Pays-Bas et à l'Allemagne, qui ont introduit un fonds pour les cas coûteux ces dernières années, la Suisse ne connaît pas de mécanisme susceptible de compenser les cas extrêmement chers. Parmi tous les systèmes examinés qui appliquent une prime unique dans un contexte concurrentiel, la Suisse était le seul pays à refuser l'aff-

inement de la formule par l'introduction d'un facteur de morbidité.

Uniquement pour ce qui est des critères géographiques, la formule suisse est plus sophistiquée que celle de l'Israël, des Pays-Bas et de l'Allemagne. Un fait qui n'étonne guère compte tenu de la structure fédéraliste prononcée du système sanitaire suisse.

Contrairement aux autres modèles nationaux étudiés, le système de compensation des risques de notre pays a un statut provisoire dans la loi et plusieurs politiciens connus continuent à envisager publiquement une abolition complète de la compensation des risques.

En résumé, on peut affirmer que la Suisse est le seul pays qui soumet ses assureurs-maladie sociaux à une concurrence aussi exacerbée tout en interdisant l'application de primes adaptées aux risques, qui serait de mise sur un marché libéral. En contrepartie, la formule de compensation des risques instaurée pour supprimer cette contradiction est non seulement l'une des moins subtiles en Europe, mais son inclusion définitive dans la loi reste contestée. En abolissant complètement la compensation des risques, le système suisse ne serait plus comparable qu'à des pays non-membres de l'OCDE, comme le Chili ou l'Afrique du Sud.

Parmi tous les systèmes examinés qui appliquent une prime unique dans un contexte concurrentiel, la Suisse était le seul pays à refuser l'affinement de la formule par l'introduction d'un facteur de morbidité.

LES EXPÉRIENCES SUISSES

Depuis plus de 8 ans, la libre concurrence régissant le secteur suisse de l'assurance-maladie sociale est une réalité: les assurés choisissent librement leur caisse, les prestations fournies par les assureurs sont identiques en assurance de base et les primes ne dépendent pas du risque. Ces conditions-cadres sont assorties d'une formule de compensation des risques, qui, nous l'avons démontré, doit être qualifiée de rudimentaire en comparaison internationale.

Compte tenu de cette situation, la sélection des risques semble inévitable sur ce marché. L'argument se fait entendre, que les assurés seraient assez mobiles pour anéantir les gains éventuels d'une sélection des risques, qui deviendrait dès lors inintéressante. Dans la logique de cet argument, si un assureur favorise un groupe d'assurés occasionnant peu de frais en lui proposant des primes avantageuses, cette prime avantageuse attirera également des risques plus coûteux. L'afflux de risques plus coûteux fera à son tour augmenter les primes occasion-

nant une réduction des gains imputables à la sélection des risques.

Cette argumentation est incorrecte pour deux raisons. D'une part, les conditions-cadres tendent à multiplier les incitations à la sélection des risques. L'assureur-maladie

Contrairement aux autres modèles nationaux étudiés, la compensation des risques de la Suisse a un statut provisoire et plusieurs politiciens connus continuent à envisager publiquement une abolition complète.

fera donc tout son possible pour sélectionner efficacement les risques en dépit de la mobilité des assurés. L'accroissement de la mobilité des assurés, s'accompagnera d'un raffinement des méthodes de sélection des risques, parce que les gains imputables à la sélection sont importants.

D'autre part, en réalité les assurés ne sont pas suffisamment mobiles pour anéantir les gains de sélection des assureurs (il est cependant impossible de prouver, si les

Les conditions-cadres tendent à multiplier les incitations à la sélection des risques.

assurés *ne souhaitent pas* changer d'assureur ou si on les en empêche systématiquement et efficacement). Logiquement, une mobilité élevée des assurés devrait réduire les différences entre les primes facturées par les caisses. Mais on constate un développement contraire sur le marché:

En 1997, la plus grande différence de la prime d'assurance de base pour les adultes entre l'assureur le plus cher et le meilleur marché d'une région s'élevait à CHF 2770.– par an. Cette différence se chiffrait à CHF 3540.– en 2002 (dans une autre région). Par contre, la différence moyenne de primes dans l'ensemble de la Suisse a passé de CHF 1212.– à CHF 1179.–. Or, cette baisse sur 5 ans est plutôt modeste puisqu'elle ne représente que -2,7%. Dans la même période, la prime moyenne a augmenté de 40%. Même un examen plus précis des différences de primes qui tient compte de toutes les primes (non seulement des primes maximales et minimales de chaque région), démontre que les différences de primes n'ont régressé que de 8,9% dans l'espace de 5 ans¹.

¹ On a calculé le taux de variation entre 1997 et 2002 sur toutes les primes d'un canton. Ensuite, on a comparé le taux de variation moyen de toute la Suisse en 1997 avec le taux moyen pour 2002 [3].

D'autres études montrent que seules certaines catégories de risque changent fréquemment d'assureur. Il s'agit principalement de personnes relativement jeunes et en bonne santé, les personnes plus âgées et malades restant plutôt fidèles à leur caisse [3]. Si ces chiffres ne permettent pas d'affirmer qu'on empêche activement les assurés de changer de caisse, les données indiquent néanmoins que leur mobilité est trop faible et inégale pour entraîner une réduction des différences de primes.

EXEMPLES CONCRETS D'ACTIVITÉS DE SÉLECTION DES RISQUES

Il n'est pas difficile de décrire des exemples concrets d'activités de sélection des risques. Si, au moment de l'introduction de la concurrence sur le marché suisse de l'assurance-maladie, la sélection des risques était encore relativement cachée, elle est devenue toujours plus évidente par la suite. Certains assureurs, qui ne voulait pas initialement participer à la sélection politicoéconomiquement inutile des risques, qui comptaient sur une amélioration

Il n'est pas difficile de décrire des exemples concrets d'activités de sélection des risques.

de la formule de compensation des risques et qui s'engageaient pour une réforme des modalités politiques, se voient progressivement obligés de s'aligner sur les techniques de sélection de la concurrence, pour ne pas être supplantés sur le marché. En l'occurrence, la Suisse se trouve dans une situation ressemblant à celle de l'Israël avant 1995 (vois la contribution de Chernichovsky).

Une forme possible de sélection des risques est le retrait des régions, dans lesquelles les risques se sont substantiellement détériorés. En 1998, un grand assureur a abandonné 8 cantons, laissant les résidents s'assurer auprès de caisses concurrentes. Ce retrait lui a permis d'assainir ses réserves. Aujourd'hui, cette compagnie compte moins d'assurés, mais sa situation financière est bonne et elle pourra réintégrer les marchés régionaux précédemment abandonnés en proposant des primes avantageuses dès

Certains assureurs se voient progressivement obligés de s'aligner sur les techniques de sélection de la concurrence, pour ne pas être supplantés sur le marché.

l'expiration du délai de carence imposé par l'Office fédéral. D'autres assureurs adoptent des méthodes plus complexes. Ils créent des groupes de caisses affiliées, dont chacune offre des primes uniformes. Par une politique des marques habile, ils segmentent les risques et les attribuent systématiquement aux différentes caisses affiliées.

Ces caisses ne proposeront que des primes élevées (de la caisse affiliée correspondante) aux mauvais risques, tandis que les risques intéressant recevront des offres tarif-

Actuellement, tous les grands assureurs sont présents sur le marché avec plusieurs caisses-maladie ou ont commencé à planifier une stratégie des caisses multiples.

aires plus avantageuses (en tant que membres d'une autre caisse affiliée). Cette technique permet au groupement de caisses de simuler des primes adaptées aux risques. Le fait que les assurés ne parviennent pas à souscrire un contrat auprès de la caisse affiliée la meilleur marché d'une même compagnie, prouve qu'il est possible de limiter la mobilité des clients.

Si le retrait géographique fut un incident isolé, le principe de groupement de caisses se propage de plus en plus. Actuellement, tous les grands assureurs sont présents sur le marché avec plusieurs caisses-maladie ou ont commencé à planifier une stratégie des caisses multiples. Ainsi, en raison de la réglementation inadéquate de la compensation des risques, on crée sans le vouloir un marché tolérant une forme de concurrence s'opposant aux primes uniques solidaires et décourageant les économies.

En soi, le transfert d'assurés d'une caisse affiliée à l'autre ne permet pas de réduire les coûts. La hausse incontrôlée

Dans l'ensemble, ce processus crée des caisses trop nombreuses simulant une structure de primes adaptée aux risques – et s'oppose à l'objectif de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

des frais de santé se poursuit, parce que les assureurs-maladie attachent davantage d'importance à la sélection des risques qu'à la maîtrise des coûts. En outre, la création de marques nouvelles (permettant aux caisses affiliées de se distinguer) et la gestion de ces nouvelles caisses-maladie, occasionnent des frais additionnels qui sont reportés sur les primes. Dans l'ensemble, ce processus crée des unités commerciales trop nombreuses simulant une structure de primes adaptée aux risques – et s'oppose à l'objectif de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Abstraction faite des frais additionnels improductifs occasionnés par la stratégie des caisses multiples, l'encouragement à la gestion des coûts continue de baisser. Un assureur qui instaure un modèle économique, par exemple une HMO destinée aux malades chroniques proposant un traitement de qualité peu coûteux aux

malades chroniques, attire d'autres malades chroniques précédemment assurés ailleurs. L'afflux de cas chers anéantit l'économie réalisée par le traitement efficace dispensé dans le cadre de la HMO, pour autant que le système de compensation des risques n'assure pas de compensation financière adéquate. Ce mécanisme décourage les assureurs-maladie de créer des modèles HMO efficaces. C'est pourquoi ces modèles n'apparaissent que très lentement sur le marché.

On ne saurait envisager les conséquences d'une suppression complète de la compensation actuelle des risques, si inadéquate soit-elle. Toutes les tendances vers la politique des caisses multiples se trouveraient renforcées et les tentatives de limitation des coûts s'affaibliraient

Si la compensation des risques est seulement prolongée pour 5 ans, et une multiplication des formes de sélection des risques de plus en plus sophistiquées sera inévitable.

encore. Les malades chroniques devraient payer des primes supérieures à la moyenne ou s'accommoder d'un traitement très impoli de la caisse. Le système se désintégrerait complètement, si les assureurs commençaient à encourager les assurés souffrant d'une maladie chronique à changer de caisse en leur proposant un dédommagement financier, une procédure connue sous le nom de «golden handshake». De tels cas se sont occasionnellement produits par le passé.

CONCLUSIONS

On doit déduire du système actuel de compensation des risques fondée sur des critères peu éloquentes (âge et sexe) que les incitations à la sélection des risques sont très importantes en Suisse. En étudiant l'évolution du marché de l'assurance-maladie, on constate que ces dernières années, la sélection des risques s'est encore professionnalisée, tandis que les programmes de limitation des coûts n'ont pas connu le succès espéré.

Si, dans cette situation, la compensation des risques est seulement prolongée pour 5 ans, assurant un maintien de la formule actuelle insuffisante jusqu'en 2010, une spécialisation progressive des assureurs et une multiplication des formes de sélection des risques de plus en plus sophistiquées sera inévitable. Non pas parce que la majorité des assureurs considèrent la sélection des risques comme utile ou raisonnable, mais plutôt parce qu'une minorité de caisses pratiquant la sélection parviendraient à détourner les bons risques des autres assureurs, qui seraient alors obligés d'augmenter leurs primes. Pour ne pas être dépassés par la concurrence, ils devraient rapidement copier la stratégie de la minorité, bien qu'elle soit irraisonnable sur le plan politicoéconomique.

Ce problème ne saurait être résolu autrement que par un modèle de compensation des risques optimisé, tels qu'il a été développé et instauré dans plusieurs pays étrangers. Il existe également des plans concrets d'instauration de méthodes différenciées pour la Suisse.

En maintenant la formule actuelle ou en supprimant entièrement la compensation des risques, la Suisse perdrait du temps précieux dans le seul but de protéger l'exception suisse: une réelle exception sur le plan européen, pour ce qui est de l'inefficacité et de l'injustice dans la couverture de la population contre le risque maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Wynand P.M.M. van de Ven, René C.J.A. van Vliet et Leida M. Lamers (2004): «Man-aged Competition and Health-Adjusted Premium Subsidies: recent Experiences in the Netherlands», mimeo, Erasmus Université de Rotterdam.
- [2] Office fédéral de l'assurance sociale (2002): «Statistique de l'assurance-maladie 2001, (Office fédéral de logistique) Berne, Nr. 318.916.01, p.78.
- [3] Konstantin Beck (2004): «Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt», Haupt, Berne.

Conclusion et recommandations politiques

LES DIFFÉRENTS ARTICLES TRAITANT DE L'EXPÉRIENCE FAITE AVEC LES SYSTÈMES DE COMPENSATION DES RISQUES DANS DIVERS PAYS PERMETTENT DE FORMULER CERTAINES RECOMMANDATIONS POLITIQUES URGENTES.

CONCLUSION

- Les économistes suisses de la santé sont unanimes¹: Tant que l'on maintient la prescription de la prime unique, une compensation des risques est une nécessité impérative².
- Sans compensation des risques, l'assureur est moins motivé à économiser au niveau des coûts et se concentre sur la sélection des risques, c'est-à-dire qu'il tente d'attirer les assurés peu coûteux et d'écarter ceux qui coûtent cher.
- Les politiques de santé publique des autres pays présentent la ressemblance suivante: tous les autres pays européens ayant un marché d'assurance-maladie comparable, social et orienté vers la concurrence, connaissent une compensation des risques.
- Aucune prescription en matière de compensation des risques ne connaît comme en Suisse une limitation dans le temps.
- Tous les autres pays ayant un système de concurrence des primes n'ont cessé – contrairement à la Suisse – d'affiner et d'améliorer leur formule. Aux Pays-Bas, la formule de compensation des risques a été complétée en 2004 avec l'introduction d'indicateurs de la santé. La Belgique et l'Allemagne s'apprêtent à faire de même. La répartition des risques élevés fait de plus l'objet d'une politique commune.

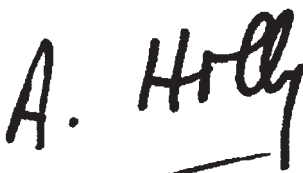
RECOMMANDATIONS POLITIQUES

- La compensation des risques doit définitivement être ancrée dans la LAMal.
- Le calcul d'une compensation des risques ne devant pas être une compensation des coûts doit se faire de manière prospective, c'est-à-dire en s'orientant vers l'avenir, et non rétrospectivement.
- La stratégie de sélection des risques que suivent manifestement les principaux acteurs du marché révèle que la formule actuelle n'est pas assez acérée pour empêcher la sélection. Il est donc urgent de la formuler avec plus de précision:
 - Il faut prioritairement opter pour une formule qui tient compte d'indicateurs de la santé, comme celle qui a été développée par l'équipe de chercheurs de l'Université de Lausanne et dont une forme analogue est déjà appliquée avec succès aux Pays-Bas.
 - Si cela n'est pas possible à court terme, on pourrait comme mesure transitoire introduire une formule se basant sur les hospitalisations de l'année précédente ou sur les classes de coûts de l'année précédente³.
- Un pool de coûts élevés également réalisable à court terme doit compléter le système.

Ce n'est qu'ainsi que nous aurons, selon l'avis unanime des experts, la garantie que la concurrence dans l'assurance-maladie avec une prime unique aura des répercussions favorables pour les assurés.



PD Dr. Konstantin Beck
Université de Zurich



Prof. Dr. Alberto Holly
Université de Lausanne



Dr. Stefan Spycher
Bureau BASS, Berne

¹ Il s'agit de MM. Leu, Oggier, Sommer, Zweifel, Gardiol, Breuer et des auteurs.

² C'est-à-dire la prescription selon laquelle tous les assurés adultes (qu'ils soient malades ou en bonne santé, jeunes ou âgés) d'une même caisse et d'une même région géographique doivent payer une prime identique.

³ On répartit les assurés, en plus de la répartition selon l'âge et le sexe, en deux catégories de risques. La classe à risques élevés compte, suivant la première variante, tous les assurés qui ont été hospitalisés au cours de l'année précédente, et suivant la seconde variante, tous les assurés dont les coûts ont dépassé CHF 6000.- au cours de l'année précédente.



RAN

Risk Adjustment Network

Une publication de Réseau européen
de compensation des risques