

Résumé

Beck / Trottmann / Käser / Keller / von Rotz / Zweifel :

«Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung»

(Organisation durable de la compensation des risques dans l'assurance-maladie suisse)

1. Compensation des risques: l'élément central de la LAMal

L'introduction de la nouvelle LAMal en 1996 visait deux objectifs principaux: le renforcement de la solidarité entre malades et personnes en bonne santé et le ralentissement de la progression des coûts. Aucun de ces objectifs n'a été atteint, essentiellement en raison de la mauvaise conception du système de compensation des risques.

Pour renforcer la solidarité, les assureurs se sont vu imposer l'obligation d'accepter l'affiliation de tout demandeur¹ – qu'il soit jeune ou vieux, en bonne santé ou malade – et de prélever des primes identiques. A défaut de correctif supplémentaire, cette prescription de prime unique se traduira obligatoirement par un désavantage financier pour les assureurs avec de nombreux clients souffrant de maladies chroniques, alors que ceux dont les clients sont en meilleure santé seront financièrement récompensés.

Le mécanisme de la compensation des risques a été introduit pour amortir ce désavantage systématique. Les assureurs ayant une clientèle majoritairement bien portante devaient payer une contribution de compensation pour soutenir les assureurs à clientèle majoritairement malade.

A cet égard, le législateur s'est basé sur l'hypothèse que l'âge et le sexe constituent une bonne explication des différences en matière de coûts de santé.

L'une des études les plus vastes jamais réalisées nous permet aujourd'hui d'apporter la preuve irréfutable que ce modèle de compensation des risques reposant uniquement sur l'âge et le sexe autorise une sélection des risques qui s'avère payante à long terme: en effet, il est financièrement plus intéressant pour une caisse de recruter des clients bien portants que de promouvoir le traitement à moindre coût des assurés malades au moyen de modèles de «managed care».

Nous sommes en mesure de prouver que le fait d'intégrer le facteur «état de santé» à la compensation des risques limite massivement le comportement de sélection des risques adopté par la plupart des caisses, comportement en fin de compte dépourvu de solidarité et d'utilité macroéconomique, pour rétablir la concurrence entre assureurs dans les domaines où elle est socialement et économiquement pertinente et où elle apporte le plus: à savoir une qualité de service optimale et le développement de programmes efficaces de maîtrise des coûts tels que les systèmes de «managed care».

2. Variantes visant à améliorer la compensation des risques

Pour améliorer une situation qui est à l'heure actuelle totalement insatisfaisante (compensation des risques fondée sur l'âge et le sexe), les solutions en discussion sont les suivantes:

¹ Afin de préserver la concision du texte, les dénominations se réfèrent indifféremment aux deux sexes.

- compléter l'âge et le sexe par un critère supplémentaire, l'hospitalisation de l'assuré au cours de l'année précédente,
- compléter les critères âge, sexe et hospitalisation au cours de l'année précédente par l'identification de certaines maladies chroniques à l'aide des médicaments prescrits.

Pour des raisons de disponibilité de données, les auteurs ont renoncé à l'analyse du modèle de compensation des risques bien connu de l'Université de Lausanne, fondé sur les diagnostics hospitaliers.

3. Conception de l'analyse à long terme de variantes concrètes appliquées à la compensation des risques

Après l'exposé des aspects théoriques, comment se présente la situation pratique? L'objectif de la présente étude, largement étayée, était de tenter d'analyser les effets des différentes solutions de compensation des risques tant au plan de la dimension qu'au plan de la durée: l'analyse a porté sur quelque 350 000 assurés et s'est prolongée sur plus de 8 ans.

3.1. La base de données

Basée sur trois millions d'enregistrements, la présente étude constitue l'une des plus vastes jamais réalisées au sein du système de santé suisse. L'étude a analysé les données personnelles anonymisées de plus de 350 000 assurés, réparties en deux échantillons. Le premier échantillon comprenant 250 000 individus était représentatif de la pyramide des âges et de la répartition géographique de la population suisse. Le deuxième échantillon se concentrait sur la Suisse romande où des informations sur l'utilisation individuelle de médicaments étaient disponibles dès le début de l'étude. Dans la mesure du possible, tous les individus ont été observés sur les huit ans de l'étude, c'est-à-dire de 1997 à 2004. Une simulation d'une durée aussi longue de l'effet incitatif de différentes formules de compensation des risques représente une entreprise unique, même au niveau de la recherche internationale.

3.2. Le calcul des gains et des pertes sur le long terme

L'objectif de l'analyse était de montrer dans quelle mesure le gain tiré de la sélection des risques *à long terme* varie selon les conditions générales. Le critère du long terme a été privilégié, car les gains à court terme de la sélection – dont de nombreuses études antérieures ont pu apporter la preuve – ne constituent pas obligatoirement un élément pertinent. Une personne bien portante l'année prochaine est susceptible d'être gravement malade dans les cinq ans à venir: en règle générale, l'assureur-maladie ne pourra pas le prévoir.

Pour cette raison, la contribution de couverture individuelle attendue sur la durée des cinq prochaines années a été calculée pour chaque assuré. Cette contribution de couverture se compose des recettes de primes attendues, diminuées des prestations d'assurances prévisibles et majorées du paiement attendu à toucher ou à verser au titre de la compensation des risques. Les prévisions individuelles relatives aux prestations d'assurances pour les années 2000 à 2004 ont été dérivées des données connues pour les années 1997 à 1999.

A l'issue du calcul des revenus marginaux attendus, les clients ont été répartis en quatre segments:

- Segment A': clients dont le revenu marginal attendu est fortement positif. C'est le type de clients que l'assureur souhaite attirer ou conserver en portefeuille.
- Les segments B' et C' comprennent les clients pour lesquels l'assureur anticipe des revenus marginaux légèrement positifs ou légèrement négatifs. Face à ce type de clients, il adopte une attitude passive.
- Le segment D' regroupe les clients pour lesquels l'assureur anticipe de fortes pertes. Un assureur qui opère une sélection refusera d'accepter de tels clients et cherchera à évincer les clients D' existants de son portefeuille.

3.3. *Variation de la formule de compensation des risques*

Le calcul du revenu marginal à long terme a été effectué quatre fois pour chaque client, en intégrant quatre variantes dans le mécanisme de compensation des risques:

- **1: Pas de CR:** L'analyse se fonde d'abord sur l'hypothèse d'une abolition de la compensation des risques (dans la loi en vigueur, elle est limitée jusqu'en 2010).
- **2: CR LAMal:** La compensation des risques, telle qu'elle est actuellement inscrite dans la loi, se fonde sur les différences d'âge et de sexe.
- **3: CR LAMal + hospitalisation l'année précédente:** Dans cette variante, la formule a été enrichie d'une information supplémentaire, à savoir l'assuré est-il ou non sorti de l'hôpital l'année précédente. Cette solution permet d'intégrer à la compensation des risques les *frais élevés consécutifs* à une hospitalisation, mais non les *frais d'hospitalisation élevés* eux-mêmes, qui sont en règle générale *imprévisibles*. (Cette formule correspond à celle du projet de révision du Conseil des Etats de mars 2006.)
- **4: CR LAMal + hospitalisation l'année précédente + médicaments:** Il existe certains médicaments (par ex. l'insuline) qui permettent d'identifier sans ambiguïté une maladie chronique (en l'espèce, le diabète). Pour cette formule de compensation des risques, 13 groupes de personnes (coûteuses) souffrant d'une maladie chronique ont été identifiés sur la base des médicaments utilisés et ont fait l'objet d'une indemnisation supplémentaire. Cela signifie qu'un malade jeune en dialyse rénale, et donc très coûteux², et pour lequel le système actuel de compensation des risques prévoit le *versement* de paiements compensatoires, sera au contraire soutenu par le système de compensation des risques géré selon cette formule. (Le modèle fondé sur des groupes par coûts de médicaments est d'ores et déjà appliqué avec succès aux Pays-Bas et pourrait être également instauré à moyen terme en Suisse par le Conseil fédéral, conformément à la proposition de réforme du Conseil des Etats.)

Toutes les nouvelles formules de compensation des risques ont fait l'objet, pour la première fois, d'une spécification détaillée dans le cadre de cette étude. Parallèlement, celle-ci a apporté la preuve mathématique que les exigences des pouvoirs politiques en ce qui concerne ces formules seraient satisfaites, à savoir: pas de redistribution entre les cantons, base de données suffisante pour le calcul de la formule, versements et prélèvements au titre de la compensation des risques sous forme de jeu à somme nulle automatique.

4. Résultats

Les revenus marginaux individuels, attendus sur le long terme, diffèrent selon la formule de compensation des risques appliquée. L'étude illustre la manière dont l'affinement de la formule de compensation des risques restreint la marge de manœuvre en matière de sélection des risques et réduit l'importance des effets de sélection.

4.1 *De moins en moins d'assurés forment les groupes-cibles de la sélection des risques!*

Si l'on abolit la sélection des risques, 56% des assurés deviennent des risques courtisés, alors que 21% se transforment en clients extrêmement coûteux dont l'assureur aimerait si possible se débarrasser. Cela signifie que les trois quarts de la population suisse deviendraient des clients suscitant des efforts de recrutement ou d'éviction, bien que le transfert de ces personnes d'une caisse à l'autre n'ait guère d'utilité pour l'économie nationale. La CR en vigueur dans le cadre de la LAMal réduit les clients privilégiés à 40% et les clients potentiellement désavantagés à 18%. Il suffit d'introduire le critère «hospitalisation l'année précédente» pour réduire ces segments massivement à 26% de privilégiés et 17% de désavantagés. Si l'on tient compte des informations relatives aux médicaments, les risques privilégiés tombent à 20% et les désavantagés restent stables à 18% (cf. tableau 6.2.3 dans le livre).

² Coût mensuel supplémentaire moyen en 2000: 3 484 francs.

Conclusion: L'affinement du mécanisme de compensation des risques, tel qu'il a été adopté par le Conseil des Etats, réduirait de manière drastique le nombre de clients susceptibles d'être concernés par une sélection (de 77% actuellement à 38%), et ce, également en cas d'horizon temporel à long terme.

4.2 Les effets positifs de la sélection des risques deviennent plus incertains!

Un assureur ne s'intéresse pas seulement au gain qu'il est susceptible de tirer d'une stratégie de sélection mais aussi à l'incertitude que peut présenter cette stratégie. Un client dont on attendait une contribution de couverture fortement positive peut tomber malade et donc percevoir en réalité des prestations élevées. La probabilité d'une telle erreur de classification monte au fur et à mesure que le mécanisme de compensation des risques est affiné:

Sans compensation des risques (cas 1), l'assureur-maladie ne se trompe que pour 7% de ses clients A'. Il s'avère donc que, sur le long terme, 93% de ses clients privilégiés sont toujours classés dans le bon segment au bout de cinq ans et présentent effectivement des contributions de couverture positives.

Dans le cadre du système actuel de compensation des risques (cas 2), l'assureur se trompe sur le long terme pour 14% de ses clients A', alors que lorsque la compensation des risques intègre l'hospitalisation l'année précédente (cas 3) ce pourcentage passe déjà à 23%. Et avec la formule la plus différenciée, un client A' sur quatre devient en réalité un client à perte. La situation est comparable pour les clients D': au bout de cinq ans, 62% des clients classés dans un segment très négatif ne s'avèrent que légèrement négatifs (dans le cas de la CR intégrant les médicaments). En général, ils deviennent même des clients positifs, voire très positifs (cf. tableau 6.2.3 dans le livre).

Conclusion: Une forte augmentation de l'incertitude réduit également de manière considérable l'attrait de la politique de sélection.

4.3 La sélection des risques devient financièrement moins intéressante que les modèles de «managed care»!

La sélection des risques n'est rien d'autre que la tentative d'attirer de manière ciblée les clients A' et d'évincer les clients D'.

Si l'assureur se débarrasse de tous ses clients D' – ce qui constitue certainement un scénario extrême – sa prime diminue selon le système de compensation des risques (cas 1 à 4) de 46%, 32%, 19% ou 16% (cf. tableau 6.3.2 dans le livre).

Si l'on se base (à titre de benchmark) sur les possibilités d'économies réalistes de 20% à 25% offertes sur le long terme par les modèles de «managed care», la sélection des risques pratiquée dans le cadre du mécanisme de compensation des risques actuellement en vigueur (avec un effet de réduction des primes de 32%) représente clairement la solution la plus intéressante. Dès que l'on tient compte de l'hospitalisation l'année précédente, la sélection devient la solution la moins intéressante.

En cas de recrutement ciblé de clients A' dans le cadre du système actuel de compensation des risques (ou en cas d'abolition de la compensation, cas 1 et 2), les effets sur les primes sont alors également, en règle générale, nettement supérieurs aux effets d'économie des modèles de «managed care». Dans les cas extrêmes, les effets de sélection peuvent entraîner une réduction des primes de 56%. Si l'on affine le système de compensation actuel, les effets sur les primes de la sélection se réduisent d'un facteur de 2 à 3 (cas 3 et 4). Sans des efforts véritablement extrêmes de sélection, il n'est alors plus possible de réaliser des effets sur les primes susceptibles de dépasser l'effet des modèles de «managed care» (cf. tableau 6.3.3 dans le livre).

Conclusion: Si le «managed care» demeure aujourd'hui la stratégie la moins intéressante en termes d'effet de réduction des primes, il suffit d'un simple affinement supplémentaire de la formule de compensation des risques pour faire du «managed care» la stratégie en règle générale la plus intéressante. A cet égard, il convient de noter que, dans le cas des modèles de «managed care», la réduction des primes est la conséquence des économies réalisées sur des prestations inutiles, alors que la sélection n'aboutit qu'à transférer les cas coûteux à la concurrence.

4.4 *Effet modéré sur le volume de la redistribution*

Les mesures étudiées en vue de l'affinement de la compensation des risques n'ont pas pour objet premier de redistribuer davantage d'argent, mais d'orienter les transferts de manière plus ciblée vers les assureurs avec de nombreux clients souffrant de maladies chroniques. Or, au plan politique, il est également intéressant de connaître la manière dont se modifie le volume global des fonds redistribués.

Par rapport à l'effet d'une révision du système de compensation des risques, ces modifications s'avèrent modestes. A l'heure actuelle, 27%³ des recettes de primes de l'ensemble des assureurs-maladie sont (théoriquement) redistribuées entre les clients. En prenant en compte le critère «hospitalisation l'année précédente», ce volume (théorique) de fonds redistribués passerait à 33%. En intégrant les groupes par coûts de médicaments, il passerait à 38%.

Il convient de noter que les trois quarts environ de ces 27% sont redistribués au sein de la caisse et ne quittent donc même pas l'assureur. Par conséquent, les flux d'argent circulant effectivement entre les assureurs sont nettement plus faibles.

5. Conclusions

Ces importants calculs montrent clairement que le système actuel de compensation des risques fondé sur l'âge et le sexe ne compense les différences de coûts anticipées que de manière imparfaite. La stratégie de sélection des risques, inutile au plan macroéconomique, est fortement récompensée. Les gains financiers résultant de la sélection des risques dépassent ceux réalisables au moyen de programmes de maîtrise authentique des coûts (managed care). Sans surprise, on constate donc sur le marché de nombreuses tentatives subtiles de sélection des risques, alors que les modèles d'assurance alternatifs mis en place n'ont pas été à la hauteur des attentes. L'abolition du mécanisme de compensation des risques aggraverait de manière dramatique une situation d'ores et déjà insatisfaisante.

La révision du mécanisme de compensation des risques, telle que la prévoit le Conseil des Etats (ajout du critère «hospitalisation l'année précédente»), aboutirait à corriger durablement les incitations inopportunes décrites. Certes, la sélection des risques continuerait d'influer sur la prime, mais dans une mesure nettement moindre que dans le modèle actuellement en vigueur. Cette influence serait en outre inférieure au gain sur les primes réalisable au moyen de programmes efficaces de maîtrise des coûts.

L'extension du modèle aux groupes par coûts de médicaments (également prévue dans le projet du Conseil des Etats) se présente, elle aussi, comme une solution réalisable et efficace. L'effet relativement modéré du modèle basé sur des groupes par coûts de médicaments appelle un commentaire. Notre analyse montre l'effet qu'une réforme de la compensation des risques aurait eu à partir de l'année 2000 (!). A l'heure actuelle, les données disponibles sur les médicaments sont nettement plus représentatives et couvrent des zones plus étendues. En ce qui concerne les groupes par coûts de médicaments, l'effet d'une réforme à partir de l'année 2007 serait donc certainement plus efficace.

Dans le contexte actuel, les assureurs qui opèrent une sélection des risques interdite et non solidaire en tirent un très fort gain financier. De telles incitations n'ont pas de sens au plan économique. La révision du système de compensation des risques jettera le fondement d'une véritable concurrence sur la meilleure offre de prestations d'assurances, et ce, tant dans l'intérêt des clients malades que dans celui des clients bien portants.

³ Notre calcul, basé sur l'échantillon analysé, a été vérifié par rapport aux données nationales fournies par l'organe chargé de gérer la compensation des risques. Il en a résulté, en raison de l'erreur aléatoire, un écart de l'ordre du millième.