

## **Introduction d'un facteur de morbidité supplémentaire dans la compensation des risques**

**Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 07.3769 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats du 9 novembre 2007**

## Résumé

Dans le système suisse, dans lequel les assureurs appliquent une prime unique par région, ceux-ci sont incités à pratiquer la sélection des risques, c'est-à-dire à prospecter les assurés en bonne santé ou à dissuader les assurés malades de s'affilier. Une compensation des risques entre assureurs-maladie a donc été introduite pour enrayer la désolidarisation. Elle vise à compenser les différences de coûts entre les assureurs dont l'effectif d'assurés présente un faible risque de maladie et ceux dont l'effectif présente un risque de maladie élevé. Le système de compensation des risques actuellement en vigueur ne tient compte que de deux facteurs, l'âge et le sexe. A partir de 2012, un troisième facteur vient s'y ajouter, celui du séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente. Il s'ensuit qu'une plus grande partie des différences de coûts sera compensée, ce qui réduira d'autant l'incitation à la sélection des risques.

Le Parlement a décidé en plus, le 30 septembre 2011, de perfectionner encore la compensation des risques ; le délai référendaire court jusqu'au 19 janvier 2012. Le présent rapport du Conseil fédéral présente plusieurs facteurs de compensation supplémentaires possibles et les évalue suivant différents critères. La comparaison entre ces divers facteurs montre que ce sont des groupes de coûts pharmaceutiques qui pourraient le mieux compléter la compensation des risques révisée (appelée ci-après compensation des risques 2012).

En 2007, Monsieur Konstantin Beck<sup>1</sup> a chiffré au moyen de diverses formules de compensation les variations des  $R^2$  :

Formule pour la compensation	$R^2$
Aucune CdR	0%
CdR actuelle	11%
CdR actuelle + séjours hospitaliers	21%
CdR actuelle + séjours hospitaliers + PCG	30%

La prise en compte du groupe des coûts pharmaceutiques (CPG) améliore encore l'impact de la compensation des risques 2012 d'environ 50 pourcent.

Compte tenu du fait que ces informations ne sont actuellement disponibles chez les assureurs que de façon incomplète et dans une qualité insuffisante, et que l'introduction d'un nouveau facteur nécessite certains préparatifs et une phase test, on estime que la formule de compensation ne pourra être complétée par ce facteur supplémentaire que dans six ans environ. Etant donné que le Conseil fédéral mettra sûrement la loi en vigueur plus tôt et que le perfectionnement de la compensation des risques est une composante importante pour la diffusion des modèles de soins intégrés, une réglementation transitoire est envisagée. On pourrait imaginer la prise en compte d'une ou plusieurs limites des coûts de médicaments ; le présent rapport n'approfondit cependant pas la question. Cette option améliorerait aussi l'efficacité de la compensation des risques 2012 et présenterait l'avantage que ces données sont déjà disponibles aujourd'hui auprès des assureurs. L'introduction de ce nouveau facteur prendrait donc moins de temps.

---

<sup>1</sup> Beck et Trottmann 2007.

## Liste des abréviations

ACG	Adjusted Clinical Groups, groupes cliniques ajustés
ADG	Ambulatory Diagnostic Groups, groupes diagnostiques ambulatoires
AOS	assurance obligatoire des soins
BVA	Bundesversicherungsamt, office fédéral allemand des assurances
CADG	Collapsed Ambulatory Diagnostic Groups
CDS	Chronic Disease Score
CE	Conseil des Etats
CIM	Classification internationale des maladies
CN	Conseil national
CSSS-E	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
DCG	Diagnostic Cost Groups, groupes de coûts par diagnostic
DMP	Disease Management Program, programme de gestion thérapeutique
EMG	groupes de réduction de la capacité de gain
GMH	groupes de morbidité hiérarchisés
HCC	Hierarchical Condition Categories
LAMal	loi fédérale sur l'assurance-maladie, RS 832.10
OCoR	ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie, RS 832.112.1
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCG	Pharmacy Cost Group, groupes des coûts pharmaceutiques
PFPDT	Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence
ZEMRA	organisme central de transfert pour la compensation des risques

## Table des illustrations

Fig. 1 Coûts moyens par année des différents groupes de risques dans la compensation définitive des risques 2010, ensemble de la Suisse.....	10
Fig. 2 Contributions et redevances annuelles pour les différents groupes de risques dans la compensation définitive des risques 2010, ensemble de la Suisse .....	10
Fig. 3 Evolution du volume de répartition net depuis 1996 .....	11
Fig. 4 Coûts annuels moyens des groupes de risques de la compensation des risques 2012 .....	13
Fig. 5 Evaluation du pouvoir explicatif des deux modèles : le coefficient de détermination $R^2$ .....	15
Fig. 6 Evaluation de l'incitation à la sélection des risques dans les deux modèles pour les assurés particulièrement exposés à la sélection des risques .....	16
Fig. 7 Evaluation de la transparence des deux modèles .....	17
Fig. 8 Evaluation des possibilités de manipuler les données dans les deux modèles.....	17
Fig. 9 Incitations à une utilisation efficiente des moyens pour les deux modèles.....	19
Fig. 10 Du diagnostic au HMG .....	21
Fig. 11 La compensation des risques allemande : un système de compensation externe .....	22
Fig. 12 Calcul du forfait de base et des <i>cost weights</i> (exemple).....	23
Fig. 13 Types de coûts et financement aux Pays-Bas .....	24
Fig. 14 Facteurs de compensation des risques dans le modèle néerlandais .....	25
Fig. 15 Comparaison entre diverses modèles qui tiennent compte d'informations diagnostiques .....	27
Fig. 16 Evaluation de l'option 1 en complément de la compensation des risques 2012 .....	30
Fig. 17 Vue d'ensemble des différents modèles de classification des médicaments .....	32
Fig. 18 Evaluation de l'option 2 en complément de la compensation des risques 2012 .....	33
Fig. 19 Evaluation de l'option 3 en complément de la compensation des risques 2012 .....	34
Fig. 20 Calcul avec la franchise comme facteur de compensation, avec et sans correction.....	36
Fig. 21 Evaluation de l'option 4.1 (changement d'assureur) en complément de la compensation des risques 2012 .....	37
Fig. 22 Evaluation de l'option 4.2 (choix de l'échelon de franchise) en complément de la compensation des risques 2012 .....	38
Fig. 23 Evaluation de l'option 5 en complément de la compensation des risques 2012 .....	40
Fig. 24 Evaluation de l'option 6 en complément de la compensation des risques 2012 .....	41
Fig. 25 Les six propositions en un coup d'œil .....	42

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Contexte</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Le marché de l'assurance-maladie</b>	<b>7</b>
2.1	Caractéristiques d'un marché non régulé de l'assurance-maladie.....	7
2.2	Particularités du marché suisse de l'assurance-maladie.....	8
2.3	Importance de la compensation des risques dans le marché suisse de l'assurance-maladie .	8
<b>3</b>	<b>La réglementation légale de la compensation des risques</b>	<b>9</b>
3.1	Genèse de la compensation des risques et réglementation actuelle .....	9
3.2	La révision de la compensation des risques pour 2012 .....	11
3.2.1	Débats parlementaires .....	11
3.2.2	Modification d'ordonnance afin de définir le nouveau facteur de compensation.....	12
3.2.3	Fonctionnement de la compensation des risques en vigueur à partir de 2012 .....	13
3.3	Appréciation de la réglementation actuelle de la compensation des risques et de celle qui sera en vigueur à partir de 2012.....	14
3.3.1	Incitation à la sélection des risques .....	14
3.3.2	Transparence .....	16
3.3.3	Possibilités de manipulation.....	17
3.3.4	Incitation à économiser .....	18
3.3.5	Incitation à la prévention .....	19
<b>4</b>	<b>Réglementations appliquées dans d'autres pays d'Europe qui connaissent une compensation des risques dans l'assurance-maladie</b>	<b>20</b>
4.1	L'exemple de l'Allemagne .....	20
4.2	L'exemple des Pays-Bas .....	23
<b>5</b>	<b>Options pour un perfectionnement de la compensation des risques au moyen d'un indicateur de morbidité</b>	<b>26</b>
5.1	Six options pour perfectionner encore la compensation des risques .....	26
5.2	Option 1 : utilisation d'informations diagnostiques.....	26
5.2.1	Description du modèle .....	26
5.2.2	Evaluation de l'option 1 .....	29
5.3	Option 2 : utilisation d'informations pharmaceutiques .....	30
5.3.1	Description du modèle .....	30
5.3.2	Evaluation de l'option 2.....	32
5.4	Option 3 : utilisation de données relatives à la réduction de la capacité de gain .....	34
5.4.1	Description du modèle .....	34
5.4.2	Evaluation de l'option 3.....	34
5.5	Option 4 : utilisation d'informations relatives au changement de caisse et au choix de l'échelon de franchise .....	35
5.5.1	Description du modèle .....	35
5.5.2	Evaluation de l'option 4.....	37
5.6	Option 5 : communication d'informations personnelles relatives à la morbidité.....	38
5.6.1	Description du modèle .....	38
5.6.2	Evaluation de l'option 5.....	38

5.7	Option 6 : Utilisation des frais de médicaments au cours de l'année précédente .....	40
5.7.1	Description du modèle .....	40
5.7.2	Evaluation de l'option 6 .....	40
<b>6</b>	<b>Perfectionnement de la compensation des risques : perspectives</b>	<b>41</b>
6.1	Groupes de coûts pharmaceutiques en complément de la compensation des risques 2012	41
6.2	Passage à un calcul au moyen d'une analyse de régression.....	43
6.3	Passage à la communication de données individuelles .....	43
6.4	Abandon de la prise en compte des données des assurés qui changent de caisse.....	44
6.5	Recommandation relative au temps nécessaire à la mise en œuvre de la nouvelle formule	44
6.6	Recommandation en vue d'une réglementation transitoire .....	45
<b>7</b>	<b>Conclusion</b>	<b>45</b>

# 1 Contexte

Le Parlement a décidé en 2007, lors du débat sur le nouveau régime de financement des hôpitaux, que la compensation des risques devrait être calculée à partir de 2012 avec un facteur supplémentaire rendant compte du risque élevé de maladie. Le facteur qui a été retenu est le séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente. Ce n'est que durant la procédure d'élimination des divergences que les deux Chambres ont décidé de ne compléter la formule de la compensation des risques que par un facteur supplémentaire. Elles ont cependant transmis le postulat 07.3769, qui charge le Conseil fédéral d'examiner d'ici au 31 décembre 2011 les effets sur la compensation des risques entre les caisses-maladie qu'aurait l'introduction d'un facteur de morbidité supplémentaire et, le cas échéant, de proposer un indicateur applicable sur le plan technique.

Dans l'intervalle, dans le cadre du débat sur le projet « Managed care », le Parlement s'est prononcé en faveur d'un perfectionnement du système de la compensation des risques. Celui-ci inclurait un autre facteur rendant compte du risque élevé de maladie, la morbidité des assurés telle qu'elle serait exprimée par des indicateurs appropriés. Ces indicateurs seraient définis par le Conseil fédéral. Un référendum peut être lancé contre cette révision de la loi jusqu'au 19 janvier 2012.

Le rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 07.3769 donne un aperçu du marché suisse de l'assurance-maladie (chap. 2) et il présente les règles actuelles de la compensation des risques ainsi que la formule affinée applicable dès 2012 avec l'inclusion des séjours de plus de trois jours dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente (chap. 3). Il décrit ensuite les modèles de compensation des risques qui sont appliqués en Allemagne et aux Pays-Bas (chap. 4), puis présente et évalue différents facteurs proposés par la recherche pour affiner encore la compensation des risques (chap. 5). Il dégage pour terminer les perspectives qui s'offrent pour perfectionner le système suisse (chap. 6) et conclut par une recommandation sur la marche à suivre (chap. 7).

## 2 Le marché de l'assurance-maladie

### 2.1 Caractéristiques d'un marché non régulé de l'assurance-maladie

Les biens de santé ne sont pas des biens comme les autres. D'un point de vue économique, ils présentent des particularités qui peuvent provoquer l'échec du marché dans la formation des prix. Un marché non régulé de l'assurance-maladie comporte en outre des faiblesses structurelles qui débouchent sur une insuffisance de la couverture sanitaire. Les particularités suivantes, entre autres, rendent indispensable une intervention de l'Etat dans le marché de l'assurance-maladie :

- Asymétrie de l'information : situation dans laquelle les deux parties ne disposent pas des mêmes informations au moment de la conclusion ou de l'exécution d'un contrat. Dans le domaine de l'assurance-maladie, c'est le cas de la relation médecin-patient, mais aussi de la relation entre assureur-maladie et client au moment de la conclusion du contrat. Si l'assureur ne peut pas distinguer a priori entre bien portants et malades, il calculera la valeur attendue sur les deux groupes et proposera l'assurance à ce prix-là. Mais à ce prix, l'assurance n'est intéressante que pour le groupe des malades, et l'assureur devrait relever son tarif, car le tarif initial ne pourra pas couvrir les coûts. Les bien portants, eux, ne seraient pas disposés à conclure une assurance-maladie et préféreraient assumer les coûts éventuels eux-mêmes. Pour empêcher cela, on peut, comme en Suisse, instaurer une obligation d'assurance.
- Besoins futurs en général sous-estimés : les jeunes en bonne santé ne sont souvent pas disposés à prendre des dispositions pour assurer suffisamment le financement du traitement de maladies futures possibles. Les dépenses affectées aux prestations de santé augmentent en règle générale avec l'âge, et les personnes concernées n'arrivent pas toutes à les couvrir avec le revenu dont elles disposent le moment venu. Sur un marché libre, la demande d'assurance-maladie sera donc probablement insuffisante. Là aussi, une assurance obligatoire représente une façon possible de résoudre ce problème.

- Aléa moral : ce terme désigne le problème causé par un changement de comportement induit par une assurance contre un risque. Avec la protection offerte par l'assurance-maladie, il y a dissociation entre action et responsabilité, et l'assuré n'est guère incité financièrement à mettre un frein, par exemple, à des activités de loisirs dangereuses ou à un mode de vie nuisible à la santé, dans la mesure où les frais de traitement sont pris en charge par la communauté solidaire de l'assurance-maladie. L'économie de la santé parle à ce propos d'aléa moral ex ante. Il y a encore un autre phénomène, appelé aléa moral ex post : dans un système d'assurance, le risque existe que les patients ne demandent davantage de prestations que parce qu'ils ne doivent pas, ou pas entièrement, en assumer les frais. Il est possible d'agir contre ce phénomène par une participation aux coûts, comme c'est le cas en Suisse. Mais l'aléa moral peut aussi se manifester du côté des fournisseurs de prestations : comme les frais de traitement ne sont pas payés directement par le patient mais par son assurance, le fournisseur de prestations est incité à effectuer davantage de traitements, ou des traitements plus chers. Pour prévenir cela, on peut appliquer des systèmes de remboursement forfaitaires (forfait par cas, capitation ou coresponsabilité budgétaire).

## **2.2 Particularités du marché suisse de l'assurance-maladie**

Les particularités du marché non régulé de l'assurance-maladie ont été reconnues à temps. L'échec du marché (cf. chap. 2.1) et des arguments de politique sociale ont amené en Suisse l'Etat à intervenir sur ce marché, qui est aujourd'hui fortement régulé. Avec l'instauration de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), les principes suivants ont notamment été inscrits dans le droit : toutes les personnes domiciliées en Suisse doivent s'assurer contre la maladie (obligation d'assurance). Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS), les différents assureurs-maladie privés offrent tous le même catalogue de prestations standardisé. Les assurés peuvent choisir librement leur assureur-maladie (libre passage). Les assureurs-maladie sont tenus par la loi d'admettre quiconque est domicilié dans leur secteur d'activité (obligation d'admission). En outre, ils doivent percevoir une prime unique par canton et par région dans les trois groupes d'âge : enfants, jeunes adultes et adultes (prime unique). Des subsides de l'Etat allègent le fardeau représenté par les primes pour les assurés à bas revenu (réduction des primes). Les assurés doivent participer aux coûts dus à la maladie (franchise, quote-part et participation aux coûts de traitements hospitaliers).

## **2.3 Importance de la compensation des risques dans le marché suisse de l'assurance-maladie**

La prime unique perçue par les assureurs-maladie ne correspond naturellement pas aux risques des différents assurés. Pour les assureurs, il est donc a priori profitable d'assurer des personnes qui ne causent pas ou que peu de frais de maladie. Cela les incite à pratiquer la sélection des risques. Les assureurs qui ont une bonne structure de risques bénéficient d'un avantage sur le marché.

Une compensation des risques entre assureurs-maladie a donc été introduite pour enrayer la désolidarisation. Celle-ci vise à compenser les différences de coûts entre les assureurs dont l'effectif d'assurés présente un faible risque de maladie et ceux dont l'effectif présente un risque de maladie élevé. La compensation des risques vise à compenser les différences dans la structure des effectifs d'assurés, qui débouchent sur des différences dans les coûts de maladie et donc dans les primes. La compensation des risques a pour but de diminuer, voire d'éliminer l'incitation pour les assureurs à se procurer un avantage par la sélection des risques.

C'est la régulation de la formation des primes qui rend nécessaire une compensation des risques. Celle-ci corrige les effets pervers de la réglementation relative aux primes.



### 3 La réglementation légale de la compensation des risques

#### 3.1 Genèse de la compensation des risques et réglementation actuelle

La compensation des risques a été introduite en Suisse par l'arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie, qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1993.

Avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie en 1996, la compensation des risques a été transférée dans le droit ordinaire. La LAMal la prévoyait pour une durée limitée à dix ans, sur la base de deux critères uniquement, l'âge et le sexe.

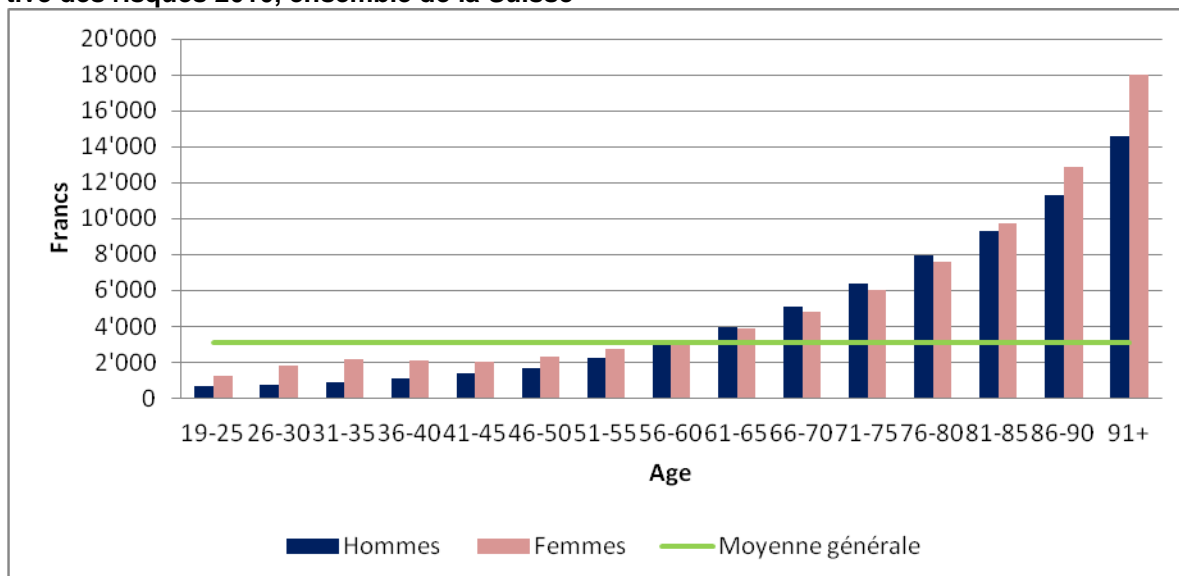
*Art. 105, al. 1, LAMal : Les assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées assurées dépassent cette moyenne ; cette contribution est destinée à compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants.*

La limitation de la durée de la compensation des risques était surtout due à l'idée que les différences entre les assureurs quant à l'âge et au sexe des assurés allaient progressivement s'atténuer sous l'effet du libre passage. Mais cette hypothèse ne s'est pas confirmée. Le Parlement a alors décidé, en octobre 2004, de prolonger la compensation des risques de cinq ans (jusqu'à fin 2010), dans la perspective d'une amélioration de la compensation des risques prévue par le projet relatif au financement des hôpitaux. La modification de la LAMal du 21 décembre 2007 a prolongé d'une année encore, jusqu'à fin 2011, la compensation des risques en vigueur, afin de garantir un passage sans solution de continuité au dispositif révisé appliqué à partir de 2012.

La compensation des risques est calculée par canton. Les assurés sont répartis pour ce calcul dans 30 groupes de risques pour chaque canton. Ils sont d'abord répartis en quinze groupes d'âge. Le premier comprend les assurés de 18 à 25 ans ; les assurés de 26 à 90 ans sont répartis par groupes de cinq ans, et le dernier groupe comprend les assurés âgés de 91 ans et plus. Chaque groupe d'âge est ensuite partagé en deux selon le sexe. Les assurés de moins de 18 ans ne sont pas considérés par la compensation des risques.

Pour la compensation des risques, on commence par calculer les coûts moyens du groupe de référence, qui comprend tous les assurés adultes (= moyenne générale). Sont déterminants les coûts après déduction de la participation aux coûts. La fig. 1 indique les coûts moyens par assuré et par année dans la compensation définitive des risques 2010 pour les 30 groupes de risques.

**Fig. 1 Coûts moyens par année des différents groupes de risques dans la compensation définitive des risques 2010, ensemble de la Suisse**

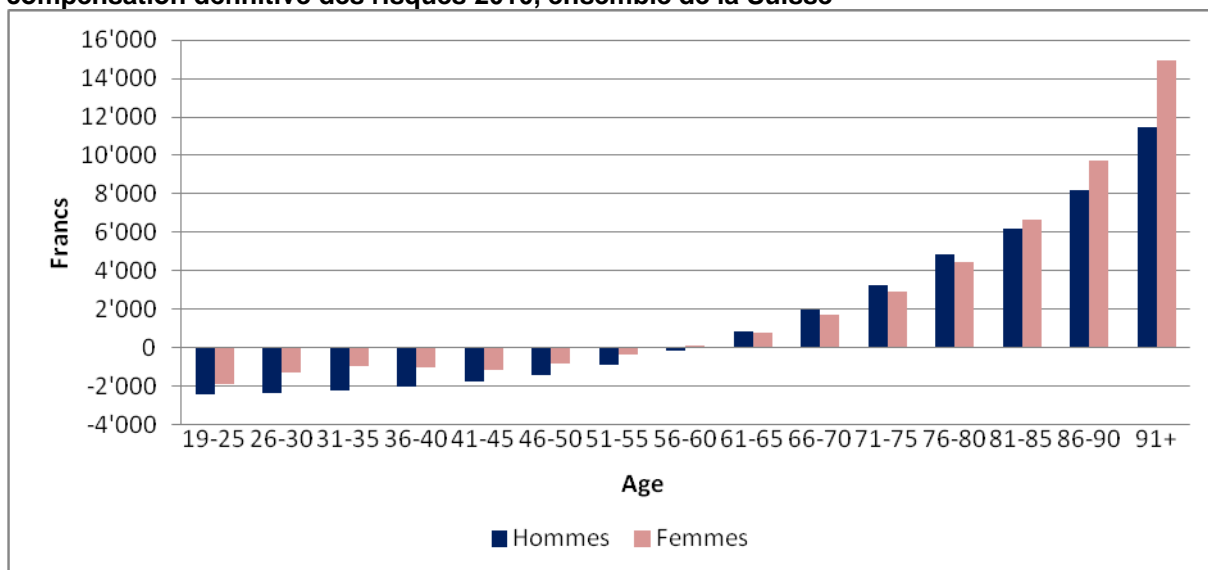


Source : Institution commune LAMal, 2011, Statistique de la compensation définitive des risques 2010.

Il apparaît clairement que les coûts moyens augmentent avec l'âge. A l'exception de quatre groupes d'âge (61 à 65 ans, 66 à 70 ans, 71 à 75 ans et 76 à 80 ans), les coûts moyens sont toujours plus élevés pour les femmes que pour les hommes.

On calcule ensuite les coûts moyens de chaque groupe de risques et on les compare avec les coûts moyens du groupe de référence, la moyenne générale. Si les coûts moyens du groupe de risques sont supérieurs à la moyenne générale, l'assureur-maladie reçoit pour chaque assuré de ce groupe une contribution équivalant à la différence. Si les coûts moyens du groupe de risques sont inférieurs à la moyenne générale, l'assureur-maladie doit verser pour chaque assuré de ce groupe une redevance équivalant à la différence. La fig. 2 indique les contributions et redevances annuelles calculées pour chaque groupe de risques dans la compensation définitive des risques 2010.

**Fig. 2 Contributions et redevances annuelles pour les différents groupes de risques dans la compensation définitive des risques 2010, ensemble de la Suisse**



Source : Institution commune LAMal, 2011, Statistique de la compensation définitive des risques 2010.

Le montant que l'assureur paie à la compensation des risques ou qu'il en obtient correspond au calcul d'un solde. La formule de la compensation des risques est ainsi conçue que le solde pour l'ensemble des assureurs est égal à zéro. Cela signifie que tous les assureurs qui doivent payer des redevances nettes fournissent exactement le volume qu'obtient l'ensemble des assureurs-maladie qui touchent des contributions nettes (= jeu à somme nulle). Le volume de répartition net, c.-à-d. les paiements qui ont effectivement eu lieu entre les assureurs, a évolué comme suit depuis 1996 :

**Fig. 3 Evolution du volume de répartition net depuis 1996**



Source : Institution commune LAMal, 2011, compensation des risques, <http://www.kvg.org/ra/default.htm>.

La fig. 3 montre que le volume de répartition net a constamment augmenté de 1997 à 2009. Cette augmentation est due pour l'essentiel à des déplacements de structure provoqués dans les caisses-maladie par la sélection des risques, mais aussi à la hausse des coûts de l'AOS. Un recul du volume de répartition s'observe pour la première fois en 2010 : 1546 millions de francs au total ont été redistribués entre les assureurs dans la compensation définitive des risques 2010, contre 1561 millions en 2009. Comme le volume de répartition brut, c.-à-d. les paiements entre les assurés compte non tenu des limites des caisses, a continué d'augmenter, on peut en déduire que les structures des effectifs d'assurés ont enfin commencé à se rapprocher d'un assureur à l'autre.

Dans la compensation définitive des risques 2010, 55 assureurs (soit 68 % des assureurs) ont versé des redevances de risque, et 26 assureurs (32 %) ont touché des contributions de compensation.

## 3.2 La révision de la compensation des risques pour 2012

### 3.2.1 Débats parlementaires

Lors de la séance de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) du 24 janvier 2005, Erika Forster a avancé la proposition d'examiner aussi, dans le cadre du débat sur le nouveau régime de financement hospitalier, l'introduction de critères supplémentaires pour la compensation des risques, et elle a présenté une proposition de modification de loi en ce sens (introduction d'un nouvel art. 18a LAMal). Chargée d'approfondir la question du perfectionnement de la compensation des risques, la sous-commission « Financement hospitalier » a consulté des experts pour élaborer une révision de la LAMal qui a été mise en consultation en septembre 2005.

Dans le débat parlementaire qui a suivi, il a été discuté en particulier la question de savoir si, outre le séjour en hôpital ou en EMS proposé comme nouveau facteur, il y avait lieu d'en introduire un autre dans la formule de la compensation des risques et, dans l'affirmative, si celui-ci devrait déjà être défini plus précisément au niveau de la loi. En avril 2007, l'administration a encore mis en discussion l'idée de créer un pool de hauts risques. La CSSS-N a cependant décidé de ne pas étudier cette idée

comme alternative ou complément au perfectionnement de la compensation des risques. Les divergences qui subsistaient entre les deux Chambres ont nécessité une procédure d'élimination des divergences et une conférence de conciliation. Lors du vote final, le Conseil des Etats a adopté le projet par 41 voix contre aucune et deux abstentions, et le Conseil national par 117 voix contre 78 et trois abstentions. Outre les critères actuels de l'âge et du sexe, le calcul de la compensation des risques tiendra aussi compte à partir de 2012 du risque élevé de maladie. Le facteur retenu pour ce dernier est le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente<sup>2</sup>. La modification de loi suivante a été décidée :

*Ch. 2, al. 1 et 2, des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques) :*

<sup>1</sup> *Les assureurs dont les effectifs de femmes, de personnes âgées et de personnes à risque de maladie élevé sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes, de personnes âgées et de personnes à risque de maladie élevé dépassent cette moyenne; cette contribution doit compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risque déterminants.*

<sup>2</sup> *Le critère déterminant le risque de maladie élevé est le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social (art. 39) l'année précédente.*

La modification de la LAMal du 21 décembre 2007 a également complété deux dispositions existantes et en a ajouté une nouvelle, aux termes desquelles tous les assureurs-maladie et l'institution commune LAMal sont habilités à traiter et à faire traiter les données personnelles des assurés, y compris les données sensibles (données de santé) et les profils de la personnalité, de manière conforme au droit de la protection des données, pour calculer la (nouvelle) compensation des risques (art. 57, al. 7, art. 84, phrase introductive et let. i, et art. 84b LAMal). De plus, la transmission par les assureurs-maladie à l'institution commune LAMal des données des assurés, y compris les données sensibles (données de santé) et les profils de la personnalité, pour le calcul de la compensation des risques révisée peut s'appuyer sur l'art. 84a, al. 1, let. a, LAMal en vigueur.

### **3.2.2 Modification d'ordonnance afin de définir le nouveau facteur de compensation**

La modification de loi décidée a rendu nécessaire une révision de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR, RS 832.112.1).

Le critère du risque de maladie élevé a été précisé comme suit à l'art. 2a OCoR :

*Art.2a OCoR, Prise en compte du risque de maladie élevé*

<sup>1</sup> *Le critère déterminant le risque de maladie élevé est le séjour d'au moins trois nuits consécutives dans un hôpital ou un établissement médico-social.*

<sup>2</sup> *Est pris en compte un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social en Suisse selon l'art. 39 de la loi, pour autant que des prestations de l'assurance obligatoire des soins aient été accordées pour le séjour en question.*

<sup>3</sup> *Le séjour en cas de maternité selon l'art. 29, al. 2, let. b, de la loi n'est pas pris en compte.*

<sup>4</sup> *Pour l'attribution du séjour à une année civile, la date de traitement est déterminante. Si le séjour se poursuit au-delà d'une année civile, sa durée est calculée jusqu'à la fin de cette année. Sa prolongation dans la nouvelle année est comptée dans cette dernière. Un séjour de trois à cinq nuits qui se poursuit au-delà d'une année civile est compté dans l'année pour laquelle le plus grand nombre de nuits ont été effectuées; si deux nuits ont été effectuées lors de chaque année, le séjour est compté dans l'année d'admission.*

<sup>2</sup> Cf. Parlement, Bulletin officiel – Les procès-verbaux du Conseil national et du Conseil des Etats, [http://www.parlament.ch/ab/frameset/f/s/4801/262653/f\\_s\\_4801\\_262653\\_262693.htm?DisplayTextOid=262694](http://www.parlament.ch/ab/frameset/f/s/4801/262653/f_s_4801_262653_262693.htm?DisplayTextOid=262694)

En outre, les nouveautés suivantes ont été décidées avec la révision de l'OCoR :

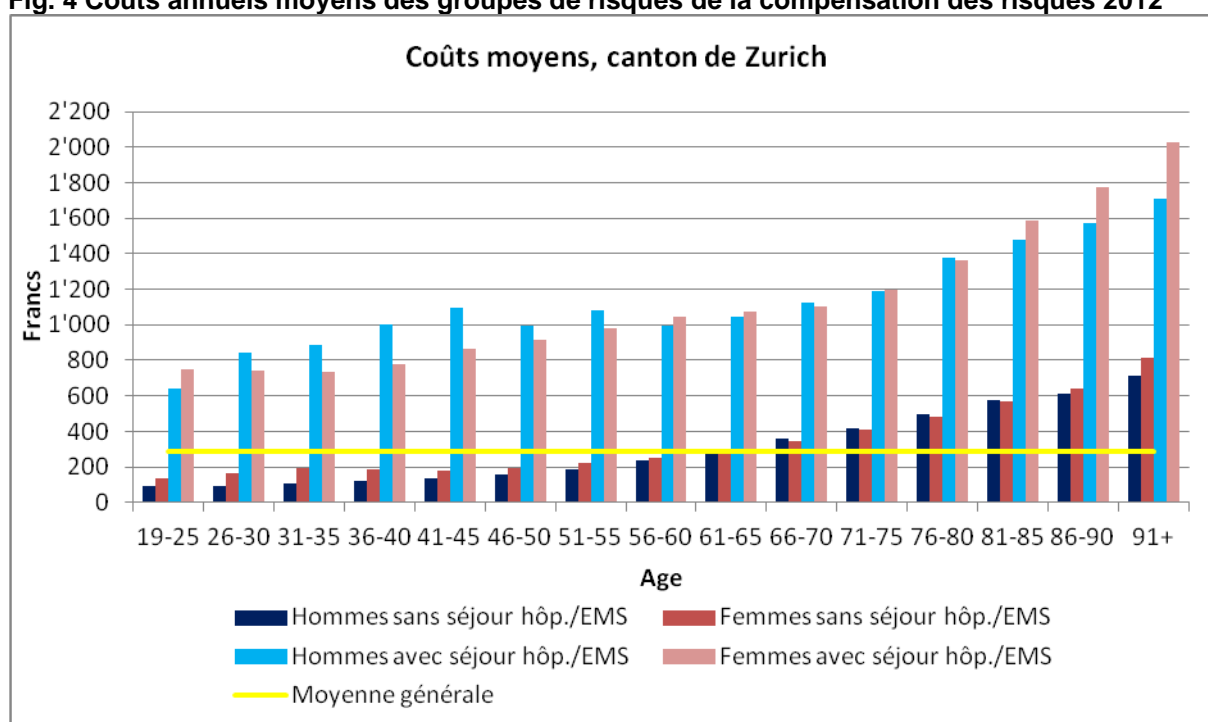
- Pour l'attribution des séjours et des coûts à une année civile, c'est désormais la date de traitement qui sera déterminante (cf. art. 2a, al. 4, et art. 6, al. 1<sup>bis</sup>, OCoR). Actuellement le calcul des coûts et des participations aux coûts se base sur la date de décompte.
- Le calcul de la compensation des risques sera désormais prospectif. Cela signifie que les taux des redevances et des contributions de la compensation provisoire des risques, calculés durant l'année de compensation, sont repris l'année suivante pour le calcul de la compensation définitive. L'équilibre entre redevances et contributions (jeu à somme nulle) n'est ainsi plus assuré automatiquement dans la compensation définitive des risques. L'institution commune LAMal doit donc procéder à une correction pour que le jeu à somme nulle se réalise. Aussi bien les assureurs qui doivent des redevances de risque que ceux qui reçoivent des contributions de compensation doivent participer à la différence à parts égales. La prise en charge par chaque assureur s'effectue proportionnellement à ses propres redevances ou contributions (cf. art. 6, al. 3, OCoR)<sup>3</sup>.

### 3.2.3 Fonctionnement de la compensation des risques en vigueur à partir de 2012

Avec l'inclusion du facteur de compensation supplémentaire, sans modification de la répartition par groupes d'âge, le nombre de groupes de risques par canton double et passe à 60. La répartition des assurés par groupes de risques tient compte des séjours en hôpital ou en EMS, l'année précédente, des assurés qui ont changé d'assureur (cf. art. 6, al. 2<sup>bis</sup>, OCoR).

Sur la base des résultats des tests effectués par l'institution commune LAMal pour la compensation des risques révisée, on s'attend à ce que les coûts se répartissent comme suit entre les différents groupes de risques :

**Fig. 4 Coûts annuels moyens des groupes de risques de la compensation des risques 2012**



Source : Institution commune LAMal, 2011, Statistique du deuxième test pour la compensation des risques révisée, graphique original.

Dans la compensation des risques révisée, on observe donc ceci :

<sup>3</sup> Cf. Office fédéral de la santé publique, 2009.

- Les assurés qui ont séjourné plus de trois jours l'année précédente dans un hôpital ou un EMS, quels que soient leur âge et leur sexe, suscitent le paiement de versements compensatoires à leurs assureurs.
- Les assurés qui n'ont pas séjourné plus de trois jours l'année précédente dans un hôpital ou un EMS ne suscitent le paiement de tels versements qu'à un âge avancé.
- Les assurés qui n'ont pas séjourné plus de trois jours l'année précédente dans un hôpital ou un EMS donnent lieu dans les groupes d'âge avancé à des versements compensatoires bien moins élevés.
- Les facteurs actuels de l'âge et du sexe ne jouent plus qu'un rôle mineur.

Sur la base des résultats des tests effectués par l'institution commune LAMal, il faut s'attendre à ce que le volume de redistribution net soit légèrement plus élevé qu'avec la méthode de calcul actuelle. Au niveau des différents assureurs, on observera des déplacements considérables. Ceux-ci dépendront de la proportion d'assurés ayant séjourné l'année précédente dans un hôpital ou un EMS par rapport à l'effectif global<sup>4</sup>.

La compensation des risques révisée est très probablement une des raisons pour lesquelles le marché continue de se concentrer et de plus en plus d'assureurs abandonnent la stratégie des caisses bon marché.

### **3.3 Appréciation de la réglementation actuelle de la compensation des risques et de celle qui sera en vigueur à partir de 2012**

Dans les pages qui suivent, la réglementation actuelle de la compensation des risques et celle qui sera en vigueur à partir de 2012 sont évaluées sur la base des cinq critères suivants :

1. Incitation à la sélection des risques
2. Transparence
3. Possibilités de manipulation
4. Incitation à économiser
5. Incitation à la prévention.

#### **3.3.1 Incitation à la sélection des risques**

La compensation des risques vise à réduire les incitations à la sélection des risques. Comme elle ne compense les différences de coûts que par rapport à la moyenne du groupe de risques, les assurés dont les coûts sont inférieurs aux coûts moyens de leur groupe de risques sont particulièrement intéressants pour les assureurs. La compensation des risques ne fait donc pas disparaître toutes les incitations à la sélection des risques. Mais elle pourra les empêcher d'autant plus efficacement que les facteurs de compensation appliqués permettront de mieux prévoir les coûts individuels des assurés. Cette question a été examinée à l'aide d'analyses de régression, l'incitation à la sélection des risques qui subsiste étant étudiée sur la base de deux critères :

#### **A) Pouvoir explicatif de la formule de compensation des risques par rapport à l'ensemble de la population**

Un premier moyen de mesurer les incitations qui subsistent à la sélection des risques est l'exactitude des prévisions par rapport à l'ensemble de la population. On examine quelle est la proportion des coûts que les facteurs pris en compte dans la formule de la compensation des risques permettent d'expliquer. On se sert pour cela du coefficient de détermination  $R^2$ .<sup>5</sup> Si une part considérable des différences de coûts entre assurés liées à la morbidité est compensée, l'avantage financier suscep-

<sup>4</sup> Cf. Institution commune LAMal 2011, résultats du deuxième test.

<sup>5</sup> Le coefficient de détermination  $R^2$  est une valeur statistique exprimant la part de variabilité d'une variable dépendante Y qu'un modèle statistique permet d'expliquer. Il permet aussi de mesurer indirectement le rapport entre les variables dépendantes et la ou les variables indépendantes.

tible d'être obtenu par la sélection des risques est réduit. Les modèles ayant un pouvoir explicatif élevé réduisent donc davantage les incitations à la sélection des risques que les modèles dont le pouvoir explicatif est moindre.

Le coefficient de détermination  $R^2$  de la formule de compensation des risques en vigueur et de celle qui sera appliquée à partir de 2012 a fait l'objet ces dernières années de différentes estimations. Le tableau ci-dessous indique les résultats de diverses études pour les deux modèles de compensation :

**Fig. 5 Evaluation du pouvoir explicatif des deux modèles : le coefficient de détermination  $R^2$**

Source	Formule actuelle de compensation des risques (âge et sexe)	Compensation des risques 2012 (âge, sexe, séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente)
Verisk Health 2010 <sup>6</sup>	3,15 % estimation 3,09 % prévision	6,28 % estimation 6,06 % prévision
Spycher 2002	6,5 %	10,9 %
Beck 2011	10,3 %	17,4 %

Source : Verisk Health 2010, Spycher 2002, Beck 2011.

Si l'on calcule le pouvoir explicatif du modèle suisse actuel de compensation des risques (facteurs : âge et sexe) à partir de données suisses, comme l'ont fait Spycher et Beck, les résultats sont meilleurs que dans les études faites avec des données étrangères. Cela tient au fait qu'en Suisse, les assureurs-maladie ne financent que 50 % des frais hospitaliers, qui sont élevés. De ce fait, la variance est moindre dans les données suisses et le pouvoir explicatif du modèle qui tient compte de l'âge et du sexe est plus grand. Si l'on double le volume des prestations hospitalières et qu'on effectue une nouvelle régression, le coefficient  $R^2$  baisse d'environ 4 points<sup>7</sup>.

Les critères de l'âge et du sexe ne permettent cependant d'expliquer qu'une petite partie de la variance. Toutes les études examinées montrent que le pouvoir explicatif de la formule de la compensation des risques peut nettement augmenter par l'inclusion du critère du séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente. Les valeurs „Verisk“ augmentent moins fortement que celles établies par Messieurs Spycher ou Beck. Ceci est dû au fait que les valeurs « Verisk » sont fondées sur les données allemandes. Celles-ci ne prennent pas en considération qu'en Suisse la moitié des frais hospitaliers est pris en charges par les cantons ce qui pègre significativement leur estimation.

En outre doit être considéré qu'une partie seulement des coûts sont prévisibles, car des coûts sont aussi générés de façon aléatoire. Spycher estime la proportion des coûts prévisibles à 35,8 %. En calculant la part des valeurs  $R^2$  estimées aux frais prévisibles, Spycher arrive à 18 % pour la compensation des risques actuelle et à 30 % pour le modèle en vigueur à partir de 2012<sup>8</sup>.

## **B) Exactitude des prévisions pour les assurés particulièrement exposés à la sélection des risques**

Un second moyen de mesurer les incitations qui subsistent à la sélection des risques est fourni par l'analyse des prévisions des coûts des assurés qui sont le plus facilement victimes de la sélection des risques. On illustrera ci-après la qualité des prévisions des deux modèles de compensation des risques concernant les coûts de ces groupes d'assurés. Il est à supposer qu'un assureur ne se livrera à des activités de sélection des risques que si le groupe cible a un certain poids financier<sup>9</sup>. Pour cet examen, on sélectionnera donc les groupes d'assurés dont les coûts totaux sont les plus élevés. Il ne faut pas confondre cette sélection avec l'affirmation disant que la caractéristique choisie est particuliè-

<sup>6</sup> L'estimation est basée sur les données de 2006 et 2007. Etant donné la variation minimale des coûts par groupe de risques de 2006 à 2007 constatée dans le jeu de données, le modèle prospectif donne pour la prévision des résultats presque aussi bons que pour l'estimation.

<sup>7</sup> Cf. Beck 2004.

<sup>8</sup> Cf. Spycher 2002.

<sup>9</sup> Cf. Beck et al. 2006.

rement chère. C'est seulement lorsqu'on les multiplie par le nombre d'assurés qui présentent cette caractéristique que les coûts sont très élevés par rapport à d'autres caractéristiques.

Le tableau ci-dessous, qui résume les résultats de l'étude Verisk Health<sup>10</sup>, montre les coûts moyens observés en 2008 pour les assurés auxquels une caractéristique donnée a été attribuée sur la base des données de 2007. La comparaison avec les coûts moyens prévus par les deux modèles de compensation des risques indique la qualité des prévisions de ces modèles pour les coûts des assurés sélectionnés.

**Fig. 6 Evaluation de l'incitation à la sélection des risques dans les deux modèles pour les assurés particulièrement exposés à la sélection des risques**

Groupe	Part à l'effectif des assurés	Coûts moyens effectifs en 2008	Formule actuelle de compensation des risques (âge et sexe)	Compensation des risques 2012 (âge, sexe, séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente)
Femmes, 66-70 ans	5,88 %	2630	2496	2490
Hommes, 66-70 ans	3,05 %	3088	2947	2945
Séjour en hôpital de 3 jours et plus	10,86 %	5017	2152	4796
HRxG10 (anti-infectieux oraux)	33,01 %	2251	1663	1775
HRxG5 (anti-inflammatoires non stéroïdiens)	25,86 %	2506	1876	2016
HRxG48 (bétabloquants)	17,23 %	3227	2421	2580
HRxG139 (inhibiteur de la pompe à protons)	11,61 %	4097	2194	2654
HRxG41 (inhibiteur de l'ECA)	10,06 %	3551	2595	2816
PCG2 (glaucome)	9,10 %	2724	2071	2196
PCG4 (antidépresseurs)	5,17 %	4049	1990	2366
PCG12 (maladies cardiaques)	3,74 %	5498	3006	3505
PCG5 (taux élevé de cholestérol)	5,97 %	2910	2541	2652
PCG16 (diabète type 1)	2,32 %	6249	2474	2904
HMG091 (hypertonie)	17,10 %	2945	2453	2559

Source : Verisk Health 2010.

Les deux modèles de compensation des risques examinés sous-estiment les coûts effectifs des groupes d'assurés dont les coûts dus à la maladie sont élevés. Par exemple, les personnes du PCG16 (diabète type 1) ont occasionné en 2008 des coûts moyens de 6249 euros ; le modèle de compensation en vigueur estime ces coûts à 2474 euros, celui en vigueur à partir de 2012, à 2904 euros. Le modèle de la compensation des risques 2012 fournit des résultats légèrement meilleurs, mais comme seules les personnes ayant séjourné à l'hôpital ou en EMS donnent lieu à une compensation particulière, beaucoup de coûts élevés occasionnés par des assurés soignés en ambulatoire ne sont pas pris en compte par ce modèle. Il n'est pas surprenant que le modèle de la compensation des risques révisée, qui tient compte des séjours à l'hôpital ou en EMS l'année précédente, estime nettement mieux les coûts du groupe des assurés qui ont séjourné au moins trois jours en hôpital en 2007.

### 3.3.2 Transparence

La compensation des risques doit être compréhensible pour tous les acteurs concernés. C'est à cette condition seulement qu'elle pourra être bien acceptée. Le tableau ci-dessous évalue la transparence de la formule actuelle de compensation des risques et de celle de la formule appliquée à partir de 2012.

<sup>10</sup> Cf. Verisk Health 2010.



**Fig. 7 Evaluation de la transparence des deux modèles**

	<b>Formule actuelle de compensation des risques (âge et sexe)</b>	<b>Compensation des risques 2012 (âge, sexe, séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente)</b>
<b>Transparence</b>	élevée	moyenne

Etant donné sa plus grande complexité, la compensation des risques 2012 sera plus difficile à comprendre pour les acteurs concernés. Pour y parer, l'OFSP a informé les assureurs à temps des nouveautés et des effets attendus de la compensation des risques révisée.

### 3.3.3 Possibilités de manipulation

Les redevances de risque ou les contributions de compensation représentent parfois une part importante du budget de l'assureur-maladie. Il peut en résulter des incitations à manipuler les bases de calcul afin d'influencer les paiements en faveur de l'assureur. De manière générale, il faut distinguer ici entre modification frauduleuse des données et exploitation agressive de la marge d'interprétation. La première est théoriquement possible dans les mêmes proportions pour tous les facteurs de compensation. Le Conseil fédéral était cependant conscient d'emblée que la communication des données entre les assureurs-maladie et l'institution commune LAMal, organe d'exécution de la compensation des risques, devait répondre à des exigences très élevées. Il a donc inscrit dans l'OCOR des dispositions visant à garantir la qualité des données fournies par les assureurs : non seulement l'assureur-maladie doit lui-même attester l'exactitude et l'exhaustivité des données fournies, mais son organe de révision doit remettre à l'institution commune LAMal un rapport sur l'exactitude et l'exhaustivité de ces données. De plus, les organes de révision mandatés par l'institution commune LAMal contrôlent par sondage les données fournies par les assureurs. Enfin, l'institution commune LAMal procède à des tests de plausibilité sur les données fournies.

La marge d'interprétation peut être exploitée surtout lorsque les critères de compensation des risques sont définis de façon « floue », c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'établir clairement sur la base de critères objectifs comment un assuré donné doit être classé. Il y a donc des possibilités d'attribuer tous les assurés aux groupes qui aboutissent aux paiements les plus élevés (c'est ce qu'on appelle le *upcoding*). Le tableau qui suit évalue les possibilités de manipuler les facteurs de compensation des risques décrits au chap. 3.

**Fig. 8 Evaluation des possibilités de manipuler les données dans les deux modèles**

<b>Modèle de compensation des risques</b>	<b>Possibilités de manipulation</b>	<b>Remarques</b>
<b>Formule actuelle de compensation des risques (âge et sexe)</b>	Très faibles	Les critères de l'âge et du sexe ne laissent aucune marge d'interprétation.
<b>Compensation des risques 2012 (âge, sexe, séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente)</b>	Faibles	Le critère est défini clairement dans l'ordonnance et dans le guide élaboré par l'institution commune LAMal, mais la durée exacte du séjour hospitalier nécessaire ne peut pas être fixée clairement de manière objective. Les assureurs ne peuvent cependant guère exercer d'influence sur les hôpitaux, raison pour laquelle les possibilités de manipulation sont jugées faibles.

Source : Verisk Health 2010.

Avec la simplicité de sa structure, la compensation des risques actuelle présente l'avantage que les possibilités de manipulation sont très faibles. Mais même la compensation des risques 2012 tenant compte des séjours en hôpital ou en EMS l'année précédente est difficilement manipulable. L'OCOR et le guide de l'institution commune LAMal définissent clairement si un assuré a effectué ou non un séjour en hôpital ou en EMS au sens de l'art. 2a OCOR. Néanmoins, pour beaucoup de patients, la durée exacte du séjour nécessaire ne peut pas être fixée clairement de manière objective. Le risque existe donc, théoriquement, que les patients ne passent une nuit supplémentaire à l'hôpital que parce

que cela permet à l'assureur de toucher des contributions de compensation plus importantes. Mais, en Suisse, les assureurs n'ont pas d'influence sur les hôpitaux à cet égard. Et avec un système de remboursement tel que celui des forfaits par cas qui sera introduit en 2012 dans toute la Suisse, il est tout à fait improbable qu'un hôpital garde un patient plus longtemps dans le but que l'assureur touche une contribution de compensation plus élevée<sup>11</sup>.

### 3.3.4 Incitation à économiser

Pour que les assureurs soient incités à économiser, ils doivent pouvoir se procurer un avantage concurrentiel par une utilisation efficiente des moyens. Avec une faible compensation des risques, la compétitivité de l'assureur dépend surtout de la santé de son collectif d'assurés. Si cet effectif compte beaucoup de clients malades, l'assureur ne peut pas avoir du succès sur le marché, même s'il travaille de manière efficiente. Dans cette situation, les incitations à investir dans un traitement efficient sont plutôt faibles, et les incitations à la sélection des risques très fortes. Les programmes de managed care sont proposés ici surtout pour attirer des clients en bonne santé. Un programme répondant aux besoins spécifiques des malades chroniques n'a aucune chance sur le marché<sup>12</sup>. Cette situation est insatisfaisante, car les malades chroniques pourraient justement profiter particulièrement d'un meilleur pilotage et d'une meilleure coordination de leur traitement<sup>13</sup>. Il faut donc que la compensation des risques ait un pouvoir explicatif suffisant pour que les assureurs exploitent les potentiels d'économie de façon efficiente. Mais il ne suffit pas que la compensation des risques lisse les différences de coûts liées à la morbidité pour que les assureurs puissent se procurer des avantages concurrentiels par une utilisation efficiente des moyens. Il faut aussi la garantie que les différences de coûts résultant d'un traitement plus efficient ne seront pas compensées. Les assurés doivent en bénéficier sous forme de primes plus avantageuses ou d'un rabais sur les polices de managed care. Des facteurs de compensation optimaux de ce point de vue rempliraient les deux conditions suivantes :

- Ne pas être liés à des traitements spécifiques : les versements compensatoires ne doivent pas être liés à une forme donnée de traitement, sinon il y aurait une incitation à privilégier les formes de traitement prises en compte dans la formule de la compensation des risques (p. ex. les hospitalisations), même quand d'autres formes de traitement (p. ex. ambulatoire) seraient plus efficaces<sup>14</sup>. Les modèles de managed care, qui permettent d'éviter des hospitalisations en augmentant la prise en charge ambulatoire, en seraient défavorisés<sup>15</sup>.
- Ne pas compenser les différences de coûts liées à l'efficacité. Ce critère est rempli si les économies liées à l'efficacité concernent toutes les classes de compensation des risques, ou si la part des assurés qui profitent du type de traitement plus efficient est suffisamment petite au sein d'une classe de compensation<sup>16</sup>. Si ces deux conditions ne sont pas remplies, il faut procéder à une correction.

La figure 9 évalue les facteurs de compensation des risques décrits au chap. 3 sous l'angle des incitations à une utilisation efficiente des moyens.

---

<sup>11</sup> Cf. Beck et al. 2006.

<sup>12</sup> Cf. Beck et al. 2006.

<sup>13</sup> Cf. Bodenheimer, Wagner et Grumbach 2002.

<sup>14</sup> Cf. Weissman, Wachterman et Blumenthal 2005.

<sup>15</sup> Cf. Schoder, Sennhauser et Zweifel 2009.

<sup>16</sup> Cf. Van Kleef, Beck et Buchner 2008.

**Fig. 9 Incitations à une utilisation efficace des moyens pour les deux modèles**

Modèle de compensation des risques	Incitations à une utilisation efficace des moyens	Remarques
Formule actuelle de compensation des risques (âge et sexe)	plutôt faibles	La prise en compte de l'âge et du sexe uniquement ne crée pas de fausses incitations en faveur d'une forme de traitement donnée, mais il n'y a pas d'incitation à investir dans des modèles de managed care spécialement destinés aux malades chroniques.
Compensation des risques 2012 (âge, sexe, séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente)	faibles	La compensation des risques 2012 ne tient compte que des traitements en hôpital ou en EMS. Les investissements faits p. ex. en faveur des soins intégrés ou des soins ambulatoires pour éviter des hospitalisations plus coûteuses ne sont pas récompensés.

Source : Verisk Health 2010.

Les incitations pour les assureurs à s'engager pour éviter des hospitalisations dans la mesure du possible, p. ex. en encourageant activement les soins intégrés, diminuent légèrement avec l'introduction du nouveau critère. Cela tient à ce que, dans la compensation des risques révisée, les paiements sont liés à une forme de traitement donnée, les traitements hospitaliers. Ceux-ci sont donc favorisés par rapport aux traitements ambulatoires, car les contributions de compensation sont plus élevées pour les assurés qui ont été hospitalisés. Cet élément doit être jugé d'un œil critique sous l'angle des incitations à économiser, d'autant plus que le régime de financement des hôpitaux incite déjà les assureurs à augmenter le nombre de traitements hospitaliers<sup>17</sup>. Même si, comme on l'a dit, les possibilités pour les assureurs-maladie d'influer sur les hôpitaux sont faibles, il est important pour l'encouragement des soins intégrés que la formule de la compensation des risques soit complétée par des facteurs de morbidité qui ne soient pas orientés uniquement vers le domaine hospitalier.

### 3.3.5 Incitation à la prévention

Le rôle que l'on attribue à la compensation des risques au regard des incitations pour les assureurs à investir dans la prévention est controversé. On observe deux positions contraires<sup>18</sup> :

1. La conception orientée sur la régulation politique : celle-ci voit d'abord dans l'orientation de la compensation des risques vers la morbidité un instrument permettant de garantir la concurrence entre caisses-maladie sans provoquer de sélection des risques. Elle rejette par conséquent l'inclusion dans la formule de facteurs orientés vers la prévention. Il faut trouver d'autres mesures pour poursuivre des objectifs de prévention dans la politique de la santé.
2. La conception orientée sur la politique sanitaire : celle-ci part de l'idée que la compensation des risques produit un pilotage des flux monétaires. La prise en compte d'objectifs de prévention est donc appropriée, car une compensation des risques axée sur la morbidité sans objectifs de prévention annule les incitations effectives à la prévention. Les instruments permettant l'inclusion des objectifs de prévention peuvent être les suivants : a) le choix des maladies ou des diagnostics donnant lieu à compensation. Cette approche, qui ne prend pas en compte les maladies qu'il est possible de prévenir, permet d'amener les caisses à « gérer » les maladies en question avec pour objectif de faire baisser les coûts. Mais, mis à part la difficulté intrinsèque de définir au cas par cas les maladies de ce type, on risque ici de permettre à nouveau une sélection des risques au détriment des malades chroniques ; b) le choix de facteurs appropriés pour la formule de compensation des risques : si l'on prend comme facteur de

<sup>17</sup> Les cantons participent au financement des hôpitaux, mais non à celui des traitements ambulatoires.

<sup>18</sup> Cf. Jacobs et Cassel 2009.

compensation l'inscription des assurés dans des programmes de managed care, on crée sans aucun doute une incitation à mettre sur pied de tels programmes et à y inscrire les assurés.

Si l'on adopte la position axée sur la politique sanitaire, il faudra toujours prendre des décisions pour ou contre telle ou telle pathologie. La position axée sur la régulation politique laisse par contre aux caisses-maladie la haute main en ce qui concerne l'approvisionnement en soins.

Au vu des considérations qui précèdent, l'étude des deux modèles de compensation des risques sous l'angle de l'incitation à la prévention n'est pas poursuivie.

## **4 Réglementations appliquées dans d'autres pays d'Europe qui connaissent une compensation des risques dans l'assurance-maladie**

### **4.1 L'exemple de l'Allemagne**

Le système allemand de compensation des risques, appelé aussi compensation de la structure des risques, a été introduit en 1994 par la loi sur la garantie et l'amélioration des structures du régime légal d'assurance maladie (*Gesundheitsstrukturgesetz*) en même temps que le libre choix de la caisse. Etant donné l'évolution historique du paysage allemand des caisses-maladie, l'affiliation à une caisse donnée étant jusque-là liée à l'appartenance professionnelle, il y avait des différences considérables dans les taux de cotisation. Le but de cette compensation des risques était de niveler ces différences de taux. Il était nécessaire pour cela de renforcer l'orientation solidaire de l'assurance-maladie légale. Cette première compensation des risques comprenait deux composantes :

1. La « compensation de la capacité financière », qui prévoyait que les caisses-maladie dont les assurés réalisaient des revenus supérieurs à la moyenne versent une compensation aux caisses dont les assurés réalisaient un revenu inférieur à la moyenne.
2. La « compensation des besoins de dépenses », pour laquelle un taux de compensation des besoins était calculé sur la base de l'âge, du sexe et de la perception d'une rente pour réduction de la capacité de gain.

Du point de vue technique, il s'agissait d'un système de « cellules de risque simultanées ». Pour chacune des cellules de risque formées sur la base des facteurs de morbidité, on calculait le besoin de dépenses moyen par assuré. Le besoin de dépenses total de la caisse-maladie équivalait à la somme des besoins de dépenses de chaque assuré. Si les besoins de dépenses dépassaient la capacité financière de la caisse-maladie, celle-ci bénéficiait de paiements de compensation, si sa capacité financière dépassait ses besoins de dépenses, elle versait des contributions de compensation.

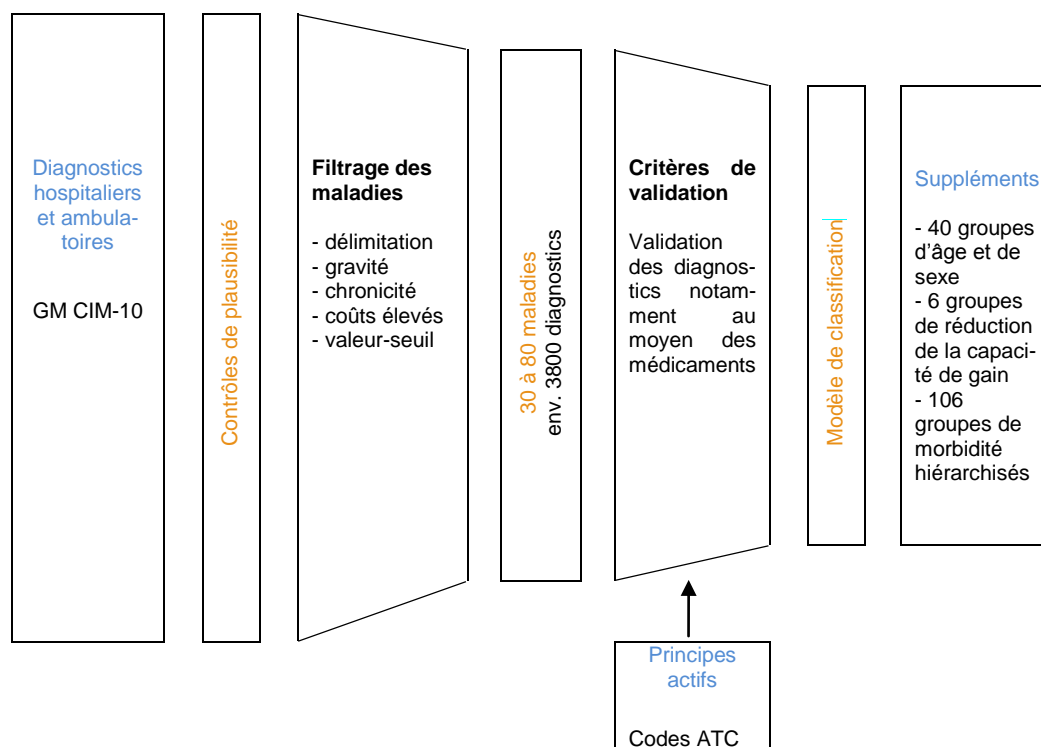
Depuis son introduction, le système allemand de compensation des risques a été réformé plusieurs fois : à partir de 2003, l'inscription à un programme de gestion thérapeutique (Disease Management Program) a été prise comme paramètre de compensation supplémentaire. Un pool de risques a en outre été créé pour les assurés aux dépenses sanitaires particulièrement élevées (c.-à-d. s'élevant à plus de 20 000 euros par année).

Après une réglementation transitoire pour 2008, le système allemand obéit depuis 2009 à une conception prospective fonctionnant par suppléments. La compensation des prestations y est rétroactive. Les paramètres de compensation sont les suivants : âge, sexe, groupes de morbidité hiérarchisés (*hierarchisierte Morbiditätsgruppen*, HMG), groupes de réduction de la capacité de gain (*Erwerbsminderungsgruppen*, EMG), et les groupes d'assurés sont différenciés en fonction de leur droit à une indemnité de maladie. A cela s'ajoutent des groupes spéciaux pour les assurés à l'étranger et des forfaits de prestations pour les assurés qui changent de caisse. L'attribution aux HMG est déterminée à partir des codes diagnostiques basés sur la CIM-10. Ceux-ci sont validés par une confrontation des diagnostics avec les prescriptions pharmaceutiques correspondantes ou, le cas échéant, avec les hospitalisations nécessaires. Ces critères de validation sont appelés critères d'inclusion. Un diagnostic

n'aboutit à l'attribution de l'assuré à un HMG que si les *Aufgreifkriterien* les critères d'inclusion correspondants sont remplis<sup>19</sup>.

C'est ce qu'illustre le schéma ci-dessous (fig. 10).

**Fig. 10 Du diagnostic au HMG**



Source : Bundesversicherungsamt 2008.

Les HMG de la compensation des risques allemande sont fondés sur une liste de 80 maladies. Les codes CIM-10 correspondants sont hiérarchisés dans la formation des groupes, de sorte qu'on obtient nettement plus de HMG (112) que de maladies. En d'autres termes : tous les diagnostics ne sont pas classifiés. Un système de classification de ce type est appelé « groupeur incomplet »

Un conseil consultatif scientifique, constitué pour suivre scientifiquement et développer la compensation des risques axée sur la morbidité, a commencé ses travaux en 2007, se réunissant tous les mois. L'essentiel de son activité consiste à doter d'un contenu scientifique les concepts juridiques fixés par la loi et à prescrire une méthode d'opérationnalisation. Les résultats de son activité sont régulièrement publiés sous le titre « *Beiträge des wissenschaftlichen Beirats* ». Les maladies ont été choisies selon les critères suivants<sup>20</sup> :

- La maladie doit pouvoir être étroitement délimitée.
- Elle doit être « chronique et coûteuse » (*kostenintensiv chronisch*).
- Elle doit être « grave » (*schwerwiegend*).
- Si elle n'est ni chronique, ni grave, elle doit être « coûteuse » (*kostenintensiv*).
- Elle doit être pertinente pour les soins et pertinente en termes de coûts pour les caisses-maladie.

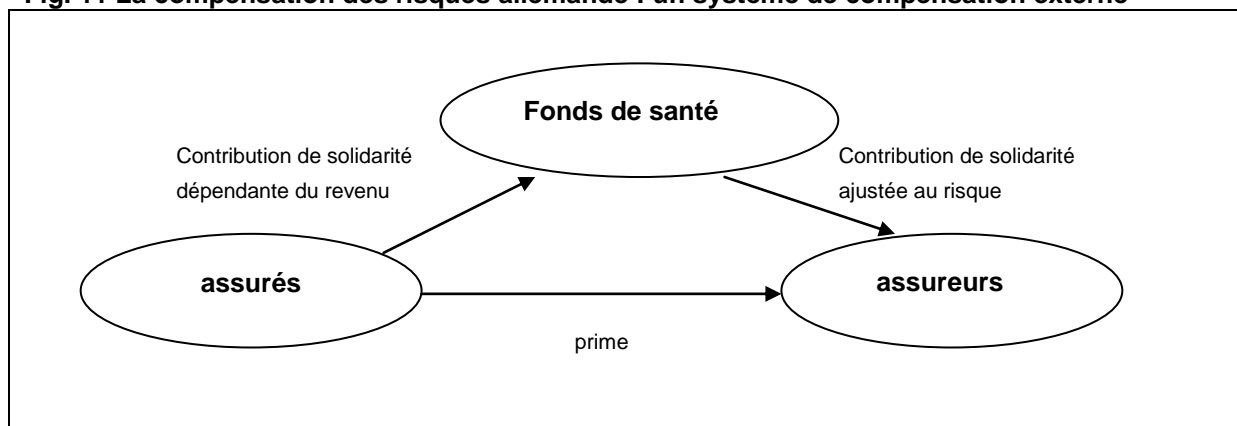
<sup>19</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>20</sup> Cf. Glaeske 2008.

Ces critères ont été opérationnalisés quantitativement<sup>21</sup> sur la base d'un échantillon de 4,5 millions d'assurés et des maladies ont été sélectionnées au moyen des critères opérationnalisés. Cette sélection a suscité des discussions nourries, car elle ne prenait pas en compte une série de maladies chroniques à forte prévalence<sup>22</sup> qui étaient au centre des mesures de politique de l'approvisionnement prises par les caisses-maladie. Cela a conduit l'office fédéral des assurances (BVA) à publier sa propre liste des maladies<sup>23</sup>. Celle-ci a été déclarée obligatoire, provoquant immédiatement la démission collective du conseil consultatif scientifique. La composition des maladies prises en compte est régulièrement mise à jour<sup>24</sup>.

La compensation des risques allemande, à la différence du système suisse, fonctionne au moyen d'un système de compensation externe :

**Fig. 11 La compensation des risques allemande : un système de compensation externe**



Source : Verisk Health 2010.

Les primes directes des assurés ne couvrent qu'une petite part des prestations assurées. Le reste des coûts se répartit par l'intermédiaire du fonds de santé. Celui-ci perçoit les contributions de solidarité dépendantes du revenu et les redistribue aux assureurs en fonction de leur structure de risques.

La compensation a lieu rétrospectivement chaque année et tient compte des déductions mensuelles. Pour l'exécution de la compensation des risques, les caisses-maladie communiquent au BVA leurs informations relatives à la morbidité et aux coûts par l'intermédiaire de leurs organisations faitières. Les *cost weights* des facteurs de morbidité sont déterminés sur la base de ces données par recouplement avec les données de l'année précédente concernant la morbidité. Les paiements compensatoires du fonds de santé aux caisses-maladie sont calculés sur la base de ces *cost weights*.

Comme la procédure de compensation est prospective, les envois de données doivent toujours être constitués de deux parties : les informations concernant les coûts et les informations relatives à la morbidité. Ces dernières sont recueillies la même année que les premières, mais ce n'est que l'année suivante qu'elles servent à la détermination des *cost weights*. Les caisses-maladie fournissent des données sur leur effectif d'assurés, les diagnostics hospitaliers, les diagnostics ambulatoires et les prescriptions médicales, dans un format standardisé. Pour les données concernant les coûts, un échantillon représentatif (6,7 %) suffit.

<sup>21</sup> *Kostenintensiv chronisch* signifie que, pour 50 % au moins des personnes concernées, la maladie a été documentée sur deux trimestres consécutifs et les frais consécutifs, standardisés en fonction de l'âge et pondérés en fonction de la prévalence, sont plus importants que 70 % des frais qui dépassent d'une fois et demie les frais moyens de l'ensemble des assurés. Une maladie était classée *schwerwiegend* si les coûts restaient *kostenintensiv chronisch* et qu'au moins 5 % des assurés concernés avaient dû être hospitalisés. Enfin, une maladie qui n'était pas *schwerwiegend* était classée *kostenintensiv* si elle dépassait une fois et demie la moyenne des coûts de l'ensemble des assurés.

<sup>22</sup> La prévalence, ou fréquence d'une maladie, est une grandeur épidémiologique qui indique combien de personnes d'une population donnée de taille définie sont atteintes d'une maladie donnée.

<sup>23</sup> Cf. Bundesversicherungsamt 2008.

<sup>24</sup> Cf. Bundesversicherungsamt 2010.

Les assurés sont classés dans les différents HMG sur la base des diagnostics codés d'après la CIM-10, lorsqu'ils remplissent les critères de validation correspondants. Un forfait de base est fixé pour chaque assuré ; il est modifié par des suppléments ou des déductions. Les suppléments et les déductions pour l'appartenance aux différents groupes sont déterminés par la table de pondération du BVA. Celle-ci est obtenue au moyen d'une régression hiérarchique non négative pondérée. Le poids correspond à la part de l'année durant laquelle l'assuré était assuré auprès de la caisse-maladie correspondante, sauf pour les assurés décédés : pour eux, on compte toujours une année d'assurance complète<sup>25</sup>.

**Fig. 12 Calcul du forfait de base et des *cost weights* (exemple)**

Forfait de base 2009 : 2336 euros par personne et par an			
Personne 1 « en bonne santé »	2336.00	Personne 2 « diabète avec graves complications »	2336.00
femme, 70-74 ans, AGG 15	-475.26	femme, 70-74 ans, AGG 15	-475.36
Aucun diagnostic Pas de handicap		HMG 15, diabète avec manifestations réelles ou multiples	+2468.71
		HMG 58, dépression	+1263.50
		HMG 132, néphrite	+295.00
<b>Cost weight attribué</b>	<b>1860.74</b>	<b>Cost weight attribué</b>	<b>5587.85</b>

Source : Verisk Health 2010.

La protection des données est garantie par un cryptage des pseudonymes (valables deux ans) des assurés, moyennant la mise à disposition d'une fonction de logiciel valable pour les transmissions de données de deux années consécutives. La clé correspondante est changée chaque année, de sorte qu'il n'est pas possible de mettre en relation entre eux les jeux de données de deux périodes de compensation différentes. Cela signifie qu'il n'est pas possible de recomposer par ce biais les dossiers médicaux des assurés. Pour ce qui est de la conservation des données, des délais d'effacement des données ont été fixés. De plus, la protection des données sociales exige une garantie supérieure aux exigences de la loi fédérale sur la protection des données.

Bien que la mise en œuvre de la compensation des risques axée sur la morbidité ait pu s'appuyer sur les expériences faites avec le système qui a précédé et qu'il ait déjà existé un dispositif de transmission standardisée des données, incluant des prestataires de services spécialisés, il s'est passé plusieurs années entre la conception du système et sa réalisation définitive. De plus, le lien organisationnel étroit entre le fonds de santé et la compensation des risques axée sur la morbidité s'est avéré par la suite malencontreux du point de vue politique<sup>26</sup>.

## 4.2 L'exemple des Pays-Bas

Depuis l'entrée en vigueur du « Health Reform Act » en 2006, l'assurance-maladie sociale est organisée aux Pays-Bas suivant le modèle de la *managed competition*. Comme dans l'AOS suisse, le gouvernement définit un catalogue de prestations obligatoirement prises en charge, qui est ensuite proposé par des entreprises privées. A la différence de la Suisse, ces entreprises peuvent aussi réaliser des bénéfices. Malgré l'orientation générale sur la concurrence, une grande importance est attachée aux objectifs de solidarité. En particulier, un accès illimité à des soins de qualité doit être garanti aux malades chroniques sans qu'ils doivent payer davantage que les personnes bien portantes pour leur couverture d'assurance<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>26</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>27</sup> Cf. Verisk Health 2010.

Les Pays-Bas, comme l'Allemagne, ont opté pour un système « externe » de compensation des risques. Mais les recettes des assureurs proviennent pour moitié environ des primes et pour moitié du fonds de solidarité, qui est alimenté par des impôts dépendants du revenu. Les contributions du fonds de solidarité sont versées pour la plupart de manière prospective et ajustée au risque<sup>28</sup>.

Il est à relever que ces contributions sont calculées séparément pour certains types de coûts<sup>29</sup>. La fig. 13 donne un aperçu de ces types de coûts :

**Fig. 13 Types de coûts et financement aux Pays-Bas**

Type de coûts	Paiement prospectif du fonds de solidarité	Remboursement rétrospectif
1 Frais hospitaliers fixes	Forfait par assuré	Remboursement 100 % des coûts
2 Frais hospitaliers variables avec tarifs fixes	Contribution ajustée au risque	Pool de coûts élevés, partage partiel des risques 30 %, bénéfices/pertes plafonnés
3 Frais hospitaliers variables avec tarifs négociables	Contribution ajustée au risque	Pool de coûts élevés, bénéfices/pertes plafonnés
4 Soins ambulatoires, y c. médicaments et moyens auxiliaires	Contribution ajustée au risque	Pool de coûts élevés
5 Maladies psychiques	Contribution ajustée au risque, formule de compensation spécifique pour les maladies psychiques	Pool de coûts élevés, bénéfices/pertes plafonnés, remboursement 100 % pour les enfants

Source : Verisk Health 2010.

Le fonds de solidarité verse également des paiements rétrospectifs aux assureurs, qui diffèrent selon le type de coûts. Il y a d'abord le cas du remboursement intégral, qui est accordé pour les frais hospitaliers fixes et pour les maladies psychiques des enfants. Il y a ensuite un pool de coûts élevés pour les assurés dont les coûts des types 2 à 4 dépassent 22 500 euros. Le fonds prend en charge pour ces patients 90 % des coûts dépassant ce seuil. Pour les maladies psychiques des adultes, le fonds prend en charge 100 % des coûts qui dépassent 10 000 euros par an. En troisième lieu, le partage partiel des risques assume 30 % des frais hospitaliers variables dépassant la valeur prévue par la compensation des risques. Enfin, il existe pour certains groupes de coûts des fourchettes dans lesquelles doivent rester les bénéfices ou les pertes réalisés en moyenne par assuré. Si les coûts moyens des clients d'un assureur dépassent la fourchette, le fonds verse à l'assureur une contribution de solidarité. Si l'assureur fait en moyenne des bénéfices trop élevés, il doit s'acquitter d'une redevance envers le fonds. En raison des remboursements rétrospectifs, les coûts que l'assureur doit effectivement couvrir au moyen des primes représentent moins de 50 % du coût global<sup>30</sup>.

La formule néerlandaise de compensation des risques est réexaminée chaque année et régulièrement adaptée. Nous décrivons ci-après la méthode de calcul utilisée en 2010 pour les coûts des types 2, 3 et 4<sup>31</sup>. La fig. 14 donne une vue d'ensemble des facteurs de compensation appliqués.

<sup>28</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>29</sup> Cf. Lamers 2010.

<sup>30</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>31</sup> Cf. Lamers 2010.



**Fig. 14 Facteurs de compensation des risques dans le modèle néerlandais**

Facteurs de risque	Nb. de classes	Description de la classification
Groupes d'âge et de sexe	40	Le sexe interagit avec 20 groupes d'âge.
Statut socio-économique	4x3	Quatre groupes de revenu (inconnu / percentiles 0-30 / percentiles 31-70 / percentiles 71-100) interagissent avec trois groupes d'âge (0-17 / 18-64 / 65+).
Source de revenu	(4x4)+2	Quatre groupes (rente d'invalidité / aide sociale / indépendant / salarié ou sans revenu) interagissent avec quatre groupes d'âge (18-34 / 35-44 / 45-54 / 55-64). Deux groupes séparés (0-17 / 65+)
Région	10	Les plus de 4000 codes postaux sont répartis en dix groupes de coûts par une procédure de régression en deux étapes.
Groupes de coûts par diagnostic	13	Treize groupes de coûts, non interprétables cliniquement, définis en fonction de besoin de traitement (= modèle DCG)
Groupes de coûts pharmaceutiques	23	23 groupes de coûts composés de médicaments qui sont utilisés pour traiter des maladies spécifiques coûteuses. Un assuré peut relever simultanément de plusieurs groupes de médicaments (= Pharmacy Cost Groups)

Source : College voor zorgverzekering, <http://www.cvz.nl/financiering>.

Le calcul des paiements compensatoires pour une année peut être décrit comme suit<sup>32</sup> : tout d'abord, le Centraal Planbureau, un bureau indépendant de recherches et d'analyses politiques et économiques, évalue l'ensemble des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire pour l'année suivante. Cette prévision est appelée « macro-budget ». Ensuite, le gouvernement fixe la somme totale des contributions du fonds de solidarité. La différence par tête avec le macro-budget est appelée « prime administrative ». Les assureurs sont libres de fixer des primes d'un autre montant. Puis le gouvernement calcule une prévision des prestations ajustée au risque par assuré et par type de coûts<sup>33</sup> et il établit une prévision du nombre d'assurés par assureur et des facteurs de morbidité de ces assurés qui sont importants pour la compensation des risques. La contribution par assuré est égale à la prévision ajustée au risque moins la prime administrative. La somme de ces contributions individuelles donne le budget ajusté au risque de l'assureur, qui doit être connu avant le 1<sup>er</sup> octobre. Celui-ci sert de base à l'assureur pour la fixation des primes, qui a lieu en novembre. Comme les assurés peuvent changer d'assureur une fois les primes fixées, le budget ajusté au risque est recalculé à l'échéance du délai accordé pour changer d'assureur.

Le calcul de la compensation des risques néerlandaise nécessite la fourniture de données individuelles aux organes d'exécution. Pour la détermination du statut socio-économique, les données des assureurs-maladie sont en outre complétées par des données fiscales. Afin de protéger la sphère privée des assurés, une pseudo-identité codée est créée à partir du numéro national de sécurité sociale. L'organe d'exécution ne dispose que de celle-ci. De plus, les informations géographiques ne sont utilisées qu'après une segmentation poussée<sup>34</sup>.

La qualité des données disponibles pose un gros problème pour l'application de la compensation des risques aux Pays-Bas. Les calculs s'appuient sur des données toujours relativement anciennes. C'est ainsi que les *cost weights* de 2010 ont été calculés sur la base des coûts de 2007 et des données PCG / DCG de 2006. Cela rend différentes corrections nécessaires, car le catalogue de prestations et la structure tarifaire ont évolué entre-temps et les coûts ont augmenté<sup>35</sup>. De son côté, le remboursement rétrospectif ne peut être calculé qu'une fois que toutes les prestations ont été facturées. Il faut

<sup>32</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>33</sup> Concrètement, on recourt à une estimation linéaire selon la méthode des plus petits carrés, les facteurs de risque servant de variables explicatives. Cette méthode de calcul garantit que la somme de toutes les prévisions individuelles correspond au macro-budget.

<sup>34</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>35</sup> Cf. Lamers 2010 et Schokkaert 2010.

donc plusieurs années jusqu'à ce que les assureurs touchent le paiement définitif<sup>36</sup>. Le développement constant du système en accroît certes la flexibilité, mais il pose aussi des défis particuliers aux assureurs-maladie en termes de planification. Le remboursement rétrospectif, notamment, est jugé peu clair et imprévisible<sup>37</sup>. Par ailleurs, la controverse sur l'inclusion de nouveaux critères dans la formule de la compensation des risques se ravive chaque année. Aux Pays-Bas, les assureurs ne sont pas les seuls à participer à la discussion sur l'évolution de la compensation des risques ; les organisations de patients y prennent aussi une part importante<sup>38</sup>.

## 5 Options pour un perfectionnement de la compensation des risques au moyen d'un indicateur de morbidité

### 5.1 Six options pour perfectionner encore la compensation des risques

Nous présentons ci-après six options en vue de perfectionner encore le système suisse de compensation des risques et les évaluons pour l'essentiel suivant les critères définis au ch. 3.3. Nous avons toutefois choisi de ne pas examiner l'incitation à la prévention. En revanche, nous accordons une importance particulière à la disponibilité des données auprès des assureurs.

Nous évaluons à chaque fois la qualité de l'amélioration que le facteur supplémentaire apporte au modèle de compensation des risques valable à partir de 2012. On n'évalue donc pas chaque facteur de compensation supplémentaire en tant que tel, mais son aptitude à compléter la compensation des risques 2012. L'influence qu'il pourrait exercer sur elle est évaluée comme suit :

**++ = influence fortement positive** : l'inclusion de ce facteur a pour effet que la compensation des risques ainsi affinée est bien plus efficace, sous l'angle des critères examinés, que la compensation des risques 2012.

**+ = influence positive** : l'inclusion de ce facteur a pour effet que la compensation des risques ainsi affinée est plus efficace, sous l'angle des critères examinés, que la compensation des risques 2012.

**0 = aucune influence** : l'inclusion de ce facteur a pour effet que la compensation des risques ainsi affinée n'est pas plus efficace, sous l'angle des critères examinés, que la compensation des risques 2012.

**- = influence négative** : l'inclusion de ce facteur a pour effet que la compensation des risques ainsi affinée est moins efficace, sous l'angle des critères examinés, que la compensation des risques 2012.

**-- = influence fortement négative** : l'inclusion de ce facteur a pour effet que la compensation des risques ainsi affinée est bien moins efficace, sous l'angle des critères examinés, que la compensation des risques 2012.

### 5.2 Option 1 : utilisation d'informations diagnostiques

#### 5.2.1 Description du modèle

Les informations diagnostiques constituent l'indicateur le plus direct de l'état de santé. C'est pourquoi divers modèles ont été élaborés ces dernières années pour perfectionner les systèmes de compensation des risques au moyen d'informations diagnostiques.

La pratique médicale recourt le plus souvent, pour la pose de diagnostics, au codage CIM-9 ou CIM-10. Ce codage, très détaillé, comprend plus de 14 000 positions<sup>39</sup>. Celles-ci doivent être regroupées

<sup>36</sup> Cf. Douven 2007.

<sup>37</sup> Cf. Douven 2007.

<sup>38</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>39</sup> Cf. OMS, International Classification of Diseases (ICD/CIM) <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

pour que les informations diagnostiques puissent être utilisées dans la compensation des risques. Les divers modèles de compensation des risques basés sur les informations diagnostiques se différencient donc en particulier par la méthode de groupement des diagnostics, par la possibilité d'interprétation clinique des groupes de diagnostics, par le nombre de groupes de diagnostics et par le traitement des comorbidités<sup>40</sup>. La fig. 15 offre une vue d'ensemble de ces modèles.

**Fig. 15 Comparaison entre divers modèles qui tiennent compte d'informations diagnostiques**

Modèle	Nom- bre de grou- pes	Méthode de formation des groupes	Clini- quement interpré- table	Comorbidités	Remarques
Adjusted Clinical Groups (ACG) <sup>41</sup>	80-100	Les diagnostics CIM sont regroupés en en 32 Adjusted Diagnostic Groups (ADG) sur la base de leur volume de traitement attendu ; 12 Collapsed ADG (CADG) sont ensuite formés de manière analogue. Les combinaisons fréquentes de CADG sont utilisées pour former en tout 26 types de morbidité s'excluant mutuellement. Ceux-ci sont alors croisés avec d'autres informations comme l'âge, le sexe, la présence de certains ADG et le nombre d'ADG de l'assuré. Cela permet de former 80 à 100 ACG s'excluant mutuellement.	Non	Un individu est attribué à un seul ACG.	Ce modèle de classification a été élaboré à l'origine pour le domaine ambulatoire.
Hierarchical Condition Categories (HCC) <sup>42</sup>	189	Les codes CIM sont répartis en 804 groupes Dx. Le principal critère est ici la similitude médicale. Ces groupes sont ensuite classés en 189 Condition Categories (CC) en fonction de la similitude médicale et du besoin attendu de traitement. Enfin, on introduit des hiérarchies, qui classent les CC d'abord selon le type de maladie, puis selon le degré de gravité.	Oui	Plusieurs CC de la même hiérarchie : seules les plus graves sont prises en compte.  Plusieurs CC de différentes hiérarchies : toutes sont prises en compte.	Des parties de versions plus anciennes de ce modèle ont formé la base de la classification DCG néerlandaise.

<sup>40</sup> La médecine appelle comorbidité la concurrence d'une ou de plusieurs pathologies, diagnostiquement délimitables, en plus de la maladie principale (diagnostic double ou diagnostic multiple). Les comorbidités peuvent être liées aux mêmes causes que la maladie principale, mais pas forcément.

<sup>41</sup> Cf. Forrest et al. 2004.

<sup>42</sup> Cf. Pope et al. 2004.

Diagnostic Cost Groups (DCG) <sup>43</sup>	13	Les codes CIM-9 sont répartis en 139 groupes cliniquement similaires. Ceux-ci sont ensuite regroupés sommairement en 13 groupes d'après le besoin de traitement calculé de façon empirique. Le but est d'attribuer chaque individu à un seul groupe. Les groupes sont classés d'après leurs coûts moyens. Les individus du groupe le plus coûteux sont retirés de tous les autres groupes pour la suite du calcul. Ils ne contribuent donc qu'au groupe le plus coûteux. Les coûts moyens sont recalculés pour les autres groupes et un nouveau classement est établi. La procédure est répétée pour le deuxième groupe le plus coûteux, et ainsi de suite. Pour le calcul des paiements compensatoires, c'est toujours seulement le groupe le plus coûteux qui est pris en compte <sup>44</sup> .	Non	Un individu est attribué à un seul DCG.	Adaptation du modèle de HCC élaboré par Ash, Ellis et Pope.
Groupes de morbidité hiérarchisés (HMG) <sup>45</sup>	184	80 maladies ont été sélectionnées en fonction des critères suivants : étroitement délimitable, grave, chronique, coûteuse et importante pour l'assureur en termes de coûts. Ces maladies correspondent à environ 3800 diagnostics CIM-10. Les diagnostics sont ensuite hiérarchisés en HMG. Un <i>cost weight</i> est calculé pour chaque HMG au moyen d'une régression. Sur la base du diagnostic, les assurés sont classés dans un seul HMG, même si les critères de validation sont remplis : le diagnostic est validé par la prescription de médicaments.	Oui	Un individu peut être classé dans plusieurs HMG et l'assureur obtient une contribution du fonds de solidarité pour chaque HMG.	Modèle utilisé dans le système allemand de compensation de la structure des risques.

<sup>43</sup> Cf. Lamers 1998.

<sup>44</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>45</sup> Cf. Verisk Health 2010.

Système de classification SQLape <sup>46</sup>	17	<p>Le système de classification SQLape se base sur une combinaison de procédures et de diagnostics hospitaliers. On décide d'abord si le patient est classé sur la base d'une opération, d'un diagnostic ou de plusieurs opérations et/ou diagnostics. Puis on examine si une « opération prédominante » a été effectuée durant l'hospitalisation (p. ex. transplantation d'organe). Si c'est le cas, le patient est classé sur la base de cette opération et les autres diagnostics et procédures ne sont pas pris en compte. En l'absence d'une telle opération, on examine s'il y a un « diagnostic prédominant » (p. ex. leucémie). Si c'est le cas, les autres informations ne sont pas prises en compte. Sinon, le patient est classé en fonction d'autres indicateurs. Il peut s'agir de plusieurs opérations et/ou de plusieurs diagnostics « importants ». Si le patient correspond à plusieurs catégories SQLape, il est classé dans toutes ces catégories. Si jusqu'ici le patient n'a pas encore pu être classé, on prend alors en compte les diagnostics considérés comme « non importants »<sup>47</sup>. Pour utiliser cette méthode dans la compensation des risques, on propose de regrouper les 360 catégories SQLape formées selon des critères cliniques en 17 « Medical Adjustment Categories ».</p>	Oui, mais la répartition est très grossière.	Un individu peut être classé dans plusieurs groupes.	La prise en compte d'opérations et de procédures nécessite beaucoup plus de données que les modèles qui se basent exclusivement sur les informations diagnostiques.
--	----	---	--	--	---

Source : Verisk Health 2010, tableau original.

### 5.2.2 Evaluation de l'option 1

De nombreuses études empiriques attestent que les modèles de compensation des risques qui utilisent des informations diagnostiques permettent des prévisions plus précises<sup>48</sup>. Ces modèles présentent un grand avantage : ils décrivent directement la morbidité et ne sont pas liés à un type de traitement particulier. Mais, dans de nombreux pays, cet avantage est réduit à néant par le fait que les informations diagnostiques ne sont disponibles que pour une partie de la chaîne de traitement, p. ex. le secteur hospitalier<sup>49</sup>. Une compensation des risques ainsi conçue désavantage les assureurs qui encouragent les soins ambulatoires et réalisent des économies en évitant des traitements hospitaliers. De plus, en raison de l'importance de la marge d'appréciation, les informations diagnostiques ne sont pas à l'abri de tentatives de manipulation (*upcoding*). Même lorsque des directives de codage détaillées existent, il y a toujours des assurés qu'il n'est pas possible de classer à coup sûr.

<sup>46</sup> Cf. [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com) et Holly et al. 2004.

<sup>47</sup> Cf. Fischer 2007.

<sup>48</sup> Cf. IGES, Lauterbach et Wasem 2004, et Winkelman et Mehmud 2007.

<sup>49</sup> Cf. Zhao et al. 2001.

**Fig. 16 Evaluation de l'option 1 en complément de la compensation des risques 2012**

Critère	Evaluation	Remarques
Pouvoir explicatif (R <sup>2</sup> )	++	Verisk Health calcule pour l'introduction de HMG dans la compensation des risques 2012 les R <sup>2</sup> suivants : Estimation : 19,5 % Prévision : 20,8 %
Incitation à la sélection des risques pour les assurés particulièrement exposés à cette sélection	++	Par rapport à la compensation des risques 2012, les assureurs sont mieux indemnisés pour les assurés qui ont un besoin de traitement important mais n'ont pas eu de séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente.
Transparence	-	Le nombre élevé de facteurs de compensation et de groupes de risque nuit à la transparence du système.
Possibilité de manipulation	-	Problème du <i>upcoding</i> .
Incitation à une utilisation efficiente des moyens	-	Si les diagnostics sont disponibles pour tous les domaines, il y a une incitation à utiliser les moyens de façon efficiente, le choix du type de traitement étant laissé au marché. A partir de 2012, les données diagnostiques seront disponibles en Suisse pour le domaine hospitalier, mais on ne dispose pas de diagnostics CIM ambulatoires. L'incitation à utiliser les moyens de façon efficiente n'est donc pas réalisée.
Possibilité de disposer de ces données en Suisse	--	Ces données ne sont pas suffisamment disponibles aujourd'hui. Avec le nouveau régime de financement des hôpitaux qui entre en vigueur en 2012, les assureurs devraient disposer de meilleures informations diagnostiques en provenance du domaine hospitalier. Mais dans le domaine ambulatoire, ces informations resteront insuffisantes. Tarmed prévoit bien la transmission de codes diagnostiques, mais ceux-ci correspondent au code tessinois, qui ne fournit que des informations vagues sur le besoin de traitement.

Source : Verisk Health 2010, tableau original.

## 5.3 Option 2 : utilisation d'informations pharmaceutiques

### 5.3.1 Description du modèle

Les maladies chroniques sont souvent traitées à l'aide de médicaments spécifiques. Les données pharmaceutiques peuvent de ce fait être utilisées comme indicateurs pour ces maladies. C'est pourquoi il est de plus en plus fréquent que des modèles de compensation des risques recourent aux groupes de coûts pharmaceutiques (PCG). Pour cela, les principes actifs des médicaments sont attribués aux maladies qu'ils permettent de traiter<sup>50</sup>. Nous présentons ci-après divers modèles de compensation des risques basés sur des données pharmaceutiques.

#### Chronic Disease Score

Le premier modèle de classification des données pharmaceutiques a été élaboré aux Etats-Unis au début des années 90 et publié sous le nom de *Chronic Disease Score* (CDS). Un groupe d'experts pluridisciplinaire a déterminé dans quelle mesure le traitement au moyen de certains principes actifs contribuait au CDS d'un individu. Pour ce faire, il ne s'est pas basé sur des résultats statistiques, mais sur des critères cliniques, comme la complexité du traitement ou le fait qu'une maladie est progressive

<sup>50</sup> Il est plus facile de procéder à des comparaisons internationales du fait qu'il existe, avec la classification anatomique, thérapeutique et chimique (code ATC) de l'Organisation mondiale de la santé ([www.who.int](http://www.who.int)) une classification uniforme des principes actifs.

ou non<sup>51</sup>. Par la suite, on s'est écarté de cette méthode et on a déterminé l'influence de principes actifs donnés au moyen d'une analyse de régression<sup>52</sup>. Les variables cibles prévues à l'aide du CDS étaient les coûts complets, les coûts ambulatoires et le nombre de consultations médicales l'année suivante. Pour les pathologies multiples, une approche simple a été adoptée, dans laquelle chaque principe actif identifié contribue au CDS de l'individu. Si un patient prend des médicaments relevant de différentes classes de principes actifs (p. ex. un contre l'hypertension et un contre le diabète), son CDS sera augmenté des deux forfaits<sup>53</sup>.

### Pharmacy Cost Groups

Les *Pharmacy Cost Groups* utilisés avec succès depuis 2002 dans la compensation des risques néerlandaise<sup>54</sup> ont été élaborés sur la base du *Chronic Disease Score*. Pour le choix des groupes de médicaments, on a attaché une grande importance au fait que les médicaments servent à traiter des maladies spécifiques coûteuses. On a donc vérifié empiriquement que le diagnostic correspondant ait été noté pour au moins 50 % des prescriptions<sup>55</sup>. Cependant, en raison de problèmes liés aux données, seuls les diagnostics des généralistes ont pu être vérifiés. Comme de nombreuses maladies, p. ex. le sida, les tumeurs malignes ou les affections rénales, sont traitées surtout par des spécialistes, la règle des 50 % ne s'applique pas dans leur cas. Un individu peut être classé dans plusieurs PCG<sup>56</sup>. Les forfaits pour les différents PCG sont alors additionnés. Pour éviter les effets pervers, un individu n'est classé que dans un seul PCG lorsque la quantité facturée dépasse un certain plafond. Pour le plupart des médicaments, la limite est fixée à une dose suffisante pour la prise du médicament durant six mois environ<sup>57</sup>.

### Medicaid Rx Groups

Le modèle « Medicaid Rx »<sup>58</sup> a lui aussi été élaboré à partir du *Chronic Disease Score*. Il est utilisé dans plusieurs Etats des Etats-Unis pour rembourser les organisations de managed care qui soignent des bénéficiaires de Medicaid<sup>59</sup>. A la différence des modèles décrits plus haut, il tient aussi compte de principes actifs utilisés pour traiter des maladies aiguës, ou qui ne peuvent pas être attribués clairement à une maladie donnée. Les principaux critères d'inclusion sont une prévalence de plus de 100 individus dans l'échantillon et la signification de la variable, calculée au moyen d'une régression, pour prévoir les coûts de l'année suivante. Certains groupes de médicaments ont été exclus parce que les possibilités de substitution par des préparations disponibles sans ordonnance étaient élevées et que l'incitation à prescrire ces médicaments a été jugée particulièrement problématique. Le modèle initial comprenait 40 groupes, il a ensuite été étendu et en compte 48 aujourd'hui<sup>60</sup>.

### DxCG RxGroups

Le groupe de chercheurs dirigé par Zhao a opté pour une approche différente de celles décrites jusqu'ici<sup>61</sup>. Il a commencé par classer les 58 000 codes de médicaments utilisés aux Etats-Unis, formant

---

<sup>51</sup> Cf. Von Korff, Wagner et Sauters 1992.

<sup>52</sup> Cf. Clark et al. 1995.

<sup>53</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>54</sup> Cf. Lamers 1999.

<sup>55</sup> Cf. Lamers et Van Vliet 2004.

<sup>56</sup> Cf. Ministry for Health, Welfare and Sport 2008.

<sup>57</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>58</sup> Cf. Gilmer et al. 2001

<sup>59</sup> Medicaid est un programme américain d'assistance sanitaire organisé par les Etats fédéraux et qui est financé à parts égales par l'Etat et par le gouvernement fédéral. Les groupes cibles sont les working poor, les enfants, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Les prestations sont octroyées sous condition de ressources. Il ne faut pas confondre ce programme avec Medicare, qui est l'assurance-maladie fédérale publique pour les citoyens américains âgés ou handicapés. Medicare a été intégré le 30 juillet 1965 dans le système américain de sécurité sociale par des amendements du Social Security Act et il constitue, après l'assurance de rentes, la deuxième assurance fédérale obligatoire. Chaque citoyen de 65 ans et plus, et, quel que soit son âge, chaque citoyen présentant un handicap reconnu et chaque citoyen souffrant d'une insuffisance rénale aiguë nécessitant une dialyse durable ou une transplantation peuvent bénéficier de Medicare.

<sup>60</sup> Cf. University of California, San Diego 2010.

<sup>61</sup> Cf. Zhao et al. 2001.

127 groupes ne se recoupant pas. Il a ensuite soumis ces groupes à un processus de hiérarchisation. En d'autres termes, différents degrés de gravité de la même maladie sont réunis en un « arbre ». Si un individu prend plusieurs médicaments contre la même maladie, seul le médicament le plus fort est compté. Mais si un patient a besoin de médicaments contre plusieurs maladies, chacune de ces maladies compte dans sa valeur de risque. Des estimations empiriques ont permis de constater que diverses maladies changent de *cost weight* lorsqu'elles se manifestent en même temps que d'autres. Dans ces cas, les interactions sont aussi prises en compte. Certains groupes de médicaments ont reçu dans l'estimation empirique un *cost weight* négatif. Les individus qui prenaient ces médicaments avaient donc un besoin de prestations estimé inférieur à celui des individus qui ne prenaient pas de médicaments du tout. Cela contredit l'expérience de la pratique médicale. Comme les *cost weights* en question étaient plutôt faibles, et pour la plupart non significatifs, ils ont été ramenés à zéro.

La fig. 17 offre une vue d'ensemble des méthodes de classification décrites ci-dessus, les plus connues.

**Fig. 17 Vue d'ensemble des différents modèles de classification des médicaments**

Modèle de classification	Nombre de groupes	Gestion des pathologies multiples	Cliniquement parlant	Cost weights négatifs
CDS	28	Admis, les <i>cost weights</i> sont additionnés.	Oui	Oui
PCG	23	Admis depuis 2007, les <i>cost weights</i> sont additionnés.	Oui	Oui
Medicaid Rx Groups	40/48	Admis, les <i>cost weights</i> sont additionnés.	En majorité oui	Oui
DxC Rx Groups	127	Hiérarchisation, les interactions entre maladies sont admises	En majorité oui	Non

Source : Verisk Health 2010.

### 5.3.2 Evaluation de l'option 2

Un des avantages des informations pharmaceutiques est qu'elles sont souvent disponibles même quand les données diagnostiques manquent. C'est particulièrement souvent le cas dans le secteur ambulatoire<sup>62</sup>. Par ailleurs, les informations pharmaceutiques sont comparativement difficiles à manipuler : si l'inscription de faux codes diagnostiques reste sans effets pour le patient, une fausse médication représente un risque considérable pour la santé. Il ne devrait guère se trouver de médecins prêts à courir ce risque pour que l'assureur puisse toucher une contribution plus élevée de la compensation des risques<sup>63</sup>. Pour empêcher que les paiements compensatoires aient pour effet de faire augmenter la prescription de médicaments, certains proposent de ne tenir compte que des principes actifs qui sont utilisés pour traiter des maladies spécifiques coûteuses, pour lesquelles il n'existe pratiquement pas d'alternative à un traitement médicamenteux. De plus, les informations relatives aux médicaments ne devraient être prises en compte qu'après plusieurs prescriptions<sup>64</sup>. Le tableau ci-dessous évalue l'introduction de groupes de coûts pharmaceutiques dans la compensation des risques 2012 d'après l'exemple des PCG développés aux Pays-Bas. On part ici de l'hypothèse que les groupes de coûts pharmaceutiques sont formés uniquement à partir de données provenant du secteur ambulatoire.

<sup>62</sup> Cf. Gilmer et al. 2001, Zhao et al. 2001.

<sup>63</sup> Cf. Beck et al. 2006.

<sup>64</sup> Cf. Lamers and Van Vliet 2003.



**Fig. 18 Evaluation de l'option 2 en complément de la compensation des risques 2012**

Critère	Evaluation	Remarques								
Pouvoir explicatif ( $R^2$ )	++	<p>Verisk Health calcule les <math>R^2</math> suivants :</p> <p>Estimation : 14,0 % Prévision : 14,0 %</p> <p>La valeur de <math>R^2</math> augmente avec le nombre de groupes de coûts pharmaceutiques.</p> <p>Il faut tenir compte du fait que les valeurs «Verisk» sont basées sur des données allemandes qui ne tiennent pas compte des spécificités du financement hospitalier suisse. Elles sont absolument trop basses (Cf. aussi l'instruction au chiffre 3.3.1).</p> <p>En 2007, Monsieur Konstantin Beck<sup>65</sup> a chiffré au moyen des diverses formules de compensation suivantes les variations de <math>R^2</math>.</p> <p><b>Formule pour la compensation <math>R^2</math></b></p> <table> <tr> <td>Aucune CdR</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>CdR actuelle</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>CdR actuelle + séjours hospitaliers</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>CdR actuelle + séjours hospitaliers + PCG</td> <td>30%</td> </tr> </table> <p>La prise en compte du groupe des coûts pharmaceutiques améliore l'impact de la compensation des risques d'environ 50 pourcent.</p>	Aucune CdR	0%	CdR actuelle	11%	CdR actuelle + séjours hospitaliers	21%	CdR actuelle + séjours hospitaliers + PCG	30%
Aucune CdR	0%									
CdR actuelle	11%									
CdR actuelle + séjours hospitaliers	21%									
CdR actuelle + séjours hospitaliers + PCG	30%									
Incitation à la sélection des risques pour les assurés particulièrement exposés à cette sélection	++	Par rapport à la compensation des risques 2012, les assureurs sont mieux indemnisés aussi pour les assurés qui ont un besoin de traitement important mais n'ont pas eu de séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente.								
Transparence	-	Le nombre élevé de facteurs de compensation et de groupes de risque nuit à la transparence du système.								
Possibilité de manipulation	0	Avec l'utilisation de groupes de coûts pharmaceutiques, les possibilités de manipulation sont très limitées, car une fausse médication représente un risque considérable pour la santé. L'inclusion de ce facteur dans la compensation des risques 2012 est donc sans influence sur la possibilité de la manipuler.								
Incitation à une utilisation efficiente des moyens	+	En Suisse, les données relatives aux médicaments ne sont disponibles que dans le domaine ambulatoire. Les groupes de coûts pharmaceutiques formés à partir de données émanant du secteur ambulatoire représentent donc, du point de vue de l'incitation à une utilisation efficiente des moyens, un complément idéal à la compensation des risques 2012. Cela compenserait la tendance à favoriser les traitements hospitaliers.								
Possibilité de disposer de ces données en Suisse	-	En Suisse, les données relatives aux médicaments ne sont disponibles que dans le domaine ambulatoire. Elles sont bien saisies dans les factures des pharmacies, des progrès sont possibles en ce qui concerne les médecins pharmaciens.								

Source : Verisk Health 2010, tableau original.

<sup>65</sup> Cf. Beck et Trottmann 2007.

## 5.4 Option 3 : utilisation de données relatives à la réduction de la capacité de gain

### 5.4.1 Description du modèle

Les données relatives à la réduction de la capacité de gain ou de l'accomplissement des activités de la vie quotidienne constituent un groupe important d'indicateurs de morbidité. Ces facteurs sont aussi des composantes de plusieurs modèles de compensation des risques<sup>66</sup>.

### 5.4.2 Evaluation de l'option 3

L'inclusion de cette caractéristique relativement peu spécifique permet de mieux expliquer les coûts. Ce qui est problématique en revanche, c'est la récolte de ces données : il est très coûteux de recueillir des indications données par les intéressés, et la qualité de celles-ci laisse à désirer. On pourrait se baser à la place sur des données saisies par des services officiels, par exemple la perception d'indemnités journalières (LAMal, LAA ou LCA) ou d'une rente d'invalidité (AI, LAA). L'inconvénient ici est que ces données, outre la réduction effective de la capacité de gain, peuvent aussi refléter des indications institutionnelles, comme la durée de l'assurance ou le délai d'attente. Il ne faut pas sous-estimer non plus la charge administrative de l'échange de données et les problèmes de protection des données.

Le tableau ci-dessous évalue l'introduction dans la compensation des risques 2012 d'indications relatives à la réduction de la capacité de gain recueillies par échange de données entre les assurances sociales concernées.

**Fig. 19 Evaluation de l'option 3 en complément de la compensation des risques 2012**

Critère	Evaluation	Remarques
Pouvoir explicatif ( $R^2$ )	+	Verisk Health calcule les $R^2$ suivants : Estimation : 7,9 % Prévision : 7,6 %
Incitation à la sélection des risques pour les assurés particulièrement exposés à cette sélection	0	Par rapport à la compensation des risques 2012, l'inclusion de ce facteur ne fait pas baisser sensiblement l'incitation à la sélection en ce qui concerne les assurés particulièrement exposés à cette sélection.
Transparence	-	Le nombre élevé de facteurs de compensation et de groupes de risque nuit à la transparence du système.
Possibilité de manipulation	0	La possibilité de manipuler la compensation des risques par l'utilisation d'EMG est minime. L'inclusion de ce facteur dans la compensation des risques 2012 est donc sans influence sur la possibilité de la manipuler.
Incitation à une utilisation efficiente des moyens	0	Les groupes de réduction de la capacité de gain offrent en soi une incitation à utiliser les moyens de façon efficiente. Ils sont donc sans effet sur la compensation des risques 2012.
Possibilité de disposer de ces données en Suisse	-	Les données ne sont pas disponibles aujourd'hui auprès des assureurs-maladie ; elles devraient être échangées entre les assurances sociales concernées et être saisies de façon exploitable par les assureurs-maladie.

Source : Verisk Health 2010, tableau original.

<sup>66</sup> Dans le système allemand de compensation des risques, les assurés qui ont touché une rente pour réduction de la capacité de gain durant au moins 183 jours de l'année précédant l'année de compensation sont classés dans un des six EMG en fonction de leur sexe et de leur âge. La compensation des risques belge tient également compte de l'invalidité et du besoin de soins, ainsi que du diagnostic qui a conduit à l'invalidité.

## 5.5 Option 4 : utilisation d'informations relatives au changement de caisse et au choix de l'échelon de franchise

### 5.5.1 Description du modèle

Le changement de caisse-maladie et le choix de l'échelon de franchise sont des indicateurs de morbidité indirects qui véhiculent des informations importantes sur l'état de santé des assurés et sur leurs frais de maladie.

#### Changement d'assureur

Beck montre qu'en Suisse, les assurés qui changent d'assureur sont en moyenne sensiblement plus jeunes et ont des frais de maladie moins élevés que ceux qui restent fidèles à leur assureur-maladie<sup>67</sup>.

Différents facteurs y contribuent. Tout d'abord, les jeunes ont en général un revenu plus bas et réagissent de ce fait davantage au prix. Ensuite, ils changent plus fréquemment de situation de vie – p. ex. déménagement, entrée dans la vie professionnelle, changement de profession ou fondation d'une famille – et pensent plus souvent alors à adapter leur protection d'assurance. Enfin, les malades chroniques développent un rapport de loyauté avec leur caisse-maladie, et l'argument du prix a pour eux moins de poids. Il ne faut pas négliger non plus l'effet de la publicité, qui vise surtout les assurés jeunes et en bonne santé.

Etant donné que les assurés qui changent d'assureur sont en majorité, même après correction du facteur âge, des clients plus avantageux, la question se pose de savoir si la compensation des risques doit tenir compte de cette caractéristique. Pour un nouveau client, l'assureur ne recevrait qu'une petite contribution de compensation, ou devrait payer une redevance de risque importante. Un argument qui plaide contre cette prise en compte est qu'elle diminuerait l'incitation à prospecter de nouveaux assurés et affaiblirait ainsi la concurrence. De plus, un changement d'assureur est sans lien direct avec la morbidité de l'assuré, mais il est corrélé avec elle à travers le comportement des acteurs du marché. Etant donné que les comportements peuvent se modifier rapidement, l'influence du changement de caisse sur le recours aux prestations pourrait s'avérer instable. Il est aussi tout à fait possible qu'un assureur s'écarte du reste du marché, par exemple parce qu'il s'est acquis une bonne réputation pour le traitement des malades chroniques et qu'il attire de ce fait beaucoup d'assurés de ce type. Si chez la majorité des assureurs les nouveaux clients sont plutôt des assurés bon marché, il sera pénalisé par la compensation des risques, bien que son comportement soit souhaitable du point de vue de l'économie nationale<sup>68</sup>.

#### Choix de l'échelon de franchise

La morbidité individuelle est bien plus fortement corrélée avec le choix du modèle d'assurance. Par exemple, le choix d'une franchise élevée n'est intéressant que pour des assurés qui ne s'attendent pas à des prestations importantes l'année suivante. De nombreuses études ont prouvé que les échelons de franchise élevés sont choisis surtout par des assurés en très bonne santé<sup>69</sup>. Le choix de la franchise contient donc des informations importantes sur l'état de santé. On peut donc se demander s'il est bon d'inclure dans la compensation des risques l'échelon de franchise en tant qu'indicateur axé sur la morbidité. Ce qui est problématique dans cette proposition, c'est que la morbidité n'est pas la seule raison pour laquelle les prestations nettes diffèrent entre les personnes qui ont opté pour une franchise élevée et celles qui ont opté pour les échelons inférieurs. Si les coûts des premières sont plus bas, c'est aussi parce que la participation aux coûts est plus importante et que l'aléa moral est réduit. La compensation des risques ne doit cependant compenser que les différences liées à la morbidité<sup>70</sup>. Les différences dues à la participation plus importante aux coûts et à la réduction de l'aléa moral doivent profiter aux assurés sous la forme d'un rabais sur les primes. Si l'on utilise l'échelon de franchise comme facteur de compensation, il faudra donc apporter une correction au mode de calcul traditionnel de la compensation des risques.

---

<sup>67</sup> Cf. Beck 2004.

<sup>68</sup> Cf. Verisk Health 2010.

<sup>69</sup> Cf. z.B. Gardiol, Geoffard et Grandchamps 2006.

<sup>70</sup> Cf. Van Kleef et al. 2008.

Les deux premières colonnes de la fig. 20 montrent l'exemple d'une situation dans laquelle l'échelon de franchise est utilisé comme facteur de compensation et la compensation des risques « traditionnelle » est appliquée sans correction. En d'autres termes, toutes les différences dans les prestations nettes sont compensées. Le groupe A a opté pour une franchise élevée, tandis que le groupe B, en moins bonne santé, a opté pour la franchise ordinaire. Pour simplifier, on suppose que chaque groupe représente la moitié de la population. La compensation des risques est calculée comme différence entre les prestations nettes moyennes à l'intérieur d'un groupe et la moyenne générale des prestations nettes. Les calculs montrent qu'après compensation des risques, les coûts sont les mêmes pour les deux groupes. L'assureur ne peut donc pas accorder à l'individu A de rabais pour le choix d'une franchise plus élevée<sup>71</sup>.

Beck propose une solution pour résoudre ce problème et d'autres problèmes apparentés<sup>72</sup>. Elle consiste à ajouter aux prestations nettes des assurés ayant opté pour une franchise élevée (groupe A) un montant de correction avant de calculer la compensation des risques. Ce montant doit explicitement être exclu de la redistribution. Dans l'idéal, il correspond exactement au supplément de participation aux coûts et aux économies réalisées grâce à la réduction de l'aléa moral, donc aux composantes qui doivent permettre un rabais sur les primes. Cependant, ces valeurs ne sont pas exactement mesurables, même avec des méthodes économétriques appropriées, si bien qu'il faut nécessairement recourir à une approximation. De plus, il peut être politiquement souhaitable que le plus grand nombre d'assurés possible optent pour une franchise élevée. Il faut à cet effet que le rabais correspondant sur les primes soit suffisamment important. Le montant qui n'est pas redistribué doit donc être fixé assez haut (plus haut, le cas échéant, que l'estimation des économies « réelles »).

**Fig. 20 Calcul avec la franchise comme facteur de compensation, avec et sans correction**

	Groupe A, franchise élevée	Groupe B, franchise basse		Groupe A, franchise élevée	Groupe B, franchise basse
Prestations brutes observées	884	3874		884	3874
Prestations nettes	489	3678		489	3678
Participation aux coûts				395	196
Réduction estimée de l'aléa moral				318	3
Correction pour économies réelles				$(395 - 196) + (318 - 3) = 514$	
Prestations moyennes pertinentes pour la compensation des risques	$(489 + 3 \cdot 678) / 2 = 2083.50$			$(489 + 514 + 3678) / 2 = 2340.50$	
Redevances de risque / contributions de compensation	489 - 2083.50 = -1594.50	3'678 - 2083.50 = 1594.50		489 + 514 - 2340.50 = -1337.50	3'678 - 2340.50 = 1337.50
Coûts après compensation des risques	489 + 1594.50 = 2083.50	3678 - 1594.50 = 2083.50		489 + 1337.50 = 1826.50	3678 - 1337.50 = 2340.50
Rabais possible sur les primes	<b>0</b>	--		2340.50 -1826.50 <b>= 514</b>	--

Source : Chiffres Van Kleef et al. 2008, tableau de Verisk Health 2010.

<sup>71</sup> Cf. Van Kleef et al. 2008.

<sup>72</sup> Cf. Beck 2011.

Les deux colonnes de droite de la fig. 20 montrent comment cette correction fonctionne. On a estimé que les assurés ayant opté pour une franchise élevée participent aux coûts à raison de 199 francs (= 395 - 196) de plus que les autres et que l'économie qu'ils réalisent grâce à la réduction de l'aléa moral est de 315 francs (=318 - 3). Pour le calcul de la compensation des risques, un montant de 514 francs est donc ajouté à celui de leurs prestations. Dans notre exemple, ce montant correspond au rabais possible sur les primes. Cependant, en réalité, les montants de la compensation des risques sont calculés sur la moyenne de l'ensemble des assurés, tandis que le rabais sur les primes dépend de la structure des coûts de chaque assureur. Les deux valeurs ne coïncideront donc pas en pratique. Il faut dire aussi que même sans prise en compte directe de l'échelon de franchise en tant que facteur de compensation, il peut arriver que le système compense « trop » les différences de coûts entre échelons de franchise élevés et échelons bas. Cette situation se produit lorsque la compensation des risques reconnaît (presque) toutes les différences de morbidité et que la sélection positive des risques est très forte dans les échelons de franchise élevés. Une partie des différences de coûts nets entre les divers groupes de compensation est alors due aux économies « réelles » résultant de la réduction de l'aléa moral et de la participation plus importante aux coûts. Cette part ne devrait donc pas être redistribuée. Van Kleef montre cependant que même une compensation des risques incluant DCG et PCG ne compense pas toutes les différences de coûts liées à la morbidité<sup>73</sup>. Même avec un tel système de compensation, on est loin d'une situation où le rabais sur les primes est plus petit que les économies « réelles ». Le problème de la « redistribution des économies » ne devient donc pertinent en pratique que lorsque la compensation des risques est presque parfaite.

### 5.5.2 Evaluation de l'option 4

Tous ces indicateurs de morbidité améliorent le pouvoir explicatif, et les données sont aujourd'hui disponibles auprès des assureurs. De plus, la marge d'appréciation paraît plutôt restreinte. Les deux facteurs (changement d'assureur et choix de l'échelon de franchise) sont évalués séparément dans les tableaux ci-dessous.

**Fig. 21 Evaluation de l'option 4.1 (changement d'assureur) en complément de la compensation des risques 2012**

Critère	Evaluation	Remarques
Pouvoir explicatif ( $R^2$ )	+	Le pouvoir explicatif est plus grand que celui de la compensation des risques 2012. On ne dispose cependant pas d'estimation de Verisk Health pour $R^2$ .
Incitation à la sélection des risques pour les assurés particulièrement exposés à cette sélection	0	Aucun changement par rapport à la compensation des risques 2012.
Transparence	-	La prise en compte du changement d'assureur ne nuit que peu à la transparence.
Possibilité de manipulation	0	La possibilité de manipulation en utilisant le changement d'assureur comme facteur de compensation est faible. L'inclusion de ce facteur dans la compensation des risques 2012 est donc sans influence sur la possibilité de la manipuler.
Incitation à une utilisation efficiente des moyens	-	La prise en compte du changement d'assureur affaiblit la concurrence et diminue l'incitation à une utilisation efficiente des moyens.
Possibilité de disposer de ces données en Suisse	0	Ces données sont disponibles aujourd'hui auprès des assureurs-maladie.

Source : Verisk Health 2010, tableau original.

<sup>73</sup> Cf. Van Kleef et al. 2008.

**Fig. 22 Evaluation de l'option 4.2 (choix de l'échelon de franchise) en complément de la compensation des risques 2012**

Critère	Evaluation	Remarques
Pouvoir explicatif ( $R^2$ )	+	Le pouvoir explicatif est plus grand que celui de la compensation des risques 2012. On ne dispose cependant pas d'estimation de Verisk Health pour $R^2$ .
Incitation à la sélection des risques pour les assurés particulièrement exposés à cette sélection	0	Aucun changement par rapport à la compensation des risques 2012.
Transparence	-	La prise en compte de l'échelon de franchise ne nuit que peu à la transparence.
Possibilité de manipulation	0	La possibilité de manipulation en utilisant l'échelon de franchise en tant que facteur de compensation est faible. L'inclusion de ce facteur dans la compensation des risques 2012 est donc sans influence sur la possibilité de la manipuler.
Incitation à une utilisation efficiente des moyens	0	La prise en compte de l'échelon de franchise offre une incitation à une utilisation efficiente des moyens. Une correction telle que Beck la propose serait cependant nécessaire.
Possibilité de disposer de ces données en Suisse	0	Ces données sont disponibles aujourd'hui auprès des assureurs-maladie.

Source : Verisk Health 2010, tableau original.

## 5.6 Option 5 : communication d'informations personnelles relatives à la morbidité

### 5.6.1 Description du modèle

Le terme de « communication d'informations personnelles relatives à la morbidité » désigne un groupe relativement peu homogène d'indicateurs de morbidité indirects. Dans la discussion scientifique actuelle, ce terme générique comprend les facteurs suivants : statut socio-économique, variables socio-économiques, utilisation d'Internet, recours à des méthodes de traitement alternatives et mode de vie. On ne considérera ci-après comme facteur de compensation possible que le statut socio-économique.

La prise en compte de variables socio-économiques comme le revenu, la formation ou la classe sociale dans la compensation des risques semble aller de soi, car de nombreuses études internationales attestent d'un lien entre la morbidité et le statut socio-économique. Souvent, elles ne considèrent pas seulement de simples catégories de revenu, mais aussi le type d'activité (employé, employé avec fonction dirigeante, ouvrier), le niveau de formation et le statut d'activité (chômeur, durée du chômage). Dans chacune de ces catégories, un statut socio-économique élevé va de pair avec un risque plus faible pour la santé. De fait, certains Etats incluent aussi les variables socio-économiques dans le calcul de la compensation des risques<sup>74</sup>.

### 5.6.2 Evaluation de l'option 5

L'inclusion d'un tel critère dans la compensation des risques en augmenterait à coup sûr légèrement le pouvoir explicatif. En outre, le statut socio-économique ne laisse aucune marge d'appréciation et n'offre donc aucune possibilité de manipulation. Il n'influe pas non plus sur l'efficacité de l'utilisation des moyens, car il n'est pas lié à une méthode de traitement donnée. Les problèmes se posent cependant au niveau de la récolte des données. Les assureurs-maladie ne reçoivent aujourd'hui aucune

<sup>74</sup> Le système néerlandais inclut p. ex. le statut socio-économique en tant que facteur de compensation en tenant compte depuis 2008 de groupes de revenu.

indication sur le statut socio-économique de leurs assurés. Ces données devraient être transmises p. ex. par les autorités fiscales.

**Fig. 23 Evaluation de l'option 5 en complément de la compensation des risques 2012**

Critère	Evaluation	Remarques
Pouvoir explicatif ( $R^2$ )	+	Le pouvoir explicatif est plus grand que celui de la compensation des risques 2012. On ne dispose cependant pas d'estimation de Verisk Health pour $R^2$ .
Incitation à la sélection des risques pour les assurés particulièrement exposés à cette sélection	0	Aucun changement par rapport à la compensation des risques 2012.
Transparence	-	La prise en compte du statut socio-économique ne nuit que peu à la transparence.
Possibilité de manipulation	0	Ces données ne laissent en règle générale aucune marge d'appréciation. Les possibilités de manipulation sont donc très limitées.
Incitation à une utilisation efficiente des moyens	0	La prise en compte de variables socio-économiques est sans effet sur l'efficacité de l'utilisation des moyens.
Possibilité de disposer de ces données en Suisse	--	Ces données ne sont pas disponibles aujourd'hui auprès des assureurs-maladie.

Source : Verisk Health 2010.

## 5.7 Option 6 : Utilisation des frais de médicaments au cours de l'année précédente

### 5.7.1 Description du modèle

Les frais de l'année précédente constituent en général un bon indicateur de la morbidité des assurés et pourraient donc théoriquement aussi être utilisés comme critère dans la compensation des risques. Cependant, en raison du gros problème posé par les contre-incitations, cette option n'est pas appliquée en pratique et on ne l'approfondira pas non plus ici. Il serait cependant possible de tenir compte d'un certain type de frais de l'année précédente. On pense ici aux dépenses de médicaments, non différenciées, durant l'année précédant l'année de compensation. On examinerait si les frais de médicaments d'un individu ont dépassé une certaine limite durant cette année-là.

### 5.7.2 Evaluation de l'option 6

Des études empiriques ont montré que l'indicateur « frais de médicaments » pouvait réduire les incitations à la sélection des risques, même s'il est relativement peu différencié et qu'il ne reflète pas le recours aux prestations. Une telle limite de coûts est similaire au « séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente » intégré à partir de 2012 dans le système suisse de compensation des risques. Mais la prise en compte des frais de médicaments permet aussi de reconnaître des patients qui génèrent des coûts importants même sans hospitalisation<sup>75</sup>. Cependant le recours aux frais de médicaments au cours de l'année précédente comme facteur de compensation augmente les possibilités de manipulation, dans la mesure où beaucoup de patients se font remettre des médicaments qui ne peuvent pas être facturés sur l'AOS. Si des assurés sont classés comme davantage malades par la compensation des risques du fait qu'ils ont des frais de médicaments importants, les assureurs pourraient être incités à ne plus mettre autant de soin à contrôler les factures pour en exclure les médicaments qui ne sont pas obligatoirement à la charge de l'assurance-maladie.

<sup>75</sup> Cf. Verisk Health 2010.



**Fig. 24 Evaluation de l'option 6 en complément de la compensation des risques 2012**

Critère	Evaluation	Remarques
Pouvoir explicatif ( $R^2$ )	+	Verisk Health calcule les $R^2$ suivants : Estimation : 9,7 % Prévision : 9,4 % Si l'on forme plusieurs groupes, la valeur de $R^2$ augmente légèrement.
Incitation à la sélection des risques pour les assurés particulièrement exposés à cette sélection	+	Par rapport à la compensation des risques 2012, les assureurs sont mieux indemnisés pour les assurés qui ont eu un besoin de traitement important l'année précédente, mais n'ont pas été hospitalisés.
Transparence	-	La prise en compte des frais de médicaments ne nuit que peu à la transparence.
Possibilité de manipulation	-	Les assurés se font aussi remettre des médicaments qui ne font pas partie des prestations obligatoirement prises en charge. Il pourrait ne plus autant valoir la peine pour les assureurs de contrôler avec soin les factures pour en exclure ces médicaments. La possibilité de manipuler la compensation des risques augmente donc.
Incitation à une utilisation efficiente des moyens	0	L'incitation pour les assureurs à contrôler les factures de médicaments diminue. La seule prise en compte des frais de médicaments privilégierait une forme de traitement donnée. En complément de la compensation des risques 2012, elle pourrait contrebalancer la tendance à favoriser les traitements stationnaires.
Possibilité de disposer de ces données en Suisse	0	Les données relatives aux frais de médicaments ne sont disponibles en Suisse que pour le secteur ambulatoire, mais elles y sont de bonne qualité.

Source : Verisk Health 2010.

## **6 Perfectionnement de la compensation des risques : perspectives**

### **6.1 Groupes de coûts pharmaceutiques en complément de la compensation des risques 2012**

L'utilisation d'informations pharmaceutiques pour former des groupes de coûts, décrite et évaluée dans l'option 2, représente en Suisse le meilleur complément possible à la compensation des risques 2012, qui tient compte du séjour en hôpital ou en EMS l'année précédente. C'est ce que montre le tableau suivant :

**Fig. 25 Les six propositions en un coup d'œil**

Critère	Compensation des risques 2012	Option 1 : informations diagnostiques	Option 2 : informations pharmaceutiques	Option 3 : données relatives à la réduction de la capacité de gain	Option 4.1 : informations relatives au changement de caisse	Option 4.2 : informations relatives au choix de l'échelon de franchise	Option 5 : informations relatives au statut socio-économique	Option 6 : informations sur les frais de médicaments durant l'année précédente
Pouvoir explicatif (R <sup>2</sup> )	moyen	++	++	+	+	+	+	+
Incitation à la sélection des risques pour les assurés particulièrement exposés à cette sélection	moyenne	++	++	0	0	0	0	+
Transparence	moyenne	-	-	-	-	-	-	-
Possibilité de manipulation	faible	-	0	0	0	0	0	-
Incitation à une utilisation efficiente des moyens	faible	-	+	0	-	0	0	0
Possibilité de disposer de ces données en Suisse	bonne	--	-	-	0	0	--	0

Source : Verisk Health 2010, tableau original.

L'inclusion de groupes de coûts pharmaceutiques dans la compensation des risques présente les avantages suivants :

- Les analyses empiriques montrent que l'inclusion de groupes de coûts pharmaceutiques augmente fortement le pouvoir explicatif du modèle. Cela contribue notablement à réduire les incitations à la sélection des risques et a pour effet que les primes proposées par l'assureur reflètent plutôt l'efficacité dans l'utilisation des moyens que la santé de son collectif d'assurés.
- L'inclusion de groupes de coûts pharmaceutiques complète idéalement la compensation des risques 2012 et augmente l'incitation à une utilisation efficiente des moyens. Les données relatives aux médicaments ne sont disponibles en Suisse que pour le secteur ambulatoire. Les groupes de coûts formés sur cette base complètent idéalement la compensation des risques 2012 du point de vue de l'utilisation efficiente des moyens. Ils permettent en effet de compenser la tendance à favoriser les traitements stationnaires.
- Le perfectionnement de la compensation des risques au moyen de groupes de coûts pharmaceutiques rend les malades chroniques plus intéressants pour les assureurs, qui peuvent investir davantage dans des programmes de gestion thérapeutique et de managed care véritable.
- Au regard du risque de manipulation, les groupes de coûts pharmaceutiques sont considérés comme un bon indicateur.

Les informations diagnostiques, qui paraissent peut-être idéales au premier regard pour compléter la compensation des risques 2012, sont moins appropriées que les informations pharmaceutiques, notamment en ce qui concerne les possibilités de manipulation, l'incitation à une utilisation efficiente des moyens et la disponibilité des données.

Il faut cependant tenir compte des points suivants :

- La disponibilité des données relatives aux médicaments est encore insuffisante aujourd'hui chez les assureurs-maladie et doit être améliorée : ce sont surtout les données des factures de pharmacie qui sont bien saisies par les assureurs. Mais il existe de grosses différences dans la saisie des données concernant les médicaments dans les factures des médecins pharmaciens : en raison du système du tiers garant, les assureurs reçoivent des assurés des factures papier qui doivent ensuite être saisies à la main ou au moyen d'un scanner.
- Avant de pouvoir être utilisées dans la compensation des risques, les données relatives aux médicaments doivent être classées dans un nombre raisonnable de groupes. Les modèles de classification actuellement disponibles ne peuvent pas être transférés tels quels dans le système suisse de compensation des risques. Le renouvellement constant du marché pharmaceutique nécessite aussi une mise à jour régulière du modèle de classification.
- L'introduction de facteurs supplémentaires réduit en général la transparence de la compensation des risques. Cela vaut aussi pour les groupes de coûts pharmaceutiques.
- L'inclusion d'un nouveau facteur dans la compensation des risques augmente les charges administratives des assureurs pour la préparation des données et les coûts de révision des données transmises. Les coûts augmentent aussi légèrement pour l'institution commune LAMal, l'organe d'exécution de la compensation des risques, surtout en raison de la plus grande complexité du contrôle des données transmises. Il n'y a en revanche, il n'en résulterait aucun effet financier pour la Confédération et les cantons.
- Un perfectionnement de la compensation des risques a aussi pour effet d'accentuer la concentration du marché qu'on observe déjà aujourd'hui. Les assureurs seront plus nombreux à abandonner la stratégie des caisses bon marché.

## 6.2 Passage à un calcul au moyen d'une analyse de régression

L'inclusion dans la compensation des risques d'indicateurs de morbidité supplémentaires tels que les groupes de coûts pharmaceutiques ne permettrait pas de maintenir telle quelle l'approche cellulaire<sup>76</sup> adoptée aujourd'hui, car elle aboutirait à une multiplication des groupes de risque. Un trop grand nombre de groupes compteraient alors un trop faible nombre d'assurés pour que l'on puisse calculer des valeurs statistiquement fiables. Il est donc conseillé de passer à une méthode de calcul par analyse de régression. On obtiendra ainsi un *cost weight* pour chaque indicateur de morbidité. On calculera ensuite, sur la base de ces *cost weights*, une valeur de risque pour chaque assuré. Celle-ci indique l'importance du risque de coûts de cet assuré par rapport à celui d'un assuré moyen. Pour le calcul des paiements compensatoires, ces valeurs de risque peuvent être multipliées par les coûts cantonaux moyens par assuré. L'utilisation de valeurs de risque au lieu de *cost weights* permet en outre d'appliquer la compensation des risques à l'intérieur des cantons même si les données de l'ensemble de la Suisse ont été utilisées pour calculer les *cost weights*.

## 6.3 Passage à la communication de données individuelles

Le calcul au moyen d'une analyse de régression implique que des données individuelles soient mises à la disposition de l'organe d'exécution de la compensation des risques, l'institution commune LAMal. Pour garantir une protection maximale des données personnelles, le classement des assurés dans les groupes de compensation correspondant devrait être effectué par les assureurs. L'institution commune LAMal n'aurait pas accès aux factures de médicaments, mais uniquement à l'information concernant le groupe dont relève l'assuré. Le logiciel permettant l'attribution des assurés aux différents

---

<sup>76</sup> Dans l'approche appliquée actuellement dans le système suisse de compensation des risques, tous les assurés sont répartis, selon les critères de compensation (aujourd'hui : l'âge et le sexe), dans des groupes qui s'excluent mutuellement (cellules). Le paiement compensatoire correspond à la différence entre les coûts moyens du groupe considéré et les coûts moyens de l'ensemble des assurés.

groupes de compensation doit être fourni par l'institution commune LAMal. Si la solution adoptée est basée sur un serveur, le centre de compensation doit aussi mettre à disposition le matériel nécessaire.

Si les données individuelles des assurés concernant les médicaments doivent être communiquées à l'Institution commune LAMal par les assureurs, il faut, pour des impératifs de protection des données, que la base légale nécessaire soit inscrite dans la LAMal. C'est le cas avec les compléments apportés aux art. 57, al. 7, et 84, phrase introductive et let. i, et avec l'art. 84a, al. 1, let. a, actuel. Cela à condition que le facteur de compensation supplémentaire, les groupes de coûts pharmaceutiques, soit inscrit dans la disposition transitoire de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal concernant la nouvelle compensation des risques.

#### **6.4 Abandon de la prise en compte des données des assurés qui changent de caisse**

Dans la compensation des risques 2012, les séjours en hôpital ou en EMS au cours de l'année précédente des assurés qui ont changé de caisse sont pris en compte dans les données transmises par les assureurs. L'échange de données entre assureurs nécessaire à cette fin passe par l'organisme central de transfert pour la compensation des risques (ZEMRA) mis en place par l'institution commune LAMal. Pour que les données individuelles de ces assurés soient transmises de l'ancien assureur-maladie à la ZEMRA, puis de la ZEMRA au nouvel assureur-maladie, de manière conforme au droit de la protection des données, une nouvelle disposition de la LAMal a été préparée et soumise à l'examen du préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT). Une proposition d'adaptation correspondante de l'ordonnance sur la compensation des risques existe également.

En mai 2011, la ZEMRA a soumis ses systèmes, ses procédures et son organisation, pour ce qui concerne le traitement des données personnelles, à l'évaluation d'un organisme de certification agréé, conformément à l'art. 11 de la loi sur la protection des données et à l'ordonnance sur les certifications en matière de protection des données, et a obtenu un label de qualité.

Si, dans la compensation des risques perfectionnée, les données relatives aux médicaments des assurés qui ont changé de caisse devaient également être prises en compte, ces données devraient aussi transiter par la ZEMRA. Cela augmenterait le volume des données échangées et leur sensibilité.

Etant donné que l'échange de données via la ZEMRA augmente d'un côté les frais administratifs de l'application et réduit, de l'autre, la confiance des assureurs dans la compensation des risques, il faudrait aussi, en cas de révision de la compensation des risques, reconsidérer la prise en compte des données des assurés qui changent de caisse : d'une part, ces derniers ne représentent qu'une petite partie des assurés. De l'autre, il n'y a parmi eux qu'une faible proportion d'assurés ayant séjourné en hôpital ou en EMS l'année précédente ; autrement dit, ils sont, en moyenne, en meilleure santé. Par conséquent, le volume de paiements compensatoires correspondant à la prise en compte des séjours en hôpital ou en EMS de ces assurés peut être considéré comme minime<sup>77</sup>. La non-prise en compte de ces données ne réduirait donc que très peu l'efficacité de la compensation des risques.

#### **6.5 Recommandation relative au temps nécessaire à la mise en œuvre de la nouvelle formule**

Le temps qui devrait être laissé au départ aux assureurs pour la préparation des données dépend surtout de la mesure dans laquelle ces données sont disponibles aujourd'hui. Mais deux ou trois composantes sont importantes pour la détermination du temps nécessaire à la mise en œuvre :

---

<sup>77</sup> En dépit des tests effectués pour la compensation des risques révisée et des tests de communication de données à la ZEMRA, il n'est pas possible de calculer le volume de paiements compensatoires supplémentaire généré par la prise en compte des données des assurés qui changent de caisse. Cela tient au fait que les données fournies à la ZEMRA ne permettent pas d'attribuer ces assurés à un groupe de risques.

1. Le temps qui doit être accordé aux assureurs pour procéder aux adaptations nécessaires à la mise à disposition des données. Les assureurs reçoivent déjà les données du secteur ambulatoire, celles des médecins pharmaciens ne sont généralement pas encore saisies de façon satisfaisante en ce qui concerne les indications relatives aux médicaments. D'importantes modifications dans l'infrastructure sont nécessaires ici. Si l'on veut que les assureurs soient tenus de fournir ces données, il faut leur accorder au moins trois ans pour procéder aux adaptations requises.
2. Un à deux ans pour une phase de test durant laquelle la compensation des risques serait calculée selon la nouvelle formule, mais sans incidence encore sur les paiements.
3. Si la compensation des risques se base sur des données pharmaceutiques groupées, il faut compter le temps nécessaire à la spécification et à la production du logiciel de groupage. Verisk Health GmbH estime à sept mois environ le temps nécessaire pour une solution décentralisée, à douze mois pour une solution basée sur un serveur<sup>78</sup>.
4. En raison du calcul prospectif et de la procédure de compensation en deux étapes (calcul d'une compensation provisoire et d'une compensation définitive des risques), les données de l'avant-dernière année avant l'année de compensation doivent être disponibles pour la classification des individus.

On estime donc qu'une période préalable de six ans au plus est nécessaire jusqu'à l'introduction de groupes de coûts pharmaceutiques dans la compensation des risques. La question doit encore être étudiée en détail.

Si l'on entend introduire un facteur supplémentaire dans la compensation des risques dans un délai plus court, il importe donc de trouver une solution transitoire.

## 6.6 Recommandation en vue d'une réglementation transitoire

La prise en compte des frais de médicaments au cours de l'année précédente serait particulièrement indiquée en tant que réglementation transitoire. L'inclusion de ce facteur, quoique relativement peu spécifique, permettrait d'augmenter le pouvoir explicatif de la formule de compensation des risques et de réduire l'incitation à la sélection des risques au détriment des assurés particulièrement exposés. A la différence des données nécessaires à la constitution des groupes de coûts pharmaceutiques, les frais de médicaments générés par les assurés dans le secteur ambulatoire sont intégralement disponibles aujourd'hui déjà chez les assureurs. De plus, l'approche cellulaire appliquée dans le calcul de la compensation des risques pourrait être maintenue provisoirement.

Les assureurs pourraient aussi continuer de communiquer à l'institution commune LAMal des données agrégées (mois d'assurance, coûts, participation aux coûts par groupe de risque). Il n'en résulterait pas de problèmes sous l'angle de la protection des données, si le facteur de compensation supplémentaire (frais de médicaments l'année précédente) est inscrit dans la disposition transitoire de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal concernant la nouvelle compensation des risques.

Le temps nécessaire à l'introduction d'une telle réglementation transitoire se réduit à quatre ans au plus par rapport à la prise en compte des groupes de coûts pharmaceutiques.

## 7 Conclusion

Après examen des diverses alternatives qui s'offrent pour compléter la compensation des risques 2012, qui tient compte des séjours en hôpital ou en EMS l'année précédente, le Conseil fédéral recommande d'introduire à moyen terme le critère supplémentaire des groupes de coûts pharmaceutiques.

---

<sup>78</sup> Cf. Verisk Health 2010.

tiques. Les données des assurés qui changent de caisse ne devraient pas être prises en compte dans ce contexte.

Comme les données nécessaires à la formation des groupes de coûts pharmaceutiques dont disposent aujourd'hui les assureurs ne sont pas encore assez complètes ni d'une qualité suffisante, le Conseil fédéral propose comme réglementation transitoire d'intégrer dans la formule de la compensation des risques les dépenses de médicaments au cours de l'année précédente.

## Bibliographie

Beck, Konstantin. 2004. Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einen regulierten Krankenversicherungsmarkt. Berne : Haupt.

Beck, Konstantin. 2011. Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einen regulierten Krankenversicherungsmarkt. 2. Vollständig überarbeitete Auflage. Berne : Haupt.

Beck Konstantin, Maria Trottmann, Urs Käser, Bernhard Keller, Stefan von Rotz et Peter Zweifel. 2006. Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung. Berne : h. e. p. Verlag.

Beck, Konstantin et Maria Trottmann. 2007. Der Risikostrukturausgleich und die langfristigen Profite der Risikoselektion: Wie erfolgreich sind verschiedene Formeln. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds, S. 329-355, St. Augustin, Asgard Verlag.

Beck, Konstantin, Urs Käser, Maria Trottmann et Stefan von Rotz. 2009. Effizienzsteigerungen dank Managed Care? Datamaster, octobre, pp. 15-21.

Bodenheimer, Thomas, Edward Wagner et Kevin Grumbach. 2002. Improving Primary Care for patients with Chronic Illness. Journal of the American Medical Association, pp. 1909-1914.

Bundesversicherungsamt. 2008. Entwurf für eine Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA. Bundesversicherungsamt, [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de).

Bundesversicherungsamt. 2010. Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten. Bundesversicherungsamt, [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de).

Clark, Daniel O., Michael Von Korff, Kathleen Saunders et William Baluch. 1995. A Chronic Disease Score with Emirically Derived Weights. Medical Care, pp. 783-795.

College voor zorgverzekeringen. <http://www.cvz.nl/financiering>.

Douven, Rudy. 2007. Morbidity-based Risk Adjustment in the Netherlands. Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im Internationalen Vergleich: Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, pp. 161-202. Nomos Verlag.

Fischer, Wolfram. 2007. Kapitel H.8 aus Diagnosis Related Groups (DRG) und verwandte Patientenklassifikationssysteme – Kurzbeschreibungen und Beurteilung. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil.

Forrest, Christopher, Karen Kinder, Klaus Lemke et Robert Reid. 2004. Adjusted Clinical Group – ein Instrument zur Prognose des Ressourcenverbrauchs. Gesundheits- und Sozialpolitik, pp. 8-15.

Gardiol, Lucien, Pierre-Yves Geoffard et Chantal Grandchamps. 2006. Selection and incentive effects: an econometric study of Swiss health insurance claims data. Competitive failures in insurance markets: theory and policy implications. pp. 81-95. Cambridge, MA. MIT Press.

Gilmer, Todd, Richard Kronick, Paul Fishman et Theodore Ganiats. 2001. The medical Rx Model Pharmacy-Based risk Adjustment for Public Programs. Medical Care, pp. 1188-1202.

Glaeske, Gerd. 2008. Vom RSA zum Morbi-RSA – mehr Rationalität im GKV-Finanzausgleich?. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008 – Morbi-RSA, pp. 7-40, St. Augustin, Asgard Verlag.

Holly, Alberto, Lucien Gardiol, Yves Egli, Tarik Yalcin et Tiago Rebeiro. 2004. Health-based risk adjustment in Switzerland: an exploration using medical information from prior Hospitalisation. Grant

n° 4045-059720/1, Programme national de recherche 45, Problèmes de l'Etat social, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne.

IGES, Karl Lauterbach et Jürgen Wasem. 2004. Klassifikationsmodelle für Versicherten im Risikostrukturausgleich. Berlin.

Institution commune LAMal, 2011, compensation des risques, <http://www.kvg.org/ra/default.htm>.

Institution commune LAMal. 2011. Statistique de la compensation définitive des risques 2010. Soleure.

Institution commune LAMal. 2011. Résultats du deuxième test pour la compensation des risques révisée, non publiés. Soleure.

Institution commune LAMal. 2011. Statistique du deuxième test pour la compensation des risques révisée, non publiée. Soleure.

Jacobs, Klaus et Dieter Cassel. 2009. Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSAQ. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008. pp. 185-212. St. Augustin, Asgard Verlag.

Lamers, Leida. 1998. Risk-adjusted capitation Payments: Developing a Diagnostic Cost Groups Classification for the Dutch Situation. Health Policy, pp. 15-32.

Lamers, Leida. 1999. Pharmacy Cost Groups – A Risk-Adjuster for capitation Payments Based on the Use of Prescribed Drugs. Medical Care, pp. 824-830.

Lamers, Leida. 2010. Risk adjustment and related issues in the Netherlands in 2010. Exposé présenté au 10<sup>e</sup> Congrès du Réseau européen de compensation des risques. Jérusalem.

Lamers, Leida et Rene Van Vliet. 2003. Health-based Risk Adjustment – Improving the Pharmacy-based Cost Group Model to Reduce Gaming Possibilities. European Journal of Health Economics, pp. 107-114.

Lamers, Leida M. et Rene C. Van Vliet. 2004. The Pharmacy Cost Group Model Validating and Adjusting the Classification of Chronic Conditions to the Dutch Situation. Health Policy, pp. 113-121.

Lehmann, Hansjoerg et Peter Zweifel. 2004. Innovation and risk selection in deregulated social health insurance. Journal of Health Economics, pp. 997-1012.

Ministry for Health, Welfare and Sport. 2008. Risk Adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands. [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).

Office fédéral de la santé publique. 2009. Assurance-maladie: modification de l'ordonnance sur la compensation des risques.

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06368/07937/index.html?lang=fr>

OMS, International Classification of Diseases (ICD). <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. [Classification internationale des maladies, CIM ; document en anglais seulement]

Parlement, Bulletin officiel - Les procès-verbaux du Conseil national et du Conseil des Etats. [http://www.parlament.ch/ab/frameset/f/s/4801/262653/f\\_s\\_4801\\_262653\\_262693.htm?DisplayTextOid=262694](http://www.parlament.ch/ab/frameset/f/s/4801/262653/f_s_4801_262653_262693.htm?DisplayTextOid=262694)



Pope, Gregory, John Kautter, Randall Ellis, Arlene Ash, John Ayanian, Lisa Iezzoni, Melvin Ingber, Jesse Levy et John Robst. 2004. Risk Adjustment of Medicare Capitation Payments using the CMS-HCC Model. *Health Care Financing Review*, pp. 119-141.

Schoder, Johannes, Michèle Sennhauser et Peter Zweifel. 2009. Fine Tuning of Health Regulation: Unhealthy Consequences for an Individual Insurer. SOI Working Paper n° 0916.

Schokkaert, Erik. 2010. Risk adjustment in Belgium – update 2009. Exposé présenté au 10<sup>e</sup> Congrès du Réseau européen de compensation des risques. Jérusalem.

Spycher Stefan. 2002. Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Auswirkungen und Wirkungen. Bern. Haupt.

SQLape. [www.sqlape.com](http://www.sqlape.com).

University of California, San Diego. 2010. Department of Family and Preventive Medicine. Medicaid Rx. [www.medicaidrx.ucsd.edu/](http://www.medicaidrx.ucsd.edu/).

Van Kleef, Richard, Konstantin Beck et Florian Buchner. 2008. How self-selection affects risk equalization: The example of voluntary deductibles. pp. 45-64 in *Voluntary deductibles and Risk equalisation: A Complex Interaction*. Rotterdam. Erasmus Universiteit.

Van Kleef, Richard, Konstantin Beck, Wynand Van de ven et Rene Van Vliet. 2008. Risk equalization and voluntary deductibles: a complex interaction. *Journal of Health Economics*, pp. 427-443.

Verisk Health. Maria Trottmann, Andrea Weidacher et Ralph Leonhardt. 2010. Morbiditätsbezogene Ausgleichsfaktoren im Schweizer Risikoausgleich – Expertise sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Munich. Non publiée.

Von Korff, Michael, E. Wagner et Kathleen Sauters. 1992. A Chronic Disease Score from Automated Pharmacy Data. *Journal of Clinical Epidemiology*, pp. 197-203.

Weissman, Joel, Melissa Wachterman et David Blumenthal. 2005. When Methods Meet Politics: How Risk Adjustment Became Part of Medicare Managed Care, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, pp. 475-504.

Winkelman, Ross et Syed Mehmud. 2007. A Comparative Analysis of Claims-Based Tools for Health Risk Assessment. Society of Actuaries, [www.soa.org](http://www.soa.org).

Zhao, Yang, Randall Ellis, Arlene Ash, David Calabrese, John Ayanian, James Slaughter, Lori Weyuker et Bruce Bowen. 2001. Measuring Patient Health Risks Using Inpatient Diagnosis and Outpatient Pharmacy Data. *Health Services research*, pp. 180-193.