



School of
Management and Law

Winterthurer Institut für
Gesundheitsökonomie



School of
Engineering

IDP Institut für Datenanalyse
und Prozessdesign

UNIVERSITÄT
LUZERN

FAKULTÄT FÜR GESUNDHEITS-
WISSENSCHAFTEN UND MEDIZIN

Analyse d'efficacité de la compen- sation des risques avec les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG)

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé pu-
blique (OFSP)
Executive Summary

4 janvier 2024

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie,
ZHAW

Institut für Datenanalyse und Prozessdesign,
ZHAW

Universität Luzern

Reto Bürgin, Michael Stucki, Christina Vetsch-Tzogiou,
Lukas Kauer, Andreas Kohler, Anna Drewek, Christoph
Thommen, Marcel Dettling, Simon Wieser

Experts externes :

Dr. Lennart Pirktl, EF Pirktl Number Crunching

Richard C. van Kleef, Université Erasmus de Rotterdam

IMPRESSUM

Numéro de contrat : 142005907

Durée de l'évaluation : mai 2023 à janvier 2024

Direction du projet d'évaluation à l'OFSP :

Markus Weber, Service Evaluation et recherche
Fabrice Perler, Unité de direction Assurance maladie et accidents

Le présent rapport a été commandé par l'OFSP afin d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions centrales. L'interprétation des résultats, les conclusions et les éventuelles recommandations à l'OFSP et à d'autres acteurs peuvent ainsi différer de l'opinion, respectivement du point de vue de l'OFSP.

Le projet de rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation par le service Evaluation et recherche de l'OFSP. La méta-évaluation (contrôle de qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les standards de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Le résultat de la méta-évaluation a été communiqué à l'équipe d'évaluation et a été pris en compte dans le présent rapport.

Référence à l'article : Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne
Service Evaluation et recherche (E+R),
www.bag.admin.ch/evaluationsberichte

Proposition de citation : Bürgin, Reto, Stucki, Michael, Vetsch-Tzogiou, Christina, Kauer, Lukas, Kohler, Andreas, Drewek, Anna, Thommen, Christoph, Dettling, Marcel, et Wieser, Simon. 2024. analyse d'efficacité de la compensation des risques avec les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG). Rapport final sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Direction du projet, contact : Dr. Reto Bürgin
Institut für Datenanalyse und Prozessdesign
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Michael Stucki
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Janvier 2024

Executive Summary

INTRODUCTION

Dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), un assureur doit accepter toute personne tenue de s'assurer qui en fait la demande. Les assurés peuvent changer d'assureur au début de chaque année. Comme la prime doit être identique pour tous les assurés d'un assureur dans la même région de primes et avec la même combinaison de classe d'âge, de modèle d'assurance et de franchise, les primes ne peuvent pas être échelonnées en fonction du risque de maladie de chaque assuré. En outre, comme la prime unique par tête ne doit pas générer de bénéfice financier, les primes doivent correspondre approximativement aux coûts moyens attendus des prestations de santé utilisées par le collectif d'assurés, majorés des frais administratifs.

Dans ces conditions, un assureur ne pourrait fixer des primes plus basses que celles de ses concurrents que si ses assurés étaient en meilleure santé et présentaient ainsi des coûts moins élevés que ceux de la concurrence. Cela conduirait à une incitation à la sélection des risques, c'est-à-dire à une tentative de recruter de manière ciblée des assurés en bonne santé et de ne pas (ou plus) assurer les assurés malades. La sélection des risques est inefficace du point de vue de l'ensemble du système, car l'assureur tente de maintenir ses primes à un niveau bas en conservant une structure de risque aussi saine que possible, alors que les incitations à réduire les coûts par le biais d'une fourniture de prestations plus efficace ou de processus administratifs plus efficaces ne sont pas prioritaires. Si la sélection des risques domine la concurrence entre les assureurs, les assureurs dont la sélection des risques est la plus efficace ont ainsi des collectifs d'assurés en bien meilleure santé que les assureurs moins performants. Ainsi, les nombreux assurés en bonne santé et les quelques malades d'un assureur paient également des primes nettement plus basses que les nombreux malades et les quelques assurés en bonne santé d'un autre assureur. Or, cela va à l'encontre de l'objectif de solidarité entre les assurés présentant des risques de maladie différents, l'un des trois principaux objectifs de l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

La compensation des risques entre les assureurs-maladie dans l'AOS doit réduire ces incitations à la sélection des risques. Une redistribution des moyens financiers des assureurs présentant une bonne structure de risque vers les assureurs présentant une mauvaise structure de risque doit permettre de compenser le risque financier qui résulte exclusivement de la différence de risque de génération des coûts. La compensation des risques a été introduite par l'arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie et est entrée en vigueur le 1er janvier 1993. Au début de 1996, elle a été reprise dans le droit ordinaire avec la LAMal et a été affinée à plusieurs reprises depuis lors. Ainsi, la compensation des risques initiale avec les indicateurs âge et sexe a été complétée par l'indicateur séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social pour l'année de compensation 2012, et par l'indicateur achat de médicaments au cours de l'année précédente pour l'année de compensation 2017 (temporairement jusqu'en 2019 inclus). Lors de la dernière réforme pour l'année de compensation 2020, des indicateurs de morbidité basés sur des groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) ont été intégrés dans le calcul de la compensation des risques. Les indicateurs existants (âge, sexe, séjour hospitalier au cours de

l'année précédente) ont ainsi été complétés par des informations qui reflètent mieux les maladies chroniques traitées principalement par médicaments dans un cadre ambulatoire.

OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Conformément à l'art.17a, al. 2 LAMal, les réformes de la compensation des risques doivent être soumises à une analyse d'efficacité. La présente analyse d'efficacité a été confiée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à un consortium externe composé de deux instituts de la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW) et de l'Université de Lucerne. L'analyse d'efficacité a pour but de répondre aux deux questions fondamentales suivantes :

1. Dans quelle mesure l'introduction de la compensation des risques avec l'indicateur PCG a-t-elle permis d'améliorer la compensation financière entre les assureurs présentant des structures de risque différentes ?
2. Quel est l'impact de l'introduction de l'indicateur supplémentaire sur la réalisation de l'objectif et du but de la compensation des risques entre les assureurs ?

L'objectif et le but de la compensation des risques ne sont pas explicitement définis dans la LAMal. Selon notre compréhension, l'objectif premier de la compensation des risques est de réduire les incitations à la sélection des risques en corrigeant les désavantages concurrentiels qui existent uniquement en raison d'une structure de risque désavantageuse. La présente analyse d'efficacité examine les effets de la réforme de la compensation des risques avec PCG au cours des trois premières années (2020-2022) suivant son introduction (2020).

Trois approches méthodologiques sont combinées dans le cadre de l'évaluation. L'accent est mis sur l'analyse (1) des données individuelles anonymisées relatives à la compensation des risques (2018-2022 ; données de l'Institution commune (IC) LAMal), (2) des données individuelles anonymisées relatives à l'assurance des soins (2017-2021 ; formulaire de relevé des données individuelles (EFIND)), ainsi que (3) des données publiques sur les primes dans l'AOS et la statistique de l'assurance-maladie obligatoire (KVSTAT). Ces analyses de données statistiques sont complétées par des résultats issus de la littérature scientifique et par les résultats d'une enquête menée auprès de tous les assureurs AOS. Cette enquête avait pour but de recueillir des informations sur les expériences des assureurs en matière de capacité de prévision, de mise en œuvre technique et des effets de la compensation des risques avec PCG.

Dans l'analyse d'efficacité, nous évaluons d'abord, à l'aide de divers critères, l'effet de l'introduction de la compensation des risques avec PCG sur l'objectif proprement dit, à savoir la réduction des incitations à la sélection des risques. Les critères pertinents sont ici par exemple la qualité du modèle (c'est-à-dire la précision avec laquelle le modèle peut prédire les prestations nettes pour l'année de compensation), la validité des indicateurs de morbidité pris en compte ou la possibilité de manipulation par les assureurs. En outre, le rapport examine les effets de la réforme sur d'autres aspects importants, mais qui ne sont pas centraux pour l'évaluation du fonctionnement de la compensation des risques. Il s'agit par exemple de l'influence sur le volume de redistribution, des différences de primes entre les assureurs ou du changement de la structure du marché. Enfin, le rapport formule, sur la base des nouvelles connaissances, des recommandations pour le développement futur de la compensation des risques.

RÉSULTATS

Réponse aux questions fondamentales :

1. La compensation financière entre les assureurs ayant une bonne structure de risque et ceux ayant une mauvaise structure de risque a pu être améliorée grâce à l'introduction de la compensation des risques avec PCG.

Cette conclusion s'appuie sur les résultats suivants : 1) la qualité du modèle de compensation des risques s'est nettement améliorée, 2) les nouveaux indicateurs de morbidité de PCG peuvent en majorité saisir le groupe cible prévu des personnes atteintes de maladie chronique et sont en conséquence valides, 3) par conséquent, les risques, en particulier les risques élevés, peuvent être mieux compensés.

Il faut toutefois tenir compte du fait que, selon le retour des assureurs, le modèle de compensation des risques avec PCG entraîne une plus grande incertitude dans la planification des paiements compensatoires chez certains assureurs.

2. L'objectif de la compensation des risques est de réduire les incitations à la sélection des risques. Les incitations à la sélection des risques ont eu tendance à se réduire avec l'introduction de la compensation des risques avec les PCG. Toutefois, les PCG offrent de nouvelles possibilités de sélection des risques si le supplément correspondant est élevé, si la variation des coûts au sein des PCG est importante ou si les PCG présentent une prévalence élevée. Il n'est pas possible de démontrer si les assureurs peuvent effectivement pratiquer la sélection des risques.

Résultats détaillés pertinents

Les sections suivantes mettent en évidence certains aspects de l'analyse d'efficacité.

Qualité du modèle : Le modèle de compensation des risques avec PCG estime nettement mieux les prestations nettes par mois que le modèle de compensation des risques de 2014 (sans PCG et sans indicateur d'achat de médicaments). C'est ce qui ressort de l'analyse de six mesures de qualité concernant la précision d'ajustement des modèles. Les résultats sont stables sur les trois années étudiées (2020-2022). Le modèle de compensation des risques de 2017 (avec indicateur d'achat de médicament) présente certes une qualité de modèle nettement meilleure que le modèle de 2014, mais l'ajout des indicateurs PCG a amélioré le modèle encore davantage. La surcompensation moyenne¹ dans le modèle de compensation des risques avec PCG a diminué par rapport au modèle de compensation des risques de 2014, ce qui indique une diminution des incitations à la sélection des risques. Il faut tenir compte du fait que tous les calculs concernant les années de compensation des risques avec PCG (2020 à 2022) basés sur les données actuellement disponibles sont influencés de différentes manières par la pandémie de Covid-19. L'équipe d'évaluation estime que cela ne remet pas en cause les conclusions de base de l'étude.

Prise en compte du groupe cible visé : Les PCG permettent d'identifier environ 80% des assurés dont les prestations brutes dépassent 50 000 francs par an au cours des années suivantes. Toutefois, sur la base des PCG, environ 20% des assurés sans frais élevés sont également identifiés comme présentant un risque élevé au cours des années suivantes. La qualité de la prédiction des assurés ayant des coûts récurrents varie fortement d'un PCG à

¹ La surcompensation signifie qu'une compensation excessive et non conforme aux coûts a lieu entre des sous-groupes (par ex. par niveaux de franchise).

l'autre. Alors que les taux de faux positifs sont faibles par rapport aux taux de vrais positifs pour les PCG PAH (hypertension (artérielle) pulmonaire), NIE (néphropathie) et HIV (VIH / SIDA), ils sont élevés pour les PCG HCH (cholestérol élevé), THY (maladie thyroïdienne) et GLA (glaucome). De nombreux PCG présentent une forte dispersion des coûts. C'est par exemple le cas des PCG KRK (cancer complexe), NIE (néphropathie), PAH (hypertension (artérielle) pulmonaire) et ZFP (fibrose kystique / enzymes pancréatiques). Le PCG NIE se caractérise par une distribution bimodale, ce qui soulève la question d'une division du PCG en deux groupes.

La prévisibilité des contributions : Dans l'ensemble, les suppléments PCG ne sont que partiellement stables sur les trois années. L'analyse montre que les suppléments PCG ont eu tendance à augmenter entre 2020 et 2021. Les changements entre 2021 et 2022 ne montrent pas de tendance claire. Les prévalences (par rapport à la population), c'est-à-dire la proportion d'assurés ayant un PCG, ont tendance à augmenter sur les trois années de 2020 à 2022, ce qui pourrait s'expliquer par une augmentation des quantités de médicaments consommés ou par une amélioration de la qualité des données des assureurs. Dans certains cas, les suppléments de PCG peuvent également être influencés par des changements de définitions (p. ex. PCG ZFP (fibrose kystique / enzymes pancréatiques)).

L'incertitude quant au montant des suppléments PCG est ainsi aussi un facteur important, raison pour laquelle les assureurs ont jugé dans l'enquête en ligne que la prévisibilité de la somme de transfert totale et des taux individuels dans la compensation des risques avec l'indicateur PCG était nettement moins bonne que dans le modèle sans PCG. D'autres facteurs expliquant la difficulté de prévision sont la prévalence des PCG sur l'ensemble du marché, les taux pour les groupes de risque et le manque d'informations sur la morbidité des nouveaux assurés (changeurs d'assureur) au moment de la fixation des primes.²

Volume de redistribution : Le volume de redistribution net entre les assureurs augmente avec l'affinement du mécanisme de compensation des risques, passant de 1,31 milliard de francs par an dans le modèle de 2014 à 1,76 milliard de francs par an dans le modèle de 2020. Le volume de redistribution brut entre les assurés passe de 9,8 milliards de francs par an à 13,5 milliards de francs par an.

Pour les assurés âgés et les assurés ayant séjourné à l'hôpital ou dans un établissement médico-social au cours de l'année précédente, les assureurs reçoivent les contributions les plus élevées de la compensation des risques. Le volume des contributions de ces groupes d'assurés est également le plus important. A l'inverse, les jeunes assurés de sexe masculin qui n'ont pas séjourné à l'hôpital ou dans un établissement médico-social l'année précédente sont soumis aux redevances les plus élevées et le volume des redevances de ce groupe est également le plus important. Pour les femmes et les hommes de plus de 80 ans, les assureurs reçoivent des contributions, qu'ils aient été hospitalisés ou non l'année précédente.

Sous-compensation et surcompensation : L'affinement de la compensation des risques a permis de réduire considérablement la sous-compensation et la surcompensation des assurés. Cependant, même dans la formule de compensation des risques de 2020, il existe une sous-compensation et une surcompensation systématiques. Les assurés avec des coûts élevés l'année précédente, ceux avec une franchise basse l'année précédente, les 26-60 ans

² Au moment de la rédaction de cette analyse d'efficacité, l'OFSP nous a informés qu'à partir de 2023, les assureurs recevront des informations sur les prévalences de PCG sur l'ensemble du marché.

avec une couverture accident l'année précédente ainsi que les plus de 30 ans avec une réduction de primes l'année précédente sont en moyenne sous-compensés. Les assurés plus âgés, les assurés ayant été hospitalisés l'année précédente, les assurés sans prestations brutes l'année précédente et les assurés ayant plusieurs PCG sont surcompensés.

Le calcul prospectif de la compensation des risques ne doit compenser que le risque entre les assureurs et non les coûts réels au cours de l'année de compensation. Avec cette approche prospective, des effets de surcompensation peuvent également se produire concernant des indicateurs déjà pris en compte dans le modèle. La présente analyse montre que les assurés âgés, par exemple, présentent en moyenne une erreur d'estimation positive, c'est-à-dire qu'ils sont surcompensés. Le volume de ces redistributions est toutefois faible par rapport aux variables de regroupement qui ne sont pas prises en compte dans le modèle. L'une des raisons de cette surcompensation pourrait être les différences de facteur de renchérissement des coûts entre les groupes d'âge. Depuis l'introduction du modèle de compensation des risques avec les PCG, les prestations nettes de l'année précédente sont relevées au niveau de l'année de compensation à l'aide d'un facteur de renchérissement des coûts fixé pour chaque canton. Il faut en outre tenir compte du fait que la pandémie de Covid-19 a pu entraîner un changement structurel et influencer cette redistribution. Cela n'a toutefois pas pu être analysé de manière définitive dans le cadre de cette étude.

La compensation des risques avec l'indicateur PCG semble effectivement pouvoir mieux refléter les risques, comme le montre l'analyse des assurés sous-compensés dans le modèle de compensation des risques de 2014. Ceux-ci reçoivent tous des contributions plus élevées dans la compensation des risques avec les PCG.

Incitations à la sélection des risques : Les incitations à ne pas assurer les personnes atteintes de maladies chroniques ont diminué avec l'affinement de la compensation des risques. L'introduction de l'indicateur PCG offre toutefois un nouveau potentiel de sélection des risques. C'est notamment le cas pour les PCG qui disposent d'une prévalence et d'une surprime élevées et qui présentent une forte dispersion des erreurs d'estimation. Les PCG concernés, dont le KRK (cancer complexe), la NIE (maladie rénale), la PAH (hypertension artérielle pulmonaire) et la ZFP (fibrose kystique / enzymes pancréatiques), devraient être analysés en cas de développement ultérieur afin de déterminer d'éventuelles variables de sélection des risques (par exemple, la présence d'une dialyse pour le PCG maladie rénale). Outre les PCG, d'autres groupes ont été identifiés, tels que les personnes âgées de 61 à 70 ans sans prestations nettes l'année précédente, qui pourraient potentiellement être utilisés pour la sélection des risques.

Même dans le cadre de la compensation des risques actuelle avec les PCG, il existe certains assureurs dont le portefeuille des risques est nettement surcompensé. Des études plus approfondies n'ont toutefois pas fourni des preuves évidentes que les assureurs recrutent systématiquement des personnes présentant des risques faibles ou qu'ils rejettent des personnes présentant des risques élevés. Comme les personnes qui changent d'assureur présentent généralement un bon profil de risque, les nouveaux arrivants améliorent presque toujours le profil de risque de l'assureur, tandis que les départs le détériorent. L'abandon d'assurés coûteux n'a pas pu être prouvé statistiquement.

Aucun changement significatif n'a été identifié dans les systèmes de sélection des risques à la suite de l'introduction des PCG. Il semble toutefois difficile de prouver empiriquement de tels schémas, d'autant plus que le contrôle de la sélection des risques est limité par la liberté de choix des assurés (art. 4 LAMal). Des données relatives à des années de compensation

supplémentaires ou à des variables potentielles de sélection des risques permettraient peut-être d'obtenir des informations plus pertinentes sur l'évolution du comportement de sélection.

Effets sur les primes : Si une compensation des risques affinée est efficace et rend effectivement la sélection des risques moins attrayante, les primes offertes sur le marché de l'assurance devraient s'égaliser entre les assureurs avec le temps. Cela se justifie par le fait que les coûts totaux supportés par un assuré, c'est-à-dire les coûts des prestations plus les transferts vers/depuis la compensation des risques, devraient être similaires pour tous les assureurs avec une compensation des risques qui fonctionne. Si les risques ne sont pas entièrement compensés entre les assureurs, les assureurs ayant beaucoup d'assurés en bonne santé peuvent proposer des primes plus basses que les assureurs ayant une mauvaise structure de risque.

L'analyse des primes moyennes effectivement payées par assureur montre que cette convergence des primes peut en effet être observée. Dans une nette majorité de régions de primes, les différences entre les assureurs ont diminué entre 2017 et 2021. Les assureurs dont la structure de risque est historiquement bonne ont affiché une croissance des primes plus élevée que les assureurs qui reçoivent des redevances en raison d'une structure de risque moins bonne. La modification des différences de primes ne s'est pas produite de manière brusque au moment de la réforme, mais de manière progressive. Une convergence des primes a pu être constatée avant même l'introduction de la compensation des risques avec l'indicateur PCG. Cela pourrait être dû à un effet d'anticipation.

Effets sur d'autres aspects : L'analyse des autres effets montre qu'après l'introduction de la compensation des risques avec PCG, nous avons pu observer un déplacement des effectifs d'assurés en faveur des anciens bénéficiaires nets de la compensation des risques. Ces déplacements ont conduit à une structure de risque plus saine pour ce groupe d'assureurs, ce qui est principalement dû à la structure de risque des changeurs d'assureur. La réduction observée de la dispersion des coûts moyens bruts des prestations par assuré et par assureur permet de conclure que les structures de risque se sont compensées. Jusqu'à présent, nous ne constatons aucun effet de l'introduction de la compensation des risques avec PCG sur le résultat financier des assureurs, bien que, selon leurs propres informations, une majorité écrasante d'entre eux s'attendent à une augmentation du risque financier à la suite de la réforme. Le net recul du nombre d'assureurs au fil du temps laisse supposer une consolidation du marché en raison de la diminution de l'attrait des stratégies multicassés (c'est-à-dire de la segmentation des risques au sein d'un conglomérat d'assureurs). Enfin, selon une majorité d'assureurs, les frais administratifs ont nettement augmenté à la suite de la réforme. Environ la moitié des assureurs interrogés indiquent que les charges liées à la livraison des données et aux révisions en rapport avec la compensation des risques ont augmenté d'au moins la moitié.

CONCLUSIONS SUR LES MESURES À PRENDRE ET RECOMMANDATIONS

Besoin d'ajustement et recommandations : L'analyse d'efficacité a clairement montré que l'intégration de l'indicateur PCG dans le mécanisme de compensation des risques a permis de nombreuses améliorations. Néanmoins, certains aspects nécessitant une adaptation ont également pu être identifiés. Les recommandations suivantes en vue d'un développement ultérieur figurent au premier plan :

Recommandation 1 : Améliorer les PCG ; Destinataire : OFSP et Office fédéral de la statistique. L'analyse montre qu'il existe une forte hétérogénéité des coûts pour certains PCG. L'intégration des informations supplémentaires permettrait de distinguer, dans la

compensation des risques, les assurés dont les coûts attendus sont élevés de ceux dont les coûts attendus sont faibles. Le PCG NIE (maladie rénale) en est un exemple. Pour vérifier s'il existe d'autres groupes d'assurés dont les coûts élevés sont systématiquement sous-compensés, il est nécessaire de recueillir ou de relier d'autres données.

Recommandation 2 : Amélioration de l'indicateur relatif aux séjours hospitaliers ; Destinataire : Conseil fédéral, DFI et OFSP. Le calcul de cet indicateur est lié à une charge de travail élevée et pourrait être nettement amélioré avec les données actuellement disponibles (par ex. pour mieux distinguer les séjours hospitaliers bon marché des séjours en EMS coûteux).

Recommandation 3 : Surveillance de l'incitation à la manipulation ; destinataire : OFSP. Contrairement à l'étranger, la Suisse n'a jusqu'à présent pas effectué des contrôles réguliers (annuels) si les assureurs tentent de classer ou de faire classer les assurés dans des groupes indemnisés par la compensation des risques.

Recommandation 4 : Améliorations dans l'exécution de la compensation des risques ; Destinataire : OFSP et IC LAMal. Les assureurs souhaitent que la livraison des données et le déroulement de la compensation des risques soient plus efficaces. Il faudrait notamment examiner si les assureurs pourraient avoir accès plus tôt aux données de la compensation des risques en vue de la remise des primes.

Recommandation 5 : Echange régulier et monitoring ; destinataire : OFSP, IC LAMal et assureurs (associations). Un échange régulier et institutionnalisé entre les parties prenantes de la compensation des risques, tel qu'il est établi par exemple aux Pays-Bas, pourrait être utile pour un déroulement plus efficace de la compensation des risques. En outre, il serait souhaitable que la compensation des risques soit soumise à une analyse d'efficacité régulière, et pas seulement après la mise en place d'indicateurs supplémentaires.

Recommandation 6 : Suivi de l'incertitude des redevances/contributions ; destinataire : OFSP. L'incertitude des assureurs quant aux prévisions des paiements compensatoires a augmenté avec l'introduction du modèle de compensation des risques avec PCG. Selon les assureurs, cette incertitude est restée constante en moyenne au cours des deux premières années du nouveau modèle de compensation des risques. Conséquemment, il est recommandé à l'OFSP de surveiller cette incertitude. Le coût de cette mesure est relativement faible et son utilité pour la stabilité du marché ou l'évolution des primes est décisive.

Recommandation 7 : Définition de l'objectif de la compensation des risques ; Destinataire : DFI. La prise en compte des PCG dans le modèle de compensation des risques augmente l'incitation à améliorer la prise en charge des assurés dans un PCG. Les assureurs peuvent réaliser une marge de contribution positive si les coûts de ces assurés sont inférieurs à la moyenne de tous les assureurs. Jusqu'à présent, l'amélioration des soins pour les malades chroniques n'est toutefois pas un objectif explicite de la compensation des risques. Les responsables politiques devraient envisager d'ancrer explicitement cet aspect en tant qu'un objectif dans la loi ou dans une ordonnance.

Recommandation 8 : Examen du modèle de régression, Destinataire : OFSP. Le modèle de régression linéaire actuellement utilisé dans la compensation des risques entraîne parfois des distorsions. Celles-ci pourraient probablement être corrigées avec un autre modèle. L'introduction d'un nouveau modèle statistique nécessiterait toutefois une adaptation de l'ordonnance. Afin d'évaluer les coûts et les avantages de ce changement, il est recommandé de procéder au préalable à une analyse systématique des modèles possibles.

Recommandation 9 : Examen du facteur de renchérissement, Destinataire : DFI, OFSP.

L'uniformité du renchérissement au niveau cantonal pourrait être une raison de surcompensation pour certains groupes. Le facteur de renchérissement devrait ainsi être calculé de manière plus différenciée afin de réduire la surcompensation.