

Compensation des risques dans la LAMal – et la suite ?

La compensation des risques a été introduite en 1996 dans la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) pour une durée limitée de dix ans, soit jusqu'au 31 décembre 2005. Avec le rejet de la 2^e révision partielle de la LAMal, qui l'aurait inscrite définitivement dans la loi, il devient urgent de trouver une solution à l'expiration de la compensation des risques. La situation comporte des chances et des risques. D'une part, elle permettrait d'ajuster la compensation des risques, qui a besoin de réformes, grâce aux connaissances et aux expériences d'autres pays. D'autre part, même la solution minimale prévue dans la 2^e révision partielle n'est pas garantie. De nouvelles idées relatives à la compensation des risques permettraient-elles, le cas échéant, de trouver une issue à la situation actuelle ?



Stefan Spycher
Bureau BASS, Berne

La réforme de la compensation des risques n'était pas un thème central de la 2^e révision partielle de la LAMal. La seule proposition du Conseil fédéral, dans son message, était de reprendre définitivement la compensation des risques, limitée au 31 décembre 2005. Ce n'est pas tant que le Conseil fédéral ait fait preuve de scepticisme quant à une réforme approfondie de la compensation des risques; cependant, une analyse de la situation politique le montre: la compensation des risques était et est

très sujet à controverse. On craignait qu'une réforme de la compensation des risques ne compromette la 2^e révision partielle. Celle-ci a effectivement été refusée de manière définitive en décembre 2003. Le Conseil fédéral propose maintenant de prolonger (pour l'instant) de cinq ans la durée de la compensation des risques telle qu'elle existe actuellement, soit jusqu'à fin 2010 (cf. Conseil fédéral 2004). Les représentants des assureurs qui contribuent à la compensation des risques espèrent que c'est le premier pas vers sa suppression définitive. D'autres estiment qu'une révision de la compensation des risques pourrait entrer en vigueur au plus tard en 2011. Quelle

suite donner à la compensation des risques ?

Compensation des risques: une réforme est-elle vraiment nécessaire ?

Pour l'assurance obligatoire de soins (AOS), les assureurs doivent demander la même prime à chaque assuré.¹ Plus les assurés d'une assurance sont en bonne santé, plus cette prime unique par assureur est basse. Les assureurs ont donc tout intérêt à assurer des personnes en bonne santé et à décourager les autres de conclure un contrat. La compensation des risques doit neutraliser les différences entre les assureurs en ce qui concerne l'état de santé de leurs assurés, mettant les assureurs à armes égales. Ainsi, un assureur n'a plus aucun avantage concurrentiel à n'assurer que des personnes en bonne santé. Dans un système de prime unique, la compensation des risques est un instrument important pour permettre la concurrence entre assureurs (cf. Van de Ven / Ellis 2000). Si les assureurs avaient, par exemple, la possibilité de moduler les primes en fonction du risque individuel, la compensation des risques ne serait plus nécessaire (voir aussi à ce sujet Zweifel/Breuer 2001).

A l'heure actuelle la structure de la compensation des risques présente des lacunes (cf. Beck et al. 2003, Spycher 2002, Leu/Hill 2002), puisqu'elle ne tient compte que de l'âge, du sexe et du canton des assurés pour déterminer leur état de santé. Ces trois critères ne permettent cependant de relever que 20 % des différences en matière de santé. Les assureurs sont ainsi fortement incités à continuer de rechercher des assurés en bonne santé selon l'âge et le

¹ Ce n'est pas tout à fait exact. Les assurés sont répartis en trois groupes, avec chacun une prime unique: enfants, jeunes adultes de 19 à 25 ans, adultes.

sexe. Le deuxième grand inconvénient de la solution actuelle est le suivant: elle compense les coûts déjà occasionnés – à titre rétrospectif – au terme de l'exercice, au lieu de combler les risques – à titre prospectif – avant l'ouverture de l'exercice.

Que faire ?

Malgré certaines différences, les recommandations que l'on trouve dans la littérature scientifique (cf. Spycher 2003) ainsi que les expériences de pays recourant à une compensation des risques (cf. Van de Ven et al. 2003) vont dans la même direction: la formule de la compensation des risques doit améliorer ses critères pour déterminer l'état de santé et la compensation doit être prospective. Des groupes de coûts en fonction des diagnostics seraient tout désignés comme critères. Les affections (diagnostiques invariables pour la plupart) des assurés seraient alors réparties entre quelque 15 à 20 groupes de façon que, pour chaque groupe, l'on puisse s'attendre à des conséquences financières similaires l'année suivante. Le système de groupes de coûts par diagnostic a déjà été introduit aux Pays-Bas (2004) et aux Etats-Unis (2001). L'Allemagne a décidé de le mettre en œuvre en 2007 et la Belgique le prévoit pour les années 2005/2006.²

En Suisse, les groupes de coûts par diagnostic ont fait l'objet d'une étude concrète, qui sera publiée ces prochaines semaines, et sont utilisés dans le cadre de la compensation des risques (groupe de travail du professeur Alberto Holly, Lausanne). Les résultats correspondent à ceux des ouvrages publiés au niveau international. Dans le même temps, un système simple et réalisable a été développé pour l'application, et les auteurs estiment qu'il ne devrait pas engendrer de trop grandes difficultés ou de charges supplémentaires.

Compléter la formule de la compensation des risques par des grou-

pes de coûts par diagnostic serait la solution idéale. Comme cette idée a, pour diverses raisons, longtemps été bloquée, on a recherché d'autres solutions acceptables. Là encore, on trouve en Suisse toute une série de propositions, que cela concerne par exemple la prise en considération des hospitalisations de l'année précédente (Beck 2004) ou des groupes de coûts de l'année précédente (Spycher 2002). A l'étranger, des groupes de coûts par médicament ont également été proposés. Toutefois, les expériences récentes faites aux Pays-Bas à ce sujet sont quelque peu décevantes: certains médicaments n'ont pas été classés selon des indications assez claires.

Les pools de risques élevés ou de coûts élevés font partie d'un autre type de solutions (cf. Spycher 2003, Van Barneveld 1996), les assureurs ayant la possibilité de remettre une partie des coûts des assurés les plus onéreux à un pool financé par tous les assurés grâce à une prime par tête. Il s'ensuit une compensation entre les assureurs qui présentent un nombre d'assurés très onéreux supérieur à la moyenne et ceux qui se trouvent dans la situation inverse. En Allemagne, où un pool de coûts élevés a été introduit en 2003, les dernières expériences sont également décevantes: l'effet de redistribution est en effet modeste. On attribue ce phénomène à la hauteur de la valeur seuil (20000 euros) ainsi que de la quote-part annuelle des assureurs (40 % des coûts qui dépassent ce montant).

Blocage politique

L'évolution de la compensation des risques en Suisse ne correspond jusqu'à présent ni aux résultats publiés dans la littérature scientifique ni aux expériences faites par d'autres pays, et ce pour deux raisons. D'une part, le mode de calcul actuel de la compensation des risques divise les assureurs en deux camps:

ceux qui paient et ceux qui encaissent. Ils critiquent les révisions proposées de la compensation des risques ou s'y opposent, en fonction de leurs intérêts. A l'heure actuelle, les intérêts économiques auxquels les assureurs sont soumis ne peuvent être exploités de manière assez efficace. D'autre part, même les politiciens libéraux sont très sceptiques sur la compensation des risques. Nombreux sont ceux qui la considèrent comme un subventionnement étatique inopportun des assureurs qui gèrent mal leur argent, soit comme une façon de maintenir les structures. Ils ignorent cependant que la compensation des risques n'empêche pas la concurrence mais qu'elle la rend, au contraire, possible. Dès lors, les questions suivantes se posent: la compensation des risques peut-elle être révisée dans ce contexte ? Y a-t-il de nouvelles idées que la majorité pourrait adopter ? L'urgence actuelle permettrait-elle de mettre en œuvre ces nouvelles idées ? Les deux idées décrites ci-après permettraient de débloquer la situation.

Une réassurance pour la compensation des risques

Aujourd'hui déjà, les réassurances sont courantes dans l'AOS. Or, la possibilité existe de les appliquer à la compensation des risques³, ce qui obligerait les assureurs à conclure une réassurance annuelle de mali sur sinistres. Ils se réassureraient ainsi contre le risque de voir leurs coûts moyens ultérieurs dépasser d'un pourcentage donné (p.ex. 10 %) ceux de tous les assureurs du canton. Si le marché de réassurance n'était

2 Le projet de recherche risk adjustment network, auquel participent cinq pays (Allemagne, Belgique, Israël, Pays-Bas et Suisse), publiera cet été un document au sujet des expériences de chaque pays et de l'enseignement que la Suisse pourrait en tirer.

3 On trouve une approche de cette idée dans Schulenburg/Vieregge (2003).

pas mieux réglé, les assureurs dont l'effectif compte un nombre d'assurés en mauvaise santé supérieur à la moyenne devraient alors payer des primes de réassurance plus élevées. Dans ce cas, la compensation des risques ne remplirait pas sa fonction.

Le marché de la réassurance devrait être régulé de manière à garantir une compensation des risques: les réassureurs auraient l'obligation d'ajouter à leurs contrats une «clause du plus favorisé» et devraient, en tout temps, pouvoir accorder à une partie B les mêmes conditions de contrat qu'à une partie A, si la partie B le demande. Lors de la conclusion d'un contrat avec un assureur-maladie, chaque réassureur devrait donc être conscient que les conditions en matière de primes doivent en tout temps pouvoir être accordées à un autre assureur.

De plus, les réassureurs seraient soumis à une certaine obligation de contracter: libres de réassurer ou non des assureurs-maladie, dès le moment où ils font partie du marché de la réassurance, ils ont l'obligation d'assurer tout assureur-maladie qui le demande. De plus, il faudrait que les assureurs, comme pour l'actuelle compensation des risques, fixent les primes de réassurance selon l'âge et le sexe (30 échelons de primes). Pour préserver l'incitation à réduire les coûts, la réassurance ne compenserait pas entièrement la différence entre les coûts supérieurs à la moyenne et la moyenne cantonale, mais imposerait une quote-part aux assureurs-maladie.

Mode de fonctionnement de la compensation des risques par une réassurance

En raison de la clause du plus favorisé, il faudrait s'attendre à ce que les réassureurs adaptent les primes non pas au risque individuel de l'assureur-maladie requérant, mais au risque moyen prévu dans un canton pour chaque groupe d'âge et de

sexe. Le risque réside dans le dépassement des coûts moyens prévisibles à raison d'un certain pourcentage. En d'autres termes, les réassureurs se conformeraient à la variance des coûts prévisibles, qui dépend essentiellement de l'état de santé au sein d'un groupe d'âge ou de sexe. Par conséquent, les assureurs-maladie présentant de nombreux mauvais risques payeraient, par rapport à leur risque effectif, des primes de réassurance inférieures à la moyenne, alors que les assureurs-maladie présentant de nombreux bons risques payeraient des primes supérieures à la moyenne. Il faudrait procéder à

nuel et couvre ainsi clairement un risque futur.

Cette idée est nouvelle, c'est pourquoi elle n'a pas encore fait l'objet de discussions approfondies dans la littérature scientifique. Différents aspects devraient être examinés de plus près, comme le type de réassurances à prescrire ainsi que les conséquences entraînées par lesdites prescriptions. Il faudrait en outre décider si la solution d'une réassurance compléterait la compensation des risques telle qu'on la connaît actuellement ou si elle la remplacerait. De la même manière, l'organisation du marché devrait être reconsidérée

La solution proposée permettrait de laisser aux réassureurs le choix de définir le type de compensation.

une compensation complémentaire des risques entre assureurs.

Quel serait l'avantage de cette solution? Actuellement, une régulation étatique (la compensation des risques) définit le type de compensation entre assureurs. La solution proposée ici permettrait de laisser le choix aux réassureurs, qui devraient soumettre les assureurs-maladie à un examen approfondi et fixer le risque à assurer. La question des critères utilisés reste ouverte. Le marché mondial de la réassurance fonctionne bien. Les réassureurs maîtriseraient probablement cette nouvelle tâche de façon tout aussi satisfaisante.

On reproche souvent aux propositions actuelles cherchant à compléter la compensation des risques de conduire à une compensation accrue des coûts entre les assureurs, le but étant cependant d'améliorer la compensation des risques. Or, la solution d'une réassurance permettrait d'atteindre ce but. La prime de réassurance pour le risque cédé est fixée avant l'ouverture de l'exercice an-

avec soin (comment et quand les assureurs ont-ils connaissance des différentes conditions de contrat?).

Un détournement des flux financiers

La deuxième idée pour débloquer la réforme de la compensation des risques dépasse la compensation des risques elle-même. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le problème est que le mode actuel de la compensation des risques divise les assureurs en deux camps, ceux qui paient et ceux qui encaissent. Or, un détournement des flux financiers pourrait résoudre le problème. A l'heure actuelle, les assurés financent directement les assureurs-maladies par leurs primes, et les fournisseurs de prestations par leur participation aux coûts. La part de l'Etat que les assurés financent par leurs impôts reflue dans le système de l'assurance-maladie sous forme de réductions de primes versées aux assurés et de subventions pour l'ex-

exploitation ou la construction d'établissements de soins hospitaliers. On pourrait imaginer que les contributions de tous les intéressés soient versées dans un fonds commun, qui permettrait d'indemniser les assureurs-maladie par un paiement adapté au risque par assuré (capitation). Un tel type de paiement par tête adapté au risque est déjà couramment utilisé dans le cadre des indemnités au sein des HMO. Le système est également répandu aux Pays-Bas, en Belgique et en Israël.⁴

Un tel détournement des flux financiers pourrait avoir des conséquences considérables et devrait certainement faire l'objet d'un examen approfondi par différents experts. Surmonter la division des assureurs entre ceux qui paient et ceux qui encaissent aurait une incidence favorable sur la compensation des risques. Cette deuxième solution permettrait à tous les assureurs de passer du côté de ceux qui encaissent.

Conclusions

La littérature scientifique et l'évolution dans des pays comparables montrent comment la Suisse devrait pratiquer la compensation des risques si elle entend maintenir la prime unique: compléter la formule de la compensation des risques par des groupes de coûts par diagnostic et l'articuler sur un mode prospectif. Cette solution semble toutefois être victime d'un blocage politique. De surcroît, le législateur se trouve dans une urgence extrême, puisque la

compensation des risques actuelle est limitée au 31 décembre 2005. Le blocage politique et la situation d'urgence ont amené le Conseil fédéral à proposer comme seule solution une prolongation de cinq ans, ce qui est compréhensible mais dommage. Plusieurs travaux ont proposé d'apporter des corrections simples à la formule de la compensation des risques; ces corrections pourraient être introduites dès 2006 et apporteraient une amélioration considérable. Même une exécution rapide de la proposition du groupe de travail du professeur Holly (groupes de coûts par diagnostic) ne semble pas tout à fait impossible. En revanche, le temps risque de manquer pour un examen sérieux des deux solutions présentées par le présent article (réassurance avec la clause du plus favorisé; détournement des flux financiers).

Indications bibliographiques

Beck Konstantin (2004): *Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*, Berne (à paraître prochainement).

Beck Konstantin, Stefan Spycher, Alberto Holly et Lucien Gardiol (2003): Risk adjustment in Switzerland, *Health Policy*, vol. 65(1), 63–74.

Conseil fédéral (2004): Annexe au communiqué de presse du 25 février 2004 (www.bag.admin.ch/dienste/medien/2004/ff/anh_04022518.pdf)

Leu Robert E. et Stephan Hill (2002): *Six années de LAMal – la politique de la santé à la croisée des chemins: un document de réflexion*, Bâle, Interpharma.

Schulenburg J.-Matthias Graf von et Dietrich Viehregge (2003): *Rückversicherung und Risikostrukturgleich als Instrument der Risikoallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung*, *Zeitschrift für Versicherungswissenschaft*, n° 2/2003, 231–248.

Spycher Stefan (2002): *Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen*, éd. Paul Haupt, Berne.

Spycher Stefan (2003): *Risikoausgleich und Poolösungen («Grossrisikopool») in der obligatorischen Krankenversicherung*, sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales, Berne. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 19/2003, OCFIM, Berne

Van Barneveld Erik M., René C.J.A. Van Vliet et Wynand P.M.M. Van de Ven (1996): Mandatory high-risk pooling: An approach to reducing incentives for cream skimming, *Inquiry*, 33(2), 133–143.

Van de Ven Wynand P.M.M., Konstantin Beck, Florian Buchner, Dov Chernichovsky, Lucien Gardiol, Alberto Holly, Leida M. Lamers, Erik Schokkaert, Amir Shmueli, Stefan Spycher, Carine Van de Voorde, René C.J.A. van Vliet, Jürgen Wasem et Irith Zmora (2003): Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, *Health Policy*, Vol. 65(1), 75–98.

Van de Ven Wynand P.M.M. et Randall P. Ellis (2000): Risk adjustment in competitive health plan markets, in: Newhouse Joseph P. and A. J. Culyer (2000): *Handbook of Health Economics*, Chapter 14, Elsevier, Netherlands, 757–845.

Zweifel Peter et Michael Breuer (2001): *Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven*, rapport sur mandat de Cosama (Conférence d'assureurs suisses maladie et accident).

Stefan Spycher (38), économiste, directeur du bureau BASS (bureau d'études de politique du travail et de politique sociale), Berne,
e-mail: stefan.spycher@buerobass.ch.

⁴ Une adaptation du principe de base permet aux assureurs-maladie néerlandais de percevoir eux-mêmes jusqu'à 22 % de leurs recettes grâce aux primes par tête.