

# **Évaluation des répercussions de la compensation des risques affinée sur la concurrence sur le marché de l'assurance- maladie**

Étude menée sur ordre de l'Office fédéral de la santé publique

---

**Dr. Maria Trottmann**

**Dr. Harry Telser**

**Rapport intermédiaire concernant la première étape, novembre 2013**

# Résumé

## Introduction

Dans le secteur de l'assurance-maladie obligatoire, les assureurs-maladie suisses doivent accepter tous les clients et réclamer une prime unique, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas échelonner les primes en fonction des besoins en prestations prévus des clients. Sans la compensation des risques, l'assuré en bonne santé devient ainsi un client attrayant pour les assureurs-maladie: en effet, les primes versées sont supérieures aux besoins en prestations prévus. Inversement, l'assureur-maladie peut pronostiquer des besoins en prestations supérieurs aux montants des primes dans le cas de clients malades. Pour proposer des primes moins chères, les assureurs doivent donc s'efforcer de compter un nombre le plus élevé possible de clients en bonne santé parmi leurs assurés. La concurrence entre les assureurs-maladie suisses incite donc à une sélection des risques liées au système.

Pour corriger cette incitation non souhaitée par le législateur, une compensation des risques est mise en place depuis 1993. Elle est sensée compenser les avantages ou désavantages concurrentiels, qui n'existent qu'en raison de la structure des risques des assureurs. Cela permet de garantir la solidarité entre les personnes «en bonne santé» et «malades» et de renforcer la concurrence des prestations. Pour proposer des primes moins chères, les assureurs doivent réduire leurs dépenses, par exemple grâce à des procédures de gestion plus efficaces ou une administration réussie des traitements. Jusqu'en 2011, l'âge et le sexe constituaient les seuls critères de compensation. Depuis 2012, un nouveau critère est inclus à la compensation des risques, il s'agit il s'agit du «séjour en hôpital ou en établissement médico-social au cours de l'année précédente» (désigné ci-après par: séjour).

Le présent rapport constitue un rapport intermédiaire concernant la première étape de l'évaluation de la compensation des risques affinée en 2012. La question de savoir si l'affinement de la compensation des risques provoquerait la régression des avantages par rapport à la concurrence pouvant être obtenus par les assureurs avec une structure des risques plus avantageuse est au centre des préoccupations. Cette idée centrale a été choisie pour deux raisons: d'une part, l'objectif principal de la réforme était de définir correctement les incitations sur le marché de l'assurance-maladie, et ainsi favoriser la concurrence des prestations et la solidarité. D'autre part, les répercussions de la structure d'incitations modifiée ne sont visibles qu'après l'écoulement d'une certaine période. Actuellement, c'est-à-dire un an après la réforme, il serait encore précoce d'analyser les répercussions sur le marché.

## Répercussions de la réforme sur le volume de redistribution

Le volume redistribué entre les assureurs-maladie a augmenté d'environ 6% suite à la prise en compte du nouveau critère «Séjour». Le volume redistribué entre les assurés a augmenté de 17%. Une grande partie des dépenses de transfert liées au nouveau critère a donc lieu auprès des assureurs-maladie.

## Simulation des incitations financières pour la sélection des risques

Pour simuler les incitations pour la sélection des risques, il convient d'examiner les caractéristiques de risque qui ne sont pas compensés dans le cadre de la compensation des risques. La seule caractéristique disponible dans les données utilisées est le niveau de franchise. Bien que le niveau de franchise ne constitue qu'une caractéristique indirecte de l'état de santé, et ne devrait donc pas être pris en compte en tant qu'indicateur de la compensation des risques, il présente toutefois une relation forte avec le besoin individuel en prestations dans la mesure où les assurés en bonne santé choisissent en majorité des franchises élevées. Un pourcentage important de clients avec des franchises élevées révèle donc un pourcentage élevé de clients en bonne santé.

D'après ce critère, nous répartissons les assureurs en fonction d'une structure «économique» et «chère». Les assureurs avec une structure «économique» présentent des prestations nettes par personne considérablement moins élevées que ceux avec une structure «chère». L'analyse indique qu'un minimum de 60% des différences observées en termes de prestations nettes par personne sont liés aux différences de la structure des risques, et non pas à des différences d'efficacité. Cela devrait représenter une limite inférieure de l'influence de la structure des risques sur les prestations nettes, étant donné que l'analyse ne se base que sur une seule caractéristique de risque: le niveau de franchise.

L'influence de la compensation des risques est déterminée en ajoutant les versements de compensation des risques moyens estimés aux prestations nettes moyennes par niveau de franchise. Cette somme est appelée «Primes nettes calculées». Dans le Tableau 1, les primes nettes calculées moyennes sont illustrées de manière exemplaire.

**Tableau 1 Primes nettes calculées par an selon le niveau de franchise**

Franchise en CHF	Prestations nettes moyennes en CHF	Primes nettes avec CR selon âge et sexe en CHF	Différence par rapport à la franchise 300 CHF	Primes nettes avec CR selon âge, sexe et séjour en CHF	Différence par rapport à la franchise 300 CHF
300	5490	4401		4220	
1500	884	1701	2700	1988	2232
2500	471	1581	2820	1826	2394

CR: compensation des risques

*Nous appelons «primes nettes calculées» les prestations nettes moyennes, auxquelles viennent s'ajouter les versements dans la compensation des risques. Avec l'ancienne compensation des risques, les primes nettes des assurés avec un niveau de franchise 300 CHF sont 2700 CHF supérieures à celles des assurés avec un niveau de franchise de 1500 CHF. Le nouveau critère «Séjour» permet de réduire la différence à 2232 CHF. La différence est donc supérieure au rabais sur les primes maximales possible, même après l'affinement de la compensation des risques. Les assureurs-maladie avec un grand nombre de clients dans les niveaux de franchise élevés sont donc avantagés sur le marché.*

Source: calculs internes, Polynomics.

Sans la compensation des risques, les assurés du niveau de franchise 300 CHF auraient des primes nettes sensiblement plus élevées que les assurés avec des niveaux de franchise plus élevés. Les différences sont clairement estompées grâce à la compensation des risques selon l'âge et le sexe. Les primes nettes moyennes des personnes avec une franchise de 1500 CHF sont inférieures de 2700 CHF à celles des personnes avec une franchise de 300 CHF grâce à la compensation des risques selon l'âge et le sexe. Le critère supplémentaire «Séjour» permet de réduire les différences entre le niveau de franchise 1500 CHF et 300 CHF à 2232 CHF.

La différence des primes nettes calculées, avec 2232 CHF, est toutefois nettement supérieure au rabais de franchise maximal autorisé (840 CHF pour la franchise 1500 CHF). Les assureurs-maladie dotés d'un grand nombre de clients dans les niveaux de franchise bas sont donc désavantagés par rapport à ceux dotés de nombreux clients avec des franchises élevées.

### **Assureurs avec beaucoup de clients souffrant de maladies chroniques**

La caractéristique de risque «Maladies chroniques» sera discutée en se basant sur la littérature spécialisée correspondante. Il est indéniable que les patients atteints de maladies chroniques, telles que le diabète ou le VIH/sida, ont un besoin de prestations nettement plus élevé que les patients en bonne santé du même groupe d'âge et de sexe. Comme le montrent des analyses issues de la compensation de la structure des risques allemande, un grand nombre de ces patients sont traités en ambulatoire et ne sont donc pas reconnus comme des clients chers par la compensation des risques «Séjour». Les assureurs qui assurent un grand nombre de patients avec des maladies chroniques sont donc plutôt désavantagés par rapport à leurs concurrents disposant majoritairement de clients en bonne santé.

### **Remarque concernant la sélection des risques dans la concurrence des assurances-maladie**

Le fait que les assureurs-maladie puissent profiter d'avantages en raison d'une structure des risques avantageuse ne prouve pas qu'une véritable sélection des risques est réalisée sur le marché. La sélection des risques peut prendre des formes subtiles, et est donc difficile à justifier. Si elle se prouvait facilement, une interdiction pourrait être mise en place et la sélection des risques ne serait probablement plus considérée comme un problème politique.<sup>1</sup> Dans cette évaluation, nous avons analysé la sélection des risques en nous basant sur des stratégies multicaisses. Selon l'avis de nombreux experts (par ex. Beck et al. 2013, Baumgartner et Busato, 2012), la stratégie multicaisses est utilisée pour proposer des primes différentes en fonction des groupes de clients. Ainsi, les risques sont segmentés au sein des groupes rassemblant plusieurs caisses-maladie.

---

<sup>1</sup> Selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie, les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer (Art 4 LAMal). Par ailleurs, ils doivent garantir l'égalité de traitement des assurés et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci (Art. 13 LAMal). Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (Art. 61 LAMal). Il n'existe pas une interdiction explicite de la sélection des risques.

Nous trouvons des indications claires prouvant qu'il existe des différences considérables par rapport aux structures des risques des différentes caisses affiliées aux groupes en question. Environ 30% de la variabilité totale en termes de dépenses des assureurs-maladie peuvent donc être justifiés par la variabilité au sein des groupes rassemblant plusieurs caisses-maladie. Tant que la segmentation des risques au sein des groupes existe, elle pourrait toutefois reposer sur d'autres raisons que des stratégies conscientes de sélection des risques. Ainsi, les nouveaux assureurs sur le marché ont généralement un portefeuille de clients plus sains sans sélection des risques, les assurés en bonne santé étant en effet plus enclin au changement d'assureur que les assurés malades. Les assureurs qui misent fortement sur l'innovation produit, telle que les réseaux de médecins ou la télémédecine, attirent aussi un nombre surproportionnel d'assurés en bonne santé et obtiennent ainsi une structure des risques avantageuse.

### **Traitement des personnes changeant d'assureur lors du calcul de la compensation des risques**

Une question de mise en œuvre essentielle lors de l'introduction de la nouvelle compensation des risques était de savoir comment traiter les personnes changeant d'assureur. Les informations concernant l'hospitalisation au cours de l'année précédente ne sont en effet pas à la disposition du nouvel assureur, et ne peuvent donc pas être transmises à l'administration de calcul compétente. La stratégie choisie a été de mettre en place un échange de données entre l'ancien et le nouvel assureur. Trois scénarios différents nous ont permis de calculer la façon dont les versements de transfert changeraient si l'on renonçait à l'avenir à cet échange de données. D'après nos estimations, le volume de redistribution entre les assureurs augmenterait d'environ 1,4%. Certains assureurs individuels seraient toutefois plus fortement touchés. L'assureur le plus touché devrait verser environ 6 CHF de plus par mois et par assuré (en comparaison: les prestations nettes moyennes par mois sont de 260 CHF pour les adultes). Étant donné que les répercussions financières de l'échange de données sont plutôt faibles en comparaison avec les prestations nettes, la suppression de cette stratégie ne modifierait probablement que très peu les incitations sur le marché. En cas de poursuite de l'affinement de la compensation des risques, il conviendrait toutefois de procéder à une nouvelle analyse de cette situation.

### **Développement des primes et structure du marché**

Comme indiqué plus haut, il est encore trop tôt pour se pencher sur une analyse du développement des primes et de la structure du marché. Dans les données relatives aux primes des années 2013 et 2014, nous avons toutefois pu constater que les assureurs avec une structure des risques chère avaient une croissance des primes comparativement modeste. Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle l'affinement de la compensation des risques permettrait de réduire les inconvénients en termes de prime des assureurs avec une structure des risques chère. L'effet du rabais sur les primes pour les jeunes adultes de 19 à 25 ans est également visible. Les différences de coûts moyennes entre les groupes d'âge sont entièrement équilibrées, comme cela a été déjà le cas sous l'ancienne (loi de la) compensation des risques. Les primes nettes calculées des jeunes adultes sont donc égales à celles de tous les autres groupes d'âge. Il n'est donc pas surprenant

que les rabais pour les jeunes adultes n'aient cessé de baisser et que de nombreux assureurs finissent par ne plus proposer de rabais. Si le législateur souhaite la mise en place de rabais sur les primes en fonction de certaines caractéristiques de risques, nous déconseillons la compensation totale des avantages moyens en termes de coûts en fonction de ces caractéristiques par le biais de la compensation des risques.

### Résumé et recommandations

Pour résumer, l'on peut dire que l'affinement de la compensation des risques a contribué à un renforcement de la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades. La situation s'est notamment améliorée pour les patients traités en stationnaire. Les assureurs-maladies assurant une quantité surproportionnelle de malades chroniques souffrent toutefois toujours d'un désavantage par rapport à la concurrence. La solidarité entre hommes et femmes, jeunes et plus âgés est restée invariablement élevée. Les différences de coûts moyennes entre les groupes d'âge et de sexe avaient déjà entièrement été compensées par la mise en place de l'ancienne compensation des risques, et cet état n'a pas changé avec l'intégration du nouveau critère «Séjour».

Les recommandations suivantes concernant les mesures à prendre peuvent être déduites de l'analyse:

- Intégrer les maladies chroniques dans la compensation des risques  
Même après l'affinement de la compensation des risques avec le nouveau critère «Séjour», les assurés souffrant d'une maladie chronique ont des montants de couverture fortement négatifs. Cela s'applique notamment aux maladies traitées majoritairement en ambulatoire. Les assureurs-maladie dotés d'un grand nombre de patients souffrant de maladies chroniques sont donc désavantagés par rapport à la concurrence. La compensation des risques doit être affinée afin que les assureurs-maladie maintiennent les versements de compensation aussi pour les personnes avec des besoins en prestations élevés dans le secteur ambulatoire. Une modification correspondante de la législation est actuellement en cours de discussion au Parlement. Cette modification est déposée par deux initiatives parlementaires (11.473 et 12.446) et une motion (12.3815). Elle fait également partie d'un projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie adopté par le Conseil fédéral (message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 20 septembre 2013). L'on peut penser qu'elle sera validée dans un futur proche.
- Vérifier les répercussions sur les rabais sur les primes recherchées lors de l'affinement de la compensation des risques  
Le calcul concret des approches de compensation des risques peut être construit différemment. Selon la méthode de calcul actuellement utilisée, les différences de coûts moyennes entre les classes de risques sont entièrement compensées. Comme le montre le rapport d'évaluation, il n'est pas possible dans cette situation d'octroyer un rabais justifié aux jeunes adultes bien que le législateur prévoie un tel rabais. En cas d'affinement de la compensation des risques, une situation similaire pourrait survenir pour d'autres rabais

souhaités également. Lors de l'affinement d'une compensation des risques, le fait de vérifier les répercussions sur les rabais sur les primes souhaités est justifié pour procéder aux éventuelles corrections de la méthode de calcul. La littérature spécialisée propose des méthodes permettant de structurer une telle correction.



Polynomics AG  
Baslerstrasse 44  
CH-4600 Olten  
[www.polynomics.ch](http://www.polynomics.ch)  
[polynomics@polynomics.ch](mailto:polynomics@polynomics.ch)  
Téléphone +41 62 205 15 70  
Fax +41 62 205 15 80

---