

Compensation des risques dans l'assurance-maladie : une amélioration par l'extension ?

Dans les débats en cours, une extension de l'actuelle compensation des risques semble impliquer une mesure appropriée pour prévenir la sélection inopportune des risques.¹ Mais la répartition inégale des assurés les plus coûteux entre les assureurs démontre qu'un tel espoir ne va pas de soi. Une solution de réassurance pourrait mieux correspondre à l'objectif visé tout en limitant les effets secondaires indésirables.

Till BANDI, chef de la section Statistique, OFAS

1. Faut-il améliorer la compensation des risques ?

En introduisant la compensation des risques, le législateur visait à donner à tous les assureurs (pour une période transitoire en tout cas) les mêmes armes face à la concurrence. Autrement dit, l'assureur ne devait plus avoir de raison d'interdire aux mauvais risques l'accès à sa propre caisse dans le but d'en maîtriser les coûts, car l'équilibre allait se faire grâce à la concurrence. Or le coup d'audace d'une grande caisse-maladie – elle a tenté en 1997 de persuader les mauvais risques (autrement dit les assurés en mauvaise santé et susceptibles d'occasionner des coûts élevés) de s'affilier ailleurs – a clairement montré qu'en dépit de la compensation des risques récemment introduite, les caisses étaient fortement tentées de sélectionner les risques. La question se pose donc de savoir si la compensation des risques pratiquée à ce jour

- était/est encore mal appliquée,
- n'est pas un instrument approprié pour atteindre l'objectif fixé, ou

1 Dans cette optique, le Conseil national a décidé à une courte majorité, lors de sa séance du 31 mai 1999 sur la révision partielle de la LA-Mal, d'introduire le risque d'hospitalisation comme critère supplémentaire servant à calculer la compensation des risques. Le Conseil des Etats n'a pas encore pris position à ce sujet.

2 Des coûts administratifs élevés sont parfois le signe d'une gestion intensive des coûts.

- nécessite une extension pour fonctionner de façon optimale.

Pour y répondre, il faut considérer que la compensation des risques n'est qu'une partie d'un système complexe visant à garantir à toute la population des soins de base appropriés, au moyen de prestations médicales dispensées dans des conditions supportables pour l'économie.

Fonctionnement de la compensation des risques

Rappelons brièvement le fonctionnement actuel de la compensation des risques (schéma 1), fondée sur la différence d'âge : Les assureurs sont tenus, pour leurs jeunes assurés, de payer un montant qui correspond à la différence entre les faibles coûts moyens du groupe et la moyenne générale (surface B). Inversement ils reçoivent pour les personnes âgées une contribution de compensation qui correspond à la différence entre les coûts élevés du groupe et la moyenne générale (surface E). Dans cette opération, la somme des coûts dus est égale à la somme des coûts remboursés. L'objectif de la compensation des risques est ainsi de prévenir toute distorsion de la concurrence, qui ne doit pas jouer sur une sélection des risques.

Précisons que la compensation des risques, dont le volume dépasse les 3 milliards de francs, porte sur un quart environ des coûts des soins dans l'assurance-maladie obligatoire.

2. Les assureurs-maladie peuvent-ils influencer leurs coûts ?

Pour simplifier et en laissant de côté la question des coûts administratifs,² les assureurs-maladie ont deux moyens d'action sur leurs coûts : la gestion des coûts et la sélection des risques.

a) Par la gestion et le contrôle des coûts

Les assureurs peuvent s'attacher à maintenir les coûts de leurs assurés à un très bas niveau. Ils y parviennent en axant leur politique sur la maîtrise des facteurs de coûts de la santé.

Principaux facteurs de coûts de la santé :

1. Tarifs/prix
2. Nombre de fournisseurs de prestations / infrastructure
3. Comportement des assurés / des malades
4. Comportement des fournisseurs de prestations
5. Progrès techniques

b) Par la sélection des risques

Les assureurs-maladie peuvent par ailleurs tenter de refuser systématiquement dans leur caisse tout individu susceptible de coûter plus cher que la moyenne des assurés – déduction faite du montant de la compensation des risques. Et s'ils comptent déjà de tels risques dans leur caisse, ils inciteront les assurés concernés à changer de caisse. On est alors en présence de l'enchaînement suivant : si la concentration des mauvais risques augmente fortement auprès d'un assureur, le montant des primes grimpe proportionnellement, puisqu'il faut que les primes couvrent l'intégralité des coûts. Or des primes élevées poussent les assurés à envisager de quitter leur caisse pour une autre plus avantageuse. Le législateur entend bien que les assurés usent de leur droit de libre passage dès lors que l'écart entre les primes le justifie.

Ce schéma théorique suppose que les assurés aient une attitude rationnelle et utilisent la possibilité d'économiser des coûts et des primes. Mais l'expérience manque et les plaintes provenant d'assureurs-maladie donnent à penser que ce schéma ne reflète pas (du moins pas complètement)

la réalité. Différentes considérations peuvent expliquer ses «faiblesses de fonctionnement» :

Les assurés en mauvaise santé craignent que leur assurance complémentaire soit résiliée en même temps que leur assurance de base. Cette situation permet aux assureurs de jouer sur la possibilité de modifier la structure des risques dans l'assurance de base en sélectionnant les risques dans les assurances complémentaires. Finalement, ce pourrait être la peur (fondée ou non) qui pousse les assurés en mauvaise santé à changer moins volontiers de caisse que les autres assurés.

Le même comportement se retrouve plus souvent chez les assurés âgés qui craignent davantage que les jeunes de changer de caisse. Dans ce cas toutefois, la compensation des risques intervient pour pallier les effets sur les coûts. Dans l'ensemble, on peut partir du principe que pour l'instant les assurés les plus disposés à changer de caisse sont ceux que l'on classe dans le groupe des bons risques.

3. L'état de santé, un facteur de coût ?

L'actuelle compensation des risques part du principe que les coûts dépendent fortement de l'âge et du sexe. L'état de santé n'est pas pris en considération. Or il est bien évident que certaines personnes âgées jouissent d'une excellente santé et inversement, que de jeunes assurés occasionnent des coûts très élevés.

Divers assureurs intéressés à une plus forte compensation des coûts ont donc montré que, si l'on voulait expliciter les coûts, il fallait prendre en considération d'autres indicateurs plus particulièrement révélateurs de l'état de santé des assurés.

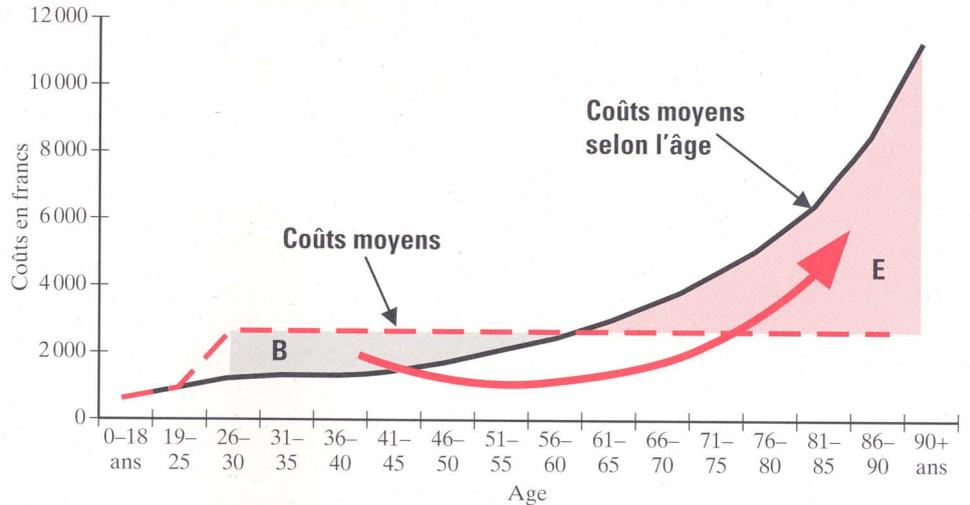
Alors que la manière de procéder actuelle attribue tous les coûts aux facteurs de l'âge et du sexe, les propositions partent du principe que l'état de santé influence directement les coûts, et il ne devrait pas seulement apparaître dans la compensation des risques au niveau du classement par groupe d'âge.

L'introduction de facteurs supplémentaires pourrait avoir pour conséquence que la compensation des risques se complique notablement et perde en transparence.

Enfin, ces considérations ne doivent pas faire oublier qu'il s'agit ici

Schéma de la compensation des risques

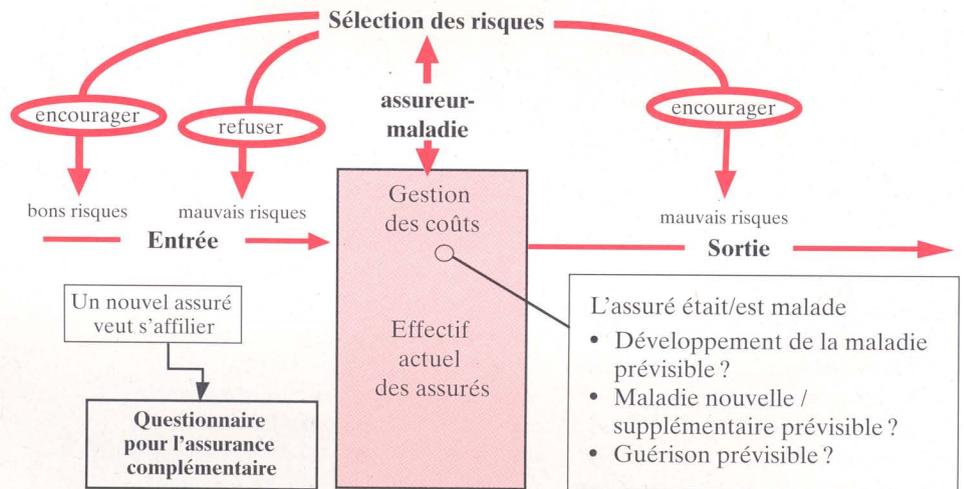
1



Les chiffres se réfèrent à la compensation des risques de 1997.

Points d'ancrage de la sélection des risques

2



de la compensation des risques entre les assureurs et que l'on ne diminue guère l'attrait de la sélection des risques. Et cela, sans avoir pour autant réduit l'attrait de la sélection des risques.

4. La structure des coûts, base et limite des diverses solutions

Comme le montre le graphique 4b, les coûts des assureurs-maladie se répartissent de manière unilatérale. Dans le secteur hospitalier par exemple, les 20% des cas les plus coûteux occasionnent environ 95% des coûts. En chiffres absolus, environ 600 personnes entraînent des

coûts supérieurs à 100 000 francs par an. Il est clair, que ces cas onéreux ne sont pas répartis de manière équitable entre les divers assureurs. Dans ces circonstances, le réaménagement proposé de la compensation des risques ne diminue pas que faiblement l'incitation à pratiquer une sélection ciblée des risques.

5. Solutions diverses et effet modérateur sur la sélection des risques

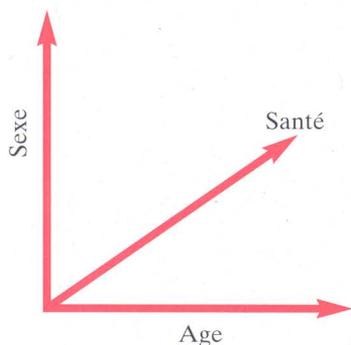
a) Compensation des coûts

Caisse unique

Le cas extrême de la «caisse unique» montre bien où résideraient les avantages et les inconvénients d'un

Caractéristiques des assurés et facteurs de coûts

3



renforcement de la compensation des coûts.

Introduire une caisse unique reviendrait à affilier tout le monde au même assureur et garantirait une pleine compensation des coûts entre les bons et les mauvais risques. Cette caisse rendrait superflue toute compensation des risques. Car outre ceux liés à la vieillesse et au sexe, elle prendrait en charge le risque «état de santé». Ajoutons qu'une caisse unique interdirait toute sélection des risques, mais qu'inversement elle mettrait un terme à la concurrence entre assureurs. En même temps, une solution unique centralisant les décisions présenterait l'avantage (en théorie du moins) de donner plus de poids aux revendications des clients face aux fournisseurs de prestations.

Les inconvénients d'une telle solution centralisée sont tout aussi évidents. Les incitations pour les divers fournisseurs de prestations et pour le processus politique de décision s'apparenteraient à celles que connaissent les systèmes d'économie planifiée; une adaptation souple aux différents besoins des assurés, mais aussi aux circonstances locales, serait difficilement sinon guère possible. De plus, la solution d'une caisse unique n'exercerait pas d'influence directe sur les progrès techniques de la médecine: les effets sur les coûts engendrés par de meilleures méthodes de traitement ne pourraient être qu'indirectement influencés, par exemple au niveau d'un rationnement des prestations médicales.

Reste ouverte la question du rapport entre l'assurance de base et les assurances complémentaires. Si les assureurs restaient aussi nombreux à

pratiquer les assurances complémentaires, le problème de la sélection des risques continuerait à se poser – et même il s'accroîtrait. En effet, si l'approvisionnement en soins de base devenait difficile (problèmes de files d'attente, etc.), l'assurance complémentaire se faufilerait dans la brèche.

Concurrence et compensation des coûts

On peut se représenter la réalisation d'une pleine compensation des différents coûts dans le cadre de la compensation des risques. Faute de pouvoir extrapoler avec certitude le risque de chaque cas de maladie, il faudrait en fin de compte partir du principe qu'une prime unique et couvrant les coûts servirait à compenser les excédents et les déficits des assureurs. La sélection des risques ne présenterait plus aucun avantage pour les caisses – mais elles n'auraient plus non plus d'intérêt économique à prendre des mesures visant à économiser les coûts. Dans un système de ce genre, les assureurs auraient tendance à s'intéresser d'abord (indépendamment des conséquences financières) à satisfaire les désirs qu'ont les assurés de disposer d'une couverture des soins aussi bonne et étendue que possible.

Si l'on réduit en revanche la compensation des risques (autrement dit si l'on ne vise plus la pleine compensation des coûts), une tendance plus ou moins marquée à pratiquer la sélection des risques ressortit automatiquement.

Si la compensation des coûts n'est plus que partielle, la question de son application pratique se pose alors. Pour simplifier, deux paramètres permettent d'évaluer une solution adéquate: le genre de maladie et les coûts résultants. Or ces critères présentent tous deux des inconvénients majeurs. D'une part, le genre de maladie n'est pas un critère objectif, mais il dépend de nombreux facteurs – d'où des problèmes importants de mesure et d'information (auxquels s'ajoutent des problèmes de protection des données). D'autre part, si l'on part du critère des «coûts résultants», on englobe en même temps les effets incitatifs qui s'y lient: il n'est pas possible de vérifier si les coûts sont justifiés (à moins de recourir à un nouveau mécanisme de surveillance complexe).

b) Solution alternative: la réassurance

L'introduction d'une solution de réassurance pourrait se révéler l'option la plus conforme à l'idée que le législateur se faisait de la concurrence. Diverses variantes sont envisageables:

Réassurance en excédent de perte (stop-loss)

La réassurance couvre les coûts au-delà d'un certain montant – à titre d'exemple, la réassurance pourrait prendre en charge les coûts dépassant 30 000 francs.

Réassurance de cas en cas

Ce deuxième instrument permet de réassurer des coûts élevés liés à des cas précis. Il serait judicieux en l'occurrence de ne pas se référer aux coûts. Le plus simple serait de dresser un catalogue de maladies dont le diagnostic est clair et les coûts élevés, ces derniers étant alors réassurés. La LAMA prévoyait déjà de telles solutions à titre facultatif, mais la LAMal les a partiellement abandonnées. L'avantage résiderait dans la possibilité de cibler l'action sur les traitements et sur les coûts – grâce à une concentration sur les maladies retenues. Si l'on s'en tient à la réduction des coûts en faisant abstraction de toute utilisation abusive de cet instrument, une solution de ce genre pourrait aussi contribuer au contrôle ciblé de la qualité et à son amélioration lors de traitements complexes.

Réassurance du portefeuille de risques

Une troisième possibilité serait de faire examiner les différents portefeuilles de risques en vue de les réassurer. Les assureurs auraient ainsi toujours intérêt à réduire leurs coûts – en particulier en ce qui concerne les cas les plus coûteux.

La répartition inégale des assurés présentant des coûts très élevés fait que les assureurs-maladie avec des coûts modestes n'ont, le cas échéant, aucun intérêt à participer librement à un système de réassurance. Une telle solution nécessite donc, si rien n'aboutit au sein de la branche, l'inscription d'une obligation au niveau de la loi. Mais cette dernière pourrait parfaitement se limiter à un secteur de base, si bien que des solutions individuelles plus poussées auraient également leur place.

6. Conclusion

La sélection des risques restera un mal inévitable aussi longtemps que les assureurs y trouveront des moyens d'obtenir, à peu de frais, d'importants avantages concurrentiels.

En introduisant le libre passage intégral et le libre choix de l'assureur-maladie, le législateur a conféré aux assurés une certaine «souveraineté des consommateurs» dans l'assurance obligatoire des soins. L'assuré détermine s'il veut changer de caisse et fait son choix quel que soit son propre état de santé. Il est donc extrêmement important que les assurés prennent conscience de leur responsabilité et puissent penser avec une sécurité suffisante qu'un changement d'assureur ne leur portera pas préjudice. L'opération requiert toutefois un processus d'apprentissage particulièrement long. Au vu des grands changements inhérents à la LAMal et à cause des difficultés dans l'introduction de cette loi, ce changement d'attitude ne s'est pas suffisamment imposé jusqu'ici.

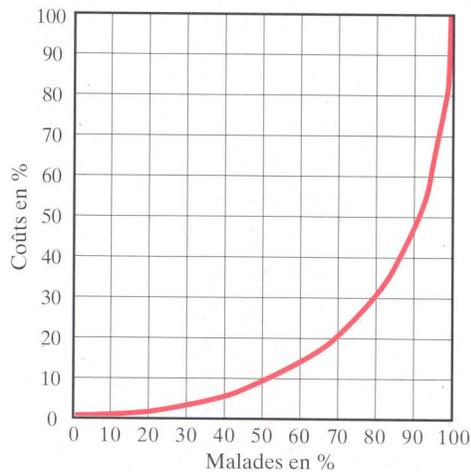
Pour résumer :

- L'actuelle compensation des risques (groupant les coûts d'après l'âge et le sexe) a donné de bons résultats à cause de la relative facilité avec laquelle on peut la réaliser.
- Les propositions de réaménagement de la compensation des risques ouvrent la voie à une compensation des coûts. Elles créent en outre des incitations qui font obstacle aux mutations structurelles du système de la santé (traitements ambulatoires ou en milieu hospitalier).
- Une compensation des coûts entre les assureurs introduit des incitations perverses dans le secteur de la gestion des coûts et contredit l'objectif de concurrence fixé dans la LAMal.
- En pratique, la sélection des risques dans le domaine de l'assurance-maladie restera un mal inévitable tant qu'une pleine compensation des coûts n'aura pas été atteinte.
- Le meilleur moyen d'atteindre une amélioration ciblée de la concurrence consisterait à introduire des mécanismes de réassurance. A cette fin sont envisageables tant l'initiative personnelle des assureurs que des solutions communes de branche. On peut songer à une réglementation

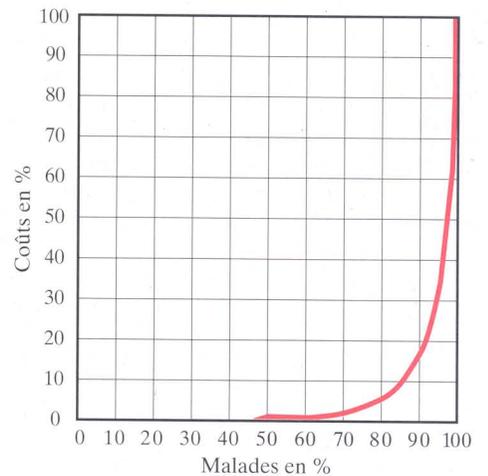
Quelques assurés absorbent le plus gros des coûts de la santé

4

a) Coûts totaux 1997



b) Coûts en milieu hospitalier 1997



Source : Statistique administrative des données 1997 de l'Office fédéral des assurances sociales

Les 10 % des assurés présentant les coûts les plus élevés occasionnent environ 50 % des coûts totaux de santé dans l'assurance obligatoire des soins. Dans le cas des soins en milieu hospitalier, 10 % des assurés totalisent même 90 % des coûts.

complémentaire au niveau légal pour éviter des abus flagrants – mais il resterait toutefois à créer les bases légales nécessaires. —

(Traduit de l'allemand)