

L'ordinateur permet actuellement d'adapter par écran interposé un appareil acoustique digital. Le nombre croissant de paramètres réglables individuellement nécessite un réglage personnalisé.

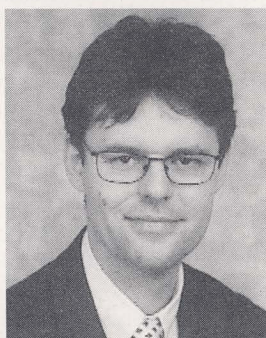
Conclusion

La nouvelle convention réunit les conditions pour un appareillage acoustique individualisé en fonction de l'indication médicale. Le nouveau tarif permet, quant à lui, d'abaisser sensiblement les prix des appareils acoustiques. En adoptant désormais un système fondé sur l'indication médicale, on peut s'attendre à une diminution supplémentaire des coûts des assurances sociales. Dans des cas particuliers, les économies peuvent atteindre jusqu'à 30%. Soulignons cependant que le nouveau tarif ne signifie pas que l'on économise «sur le dos» des assurés. Les prix admis par les assurances sociales ne sauraient en aucun cas entraîner une surcharge involontaire pour les personnes assurées. Certes, le nouveau tarif ne met pas le point final à la problématique des prix des appareils acoustiques. Mais cette base rend désormais possibles la saisie et l'évaluation des données individuelles statistiques sur l'évolution des prix et des tarifs. —

(Traduit de l'allemand)

Assurance-maladie : les effets sous-évalués de la compensation des risques

La compensation des risques a été introduite dans l'assurance-maladie en 1993 par un arrêté fédéral urgent. L'analyse des résultats – portant sur cinq ans – montre que cette mesure a partiellement fait reculer la désolidarisation, notoire au début des années 90, entre personnes en bonne santé et personnes malades, entre jeunes et vieux. Les effets de la compensation des risques ont donc été plus importants par le passé que ne le laissent supposer les discussions politiques récentes. Mais malgré ce succès, elle doit être réformée, car sa forme actuelle perturbe la concurrence entre assureurs.



Stefan SPYCHER, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS, Berne

L'arrêté fédéral urgent du 1.1.1993 introduisant la compensation des risques a été pris à titre de «mesure temporaire contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie». Dans ce contexte, le terme de «désolidarisation» désignait notamment l'évolution qui permettait aux caisses bénéficiaires d'effectifs d'assurés «rentables» d'offrir des primes basses et, partant, d'attirer de nouveaux assurés «rentables» eux aussi. Un fossé se creusait entre elles et les assureurs dont les structures de coûts étaient relativement défavorables («mauvais risques»), qui pratiquaient par voie de conséquence des primes plus élevées. La solidarité entre jeunes et vieux et entre personnes en bonne santé et personnes malades s'en trouvait toujours plus malmenée.

La compensation des risques était donc destinée à faire augmenter les primes des caisses qui présentaient des structures favorables et à faire baisser celles des assureurs désavantagés par des risques défavo-

rables. A moyen terme, le rapprochement des primes devait influencer les changements de caisse-maladie de manière à ce que – selon l'intention du législateur – les structures de risques des différents assureurs s'harmonisent (ou du moins que la différence qui les séparait cesse d'augmenter), ce qui aurait éventuellement rendu la compensation des risques superflue. Au bout du compte, les effectifs d'assurés de toutes les caisses auraient été «plus homogènes» sur le plan de la structure des risques.

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) entrée en vigueur en 1996 a mis en place les conditions générales indispensables à la définition des modalités concrètes de la compensation des risques qui, entre autres impératifs, devait éviter le plus possible de susciter une distorsion ou une entrave à la concurrence entre caisses, facteur majeur de baisse des coûts. La compensation des risques est en vigueur jusqu'à fin 2005.

Les actuaires formulent les objectifs de la compensation des risques d'une manière quelque peu différente. Ils demandent en particulier que, dans l'assurance obligatoire des soins, elle ne constitue plus pour les caisses une incitation à la sélection des risques (choix délibéré d'assurés plus rentables). Si la sélection des risques est indésirable, c'est qu'elle défavorise les mauvais risques, immobilise des ressources qui pourraient être affectées à la baisse des coûts et se traduit non pas par un recul des coûts, mais par leur simple déplacement d'un assureur à l'autre.

Calcul de la compensation

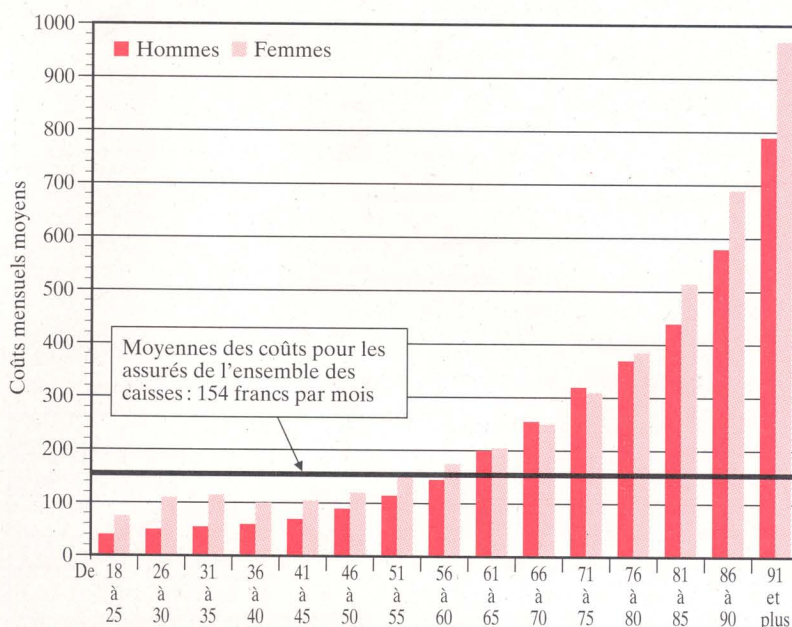
Pour le calcul de la compensation des risques, les assurés adultes sont répartis en groupes de risques. Le premier groupe concerne les assurés de 18 à 25 ans. Les assurés qui ont entre 26 et 90 ans sont répartis par tranches d'âge de cinq ans. Le dernier groupe de risques concerne les assurés âgés de plus de 91 ans. On obtient ainsi 15 groupes de risques: mais comme le sexe est également un critère de classification, le calcul de la compensation des risques se fait finalement avec 30 classes de risques. Les enfants et les jeunes au-dessous de 18 ans ne sont pas pris en compte.

Pour chaque assuré d'un groupe de risques, un calcul détermine si l'assureur perçoit une contribution de la compensation des risques ou si, au contraire, il doit payer une redevance à son propos. Ce calcul s'opère de la manière suivante: on détermine d'abord la moyenne par assuré des coûts engendrés par les assurés de l'ensemble des caisses; puis la moyenne par assuré des coûts à l'intérieur de chacun des groupes de risques, pour tous les assurés d'un même groupe de l'ensemble des caisses. La différence entre la valeur moyenne du groupe de risques et la valeur moyenne pour l'ensemble des assurés indique si la caisse perçoit une contribution (lorsque le signe est négatif) ou si elle doit payer une redevance (lorsque le signe est positif). Et l'on peut déterminer si une caisse-maladie présente un solde global débiteur ou créditeur vis-à-vis de la compensation des risques, dès lors que contributions et redevances sont fixées pour chaque assuré.

Le **graphique 1** présente la situation finale de la compensation des risques en 1997 pour le canton de

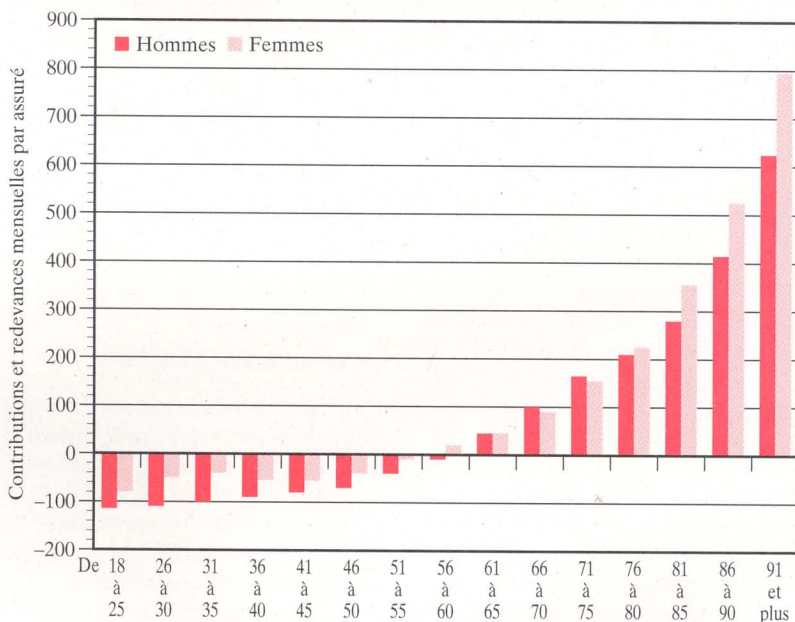
Coûts moyens par assuré selon le groupe de risques, canton de Berne, 1997

1a



Contributions et redevances par mois et par assuré, canton de Berne, 1997

1b



Source: Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie; données de l'Institution commune LAMal.

Berne. L'exemple porte sur un seul canton, car la compensation des risques est calculée séparément pour chacun des cantons. La moyenne des coûts par assuré est présentée dans le graphique 1a pour chacun des 30 groupes de risques. Il apparaît clairement que la moyenne augmente avec l'âge. A l'exception de deux groupes («66 à 70» et «71 à 75»), la

moyenne des coûts concernant les femmes était supérieure à celle des hommes. La moyenne des coûts pour les assurés de l'ensemble des caisses était de 154 francs par mois et de 1845 francs par an. Les groupes de risques jusqu'à 55 ans présentent des coûts moyens inférieurs à cette moyenne. Les caisses ont donc dû payer des redevances pour ces

Montants bruts et montants nets de la compensation des risques de 1993 à 1997

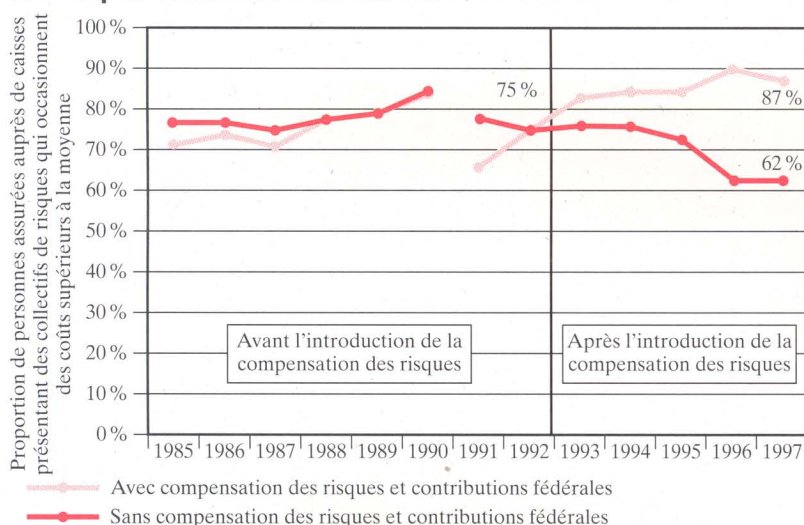
2

	1993	1994	1995	1996	1997
Montants bruts, en millions de fr. (1)	1650	1691	1856	2688	2899
Montants nets, en millions de fr. (2)	284	315	356	530	532
Rapport (2) / (1)	17 %	19 %	19 %	20 %	18 %

Source : Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie ; calculs personnels

Proportion de personnes assurées auprès de caisses présentant des collectifs de risques qui occasionnent des coûts supérieurs à la moyenne, avec et sans compensation des risques et contributions fédérales, Suisse 1985-1997

3



Source : Données de l'institution commune LAMal (à partir de 1991) et de l'OFAS (jusqu'en 1990)

groupes. Avec le groupe de risques «56 à 60» nous atteignons un tournant : les coûts moyens relatifs aux femmes sont déjà au-dessus de la moyenne générale, et ceux relatifs aux hommes encore à peine en dessous.

Le graphique 1b montre les contributions et les redevances par assuré et par groupe de risques. En 1997, les assureurs du canton de Berne ont dû payer la plus grande redevance pour les hommes de la tranche d'âge de 18 à 25 ans (115 fr.) ; ils ont perçu la plus grande contribution pour les femmes âgées de plus de 90 ans (789 fr.). Le montant à payer ou à percevoir résulte d'un calcul global : l'assureur doit payer des redevances pour les jeunes assurés, alors qu'il perçoit des contributions pour les assurés âgés. La compensation des risques, comme son nom l'indique, veille à neutraliser le solde entre les contributions et les redevances. En d'autres termes, le montant total payé par certains assureurs

est exactement égal à celui des redevances totales perçues par les autres.

Le volume des transferts

Nous distinguons le montant brut et le montant net de la compensation des risques. Le *montant brut* résulte de l'addition de tous les soldes de la compensation des risques au niveau du groupe de risques. En d'autres termes, chaque assureur a des groupes de risques pour lesquels il paye des redevances, mais également des groupes pour lesquels il perçoit des contributions. Pour le transfert entre les assureurs, c'est la position nette qui est déterminante, soit le solde de la caisse par rapport à l'ensemble des groupes de risques. Dans le calcul du montant brut, les frontières entre les caisses sont donc abolies : la somme est faite de l'ensemble des positions nettes d'un groupe de risques donné de toutes les caisses et de tous les cantons. Le montant brut est donc un indicateur

au vu de la redistribution entre les différentes classes d'âge et les sexes, provoquée par la compensation des risques indépendamment des caisses. Le *montant net*, quant à lui, correspond à la somme des montants effectivement versés au service d'application de la compensation des risques (le secrétariat de l'institution commune LAMal) et qui sont ensuite versés aux ayants droit. Comme indiqué, le calcul de la position nette d'un assureur utilise le solde des contributions et des redevances de l'ensemble des groupes de risques («clearing»). Cette façon de faire – judicieuse dans la pratique – en réduit le montant.

Le **tableau 2** montre l'évolution des montants bruts et des montants nets entre 1993 et 1997. On notera les points suivants :

- Les montants bruts sont nettement plus élevés que les montants nets. La dernière ligne du tableau 3 montre que les montants nets ne font que 20 % des montants bruts. Cela signifie que la redistribution effective entre les groupes de risques est beaucoup plus grande que celle qui est effectuée entre les assureurs : 80 % de la redistribution se fait donc à l'intérieur des caisses. Si l'on rapporte montants bruts et montants nets de 1997 aux coûts engendrés durant la même année, le montant brut 28 % – ce qui est considérable ; le montant net ne représente que 5 %. La signification de la compensation des risques est donc plus importante qu'on ne l'a entendu récemment de divers côtés.

Ni les changements de caisse-maladie ni les fusions de caisses n'ont contribué à améliorer l'homogénéité des effectifs de risque.

- L'augmentation du montant redistribué est marquante depuis 1993. Le montant net de 1997 – le montant effectivement transféré entre les assureurs – était bien une fois et demie celui de 1993.
- L'évolution entre 1993 et 1997 n'est pas linéaire. Ce qui frappe le plus, c'est le saut entre 1995 et 1996.

On peut considérer qu'il est dû pour 58 % à la modification du mode de calcul de la compensation des risques, pour 26 % à la suppression des subventions fédérales et pour 16 % à l'augmentation des coûts.

Le laps de temps écoulé depuis l'introduction de la compensation

La compensation

des risques dans sa forme

actuelle empêche

les nouvelles formes

d'assurance de se propager.

des risques en 1993 – sur lequel repose l'analyse de ses effets – est relativement court. Par ailleurs, le droit de l'assurance-maladie a subi depuis lors d'autres modifications essentielles (par exemple l'application de l'arrêté fédéral urgent sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie entre 1993 et 1995 et l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie en 1996). Néanmoins, de nettes tendances se dessinent.

Désolidarisation partiellement jugulée

- La désolidarisation a pu être enrayée et même inversée, comme le prouve le net rapprochement des primes des assureurs. Il est probable que cette évolution est due non seulement à la compensation des risques, mais aussi et surtout à l'arrêté fédéral sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie.

En premier lieu, les primes sont déterminées par les coûts. Se sont-elles de ce fait également rapprochées? La réponse à cette question varie selon que l'on considère les coûts avant ou après la prise en compte de la compensation des risques et des contributions fédérales (jusqu'en 1995). Si l'on tient compte des contributions et des redevances fédérales, on constate que les structures de coûts se sont nettement rapprochées. Le **graphique 3** montre que la part des assurés qui sont sous contrat chez les assureurs et dont les

coûts nets par assuré se démarquent de $\pm 20\%$ par rapport à la moyenne générale, a nettement augmenté au cours des années. La compensation des risques a déployé l'effet souhaité.

En revanche, si l'on fait abstraction des contributions et des redevances fédérales, on constate que la ségrégation des risques entre assureurs s'est poursuivie. Le graphique 3 montre que la proportion des assurés auprès de caisses dont les coûts moyens n'ont pas varié a passé de 75 % (1992) à 62 % (1997). A ce jour, ni les changements de caisse-maladie ni les fusions de compagnies d'assurances n'ont contribué à améliorer l'homogénéité des effectifs de risque. Néanmoins, cet état de fait ne constitue pas un problème aigu tant que la compensation des risques remplit son office de correctif. Cela signifie en d'autres termes que si on le supprimait, le fossé entre les effectifs de risque s'approfondirait rapidement, car la sélection des risques présenterait de nouveau des avantages pour les caisses.

La sélection des risques perdure

La sélection des risques continue à être pratiquée, et cela de manière très ciblée. L'introduction de la compensation des risques selon les facteurs de l'âge et du sexe a engendré un changement majeur: écarter les assurés âgés est moins urgent. Il n'en reste pas moins que, de manière générale, le comportement envers les mauvais risques déjà assurés n'a vraisemblablement pas beaucoup changé, car l'état de santé ne fait pas partie intégrante de la compensation des risques. De même, les assureurs n'ont pas modifié leur attitude en ce qui concerne l'admission de nouveaux assurés. En voici les raisons:

- La plupart des assureurs s'intéressent essentiellement au domaine – lucratif – de l'assurance complémentaire, contrairement à celui de l'assurance de base où ils sont contraints d'affecter leurs bénéfices à l'augmentation des réserves ou à la baisse des primes. En ce qui concerne le démarchage de nouveaux assurés dans le domaine de l'assurance complémentaire, ce sont les personnes jeunes (en bonne santé) qui constituent le public cible des assureurs. Or, les caisses pourraient également dégager des bénéfices sur les nouveaux assurés plus âgés ou ma-

lades, étant donné qu'elles sont en droit de percevoir des primes adaptées au risque. Toutefois, ces primes peuvent – si aucune réserve n'est faite – atteindre un niveau qui n'est plus intéressant pour les assurés. Par ailleurs, les assurés plus âgés changent bien moins souvent de caisse que les plus jeunes.

- Dans le domaine de l'assurance complémentaire comme dans celui de l'assurance de base, les informations dont nous disposons indiquent que la sélection est effectuée non seulement en fonction de l'âge, mais aussi selon les critères «état de santé», «revenus», «niveau de formation» et «degré d'urbanité». Les possibilités de sélection des risques dans le domaine de l'assurance complémentaire influencent fortement celui de l'assurance de base, car la plupart des personnes préfèrent assurer ces deux risques auprès de la même caisse.

- Les répercussions de la sélection dans le domaine de l'assurance complémentaire seraient moindres si la compensation des risques dans l'assurance de base tenait compte des critères de sélection utilisés dans le domaine de l'assurance complémentaire (notamment l'état de santé). Ce qui n'est actuellement pas le cas: l'actuel système de la compensation des risques ne repose que sur les facteurs de l'âge et du sexe. De ce fait, les gains potentiels que peuvent réaliser les assureurs grâce à la sélection ne sont pas entièrement épuisés par la compensation des risques.

Réduction insuffisante des distorsions de la concurrence

La compensation des risques a-t-elle opposé un obstacle inadmissible à la concurrence et à l'évolution des structures? Bien que cette question n'ait pas été examinée de manière explicite, la présente étude y apporte différents éléments de réponse qui méritent d'être soulignés:

a) Les incitations aux économies subsistent dans chaque groupe de risques (comme le révèlent les analyses théoriques des effets de la compensation des risques): il vaut toujours la peine d'être meilleur marché que les autres assureurs. Toutefois, les assureurs «économiques», ou plus précisément leurs assurés, ne profitent pas de l'économie dans son entièreté, car l'actuelle compensation des risques en absorbe une partie.

b) Solliciter trop fortement les assurés (comme le fait la compensation des risques dans sa forme actuelle) empêche les nouvelles formes d'assurance (HMO, franchises à option, etc.) de se propager. L'obstacle est plus important encore chez les assureurs dont les coûts sont faibles que chez ceux dont les coûts sont élevés. Les entraves à la concurrence qui en découlent ne devraient pas avoir été trop grandes, étant donné que les nouvelles formes d'assurance ne sont pas encore très répandues.

c) Les assureurs continuent à pratiquer une sélection intensive des risques (comportement induit par l'actuel système de compensation des risques qui repose uniquement sur les facteurs de risques «âge et sexe»): ceux qui l'appliquent avec succès s'assurent des avantages qui constituent une distorsion inadmissible de la concurrence entre les caisses.

d) L'évolution structurelle qu'a connue le secteur de l'assurance-maladie durant ces dernières années n'a, dans l'ensemble, pas été freinée par la compensation des risques: elle a même été très marquée, puisque 39% des assureurs ont renoncé à leur autonomie entre 1992 et 1997. Il s'agissait pour la plupart de caisses défavorisées par un nombre de mauvais risques supérieur à la moyenne.

Nous considérons que, dans l'ensemble, la compensation des risques n'a pas notablement gêné les incitations aux économies. On ne peut pas en dire autant à propos des distorsions de la concurrence. La compensation des risques est en effet un élément indispensable pour corriger les distorsions qui résultent des différentes structures de risques; mais du fait de ses carences actuelles, elle n'a sans doute pas corrigé complètement celles qui sont apparues par le passé.

Révisions

L'analyse des effets a conduit à une série de propositions de révision dont voici les deux plus importantes:

- **Inscription illimitée de la compensation des risques dans la loi:** nous recommandons d'inscrire la compensation des risques de manière illimitée dans la loi. Un de ses objectifs principaux est d'éliminer les incitations à la sélection des risques dans l'assurance obligatoire des soins. La suppression de la com-

pensation des risques entraînerait – à supposer même que les collectifs de risques des assureurs soient comparables à ce moment-là – une reprise vigoureuse de la sélection des risques. Ce mouvement se traduirait à son tour par l'apparition entre les collectifs de risques d'un nouveau fossé semblable à celui qu'on a pu l'observer au début des années 90. Il s'avère en outre que les structures de risques brutes (coûts sans redevances ni contributions fédérales) étaient bien moins rapprochées par le passé que ne le laissait supposer le législateur lors de l'introduction de la compensation des risques.

- **Formule de compensation:** nous recommandons d'améliorer la formule de compensation actuellement en vigueur. Elle provoque en effet des distorsions de la concurrence et ne supprime que partiellement la sélection des risques. De nombreuses propositions dans ce sens existent déjà. Nous déconseillons toutefois toute précipitation dans la réalisation de l'une ou de l'autre. Le problème fondamental réside dans le fait qu'au point de vue actuariel, la compensation des risques optimale n'existe pas – du moins ni en Allemagne ni en Suisse – en raison des multiples difficultés pratiques que présente son application (disponibilité et traitement des données, acceptation des solutions «techniques»). Toutes les formules de compensation des risques actuelles ne constituent donc qu'une approximation plus ou moins opportune de l'idéal. La plupart d'entre elles reposent sur les coûts effectifs enregistrés dans le passé. Dans le cadre d'un système tel que celui-là, intégrer d'autres facteurs dans la formule renforcerait la compensation des risques et un pas serait fait vers une compensation financière pleine et entière. Plus on s'en approche cependant, plus les incitations aux économies diminuent pour les assureurs. Il conviendra donc – dans une phase ultérieure – de soumettre à un examen minutieux les répercussions des actuelles propositions de réforme sur le volume des transferts et pour les différents assureurs. —

(Traduit de l'allemand)

ASPECTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Rapport de recherche 1/1999

Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung

Elaboré sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales par le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS, Berne

250 pages. N° de commande 318.010.1/99d. Prix 29 fr. 80.

Une version abrégée (française et allemande) **est en préparation.** Elle paraîtra en mai 1999. N° de commande 318.010.2/99df.

Office central fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne