

04.061é Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Révision partielle (projet B compensation des risques).

Projet de mise en consultation de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats (CSSS-E) concernant la compensation des risques du 30 août 2005

Dispositions légales proposées et explications

1. La situation

1.1. Historique

En 1993, une compensation institutionnalisée des risques entre les assureurs a été introduite dans l'assurance maladie sociale suisse afin de remédier au phénomène de désolidarisation constaté entre les assurés. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en vigueur depuis 1996 règle, à titre de mesure transitoire (art. 105) limitée à dix ans (al. 4), une compensation des risques entre les assureurs dont l'effectif présente des risques de maladie élevés et ceux pour l'effectif desquels ce risque est plus faible. On s'est limité dans un premier temps aux critères de l'âge et du sexe. On présumait que les différences entre assureurs quant à l'âge et au sexe de leurs assurés allaient progressivement se réduire du fait du libre passage. Cette hypothèse ne s'est toutefois pas confirmée et la somme à compenser entre les assureurs n'a fait qu'augmenter ces dernières années.

Une majorité des spécialistes estime que la compensation des risques est indispensable, notamment parce qu'un système fondé sur les critères suivants - libre passage intégral, prime unique, concurrence entre plusieurs assureurs et prestations fixées par la loi - favorise les assureurs dont le portefeuille d'assurés présente un bon profil de risques. Le Parlement a ainsi approuvé en octobre 2004 une prolongation de cinq ans (jusqu'à fin 2010) de la compensation des risques, sans pourtant élargir ni modifier les critères de compensation. En même temps, il a demandé par postulat au Conseil fédéral d'analyser le fonctionnement de la compensation des risques et d'examiner de nouvelles variantes pour le calcul de celle-ci.

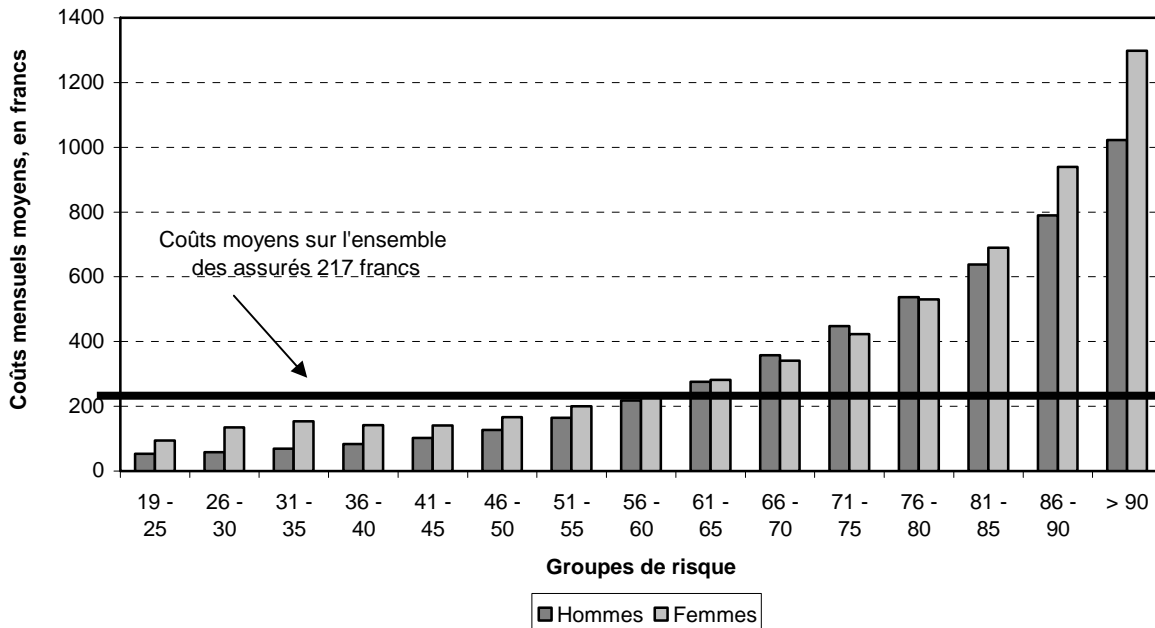
1.2. Fonctionnement

Pour la compensation des risques, les assurés adultes sont répartis en 30 groupes de risque: le premier groupe comprend les assurés âgés de 18 à 25 ans ; les assurés entre 26 et 90 ans sont répartis en groupes de cinq ans ; le dernier groupe comprend les assurés de 91 ans et plus. Chacun de ces 15 groupes d'âge est divisé par sexe, d'où la répartition totale en 30 groupes. Les assurés sont différenciés en outre par canton de domicile. Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ne sont pas pris en considération dans le calcul.

Cette répartition a été reprise dans le nouveau droit sans changement fondamental de l'ancienne réglementation laquelle se fondait sur les valeurs empiriques des organismes de compensation des risques d'alors.

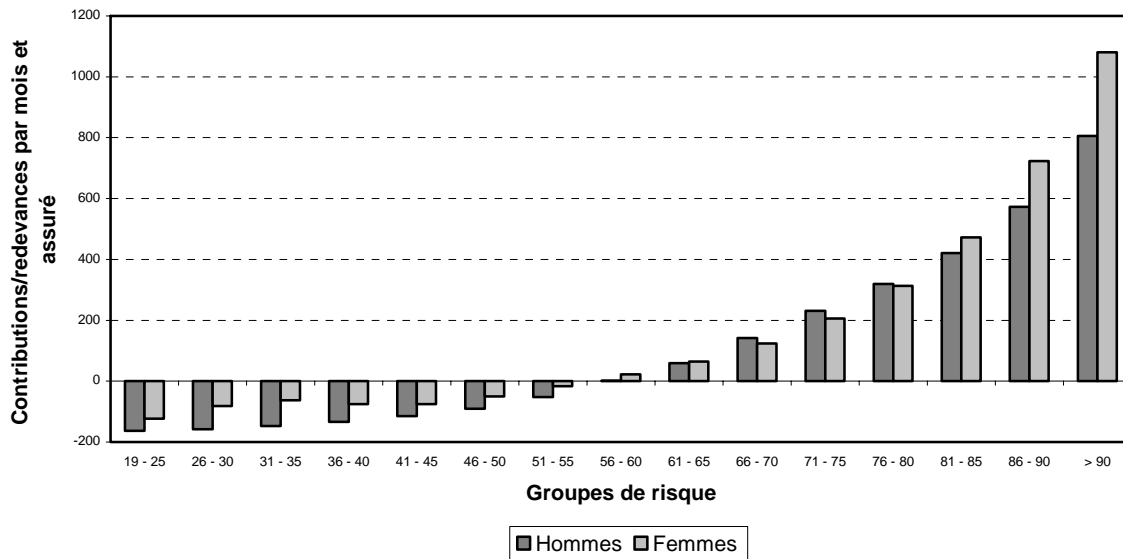
On commence par établir le coût moyen, par tête, de l'ensemble des assurés de tous les assureurs (coût de référence). On calcule ensuite le coût moyen par tête à l'intérieur de chaque groupe de risque et on le compare au coût de référence. Si le coût moyen d'un groupe de risque est supérieur au coût de référence, l'assureur reçoit pour chaque assuré de ce groupe un montant égal à cette différence. Si le coût moyen d'un groupe de risque est inférieur au coût de référence, l'assureur doit verser pour chaque assuré de ce groupe une redevance égale à cette différence. Selon le profil de risques de sa clientèle, un assureur sera débiteur net ou bénéficiaire net.

Figure 1. Fonctionnement du système actuel de compensation des risques : coûts moyens des groupes de risque (par âge et par sexe)



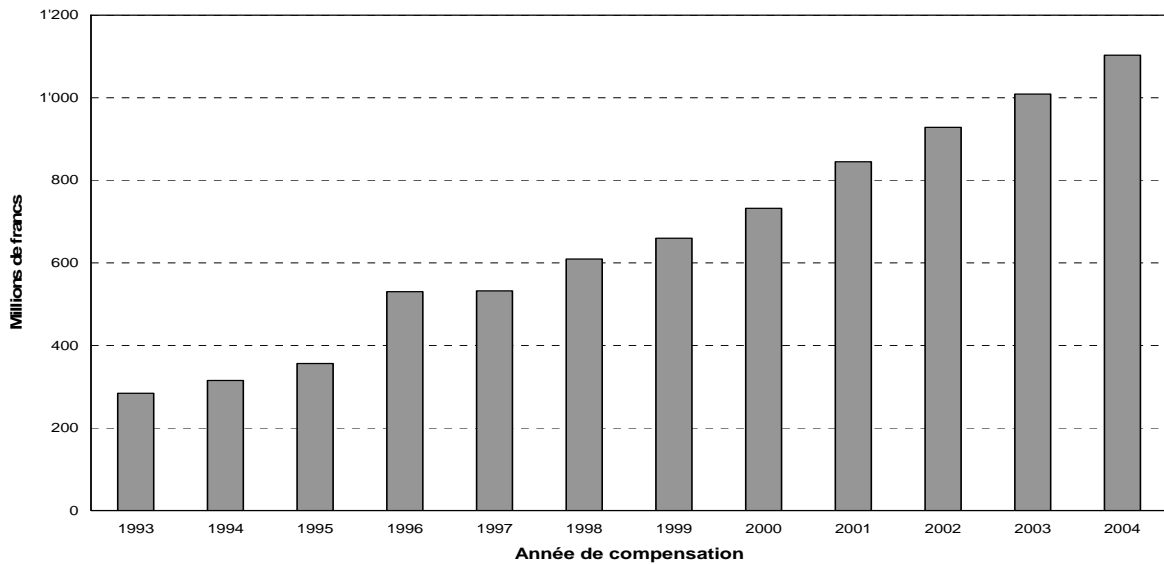
La figure 1 présente le coût moyen par tête dans tous les 30 groupes de risque. On voit clairement l'augmentation de ce coût avec l'âge. A l'exception de deux groupes d'âge (66-70 et 71-75), les coûts moyens des femmes sont toujours supérieurs à ceux des hommes. Les groupes de risque de moins de 50 ans présentent, par tête, des coûts inférieurs à la moyenne. Les assureurs-maladie ont donc dû verser des redevances pour les assurés de ces groupes. La tendance s'inverse entre les groupes 51-55 ans et 56-60 ans.

Figure 2. Fonctionnement du système actuel de compensation des risques : montants à verser ou à recevoir par groupes de risque



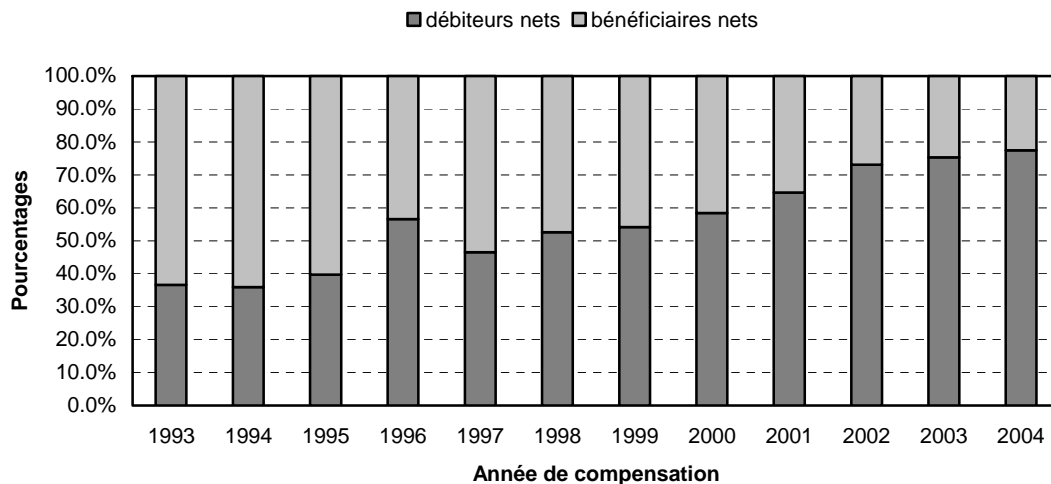
La figure 2 montre les contributions par tête, à verser ou à recevoir, correspondant à chaque groupe de risque. Le montant net qu'un assureur paie ou reçoit est un solde que l'assureur paie en raison du jeune âge de ses assurés ou reçoit en raison de l'âge avancé de ses assurés. La formule de compensation des risques est conçue de telle manière que le solde total sur l'ensemble des assureurs soit égal à zéro. Autrement dit, le volume apporté par l'ensemble des assureurs-maladie débiteurs correspond exactement au volume reçu globalement par les assureurs-maladie bénéficiaires (« jeu à somme nulle »).

Figure 3. Compensation des risques – montants nets redistribués entre les assureurs, en millions de francs



En 2004, la redistribution entre les assureurs a porté sur un total de 1 103 millions de francs. Depuis 1996, ce volume a augmenté d'année en année, de 10 % en moyenne. L'accroissement du volume redistribué tient pour l'essentiel aux changements de structure des assureurs comme conséquence de la sélection des risques mais aussi à l'augmentation des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.

Figure 4. Compensation des risques : débiteurs nets et bénéficiaires nets



En 2004, 72 assureurs (77,4 %) ont été débiteurs du système de compensation des risques et 21 assureurs (22,6 %) en ont été bénéficiaires. Depuis 1996, cet écart s'est constamment creusé.

2. Avantages et inconvénients du système actuel de compensation

2.1. Avantages

Le système actuel de compensation des risques n'est certes pas exhaustif, mais il couvre déjà une grande partie des différences de coûts entre assureurs. Selon les calculs de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), environ deux tiers (en 2004: 64 %) des différences de coûts relatives aux prestations entre assureurs sont compensés chaque année dans la compensation des risques en vigueur. En 2004, environ 1,1 milliard de francs ont été dans l'ensemble répartis autrement et les différences de coûts qui n'ont pas été compensées s'élèvent, selon les calculs de l'OFSP, à 626 millions de francs. Les avantages de la compensation des risques actuelle résident dans sa simplicité et sa transparence. Le traitement administratif en est maintenant bien rodé et, au plan politique, la compensation des risques est largement acceptée dans sa forme actuelle.

2.2. Inconvénients

Les économistes de la santé soulignent en général que le modèle de compensation des risques utilisé actuellement en Suisse n'est pas assez parlant, car il ne prend pas en compte l'état de santé des assurés. Aux dires des experts, seuls environ 5 à 10 % des risques de maladie peuvent être pronostiqués de manière pertinente par les critères de l'âge et du sexe. En fixant de manière optimale les critères relatifs à l'état de santé des assurés, les possibilités de pronostiquer les risques de maladies l'année suivante pourraient dans le meilleur des cas être augmentées à un peu plus de 50 %, alors que plus de 40 % des cas de maladie ne sont toujours pas prévisibles. La compensation des risques en vigueur ne prend pas correctement en considération toutes les situations, par exemple, celle de jeunes souffrant d'une maladie très coûteuse ou celle de personnes âgées en bonne santé. Cette faiblesse laisse une marge de manœuvre aux assureurs pour pratiquer la sélection des risques. Cela signifie que les « mauvais risques » peuvent être traités défavorablement par les assureurs (par exemple en proposant des offres combinées incluant des assurances complémentaires et des questions sur l'état de santé, ou en subordonnant l'accès aux offres Internet à la conclusion d'une assurance complémentaire après réponse à un questionnaire de santé). Des ressources sont ainsi affectées à la sélection des risques au lieu de l'être à la gestion des coûts de santé, qui de ce fait continuent d'augmenter. A cela s'ajoute le fait que les assurés âgés et malades changent d'eux-mêmes moins souvent d'assureur que les assurés jeunes et en bonne santé.

3. Révision du système de compensation des risques

Un régime d'assurance maladie fondé sur le principe d'une prime unique par caisse a besoin, selon l'avis de plusieurs experts, d'un système de compensation des risques fonctionnant bien à long terme. Cette compensation a pour fonctions d'empêcher une sélection des risques par les assureurs, de tirer des effets positifs de la situation de concurrence et de renforcer la solidarité entre malades et bien portants.

Les discussions de type scientifique privilégient actuellement une amélioration de la formule de compensation, principalement sur la base des critères suivants : hospitalisation l'année précédente, groupes de coûts pharmaceutiques, informations relatives au diagnostic et au traitement en cas d'hospitalisation ainsi que le statut institutionnel (résidence en EMS). Il est également question d'introduire un pool de risques élevés ou un mécanisme visant à limiter les pertes, dit « stop-loss ».

3.1. Calcul rétrospectif ou calcul prospectif

Le système actuel est fondé sur une compensation des risques rétrospective. Conformément à cela, le calcul des coûts moyens au total et dans chaque groupe de risque est fondé sur les coûts effectifs des assureurs dans l'année de la compensation des risques. Ce ne sont cependant pas les coûts effectifs des assureurs eux-mêmes qui sont compensés mais les différences des coûts moyens des groupes de risques particuliers par rapport aux coûts moyens totaux.

La différence des manières de calculer est illustrée ainsi pour la compensation des risques 2005¹ :

L'incitation à gérer l'assurance de manière économique - et donc à maîtriser et à réduire les coûts - existe donc également dans le système de compensation rétrospectif : en effet, un assureur ayant des coûts inférieurs à la moyenne dans les groupes de risque donnant droit à des contributions de compensation recevra ces contributions, ne serait-ce qu'en raison de la moyenne cantonale élevée. L'assureur a donc intérêt à maintenir autant que possible ses coûts à une limite inférieure à la moyenne dans les différents groupes de risque. La compensation rétrospective garantit dans une large mesure un « jeu à somme

¹ Pour le calcul rétrospectif, il est d'abord prévu une estimation de la compensation des risques 2005 sur la base des données de l'année 2004. Les contributions de la compensation des risques estimée, respectivement les redevances, de chaque assureur sont transférées entre tous les assureurs sous la forme de paiements provisoires.

Une fois terminée l'année 2005, les données maintenant disponibles de l'année 2005 sont prises en considération. Sur la base de ces données, sont calculés les coûts moyens globaux (par canton) ainsi que les coûts moyens des groupes de risques particuliers (de manière analogue au tableau 1). Les différences de la moyenne globale et de la moyenne des groupes de risque donnent le montant (par tête) à la compensation des risques, respectivement le montant (par tête) de la compensation des risques (de manière analogue au tableau 2). Sur la base des contributions et des redevances ainsi calculées et des personnes assurées en 2005 auprès des assureurs respectifs, sont calculés leurs dettes de compensation, respectivement leurs créances de compensation. (Les dettes de compensation, respectivement les créances ainsi calculées sont comparées avec les dettes et les créances estimées l'année précédente et les différences entre assureurs sont corrigées).

nulle » entre les redevances prélevées et les contributions versées, abstraction faite de différences mineures ; c'est-à-dire qu'à l'intérieur de chaque canton, le total des redevances et celui des contributions sont pratiquement égaux.

En faveur d'une compensation prospective des risques (ex ante), les experts font valoir qu'ainsi ce ne seraient plus des coûts qui seraient compensés, comme le fait en réalité le système actuel, mais bien des risques. A leur avis, une compensation rétrospective n'incite pas les assureurs à endiguer leurs coûts, comme il le faudrait. Le mode de compensation actuel, basé sur l'année en cours, conduit à « récompenser » les assureurs qui maîtrisent mal les coûts de santé de leurs assurés, puisqu'une partie de l'augmentation des coûts dont ils sont eux-mêmes responsables se trouve reportée sur leurs concurrents.

Le modèle prospectif de compensation des risques cherche à compenser un risque qui par définition se situe toujours dans le futur. Le système prospectif ne compense donc pas les coûts effectifs encourus pendant l'année de compensation, mais les coûts prévus sur la base des valeurs empiriques. Dans un système prospectif, sont calculées les contributions par tête et les créances par tête sur la base des données de l'année 2004 (de manière analogue aux figures 1 et 2). Ces parts par tête sont appliquées à l'effectif d'assurés de chaque assureur en 2005 et, de cette manière, la dette de compensation (respectivement, la créance) est fixée. (Il est possible de justifier mathématiquement que dans ce cas aussi une compensation des risques peut être calculée de manière très simple et correcte, pour laquelle la somme de toutes les dettes est plus ou moins équivalente à la somme de toutes les créances.

3.2. Hospitalisation l'année précédente

Le critère « hospitalisation l'année précédente » peut servir en tant qu'indicateur de l'état de santé d'un assuré, ainsi qu'il est fait par de nombreux assureurs depuis 1999 pour la fixation des forfaits HMO. Une personne qui est hospitalisée a en moyenne des coûts nettement plus élevés l'année suivante qu'une personne qui n'a pas été hospitalisée l'année précédente. Cette information étant présente dans les banques de données des assureurs, il serait relativement facile d'intégrer ce critère dans la compensation des risques.

Dans le modèle en question, ce ne sont pas les coûts de l'hospitalisation elle-même qui sont compensés, mais *les coûts de santé plus élevés* de l'année suivante. Le séjour dans un établissement médico-social est assimilé à une hospitalisation. La compensation prospective est appliquée à la compensation des risques 2008 et dans l'exemple illustrée pour les femmes de 41 à 45 ans².

² Les coûts moyens consécutifs à un séjour hospitalier sont calculés sur la base du groupe des femmes (nées entre 62 et 66) qui étaient à l'hôpital en 2006 et dont les coûts consécutifs ont eu lieu en 2007 (lettre A dans la figure 1 correspond à la différence déterminante de ces coûts avec les coûts moyens généraux d'un assuré dans un canton ; voir tableau 1 sous ch. 1.2.). Ces coûts consécutifs forment la base de calcul pour les femmes assurées en 2008 entre 41 et 45 ans qui ont été hospitalisées durant l'année précédente 2007 (lettre C dans la figure 1). C'est-à-dire, le montant de compensation (brut) pour les femmes de 41 à 45 ans ayant été hospitalisées l'année précédente résulte de la multiplication A x C, le montant pour les femmes du même âge qui n'ont pas été hospitalisées l'année précédente de la multiplication B x D, pour lequel les

3.3. Facteurs de morbidité

3.3.1. Diagnostics identifiant les malades chroniques (par le biais des médicaments spécifiques pour une maladie donnée, comme l'association insuline - diabète)

Dans le modèle présenté ici des groupes de coûts pharmaceutiques (pharmacy cost groups, PCG), certains groupes (13 au total) de personnes souffrant de maladies chroniques et les coûts correspondants ont été identifiés. Ce modèle est appliqué par CSS Assurances depuis 2005 pour la budgétisation des HMO. Le système néerlandais de compensation des risques dans l'assurance maladie repose depuis 2002 sur un modèle très semblable.

Les coûts des 13 groupes des malades chroniques sont traités séparément. Dans la compensation des risques par âge et par sexe n'apparaissent plus que les coûts des malades non chroniques. D'après les calculs du Dr Konstantin Beck, économiste de la santé, fondés sur les données de CSS Assurances, les 13 groupes de malades chroniques représentent environ 10 % de la population assurée.

L'assignation d'un assuré à un groupe de coûts de médicaments ne dépend pas d'une certaine préparation de marque mais d'un principe actif de cette dernière. Il n'importe pas, par exemple, que le médicament prescrit soit une préparation originale ou un générique, mais seulement qu'il s'agisse d'une préparation d'insuline. Il existe des codifications internationales définies de ces principes actifs, nommées codes ATC. En plus, pour chaque médicament, les principes qu'il contient sont connus. Aussi bien le tableau des principes (codes ATC) que le tableau qui fixe les rapports entre le médicament et le principe actif (PHARMACODE/ATC) sont des informations disponibles.

coûts supplémentaires à attendre en 2008 par rapport à 2007 sont compensés par un supplément correspondant. Le calcul pour les autres classes d'âge et de sexe se fait de manière analogue.

Figure 1 : Calcul prospectif de la compensation des risques en considération du séjour hospitalier l'année précédente

Exemple des femmes de 41 à 45 ans dans la compensation des risques 2008

sexe	âge (41-45)	séjour hospitalier a eu lieu:	2007	2008
femme	née en 1962 - 1966	oui, pour 2006	différence ø coûts (A)	
		non, pour 2006	différence ø coûts (B)	
femme	née en. 1963 - 1967	oui, pour 2007		nombre d'assurés (C)
		non, pour 2007		nombre d'assurés (D)

Les groupes de coûts de médicaments ne sont rien d'autre qu'une table avec 13 groupes de codes ATC. La définition peut être liée à une condition relative à la quantité minimale d'emballages délivrée.

La combinaison des trois tables (codes ATC, codes PCG et préparations de marques) permet d'assigner chaque assuré à un groupe PCG précis, la grande majorité entrant dans le groupe 0 (= personnes qui ne souffrent pas de maladie chronique)³.

3.3.2. Diagnostics définis d'après les hospitalisations des années précédentes

Un groupe d'experts de l'Université de Lausanne, a développé un modèle prospectif de compensation des risques tenant compte de l'état de santé, en plus des critères de l'âge et du sexe. Il s'appuie sur l'utilisation, par les assurés, des services de santé hospitaliers au cours des années précédentes.

Ces données n'étant normalement pas disponibles pour les diagnostics ambulatoires, le modèle se fonde sur les informations concernant les diagnostics et les traitements hospitaliers. Le modèle a été estimé à l'aide des données de personnes domiciliées dans le canton de Vaud et affiliées auprès de deux des plus grandes caisses de 1998 à 2001. Les résultats ont pu être confirmés par des données zurichoises.

Les experts partent de l'idée que certains diagnostics permettent de prévoir des dépenses de santé. Certains traitements hospitaliers renseignent non seulement sur l'état de santé actuel, mais aussi sur son évolution probable et, partant, sur les dépenses à venir.

Les dépenses de santé ont été estimées à l'aide, d'une part, d'un modèle de régression linéaire fondé sur les 17 catégories médicales d'ajustement et, d'autre part, des deux facteurs âge et sexe déjà utilisés. En outre, un facteur démographique a été introduit : celui du statut institutionnel, à savoir le fait qu'une personne réside ou non dans un établissement médico-social agréé. Deux types de modèles ont été considérés, un modèle d'une année et un modèle pluriannuel :

- ✧ Le modèle d'une année prédit pendant l'année en cours (t) les dépenses de l'année suivante (t+1) à l'aide de données relatives aux hospitalisations de l'année précédente (t-1).
- ✧ Le modèle pluriannuel prédit pendant l'année en cours (t) les dépenses de l'année suivante (t+1) à l'aide de données relatives aux hospitalisations de plusieurs années précédentes, (t-1), (t-2), (t-3), etc.

³ Il peut arriver qu'un assuré soit assignable à plusieurs PCG. Les analyses de Beck (CSS Assurance) ont montré que 3,5% des assurés se voient attribuer deux codes PCG, 9 % trois de ces codes et 2,5 % quatre et plus. A ce problème, peu important au plan statistique, la littérature spécialisée propose une solution déjà appliquée en pratique dans de nombreux pays : les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques sont classés uniquement dans le PCG qui engendre le plus de coûts.

Si l'on rangeait ces assurés dans chacun des PCG entrant en ligne de compte, il en résulterait des versements trop élevés, car le traitement d'un patient atteint de deux maladies, par exemple, ne coûte pas autant que la somme des traitements de deux patients souffrant chacun d'une de ces maladies (ainsi, on peut faire le point sur l'évolution de deux maladies différentes lors d'une seule et même visite médicale). Avec l'attribution de l'assuré au PCG le plus cher, les coûts réels sont sans doute sous-estimés, mais du moins cette sous-estimation est minimisée.

Les modèles pluriannuels ont l'avantage de mieux permettre la prise en compte des maladies chroniques, puisque leur effet sur les coûts se fait sentir pendant une période assez longue.

Pour les assurés qui n'ont effectué aucun séjour à l'hôpital l'année précédente (ou les années précédentes, dans le modèle pluriannuel) et dont les assureurs ne sont intervenus que pour des prestations ambulatoires, les facteurs de risques se limitent à l'âge et au sexe, comme dans le modèle actuel.

Les données provenant des hôpitaux et des assureurs seraient fusionnées au sein d'une institution tierce indépendante chargée de gérer la compensation des risques. Celle-ci calculerait les redevances de risque et les contributions de compensation selon des méthodes dont le principe est très proche du système actuel, puisque la seule différence réside dans l'utilisation de l'information médicale additionnelle.

3.4. Pool de risques élevés / pool de coûts élevés

3.4.1. Situation

Contrairement à la prise en compte de critères complémentaires (indicateurs de l'état de santé, tels que les hospitalisations) ou à un changement de définition des coûts (coûts bruts/ coûts nets), la création d'un pool de risques ou de coûts élevés introduit un élément nouveau dans la conception du système de compensation. Le principe consiste à retirer du collectif d'assurés les personnes qui présentent un risque ou un coût très élevé et à financer ces cas de manière séparée. La compensation des risques, selon les règles actuelles - ou modifiées, le cas échéant - s'appliquerait aux assurés restants.

3.4.2. Différents modes de constitution du pool

- Pool de risques élevés :

Les assureurs peuvent désigner au début de l'année comptable (de manière prospective) les assurés qui seront transférés au pool (dans le cadre de conditions qui doivent être définies pour un tel pool, par exemple un certain nombre ou pourcentage d'assurés). Entre autres possibilités, le critère de l'attribution au pool pourrait être fondé sur les diagnostics (groupes de diagnostics).

- Pool de coûts élevés :

Les assureurs peuvent, à la fin de l'année comptable (de manière rétrospective), céder totalement ou partiellement au pool le financement des assurés les plus onéreux (dans le cadre de conditions qui doivent être définies pour un tel pool, par exemple un certain nombre ou pourcentage d'assurés).

- Formes mixtes :

Il est aussi possible de combiner les deux types ci-dessus.

3.4.3. Coûts supportés par le pool

Indépendamment du mode de constitution du pool, différents types de fonctionnement sont possibles :

- Le pool supporte tous les coûts.
- Les assureurs supportent eux-mêmes les coûts annuels de chaque assuré jusqu'à une certaine limite (par ex. 30'000 francs). Si les coûts annuels d'un assuré dépassent cette limite, la partie excédentaire est supportée par le pool, entièrement ou partiellement (participation de l'assureur, par ex. 30 %).
- Les assureurs supportent eux-mêmes les coûts annuels de leur collectif d'assurés jusqu'à un certain plafond global, défini par une limite de coûts par assuré et par an (par ex. 15000 francs), multipliée par le nombre des assurés. Par exemple, si un assureur a 1000 assurés et que la limite est fixée à 15000 francs par assuré, le plafond global sera égal à $1000 \times 15000 = 15$ millions de francs. Si le total des remboursements dus par l'assureur pour l'année considérée dépasse ce plafond, la partie excédentaire des coûts est supportée par le pool, entièrement ou partiellement (participation de l'assureur, par ex. 30 %).

3.4.4. Financement du pool

Indépendamment du mode de constitution du pool, différents types de financement sont possibles :

- financement extérieur (par ex. par des recettes fiscales)
- financement par les assureurs (par ex. par des cotisations proportionnelles au nombre d'assurés)
- formes mixtes.

4. Protection des données

Il faut impérativement éviter que des données personnelles sensibles ne soient communiquées à des tiers, ou transmises d'un assureur à l'autre lors d'un changement d'affiliation. L'assuré ne saurait donc être tenu de fournir des informations sur son état de santé lors d'un changement d'assureur pour l'assurance obligatoire des soins, ni lors de sa première affiliation. Le nouvel assureur ne doit pas non plus pouvoir demander de telles informations à l'ancien. C'est pourquoi, en recueillant les données des assurés ayant effectué un séjour hospitalier ou institutionnel déterminant pour le calcul des risques, il faut exclure les assurés qui, lors de ce séjour, n'avaient pas d'assureur ou se trouvaient chez un autre assureur que pendant l'année de compensation. En déterminant les diagnostics, il faut veiller à ce que ceux-ci se laissent déduire uniquement des prestations à payer par l'assureur en question ou à ce que les prestations permettant de conclure à un diagnostic donné soient traitées par un tiers qui les rend anonymes.

5. Proposition de la sous-commission

Lors de la séance de la CSSS-E du 24 janvier 2005, Madame la conseillère aux Etats Forster a déposé la demande d'examiner également dans le cadre du traitement des propositions relatives au financement hospitalier l'introduction de critères supplémentaires pour la compensation des risques et a fait une proposition de modification légale correspondante (introduction d'un nouvel art. 18a dans la LAMal). Cette proposition prévoit de prendre en considération dans la compensation des risques deux nouveaux critères relatifs à l'état de santé des assurés, notamment les coûts consécutifs à un séjour hospitalier (voir ch. 3.2.) et les diagnostics qui montrent un risque de maladie important (ch. 3.3.).

Par la suite, lors de ses séances des 31 mars, 11 avril, 30 mai, 16 juin et 11 août 2005, la sous-commission a délibéré de l'élargissement de la formule actuelle de compensation des risques par des critères relatifs à l'état de santé des personnes assurées, en s'appuyant principalement sur les modèles présentés par les experts lors de l'audition organisée au cours de la séance du 2 mai 2005 de la CSSS-E. L'introduction d'un pool de coûts élevés ou d'un pool de risques élevés (voir ch. 3.4.) n'a plus été discuté du point de vue matériel par la sous-commission car ce modèle ne permet pas, aux dires des experts, d'obtenir l'effet escompté. La fixation d'un niveau de risque propre de 30'000 francs par exemple n'absorberait, sans participation financière de l'assureur aux coûts qui dépassent ce plafond, que 5 % environ du volume des coûts de l'assurance obligatoire des soins. La part propre de l'assureur aux coûts ou aux risques élevés devrait être fixée à un niveau relativement bas pour absorber une part considérable de l'ensemble des coûts. Cela réduirait cependant ainsi la responsabilité et l'autonomie de chaque assureur à un point tel que l'on ne pourrait plus parler de concurrence entre les assureurs ; et l'incitation à économiser sur les coûts serait, sans autre participation financière de l'assureur aux coûts qui dépassent le risque propre, fortement mise à mal.

La sous-commission a invité le Dr Konstantin Beck, économiste de la santé, à ses séances des 16 juin et 11 août 2005 et s'est fait conseiller par lui pour l'examen du modèle et quant à la préférence donnée à la variante proposée d'une compensation des risques étendue à des facteurs de compensation relatifs à l'état de santé. Sur la base des discussions, la sous-commission s'est prononcée en faveur d'une extension de la compensation des risques par deux critères supplémentaires, tenant compte l'un des coûts supplémentaires l'année suivant une hospitalisation, l'autre des diagnostics basés sur les médicaments spécifiquement liés à certaines maladies. Il a été également pris en considération le moment auquel ces deux critères pourront être introduits. La sous-commission s'est en outre décidée d'appliquer le modèle de calcul prospectif. Elle est aussi parvenue à la conclusion que la compensation des risques ne doit plus être conçue comme une solution transitoire, mais qu'elle doit être intégrée dans la LAMal à titre définitif. Comme la compensation des risques est effectuée par l'Institution commune définie à l'art. 18 LAMal, il est normal de l'introduire dans la loi en tant que nouvel art. 18a. Pour le reste, la sous-commission s'est décidée en faveur de la proposition ci-après.

Lors de sa séance du 30 août 2005, la CSSS-E a décidé de soumettre le projet suivant à une brève procédure de consultation. Le traitement matériel de ce projet par la CSSS-E aura lieu les 31 octobre et 1^{er} novembre 2005.

5.1. Proposition pour la formulation d'un nouvel art. 18a LAMal

Compensation des risques

Modification du

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
arrête:

I

La loi fédérale du 18 mars 1994⁴ sur l'assurance-maladie est modifiée comme suit :

Art. 18a (nouveau) Compensation des risques

¹ Les assureurs dont les effectifs de femmes, de personnes âgées et de personnes à risque de maladie élevé assurées sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes, de personnes âgées et de personnes à risque de maladie élevé assurées dépassent cette moyenne; cette contribution est destinée à compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risque déterminants.

² Les critères déterminants pour l'évaluation du risque de maladie précité sont :

- a. le séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social ; l'hospitalisation liée à un accouchement au sens de l'art. 29, al. 2 n'est pas prise en compte ;
- b. les diagnostics impliquant un risque de maladie considérable, définis à partir des prises de médicaments propres à une maladie donnée.

³ Est déterminante pour la comparaison la structure des effectifs d'assurés au cours de l'année de la compensation. Les différences moyennes de risque par sexe, par âge et par diagnostic impliquant un risque de maladie élevé, ainsi que les coûts supplémentaires consécutifs à un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social se réfèrent à la situation existant un an avant la compensation; le relevé des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social s'effectue sur la base de l'année précédant de deux ans la compensation pour le calcul des différences moyennes de risque, et sur la base de l'année précédant la compensation pour le calcul des redevances et des contributions. Les personnes qui, au moment du séjour déterminant dans un hôpital ou un établissement médico-social, n'étaient pas assurées ou l'étaient auprès d'un autre assureur que dans l'année de compensation, ne sont pas prises en compte dans le relevé de ces séjours.

⁴ L'institution commune procède à la compensation des risques entre assureurs pour chaque canton.

⁵ Le Conseil fédéral édicte les dispositions relatives à la compensation des risques de ma-

⁴ RS 832.10

nière que les assureurs soient incités à continuer de gérer l'assurance de façon économique. Il précise la définition des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social déterminants pour la compensation des risques et peut notamment leur fixer une durée minimale. Il désigne les diagnostics impliquant un risque de maladie élevé et les médicaments propres à une maladie donnée déterminants à cet égard.

⁶ Le Conseil fédéral règle en outre :

- a. la perception d'intérêts moratoires et le versement d'intérêts rémunérateurs ;
- b. le paiement de dommages-intérêts;
- c. le délai au terme duquel l'institution commune peut refuser de procéder à un nouveau calcul de la compensation des risques.

Art. 105 Compensation des risques

Abrogé

II

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Elle entre en vigueur, en l'absence de référendum, le 1^{er} janvier de la deuxième année qui suit l'échéance du délai référendaire ou, en cas de référendum, le 1^{er} janvier de la deuxième année qui suit son acceptation par le peuple. Le Conseil fédéral peut proroger l'entrée en vigueur de l'art. 18a, al. 2, let. b, de deux ans au plus.

5.2. Commentaire de la proposition

La proposition introduit une compensation des risques prospective qui, en plus de l'âge et du sexe, prévoit deux critères cumulatifs pour la prise en compte de l'état de santé. Le premier, celui des coûts supplémentaires apparaissant l'année qui suit une hospitalisation (al. 2, let. a), peut être mis en œuvre rapidement et ne devrait poser de problèmes de réalisation ni aux assureurs ni à l'Institution commune. Le second de ces critères, à savoir les diagnostics établis sur la base des médicaments propres à une maladie donnée (al. 2, let. b), est plus long à mettre en place. De l'avis de K. Beck, cependant, les assureurs-maladie devraient être en mesure, d'ici un à deux ans, de déduire les diagnostics à partir des médicaments (principes actifs), de calculer les coûts et d'identifier les assurés concernés.

Avec l'extension des critères de compensation proposée s'ajouteraient aux 30 groupes de risque existants 43 groupes par canton (doublement des groupes de risque actuels en raison du critère du séjour hospitalier et 13 nouveaux groupes du fait du critère du diagnostic des malades chroniques). Le nombre actuel des groupes d'âge devrait donc être réduit. Les assurés qui appartiennent aux groupes de malades chroniques seraient enregistrés séparément des groupes de risque selon l'âge et le sexe avec ou sans séjours hospitaliers l'année précédente. La définition des groupes de risque reste comme actuellement de la compétence du Conseil fédéral.

Les coûts supplémentaires consécutifs à une hospitalisation sont estimés sur la base de l'année qui précède celle de la compensation. Il en va de même pour les coûts des assurés présentant l'un des diagnostics pris en compte pour la compensation. Il reste à régler au niveau d'une ordonnance du Conseil fédéral si - et comment, le cas échéant - ces coûts feront l'objet d'une nouvelle estimation pour l'année de compensation, et quel correctif permettra d'obtenir une balance exacte (« jeu à somme nulle ») entre les redevances perçues et les contributions versées.

Le relevé des séjours à l'hôpital ou dans un établissement médico-social s'effectue sur la base de l'année précédant de deux ans la compensation pour le calcul des différences moyennes de risque, et sur la base de l'année précédant la compensation pour le calcul des redevances et des contributions.

Le Conseil fédéral édicte les dispositions relatives à la compensation des risques comme dans le droit actuel. Il précise la définition des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social déterminants pour la compensation des risques et leur fixera une durée minimale. Il désigne les diagnostics impliquant un risque de maladie considérable et les médicaments propres à une maladie donnée déterminants à cet égard. En outre, il devra décider s'il convient de réduire le nombre des classes d'âge, suite à l'introduction de critères supplémentaires relatifs à l'état de santé.

Les alinéas 4 et 6 proviennent de la loi actuelle, art. 105 (al. 3 et 5).

5.3. Mise en place de la solution proposée

Suite à l'adoption des dispositions légales, il est nécessaire de procéder à une adaptation correspondante de l'Ordonnance du 12 avril 1995 sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie. De plus, les assureurs et l'Institution commune ont besoin d'une période d'adaptation adéquate. Pour cette raison, il est prévu que les modifications entrent en vigueur, en l'absence de référendum, le 1^{er} janvier de la deuxième année qui suit leur adoption par les Chambres fédérales ou, en cas de référendum, le 1^{er} janvier de la deuxième année qui suit leur acceptation par le peuple. Cela signifie que la modification pourrait entrer en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2008. Sur la base des déclarations de M. Beck, la sous-commission part du principe que la réalisation des deux nouveaux critères au 1^{er} janvier 2008 ne provoquerait pas de problème pour les assureurs et pour l'Institution commune.

Du fait qu'actuellement la plupart des assureurs n'enregistrent pas les médicaments selon le code ATC et que la liste des médicaments établie par le Département fédéral de l'intérieur et la liste des spécialités établie par l'Office fédéral de la santé publique ne connaissent pas le code ATC, possibilité est donnée au Conseil fédéral de faire entrer en vigueur ce critère deux ans seulement après la modification des autres dispositions.