



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Analyse des effets de la
compensation des risques*

(condensé)

Rapport de recherche n° 2/99

ASPECTS DE LA SECURITE

L'Office fédéral des assurances sociales publie dans sa série „Aspects de la sécurité sociale“ des articles de fond et des rapports de recherches sur des sujets d'actualité dans le domaine de la sécurité sociale pour les rendre accessibles au grand public et encourager la discussion. Les analyses présentées par les auteurs ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales.

Auteur: Stefan Spycher
BASS, Büro für arbeits-
und sozialpolitische Studien
Eigerplatz 8
3007 Bern
Tel. 031/372 44 55
Fax 031/372 33 55
E-mail: BASS@ACCESS.CH

Renseignements: Martin Wicki
Office fédéral des assurances sociales
Service spécialisé Economie,
questions fondamentales et recherches
Effingerstrasse 33
3003 Berne
Tél. 031/322 90 25

Diffusion: Office central fédéral des imprimés et du matériel
(OCFIM)
3000 Berne

Copyright: Office fédéral des assurances sociales
CH – 3003 Berne
Reproduction d'extraits autorisée – excepté à des fins
commerciales – avec mention de la source; copie à
l'Office fédéral des assurances sociales.

Numéro de commande: 318.010.2/99 f 6.99 200

Analyse des effets de la compensation des risques dans l'assurance-maladie

Condensé

Le texte intégral de l'étude du même titre - disponible uniquement en allemand - peut être commandé auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique / EDMZ (numéro de commande 318.010.1/99 d).

Stefan Spycher, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS)

Berne, avril 99

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Introduite en 1993 par voie d'arrêté fédéral urgent avant d'être inscrite dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) entrée en vigueur en 1996, la compensation des risques correspond à deux objectifs de la nouvelle loi: la maîtrise des coûts et la solidarité. Si la concurrence entre les assureurs se joue sur une plus grande efficacité et un meilleur contrôle des coûts, elle ne doit pas pratiquer de sélection des risques au détriment des assurés.

S'agit-il là des premières expériences en matière de compensation des risques? Jusqu'à quel point a-t-elle répondu aux attentes placées en elle? Quelles difficultés résident dans son application et comment l'optimiser? Sur la base de l'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, l'OFAS procède depuis 1997 à une analyse des effets induits de la LAMal, dans le cadre de laquelle des groupes d'experts scientifiques indépendants évaluent des questions touchant à divers aspects de cette assurance. La présente étude est l'un des résultats de ce programme de recherche.

La compensation des risques présentait une difficulté à l'évaluation: cet instrument a été introduit avant la LAMal et modifié entre-temps à plusieurs reprises. Indépendamment de cet obstacle méthodologique, résolu d'ailleurs d'une manière convaincante par le bureau BASS, il importe de considérer que certains effets observables dans les données de 1996/97 reflètent fortement le changement de système introduit par la LAMal. D'où l'impossibilité d'examiner isolément des phénomènes tels que l'évolution des changements de caisse des assurés.

La présente publication donne la synthèse des résultats de l'étude détaillée (OCFIM 318.010.1/99 d), qui s'adresse à un public de spécialistes. Ces résultats fournissent une base importante à la prise de décisions quant à l'aménagement futur de la compensation des risques. En effet, les résultats de l'évaluation portant sur son exécution ont déjà conduit à optimiser des éléments d'application (délais) et à introduire d'autres recommandations dans la révision en cours (intérêts moratoires). Les auteurs montrent que la compensation des risques est aujourd'hui un instrument indispensable pour prévenir toute sélection des risques et recommandent donc son inscription illimitée dans la loi.

Cette première étude est loin d'apporter une réponse à toutes les questions importantes liées à la compensation des risques. Si elle s'engage dans le débat lancé par plusieurs assureurs exigeant une modification de la formule de compensation des risques, cette étude n'avait toutefois pas pour objet d'évaluer les conséquences d'une formule de rechange. Ce sera l'objet d'une étude ultérieure, qui examinera notamment trois points. L'introduction d'un indicateur de santé n'anéantit-elle pas les incitations des assureurs à diminuer leurs coûts? En cas de modification de la loi, quelles exigences faut-il fixer en matière d'accès aux données et d'exécution? Tient-on suffisamment compte de la protection des données?

La version allemande abrégée est disponible sous le n° 318.010.2/99 d.

Martin Wicki
Chef de projet/collaborateur scientifique du Service spécialisé
Economies, questions fondamentales et recherches

Sommaire

1	Fonction et portée de la compensation des risques	3
	A quoi sert la compensation des risques?	3
	Introduction et objectifs de la compensation des risques en Suisse	4
	Comment fonctionne la compensation des risques?	4
	Evolution de la compensation des risques entre 1993 et 1999	5
	Quelles sont les sommes redistribuées entre les assureurs?	7
	Qui profite de la compensation des risques? Qui finance la compensation des risques?	8
2	La compensation des risques a-t-elle atteint ses objectifs par le passé?	11
	La compensation des risques a-t-elle stoppé la désolidarisation?	11
	Les assureurs font-ils toujours la chasse aux «bons risques»?	12
	La compensation des risques nuit-elle aux incitations à l'économie?	13
	La compensation des risques entrave-t-elle la concurrence?	14
	Dans quelle mesure la compensation des risques est-elle une compensation des coûts?	17
	La compensation des risques empêche-t-elle toute mutation structurelle?	18
3	L'avenir de la compensation des risques	21
	La compensation des risques pourra-t-elle être supprimée en 2006?	21
	Quelles sont les propositions de réforme possibles?	21
4	Recommandations du bureau d'études BASS	25

Pourquoi étudier les effets de la compensation des risques?

Il existe deux bonnes raisons de consacrer une étude scientifique à la compensation des risques dans l'assurance-maladie. La première est que la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) exige une analyse scientifique des effets de la compensation des risques. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a concrétisé ce mandat légal en lançant un programme de recherche comportant plusieurs volets et étalé sur une période allant de 1998 à 2001. Avec l'analyse de l'évolution des flux de financement et l'examen des baisses de primes, l'étude consacré aux effets de la compensation des risques compte parmi les premiers projets mis sur pied. Pour la bonne raison que la compensation des risques a été introduite dès 1993, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur de la LAMal, qui elle date de 1996. Les effets peuvent donc en être observés sur une période plus longue.

La mandat délivré par la loi n'est pourtant pas la seule raison expliquant l'analyse actuelle de la compensation des risques. La compensation des risques a en effet été contestée dès son introduction. Le principe même de son existence est critiqué, tout comme son mécanisme administratif. L'analyse des effets de la compensation des risques vise par conséquent à objectiver la discussion.

L'OFAS a mis l'évaluation des effets de la compensation des risques au concours en 1997 et confié le projet au mois de novembre de la même année, au terme de la procédure, au Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS). Il lui a notamment demandé de se pencher sur les questions suivantes:

■ **Evolution de la compensation des risques:** Comment a évolué le volume financier transféré entre les assureurs? Quels sont les assureurs qui versent des redevances, quels sont ceux qui perçoivent des contributions?

■ **Exécution de la compensation des risques:** Comment les différents acteurs en présence s'acquittent-ils des tâches que leur confie la loi et l'ordonnance?

■ **Structure des risques, sélection des risques:** La désolidarisation observée entre assurés en bonne santé et assurés malades, avant l'introduction de la compensation des risques, a-t-elle pu être jugulée voire le processus inversé (partiellement ou totalement)? Existe-t-il des signaux indiquant que les assureurs continuent de chercher sciemment des assurés potentiellement bon marché, c'est-à-dire opèrent une sélection des risques? Quels sont leurs critères?

■ **Primes:** Observe-t-on un nivellement des écarts entre les primes dus aux différentes structures de risques? Quelle est l'ampleur de ce nivellement?

■ **Migrations:** Constate-t-on un rapport entre les arrivées et les départs d'assurés avant l'introduction de la compensation des risques et le montant des écarts entre les primes? Existe-t-il des signaux indiquant que les migrations dues à l'âge ont diminué depuis l'introduction de la compensation des risques?

■ **Survie des assureurs:** La compensation des risques a-t-elle amené les assureurs menacés dans leur existence même, avant l'introduction de la compensation des risques, à pouvoir survivre à long terme?

Ces questions illustrent clairement que le projet est centré sur une analyse des effets de la compensation des risques dans le passé. On n'a donc pas examiné les conséquences qu'un aménagement différent de la compensation des risques aurait eu dans le passé ou pourrait avoir à l'avenir.

Les résultats de cette analyse, richement documentés statistiquement, sont exposés dans le rapport intitulé «Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung», qu'il est possible de commander auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique / EDMZ (numéro de commande 318.010.1/99 d). Le présent condensé en montre les principaux.

1 Fonction et portée de la compensation des risques

A quoi sert la compensation des risques?

Il suffit de jeter un coup d'oeil sur ce qui se passe à l'étranger pour voir que l'assurance-maladie peut être organisée de forts différentes manières. L'éventail s'étend des systèmes largement inspirés des principes de l'économie de marché (p. ex. aux Etats-Unis) à ceux qui sont fortement régulés par l'Etat (p. ex. en Angleterre). En Suisse, nous disposons d'un système mixte: dans les limites des conditions générales prescrites par la LAMal, la concurrence entre les fournisseurs de prestations (médecins, hôpitaux, etc.) et entre les caisses doit jouer aussi librement que possible. Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, il existe deux règles capitales, que les caisses sont tenues de respecter: la première fixe dans le catalogue des prestations de base les prestations que les assureurs doivent financer; la seconde interdit aux assureurs d'échelonner les primes individuellement selon l'âge, le sexe ou d'autres facteurs. En l'absence de ces consignes, chaque assuré devrait s'entendre personnellement avec une caisse sur les différentes prestations assurées et sur leur prix. La conséquence en serait, évidemment, que les personnes qui sont souvent malades paieraient des primes proportionnellement très élevées (on les appelle les «mauvais risques»). Si les assureurs pouvaient échelonner les prestations ou les primes individuellement, il leur serait à peu près indifférent de savoir qui s'assure chez eux. Les règles fixées en Suisse par le législateur modifient radicalement la situation:

Lorsque tous les assurés d'une région doivent se voir offrir la même prime pour le même groupe de prestations de base, cette prime est d'autant plus basse que la moyenne des personnes assurées sont en bonne santé. Si les primes basses sont intéressantes pour les assureurs, ce n'est pas parce qu'ils peuvent en tirer des bénéfices plus élevés. En effet, il est interdit de faire des bénéfices dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Les excédents doivent servir à la constitution de réserves ou à des baisses de primes. Les caisses ont intérêt à offrir des primes basses pour les raisons suivantes: l'assurance de base et l'assurance complémentaire sont aujourd'hui conclues par la majorité des assurés auprès de la même caisse. Dans le domaine de l'assurance complémentaire, les caisses sont autorisées à faire des bénéfices. On sait, dans le même temps, que les personnes qui sont en bonne santé et surtout les plus jeunes (on les appelle les «bons risques») ne sont pas très fidèles à leur caisse. Les primes basses de l'assurance obligatoire attirent par conséquent les bons risques, qui veillent également à ce que les primes ne soient pas trop élevées dans le domaine de l'assurance complémentaire. Partant, la marge de bénéfice des assureurs augmente.

Que se passerait-il en l'absence de compensation des risques? Les caisses qui comptent une proportion supérieure à la moyenne d'assurés malades devraient exiger des primes plus élevées dans l'assurance de base. Par conséquent, les bons risques déjà assurés migreraient vers des caisses moins chères d'une part et aucun nouvel assuré n'adhérerait à ces caisses de l'autre. La position de ces caisses ne pourrait que se détériorer aussi bien dans le domaine de l'assurance de base que dans celui de l'assurance complémentaire. La conséquence en serait une poursuite de l'augmentation des primes, et de nouveaux départs d'assurés. Un cercle vicieux s'ensuivrait qui ne pourrait être interrompu à moyen et à long termes que par une fermeture ou par une fusion avec une autre compagnie d'assurance.

En l'absence de compensation des risques, les caisses comptant un grand nombre d'assurés malades seraient pénalisées. Y compris lorsque leur gestion est correcte et qu'elles contrôlent autant que possible les coûts de la santé. Ces caisses subissent des inconvénients pour quelque chose – la fragilité de la santé de leurs assurés – qu'elles ne peuvent changer. Mais elles ne sont pas les seules à être discriminées: leurs assurés doivent quant à eux payer des primes nettement plus élevées que les personnes adhérant à une

compagnie d'assurance comptant surtout des bons risques. Il s'ensuit une désolidarisation parce que les personnes qui sont déjà pénalisées par la fragilité de leur santé doivent en plus s'acquitter de lourdes primes.

La compensation des risques est donc justifiée à double titre: elle veille à ce que les assureurs, dans le cadre des règles prescrites, soient placés à égalité dans le jeu de la concurrence. Elle empêche par ailleurs que les malades et les personnes en bonne santé se désolidarisent les unes des autres.

Introduction et objectifs de la compensation des risques en Suisse

L'arrêté fédéral urgent qui a introduit la compensation des risques le 1er janvier 1993 s'entendait comme une « mesure temporaire contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie ». Le terme de désolidarisation désignait dans ce contexte l'évolution qui permettait aux caisses bénéficiant d'un effectif d'assurés « rentable » d'offrir des primes basses et, partant, d'attirer de nouveaux assurés « rentables » eux aussi. Un fossé se creusait donc entre elles et les assureurs dont les structures de coûts étaient relativement défavorables et qui pratiquaient par conséquent des primes plus élevées. La solidarité entre jeunes et vieux, d'une part, et personnes en bonne santé et malades, de l'autre, s'en trouvait de plus en plus compromise.

La compensation des risques était destinée à faire augmenter les primes des caisses présentant des structures favorables et baisser celles des assureurs désavantagés par des risques défavorables. Le rapprochement des primes devait influencer les changements de caisse-maladie de manière à ce que – telle était 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 (a) défavorise les mauvais risques, (b) immobilise des ressources qui pourraient être affectées à la baisse des coûts, et (c) se traduit non pas par un recul des coûts, mais par leur simple déplacement d'un assureur à l'autre. Il faut d'une part empêcher la sélection des risques, de l'autre augmenter les incitations à l'optimisation des coûts.

Comment fonctionne la compensation des risques?

Pour le calcul de la compensation des risques, les assurés adultes sont répartis en groupes de risques. Le premier groupe concerne les assurés qui ont 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 risque. Les enfants et les jeunes n'ayant pas atteint 18 ans ne sont pas pris en compte.

Pour chaque assuré d'un groupe de risques, on détermine par le calcul 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 : tout d'abord on calcule la moyenne des coûts pour tous les assurés de toutes les caisses. Ensuite on détermine la moyenne des coûts dans chaque groupe de risques pour tous les assurés de ce groupe de risques de toutes les caisses. La différence entre la valeur moyenne du groupe de risques et la valeur moyenne pour tous les assurés indique si la caisse verse une redevance (lorsque le signe est négatif) ou si elle doit percevoir une contribution (lorsque le signe est positif). Et l'on pourra 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.

L'**illustration 1** présente la situation finale de la compensation des risques dans le canton de Berne en 1997. L'exemple porte sur un seul canton car la compensation des risques est calculée séparément pour chaque canton. La moyenne des coûts par assuré est présentée en 1a pour chacun des 30 groupes de risques. Il apparaît clairement que cette moyenne augmente avec l'âge. A l'exception de deux groupes de risques («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 tous les assurés et toutes les 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 groupes. Avec le groupe de risques de «56 à 60» nous atteignons le tournant : les coûts moyens relatifs aux femmes sont déjà au-dessus de la moyenne générale, ceux relatifs aux hommes sont encore à peine en dessous.

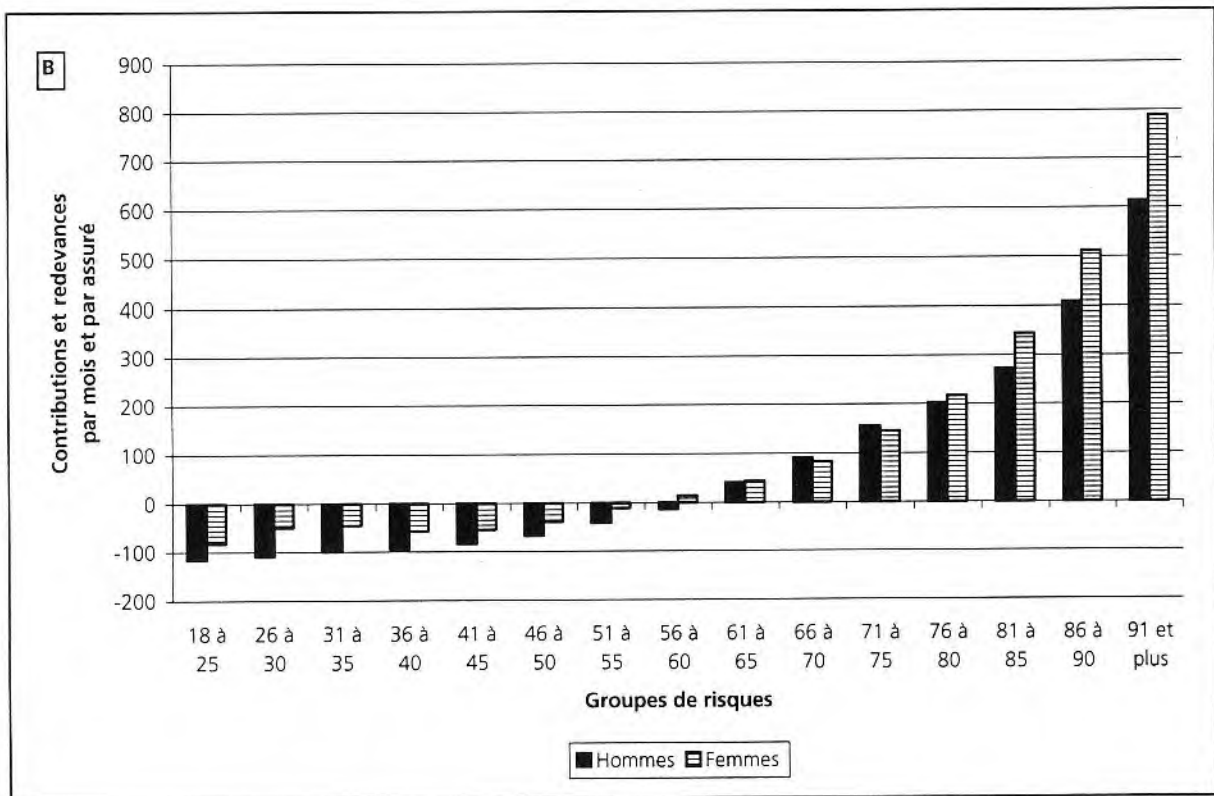
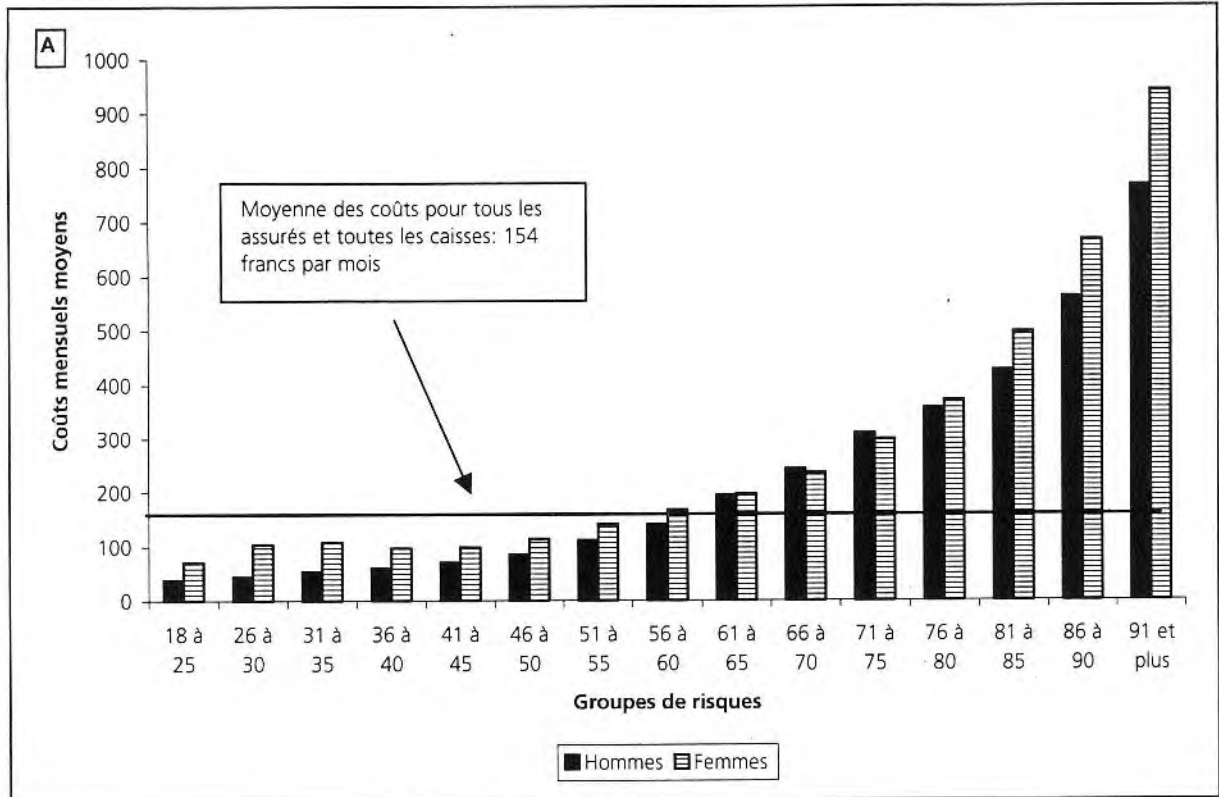
L'illustration 1b montre les contributions et les redevances par assuré et par groupe de risques. En 1997, les assureurs du canton de Berne ont dû payer la plus grande redevance pour les hommes de la tranche d'âge de 18 à 25 ans (115 fr.) ; ils ont perçu la plus grande contribution pour les femmes âgées 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 formule de la compensation des risques est conçue de telle manière qu'au total contributions et redevances se compensent. En d'autres termes, le montant total payé par certains assureurs est exactement égal à celui des redevances totales perçues par les autres.

Evolution de la compensation des risques entre 1993 et 1999

La compensation des risques n'existe en Suisse que depuis sept ans. Mais son histoire n'en est pas moins riche : l'ordonnance qui la régit a déjà été modifiée quatre fois, une cinquième réforme est prévue. Ces modifications sont d'une part l'expression de la rapidité des réactions aux expériences négatives. Elles montrent clairement, de l'autre, qu'il n'est pas facile d'établir dans la pratique une compensation des risques fonctionnelle.

La compensation des risques a été introduite en date du 1er janvier 1993 par l'ordonnance IX sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques entre les caisses-maladie. On s'est vite aperçu des différents défauts que présentaient sa conception et son exécution. Six mois plus tard, le 14 juin 1993, une version révisée de l'ordonnance entra en vigueur, qui ne fut valable pour la compensation des risques qu'à partir de 1994. Cette révision introduisit deux modifications essentielles : d'une part, le nombre des groupes de risques était relevé de trois à neuf, afin de créer les conditions nécessaires à une lutte plus efficace contre la sélection des risques. Plus les groupes de risques sont différenciés, plus il est difficile pour les caisses de se donner des avantages en sélectionnant les «bons risques». D'autre part, un système de décompte en deux temps - décompte provisoire et décompte définitif - fut introduit. L'objectif était de régler le problème dû au fait que les bases de données (nombre d'assurés, coûts) avant l'exercice pour lequel la compensation des risques doit être calculé se distinguent par trop des données effectives.

Illustration 1: Mode de fonctionnement actuel de la compensation des risques – Contributions et redevances par assuré et par groupe de risques dans le canton de Berne en 1997



La compensation des risques est entrée dans le droit ordinaire en même temps que la LAMal. Ce passage s'est lui aussi accompagné de modifications substantielles. Le nombre des groupes de risques fut encore relevé (passant de 9 à 30), ce afin de réduire encore les incitations subsistant encore en faveur de la sélection des risques. De même, un nouveau système de calcul fut introduit, qui augmenta fortement le volume redistribué. La LAMal n'a pas seulement introduit une nouvelle ordonnance sur la compensation des risques, elle a aussi entraîné le libre passage intégral dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Dans l'ancienne loi sur l'assurance-maladie, il existait plusieurs barrières à la mobilité des assurés. Ainsi, les assureurs pouvaient fixer librement un âge limite statutaire pour l'adhésion à une caisse, échelonner la prime d'entrée en fonction de l'âge ou apporter des réserves. La suppression des barrières entravant les migrations d'assurés a créé les conditions nécessaires pour que les effectifs des assurés s'adaptent au fur et à mesure des migrations.

La troisième modification de l'ordonnance a été opérée parallèlement à la procédure d'approbation des primes exécutée par l'OFAS. L'OFAS ne cessait de constater que les assureurs ne tenaient pas correctement compte de la compensation des risques dans leurs calculs budgétaires. Il en découlait d'un côté des primes trop élevées, de l'autre des primes trop basses. En conséquence, l'article de l'ordonnance régissant l'inscription au budget de la compensation des risques a été précisé en date du 1er janvier 1998.

D'autres modifications de l'ordonnance sont entrées en vigueur le 1er janvier 1999. Elles touchaient exclusivement au mécanisme administratif de la compensation des risques. Le système de décompte en deux temps fut renforcé pour que le calcul de la compensation provisoire puisse se fonder sur des données plus récentes, réduisant l'écart entre compensation provisoire et compensation définitive.

La première révision partielle de la LAMal, qui entrera en vigueur le 1er janvier 2000, prévoit la cinquième modification de l'ordonnance. L'idée est de créer la base légale nécessaire à l'introduction d'un intérêt moratoire. Le service chargé de l'application de la compensation des risques disposerait ainsi d'un instrument efficace contre les mauvais payeurs.

Quelles sont les sommes redistribuées entre les assureurs?

Pour pouvoir expliquer la redistribution qui s'effectue entre les caisses, nous établissons une distinction entre le montant brut et le montant net de la compensation des risques. Le montant brut indique la somme qui est redistribuée entre les différents groupes de risques, différenciés selon l'âge et le sexe. 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 interne de la caisse par rapport à tous les groupes de risques. Le montant net correspond par conséquent à la somme des montants effectivement versés au service chargé de l'exécution de la compensation des risques (au secrétariat de l'institution commune au sens de la LAMal) et qui sont ensuite versés aux ayants droit. Le **Tableau 1** montre l'évolution des montants brut et net de la compensation des risques entre 1993 et 1997.

Tableau 1: Montants brut et net de la compensation des risques entre 1993 et 1997

	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%

(1) Montants bruts: montants redistribués entre les groupes de risques, abstraction faite que les caisses font elles aussi une redistribution interne.

(2) Montants nets: montants bruts moins redistribution interne des caisses.

On remarquera dans le Tableau 1 les choses suivantes:

- Les montants bruts sont nettement plus élevés que les montants nets. La dernière ligne du tableau montre que les montants nets ne composent que 20% des montants bruts. Ceci signifie que la redistribution effective entre les groupes de risques est beaucoup plus importante que celle qui est effectuée entre les assureurs. 80% de la redistribution se fait donc à l'intérieur des caisses. Si l'on rapporte les montants bruts et les montants nets de 1997 aux coûts engendrés durant la même année dans le domaine de l'assurance de base, le montant brut représente 28 %, ce qui est considérable, mais le montant net ne dépasse pas 5%. La redistribution interne des caisses, plus importante, est la conséquence directe de l'existence de la compensation des risques et serait, en son absence, bien moindre.
- 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 bond qui s'est produit entre 1995 et 1996. Il est dû principalement à la modification du mode de calcul de la compensation des risques, mais aussi à la suppression des subventions fédérales et à l'augmentation des coûts. L'augmentation du nombre des groupes de risques de 9 (1995) à 30 (1996) n'a pour sa part eu aucune répercussion. Le nombre des groupes de risques n'influe en principe que sur la structure de financement des montants, non sur les montants eux-mêmes.

Qui profite de la compensation des risques? Qui finance la compensation des risques?

En 1997, la Suisse comptait 129 caisses, très différentes les unes des autres par leur taille et leur poids. 91 assureurs (71%) avaient moins de 10 000 assurés. Les dix plus grandes caisses réunissaient à elles seules les trois quarts de tous les assurés. La différence de poids entre les caisses se reflète également dans la compensation des risques.

60 assureurs finançaient la compensation des risques, 69 en bénéficiaient. La compensation des risques étant organisée de manière que redevances et contributions s'équilibrent, les 60 caisses «débitrices» versaient exactement ce que les 69 autres caisses recevaient (532 millions de francs). Le rapport entre les caisses «débitrices» et les caisses «créditrices» s'est fortement modifié depuis l'introduction de la compensation des risques. Le nombre des caisses créditrices a nettement reculé, à la suite des fusions (passant de 116 à 69), celui des caisses débitrices est resté presque constant (de 67 à 60).

Tableau 2: Volumes des contribution et des redevances par caisse en Suisse en 1997

Taille des caisses	Caisses débitrices		Caisses créditrices		Toutes caisses confondues
	Nombre	Redevances en millions	Nombre	Contributions en millions	Nombre
Moins de 1000 assurés	11	-0,6	21	1,8	32
1000 à 10 000 assurés	26	-18,4	33	17,0	59
10 000 à 100 000 assurés	17	-128,8	7	35,8	24
Plus de 100 000 assurés	6	-384,5	8	477,7	14
Total	60	-532,3	69	532,3	129
Moins de 1000 assurés	18%	0%	30%	0%	25%
1000 à 10 000 assurés	43%	3%	48%	3%	46%
10 000 à 100 000 assurés	28%	24%	10%	7%	19%
Plus de 100 000 assurés	10%	72%	12%	90%	11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Aussi bien les grandes que les petites caisses peuvent être débitrices ou créditrices. Le **Tableau 2** le montre clairement. Parmi les 14 assureurs comptant plus de 100 000 assurés en 1997, 6 versaient une redevance, 8 recevaient une contribution. Chez les assureurs plus petits, ayant moins de 1000 assurés, le rapport est de 11 débiteurs et de 21 créditeurs.

Le Tableau 2 montre tout aussi clairement que la compensation des risques équivaut en premier lieu à une redistribution entre les grands assureurs. Les six plus grandes caisses débitrices ont versé, ensemble, 384,5 millions de francs en 1997, soit 72 pour cent du volume redistribué. Les huit plus grandes caisses créditrices ont reçu au total 477,7 millions de francs ou 90 pour cent du volume redistribué.

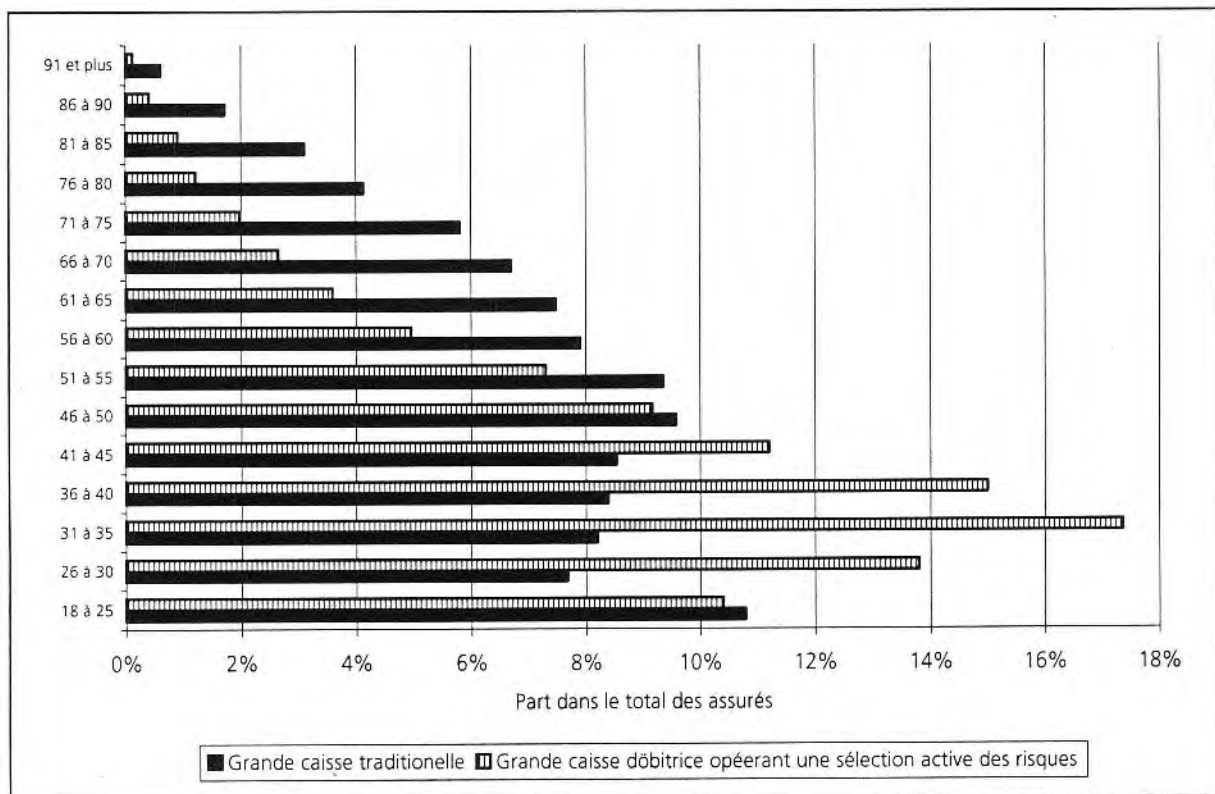
La portée de la compensation des risques pour chaque caisse ne s'illustre pas seulement dans le montant versé ou reçu. Si l'on compare les contributions et les redevances d'une part et les coûts induits par les assurés et admis à la compensation des risques de l'autre, on obtient une image différenciée. Prenons les 60 caisses ayant versé une redevance à la compensation des risques en 1997: le versement correspond en moyenne à 17 pour cent des coûts de santé incombant à ces caisses. La proportion varie considérablement selon la taille de la caisse débitrice. Chez les 11 assureurs les plus petits, elle est en moyenne de 9 pour cent, chez les 6 les plus grands de 27 pour cent. En d'autres termes: chez les assureurs débiteurs les plus grands, la part de la compensation des risques représente à peine un tiers du budget. En conséquence, la prime devrait avoir progressé d'un tiers chez ces assureurs.

Chez les caisses créditrices, la part moyenne de la compensation des risques dans les coûts est de 9 pour cent. Elle est légèrement supérieure à la moyenne chez les petits bénéficiaires, légèrement inférieurs chez les grands. Comment s'expliquent les différences existant entre caisses débitrices et caisses créditrices? Les assureurs qui profitent de la compensation des risques sont pour la plupart des caisses existant depuis longtemps. Les grandes caisses créditrices ont, pour cette raison, des effectifs d'assurés correspondant pour ainsi dire à la structure de la population. «Pour ainsi dire» parce que les jeunes membres y sont légèrement sous-représentés, généralement parce qu'ils sont mobiles. L'écart par rapport à la structure moyenne des risques est donc modéré dans ces caisses. En conséquence, les contributions versées au titre de la compensation des risques dépassent à peine 6 pour cent des coûts. En raison de leurs effectifs importants, leur part dans le total du volume redistribué est très grande.

Bien des caisses débitrices connaissent d'autres évolutions. Les plus grandes sont généralement des caisses qui ont attiré sciemment des assurés jeunes et en bonne santé. Les effectifs de leurs assurés sont très éloignés de la structure de la population. En conséquence, leurs paiements représentent, en pourcentage, une grande part des coûts endossés.

L'**illustration 2** présente les différences existant entre une grande caisse créditrice et une grande caisse débitrice, très active dans sa sélection des risques. Les barres noires illustrent la répartition des assurés de la grande caisse créditrice. Elles ont la forme en oignon typique de la pyramide des âges: les groupes d'âges les plus jeunes et les plus âgés sont moins représentés que les âges intermédiaires. La répartition des assurés de la grande caisse débitrice s'écartent nettement de cette structure. Les personnes âgées de 26 à 45 ans y sont très surreprésentées, les plus âgées très sous-représentées.

Illustration 2: Comparaison entre les effectifs d'assurés d'une caisse traditionnelle et ceux d'un assureur opérant une sélection active des risques en 1996



L'importance que présente la compensation des risques pour chaque assureur varie également d'un canton à l'autre. La raison en est que la compensation des risques est calculée séparément pour chaque canton et que bien des assureurs ont des effectifs différents selon les cantons. Un des dix plus gros assureurs de Suisse a, par exemple, de très bons effectifs dans le canton de Berne, où il est donc débiteur. Dans les cantons du Tessin, de Bâle-Ville et de Thurgovie, c'est le contraire, de sorte qu'il y est créateur. A l'échelle de la Suisse, cette caisse fait partie des débiteurs.

2 La compensation des risques a-t-elle atteint ses objectifs par le passé?

La compensation des risques vise les objectifs suivants:

- Stopper, voire inverser la tendance introduite au début des années 90 vers une désolidarisation entre assurés en bonne santé et assurés malades,
- Faire obstacle à la sélection des risques,
- Ne pas nuire aux incitations données aux assureurs pour qu'ils pratiquent une gestion économique,
- Ne pas distordre la concurrence entre les assureurs,
- Ne pas empêcher les mutations structurelles.

La compensation des risques est-elle parvenue à atteindre ces objectifs dans les années qui ont suivi son introduction?

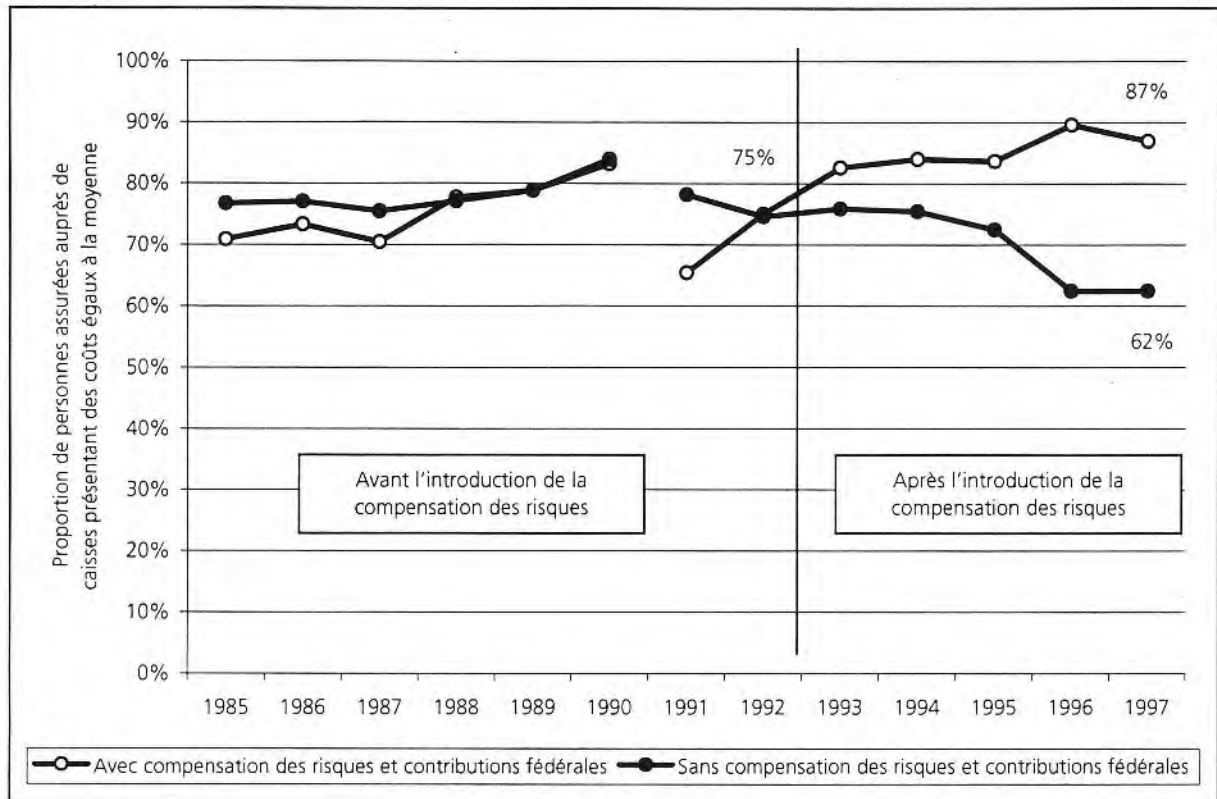
La compensation des risques a-t-elle stoppé la désolidarisation?

La compensation des risques augmente les coûts des caisses débitrices, diminue ceux des assureurs créditeurs. Le lien entre les coûts engendrés par la santé des assurés et les primes exigées étant relativement étroit, pour les caisses, l'introduction de la compensation des risques a eu pour effet logique de rapprocher les primes les unes des autres. La compensation des risques a donc contribué à stopper la désolidarisation et, en partie, à renverser la vapeur. Il n'est pas possible toutefois de porter l'intégralité de l'effet positif du rapprochement des primes au crédit de la compensation des risques. Entre 1993 et 1995, l'arrêté fédéral urgent sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie était également en vigueur. Cet arrêté a lui aussi entraîné un arrêt de l'augmentation des primes des assureurs dont les primes étaient supérieures à la moyenne. Seules les caisses dont les primes étaient inférieures à la moyenne ont pu encore procéder à des hausses. Cette mesure a renforcé l'homogénéisation des primes.

Les primes sont déterminées en priorité par les coûts. Ces derniers ont-ils donc eu tendance à se rapprocher? La réponse à cette question n'est pas la même si on considère les coûts avant ou après la compensation des risques et les subventions fédérales (jusqu'en 1995). Si on inclut les subventions fédérales et les redevances dans le calcul, on constate que la structure des coûts s'est nettement homogénéisée. La compensation des risques a donc eu l'effet voulu. Si on considère au contraire la structure des coûts en faisant abstraction des subventions et redevances, l'impression obtenue est tout à fait différente: la dissociation des risques entre les assureurs s'est poursuivie. Les migrations des assurés et les fusions de caisses n'ont pas abouti jusqu'ici à mieux mélanger les effectifs des assurés. L'espoir du législateur ne s'est donc pas concrétisé.

L'**illustration 3** représente ces rapports de cause à effet. Pour pouvoir observer l'évolution des effectifs des assurés, nous avons créé l'indicateur suivant: nous avons calculé la proportion des personnes, dans la totalité des assurés ayant conclu l'assurance obligatoire des soins, dont les coûts correspondent à la moyenne. En d'autres termes, nous avons mis entre parenthèses les personnes assurées auprès des caisses les plus et les moins chères. L'indicateur montre donc, de manière imagée, à quel point les assurés se regroupent autour d'une moyenne. Plus c'est le cas, plus les primes sont uniformes. L'illustration montre que la proportion des personnes assurées auprès de caisses dont les coûts sont moyens est passée de 75 pour cent (1992) à 87 pour cent (1997) avec l'introduction de la compensation des risques. Ce qui équivaut à un rapprochement des effectifs des assurés. Sans la compensation des risques, cette proportion serait tombée à 62 pour cent.

Illustration 3: Evolution des effectifs d'assurés en Suisse entre 1985 et 1997



Les bases de données d'avant et d'après 1991 ne peuvent être comparées directement les unes avec les autres. C'est la raison pour laquelle les lignes sont interrompues.

Les assureurs font-ils toujours la chasse aux «bons risques»?

La sélection des risques perdure et elle s'effectue de manière très ciblée. C'est ce qu'ont révélé des interviews réalisées auprès de diverses caisses. L'objectif de la compensation des risques de faire obstacle aux pratiques de la sélection des risques ou du moins d'en réduire la fréquence est loin d'être atteint. L'introduction de la compensation des risques selon les facteurs âge et sexe a entraîné un changement notable: la pression visant à écarter les personnes âgées déjà assurées a été fortement réduite car les caisses bénéficient pour ces assurés-là de contributions de la compensation des risques. De manière générale, l'attitude envers les «mauvais risques» déjà assurés n'a guère évolué, parce que l'état de santé n'est pas pris en compte par la compensation des risques. Le comportement des assureurs lors de l'admission de nouveaux assurés est lui aussi resté identique. Les caisses s'intéressent, comme par le passé, aux personnes en bonne santé, plus nombreuses parmi les jeunes générations que parmi les plus âgées. Parce que la compensation des risques ne tient pas compte de l'état de santé, la sélection efficace des assurés en bonne santé est prometteuse: deux assureurs A et B ayant des effectifs d'assurés identiques en ce qui concerne âge et sexe versent les mêmes montants au titre de la compensation des risques ou en reçoivent autant. Si la caisse A compte plus d'assurés en bonne santé, ses coûts sont plus bas que ceux de la caisse B et elle peut en conséquence proposer des primes plus basses. Elle améliore ainsi sa position sur le marché.

Les rapports existant entre assurance de base et assurance complémentaire sont importants pour l'attrait, qui reste très grand, de la sélection des risques. La plupart des assureurs s'intéressent en priorité aux affaires qui relèvent du domaine de l'assurance complémentaire, car ils peuvent y faire des bénéfices. Le chiffre d'affaires de toutes les caisses, dans le domaine des assurances complémentaires, a atteint 4,8 milliards de

2 La compensation des risques a-t-elle atteint ses objectifs par le passé?

francs en 1997. Environ 1,9 million de personnes bénéficiaient par exemple d'une assurance complémentaire pour l'hospitalisation (privée et semi-privée) en 1997. Dans le domaine de l'assurance de base, les bénéfiques servent à constituer des réserves ou à abaisser les primes (prestations en 1997: 13,1 milliards de francs). Dans le domaine de l'assurance complémentaire, les assureurs s'intéressent en priorité, lors du recrutement de nouveaux assurés, aux jeunes (en bonne santé). Ils pourraient certes faire également des bénéfiques auprès de nouveaux assurés plus âgés ou malades, puisqu'ils ont la possibilité d'exiger des primes correspondant aux risques. Mais ces primes peuvent atteindre un niveau tel qu'elles ne présentent aucun attrait pour les assurés.

Dans le domaine de l'assurance de base comme dans celui de l'assurance complémentaire, des sélections sont opérées non seulement en fonction de l'âge et du sexe, mais aussi d'autres facteurs, pour autant que les informations soient disponibles. Les critères centraux sont ceux qui indiquent/ la fragilité de la santé des assurés potentiels. En font partie le revenu, le niveau de formation et les aspects régionaux. La possibilité de sélectionner les risques dans le domaine de l'assurance complémentaire a des répercussions considérables dans le domaine de l'assurance de base, car la plupart des assurés concluent les deux catégories d'assurance chez le même assureur. Les effets de la sélection opérée dans le domaine de l'assurance complémentaire seraient moindres si la compensation des risques dans l'assurance de base tenait compte des informations utilisées pour la sélection dans le domaine de l'assurance complémentaire (notamment sur l'état de santé). Tel n'est pas le cas aujourd'hui. Le système de la compensation des risques en vigueur ne considère que les facteurs âge et sexe. Les bénéfiques faits par les assureurs grâce à la sélection des risques ne sont donc pas annihilés totalement par la compensation des risques.

La compensation des risques nuit-elle aux incitations à l'économie?

Les incitations à l'économie sont ancrées dans la LAMal. Le législateur a voulu influencer ce faisant sur plusieurs acteurs. Dans le domaine de la planification hospitalière, les cantons disposent par exemple d'instruments - listes d'hôpitaux et possibilité d'établir des budgets globaux - qui leur permettent d'influer sur les coûts de manière ciblée. Pour ce qui est des assureurs, la loi prévoit essentiellement deux mesures, l'une directe, l'autre indirecte. Grâce aux nouvelles formes d'assurance (p. ex. les HMO), les assureurs peuvent exercer une influence directe sur les coûts de la santé. Le législateur espère que la concurrence entre les assureurs aboutira elle aussi à une pression indirecte sur les coûts. Il part de l'hypothèse que les assureurs essaient d'améliorer leur position concurrentielle en réduisant leurs coûts, par exemple en prenant en charge et en assistant les assurés les plus chers de manière ciblée.

La compensation des risques ne constitue pas par elle-même un instrument de réduction des coûts, dans le cadre de la loi en vigueur. Mais son aménagement ne doit pas faire obstacle aux incitations prévues. Cet objectif a-t-il été atteint? Plus ou moins seulement. Si on se penche sur la conception de la compensation des risques, on note que les incitations sont réduites. Si on considère les réalités concrètes, on constate que ces incitations négatives se sont répercutées moins fortement sur les baisses de coûts qu'on pourrait le penser sur la base de réflexions théoriques. Comment en arrive-t-on à cette appréciation?

Les contributions et les redevances de la compensation des risques sont calculées comme la différence existant entre les coûts moyens de toutes les caisses dans chaque groupe de risques et les coûts moyens de tous les assurés et de toutes les caisses. Prenons par exemple le groupe des hommes âgés de 66 à 70 ans dans le canton de Berne. En 1997, les coûts moyens de tous les assurés et de toutes les caisses dans ce groupe de risques s'élevaient à 244 francs par mois. La moyenne de tous les assurés, groupes de risques et caisses était de 154 francs. En conséquence, tous les assureurs recevaient 90 francs par membre du groupe des hommes âgés de 66 à 70 ans au titre de la compensation des risques. Les incitations à l'éco-

nomie ne sont en principe pas touchées par ce système de calcul. Pour une compagnie d'assurance, il reste intéressant de contenir les coûts en-deça du seuil de 244 francs dans ce groupe. Lorsqu'une petite assurance A parvient p. ex. à réduire ses coûts à 200 francs, elle perçoit encore 90 francs, bien que la différence ne se monte plus pour elle qu'à 46 francs (différence entre 200 et 154 francs). Son «bénéfice» par membre de ce groupe atteint donc 44 francs (différence entre 244 et 200 francs). L'incitation à maintenir les coûts aussi bas que possible n'est donc pas éliminée par la compensation des risques dans sa forme actuelle. Mais l'exemple ci-dessus montre également que les incitations à l'économie sont réduites. Nous sommes partis du principe que la réduction des coûts de l'assurance A n'influe ni sur les coûts moyens du groupe de risques des hommes âgés de 66 à 70 ans (244 francs) ni sur les coûts moyens de tous les assurés (154 francs). Tel est seulement le cas lorsque l'assurance A est de très petite taille. Si elle possédait une part de marché plus importante, lesdits coûts moyens ne seraient pas les mêmes. En conséquence, le «bénéfice» de 44 francs se réduirait. Les calculs montrent que l'adaptation des coûts moyens entraîne normalement une perte d'environ 10 pour cent du «bénéfice».

Parallèlement à l'affaiblissement général des incitations à l'économie exposé ci-dessus, il existe des réductions spécifiques: la conception actuelle de la compensation des risques défavorise les nouvelles formes d'assurance. Considérons le cas des franchises à option. Dans le canton de Berne, les coûts des hommes âgés de 18 à 25 ans que les caisses ont eu à endosser en 1997 s'élevaient à 39 francs par mois. Parallèlement, ces caisses ont dû verser pour lesdites personnes la somme de 115 francs au titre de la compensation des risques, parce que les coûts moyens de tous les assurés et de toutes les caisses sont de 154 francs par mois. Partons de l'hypothèse qu'une caisse A, qui possède 10 pour cent du marché/de parts de marché, exige une prime de 154 francs. Pour les hommes jeunes, la facture de la caisse A augmente, coûts sanitaires et compensation des risques réunis donnent les recettes tirées des primes. Par des efforts particuliers, la caisse A veut amener les hommes jeunes à choisir des franchises supérieures aux traditionnels 230 francs par an. Elle espère ce faisant que les hommes jeunes adopteront un comportement plus responsable par rapport à leur santé.

Supposons maintenant que les efforts de la caisse A sont récompensés: tous les hommes jeunes ne font plus appel qu'à environ la moitié des prestations, soit 20 francs par mois. Les primes des hommes jeunes diminuent de 40 pour cent (conformément à l'ordonnance, dans le cas d'une franchise de 1500 francs par an), passant de 154 à 92 francs. La participation aux coûts des hommes jeunes devient négative pour l'assureur: il doit verser plus au titre de la compensation des risques (115 francs) qu'il ne perçoit de primes (92 francs). On ne tient pas compte là du fait que les redevances au titre de la compensation des risques augmentent parce que le total des coûts du groupe des âgés de 18 à 25 ans a diminué à la suite des efforts de la caisse A. Conclusion: les incitations données aux caisses pour qu'elles «vendent» des franchises à option, nouvelles formes d'assurance, sont nettement moins intéressantes, même si l'économie publique économise des coûts sanitaires.

Dans le passé, les réductions ayant affecté les incitations à l'économie dans le domaine des nouvelles formes d'assurance ont sans doute été différentes selon les variantes. Pour ce qui est des franchises à option, ces réductions ont été fortes, l'exemple ci-dessus le montre. En ce qui concerne les HMO, elles ne devraient pas avoir été conséquentes, parce que leur introduction ne dépend pas en priorité de la compensation des risques.

La compensation des risques entrave-t-elle la concurrence?

Quand on parle de «libre» concurrence, on pense généralement, dans la pratique, à une situation de marché dans laquelle l'offre et la demande se rencontrent sans intervention de l'Etat ou sans devoir observer

2 La compensation des risques a-t-elle atteint ses objectifs par le passé?

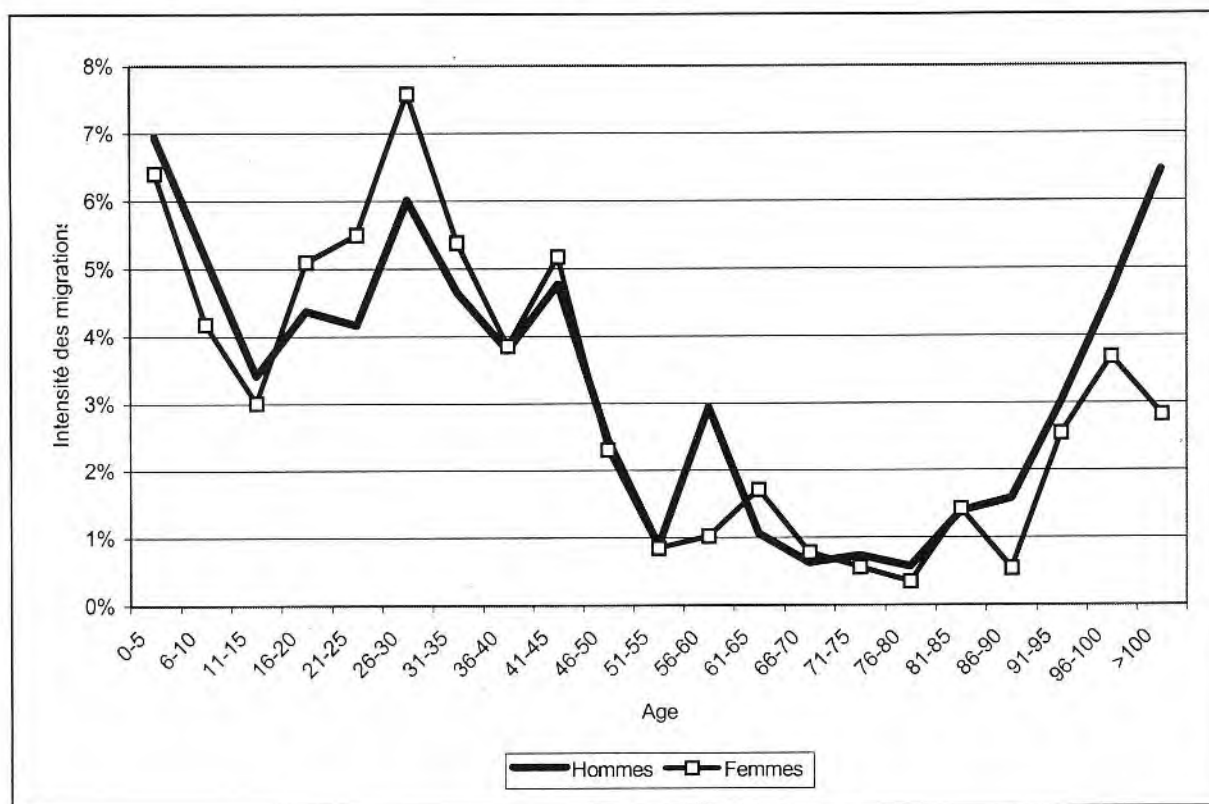
des conditions générales. Cette réalité est celle, par exemple, du marché de l'habillement. Le domaine de la santé est lui très réglementé par la Confédération et par les cantons. Il ne peut donc y avoir de libre concurrence au sens donné plus haut. Les assureurs se voient prescrire quel produit ils doivent offrir dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Ils ne peuvent en différencier le prix (la prime) individuellement. Par ailleurs, la prime est soumise à l'approbation de l'OFAS. La LAMal et ses ordonnances d'application donnent en sus/outré des consignes détaillées en matière de gestion, par exemple en matière de constitution de réserves. La latitude concurrentielle entre les caisses est donc très limitée. Les assureurs n'ont pas le droit de faire des bénéfices dans le domaine de l'assurance de base.

La Confédération et les cantons prescrivent le cadre à l'intérieur duquel la concurrence peut jouer entre les caisses. Sans la compensation des risques, les caisses ne seraient pas placées à égalité à l'intérieur de ce cadre limité par rapport au marché libre, parce que les assureurs ont des effectifs d'assurés très différents les uns des autres. Dans le canton de Berne, les coûts moyens de la compagnie d'assurance la plus chère s'élevaient à 5022 francs par an et par personne en 1997 (compte non tenu de la correction opérée par la compensation des risques), ceux de la caisse la moins chère à 716 francs seulement. L'âge moyen des personnes assurées auprès de la caisse la plus chère était de 76 ans, contre 38 à la caisse la moins chère. Les assurés plus âgés ayant tendance à être plus fréquemment malades et à coûter plus cher que les assurés plus jeunes, l'assurance la plus chère souffre d'un désavantage concurrentiel injustifié. Injustifié pour les raisons suivantes: d'une part, l'assurance doit admettre tous les assurés s'adressant à elle dans le cadre de l'assurance obligatoire. Elle n'a ni la possibilité ni le droit de s'opposer à l'adhésion d'assurés malades (et souvent âgés). De l'autre, les caisses ne peuvent guère influencer sur l'état de santé des assurés dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (p. ex. par des mesures préventives). Pour éliminer les désavantages injustifiés engendrés par les assurés en mauvaise santé, il faut compenser les surcoûts structurels des assurances plus chères. La compensation des risques crée donc les conditions susceptibles de permettre une concurrence juste dans le cadre (limité) prescrit.

Les migrations des assurés ne pourraient-elles fournir les mêmes armes aux assureurs, les mauvais risques se déplaçant là où les offres sont les plus intéressantes, y entraînant une augmentation des coûts et des primes? Les migrations des assurés n'ont absolument pas entraîné ce rééquilibrage par le passé. Il s'avère en effet que ce sont surtout les assurés de moins de 45 ans qui changent d'assurance. C'est-à-dire les bons risques. Si les mauvais risques ne changent pas d'assurance, les caisses ne peuvent être placées à égalité: les caisses les moins chères deviennent toujours moins chères avec l'arrivée de bons risques, les plus chères se font toujours plus chères avec la perte des assurés en bonne santé.

L'**illustration 4** donne à voir le comportement migratoire des assurés. En 1996, ce sont les femmes âgées de 26 à 30 ans qui ont enregistré le pourcentage de migration le plus élevé: 7,6 pour cent des femmes de ce groupe d'âge ont changé de caisse cette année-là. Les taux de migration élevés des assurés les plus âgés s'expliquent par la mortalité supérieure à la moyenne des membres de cette catégorie d'âge. Etant donné qu'il n'est pas possible de distinguer un décès d'un départ normal d'une caisse, ces taux de migration sont distordus. Les taux élevés des très jeunes assurés s'expliquent quant à eux par ceux de leurs parents.

Illustration 4: Intensité des migrations par âge et par sexe en 1996



La compensation des risques pourrait-elle être supprimée si les migrations – contrairement à ce qui se passe aujourd'hui – touchaient tous les assurés et avaient plus d'ampleur? Il faut noter tout d'abord que les migrations ne sont pas gratuites. On estime que leurs coûts oscillent entre 300 et 800 francs par cas. Multiplier les migrations ne peut donc constituer un objectif. Les migrations sont judicieuses lorsqu'elles ont pour but un assureur dont les coûts sont plus bas, parce qu'il applique des mesures d'économies. Mais les migrations ne peuvent être encouragées judicieusement, dans cette direction, que si les coûts sont corrigés par la compensation des risques. A ce moment-là seulement, les différences de primes reflètent des différences de gestion des coûts entre les caisses. Par ailleurs, la compensation des risques resterait nécessaire si toutes les caisses avaient des effectifs identiques. Sur un tel marché, il serait très intéressant, en l'absence de compensation des risques, de fonder une nouvelle assurance et de sélectionner les risques. Le résultat en serait de forts mouvements migratoires, fondés non pas sur une meilleure gestion des coûts. Tant les migrations intervenant pour de mauvais motifs que les ressources mises en oeuvre pour la sélection des risques ne sont pas opportunes en termes d'économie publique.

La compensation des risques est donc nécessaire en principe pour l'instauration d'une concurrence saine et utile. Mais son succès dépend de son aménagement concret. La réglementation actuelle satisfait-elle ces exigences? En partie seulement. La compensation des risques est conçue utilement lorsqu'il n'existe pratiquement plus aucune incitation à sélectionner les risques. Ces incitations restent importantes aujourd'hui, car seuls les facteurs âge et sexe sont pris en compte par la compensation. Le critère de risque le plus important, l'état de santé, n'a pas été retenu jusqu'ici dans la formule de la compensation. Lorsqu'une assurance opère avec succès une sélection des risques, les avantages qu'elle en retire ne sont équilibrés que partiellement aujourd'hui. Les armes fournies aux assurances ne sont donc pas égales.

Dans quelle mesure la compensation des risques est-elle une compensation des coûts?

De part et d'autre, on reproche à la compensation des risques de ne pas être une compensation des risques, mais une «compensation des coûts». On exige ensuite que la compensation des risques ne soit pas une «compensation intégrale des coûts». On entend par là que les caisses bien gérées seraient pénalisées par la compensation des risques, puisqu'elles devraient participer au financement de coûts produits «indûment» par les caisses inefficientes. La «compensation intégrale des coûts» serait donc une compensation des risques qui rééquilibre les coûts de telle manière qu'il n'existe plus aucune incitation à l'économie. La conséquence logique d'un tel point de vue serait une caisse unique. Il faut noter à ce propos les choses suivantes:

La compensation des risques est toujours, par définition, une compensation des coûts. L'objectif de la compensation des risques est de rééquilibrer les avantages et les inconvénients dus aux différences entre les effectifs d'assurés. Son calcul n'englobe que les coûts de la santé, non les coûts administratifs et de gestion des assureurs. En d'autres termes, une administration particulièrement coûteuse n'est pas «rémunérée» par la compensation des risques.

La réduction des incitations à l'économie dépend de la manière avec laquelle la compensation des risques est concrétisée. On a déjà indiqué plus haut que la conception actuelle de la compensation des risques présente certains inconvénients. Il faut ajouter qu'il serait souhaitable, naturellement, de ne calculer la compensation des risques que sur la base des caisses les plus efficaces. On empêcherait ainsi la redistribution de coûts dus à une mauvaise gestion. Une telle sélection des assureurs poserait toutefois, dans la pratique, des problèmes quasi insurmontables.

La redistribution des coûts est opérée entre les assureurs selon les critères de l'âge et du sexe. Cette règle se distingue sensiblement d'une compensation non spécifique des coûts. L'exemple suivant illustre bien ce rapport. Supposons que la compensation des risques fonctionne autrement qu'aujourd'hui. Les assureurs n'auraient à communiquer que leurs coûts moyens par personne. Les caisses dont les coûts par personne seraient supérieurs à la moyenne percevraient la différence (multipliée par le nombre d'assurés). Pour les assureurs dont les coûts seraient inférieurs à la moyenne, c'est le contraire qui se produirait. Supposons maintenant qu'une caisse A n'ait que des assurés âgés de 40 à 50 ans. Une mauvaise gestion de la caisse résulterait sur des coûts par personne supérieurs à la moyenne (170 francs par mois). Ces coûts par personne se situent d'un côté au-dessus de la moyenne de ce groupe de risques dans toutes les caisses (92 francs; chiffres du canton de Berne en 1997), de l'autre au-dessus de la moyenne de tous les assurés de toutes les caisses (154 francs). Quelles seraient alors les répercussions de l'autre compensation des risques? L'assureur A percevrait 16 francs par personne (différence entre 170 et 154 francs). Dans le système en vigueur, cette caisse devrait verser une redevance au titre de la compensation des risques malgré le niveau élevé de ses coûts moyens (différence entre 92 et 154 francs: 62 francs par assuré). Actuellement, la mauvaise gestion n'est donc pas «rémunérée» par la compensation des risques. L'exemple le montre: le fait que la compensation des risques soit une compensation des coûts au mauvais sens du terme dépend pour l'essentiel de son aménagement.

De manière générale, on peut dire que c'est principalement le rôle de la LAMal, non de la compensation des risques, de déterminer les incitations à l'économie. L'objectif de la compensation des risques doit être de ne pas réduire les incitations à l'économie prévues par la LAMal. Dans le meilleur des cas, son aménagement concret peut même renforcer les incitations.

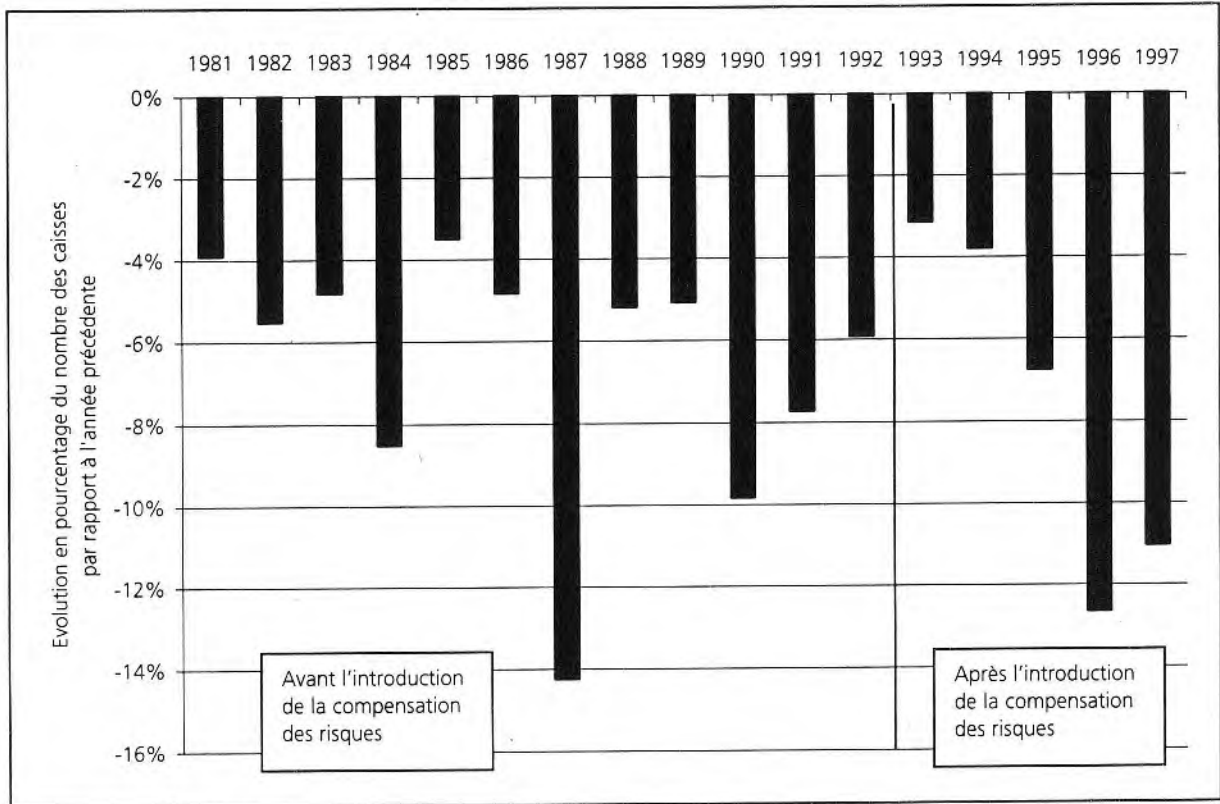
La compensation des risques empêche-t-elle toute mutation structurelle?

La compensation des risques vise à rééquilibrer le différentiel de coûts dû aux différences d'effectifs des caisses. Les caisses comptant une proportion supérieure à la moyenne de personnes occasionnant fréquemment des frais médicaux deviennent des caisses créditrices et reçoivent de l'argent. Ce mécanisme améliore leurs recettes. L'argent est investi de manière typique dans une baisse des primes. En conséquence, ces assureurs redeviennent attractifs par rapport aux autres caisses.

Les paiements effectués au titre de la compensation des risques ne doivent cependant pas être confondus avec un subventionnement non spécifique ou un maintien structurel injustifié. Ils sont assujettis à des critères qui nuisent objectivement aux caisses créditrices dans le jeu de la concurrence. Seuls les paiements compensatoires créent la possibilité que les meilleures caisses subsistent sur le marché. En l'absence de compensation des risques, ce sont les caisses qui pratiquent la meilleure sélection des risques, et par conséquent peuvent offrir les primes les plus intéressantes, qui subsisteraient. Les caisses qui sélectionnent les risques avec succès ne sont pas forcément celles qui occupent une position de tête en matière d'économies et de gestion. La compensation des risques ne fait donc pas obstacle aux mutations structurelles. Elle crée au contraire les conditions nécessaires à la survie des bonnes caisses.

L'**illustration 5** montre que la tendance aux mutations structurelles ne s'est pas inversée depuis l'introduction de la compensation des risques. Le nombre des caisses offrant l'assurance de base a diminué chaque année depuis 1981. En pourcentages, les reculs oscillent entre 3 et 14 pour cent par rapport à l'année précédente. La compensation des risques fonctionne depuis 1993. Pendant cette période, les taux de réduction ont continué à progresser. Entre 1993 et 1997, 57 assureurs ont renoncé à leur indépendance fusionnant. Parmi eux, 36 étaient des caisses créditrices de la compensation des risques, 21 des caisses débitrices. En ce qui concerne les 36 caisses créditrices, la compensation des risques n'a donc pas suffi à les faire subsister. Des analyses détaillées des résultats d'exploitation des assureurs entre 1989 et 1997 montrent que seules quelque 10 pour cent des caisses créditrices qui se trouvaient dans de graves difficultés financières en 1992 sont parvenues à résoudre leurs problèmes grâce à l'aide de la compensation des risques. Cette réalité prouve que la compensation des risques n'a guère d'effet structurel.

Illustration 5: Evolution du nombre des caisses par rapport à l'année précédente entre 1981 et 1997



2 La compensation des risques a-t-elle atteint ses objectifs par le passé?

3 L'avenir de la compensation des risques

La compensation des risques en vigueur aujourd'hui a une durée de vie limitée au 31 décembre 2005. Il faut décider, en prévision de cette date, si elle doit être prolongée ou non. Diverses évolutions montrent que la compensation des risques pourrait bien occuper le devant de la scène bien avant cela: dans le passé, l'ordonnance régissant la compensation des risques a déjà dû être modifiée à quatre reprises. Plusieurs interventions parlementaires ont été déposées ces deux dernières années à son sujet. Et les résultats de l'analyse des effets de la compensation des risques signalent qu'elle peut être améliorée.

La compensation des risques pourra-t-elle être supprimée en 2006?

La compensation des risques est limitée à fin 2005. Le législateur pensait, lors de son introduction, que les effectifs des assurés de chaque caisse s'homogénéiseraient fortement d'ici le milieu de la prochaine décennie à la suite des fusions de caisses et des migrations des assurés entre les caisses. Que les écarts entre les primes s'amenuiseraient et que la compensation des risques n'aurait plus de raison d'être. La fixation d'un délai fut également un compromis entre les défenseurs de la compensation des risques et ses opposants.

Supprimer la compensation des risques en 2006 ne serait pas raisonnable, et ce pour deux raisons: premièrement, l'évolution observée depuis 1993 montre que les effectifs des assurés sont devenus plus hétérogènes malgré la compensation des risques (voir illustration 3). L'homogénéisation souhaitée ne s'est pas faite. La sélection des risques, toujours aussi ciblée, ne permet pas non plus d'espérer que les effectifs se rapprocheront à l'avenir. La compensation des risques, en tant qu'instrument correcteur du déséquilibre existant sur le marché des assurances, est donc plus nécessaire encore qu'elle ne l'était au moment de son introduction en 1993.

Deuxièmement, la compensation des risques représente un élément systémique nécessaire selon des réflexions de fond. Même si les effectifs d'assurés se rapprochaient, la compensation des risques serait utile. Supposons, pour illustrer cette réflexion, qu'il n'existe plus que 50 assureurs en l'an 2005. Tous auraient les mêmes effectifs d'assurés. L'abolition de la compensation des risques engendrerait immédiatement une sélection des risques plus intense que celle qui est pratiquée aujourd'hui. Il serait intéressant de fonder une nouvelle caisse offrant des primes initiales nettement inférieures à la moyenne. Les bons risques changeraient immédiatement de caisse. Aussi bien les migrations que les dépenses investies dans la sélection des risques coûtent cher et ne contribuent pas à la diminution des coûts de la santé.

Quelles sont les propositions de réforme possibles?

Au cours des deux dernières années, plusieurs propositions de réforme de la compensation des risques ont été lancées en Suisse. Le **Tableau 3** classe les principales d'entre elles dans trois catégories: les réformes de fond, les modifications affectant la formule de la compensation des risques et les changements affectant son mécanisme technique. En ce qui concerne les **réformes de fond**, nous avons déjà discuté de l'abolition de la compensation des risques ou de la suppression de son échéance. Nous concluons ici que la compensation des risques est nécessaire, sans limite, pour que les principales conditions générales régnant dans le domaine des assurances soumises à la LAMal restent identiques (catalogue des prestations de base, interdiction des primes proportionnelles aux risques). Une autre proposition de réforme vise à calculer la compensation des risques sur un mode prospectif, non sur un mode rétrospectif, comme elle l'est aujourd'hui. L'idée est la suivante: dans le système actuel, la compensation des risques est fixée à la fin de l'exercice, sur la base des conditions effectives de l'année précédente. Dans un système prospectif,

Tableau 3: Aperçu des propositions de réforme

Réformes de fond	Modifications de la formule de la compensation des risques	Modifications du mécanisme de la compensation des risques
<ul style="list-style-type: none"> ■ Suppression de la compensation des risques ■ Suppression de l'échéance de la compensation des risques ■ Calcul prospectif plutôt que rétrospectif de la compensation des risques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prise en compte, en sus de l'âge et du sexe, de l'état de santé des assurés (p. ex. par inclusion des coûts de l'année précédente, des séjours hospitaliers, des groupes de franchises ou des taux d'hospitalisation) ■ Traitement spécial de certains groupes d'assurés: décès, cas très coûteux, diagnostics particuliers, personnes ayant souscrit une nouvelle forme d'assurance (HMO, etc.) ■ Calcul de la compensation des risques sur la base des assureurs les plus efficaces 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Calcul sur la base des données actuelles ■ Ralentissement de la sélection des risques par des mesures administratives et/ou légales

les contributions et les redevances de la compensation des risques seraient fixées à l'avance et ne seraient plus corrigées. L'idée est que les assureurs soient plus incités par les contributions et les redevances fixées avant l'exercice à réduire leurs coûts.

Parmi les propositions de réforme visant à **modifier la formule de la compensation des risques**, ce sont celles qui veulent ajouter le critère de l'état de santé à ceux de l'âge et du sexe qui occupent le premier plan. Ces propositions partent du principe qu'une compensation des risques dus à l'âge et au sexe laisse une grande marge de manoeuvre aux assureurs pratiquant la sélection des risques. Deux caisses, par exemple, dont la répartition des membres entre les âges et les sexes est identique n'ont pas forcément les mêmes coûts. Ces derniers dépendent principalement de l'état de santé des assurés. L'état de santé contribue donc grandement à l'explication des risques à endosser.

Les propositions de réforme en la matière prennent deux voies différentes: les unes intègrent directement un indicateur de l'état de santé dans la formule de la compensation des risques. Les 30 groupes de risques existant pourraient, par exemple, être subdivisés plus avant selon le critère du ou des séjours hospitaliers intervenus l'année précédente. Les autres visent à exclure les «cas spéciaux» de la compensation normale des risques. Les assurés restants sont donc plus comparables. On pourrait envisager que tous les assurés décédés pendant l'exercice considéré, et ayant par conséquent (normalement) engendré des coûts supérieurs à la moyenne, soient pris en charge par un pool financé par toutes les assurances.

Une autre proposition consiste à ne tenir compte que des caisses les plus efficaces pour le calcul des contributions et des redevances au titre de la compensation des risques. Cette manière de procéder empêcherait que les «mauvais» gestionnaires «poussent» les contributions et les redevances vers le haut.

Parmi les **modifications affectant le mécanisme de la compensation des risques**, on trouve également deux propositions. L'une veut que soit pris en compte le fait que la majorité des changements de caisse se font en début d'année. Cette réalité fait que les écarts entre versement provisoire et versement définitif, au titre de la compensation des risques, peuvent être grands. Les versements provisoires au titre

de la compensation des risques de 1999 reposent, par exemple, sur les données des années 1997 et 1998. Ce n'est qu'au moment du décompte définitif, au mois de novembre 2000, que les migrations intervenues le 1er janvier 1999 jouent un rôle. L'intervalle de temps séparant le changement de caisse et sa prise en compte dans la compensation des risques est donc de près de deux ans. Prenons l'exemple d'une caisse débitrice A qui a enregistré beaucoup d'adhésions de bons risques au 1er janvier 1999. Lors de la compensation provisoire établie pour 1999, la situation de la caisse A est estimée à un niveau trop bas, parce que seules les données concernant les assurés et les coûts en 1998 sont pris en compte. Elle devra donc payer des sommes de rattrapage élevées lors du décompte définitif, à l'automne 2000.

Par ailleurs, il faut faire obstacle à la sélection des risques par des changements d'ordre administratif:

■ Les assurés souscrivent souvent leur assurance de base et leur assurance complémentaire chez le même assureur, parce que les problèmes pratiques de décompte entre deux assureurs leur paraissent trop grands. Il en résulte un obstacle aux migrations. Cet obstacle pourrait être supprimé si les fournisseurs de prestation (médecins, hôpitaux, etc.) étaient obligés d'établir systématiquement deux factures: l'une pour les prestations relevant de l'assurance de base, l'autre pour les prestations de l'assurance complémentaire.

■ Les «mauvais risques» sont parfois détournés d'une assurance par des obstacles d'ordre administratif. On pourrait contourner cet obstacle en autorisant un service de l'Etat à s'occuper de la souscription de l'assurance de base d'une personne auprès d'un nouvel assureur.

4 Recommandations du bureau d'études BASS

L'analyse des effets de la compensation des risques qu'a effectuée le bureau d'études BASS a débouché sur une série de propositions de réforme. Les deux principales sont les suivantes:

Ancre legal définitif de la compensation des risques: Nous recommandons que la compensation des risques soit ancrée définitivement dans la loi. L'objectif central de la compensation des risques est de supprimer les incitations à la sélection des risques dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. La suppression de la compensation des risques aurait pour conséquence – même si les assureurs avaient des effectifs comparables au moment de la suppression – de renforcer à nouveau la sélection des risques. Les effectifs des assurés se feraient plus hétérogènes, comme c'était le cas au début des années 90. Il s'avère en outre que les effectifs des assurés se sont nettement moins homogénéisés dans les années passées que le législateur le supposait lors de l'introduction de la compensation des risques.

Modification de la formule: Nous recommandons d'améliorer la formule actuelle de la compensation des risques, parce que ne place pas les caisses à égalité dans le jeu de la concurrence, parce qu'elle réduit en partie les incitations à l'économie et parce qu'elle n'entrave que partiellement la sélection des risques. Les conséquences de cette conception sous-optimale sont les suivantes:

- Les caisses assurant un nombre supérieur à la moyenne de personnes malades sont injustement désavantagées par rapport à leurs concurrentes. Leurs primes sont trop élevées en comparaison d'une compensation optimale des risques.
- Les caisses sont trop peu motivées à réduire leurs coûts. Elles concentrent leurs efforts, en lieu et place, sur la sélection des risques. Lorsqu'elles ont du succès, ce faisant, elles peuvent en escompter des avantages plus grands aujourd'hui qu'en prenant des mesures d'économie.
- Des changements inutiles et coûteux se produisent. Inutiles lorsque les migrations se font vers des assureurs qui ne proposent des primes meilleur marché que parce que leurs assurés sont en bonne santé. Un changement de caisse est souhaitable lorsque l'assureur vers lequel l'assuré se tourne propose des primes plus basses grâce à des réductions de coûts.

De nombreuses propositions ont déjà été faites sur les possibilités d'améliorer la compensation des risques. Il faut faire attention de ne pas réaliser trop vite l'une ou l'autre de ces propositions. Le problème fondamental réside dans le fait qu'aucune compensation des risques optimale, scientifiquement parlant, n'a pu être réalisée ici ou ailleurs en raison des multiples difficultés pratiques que pose sa mise en oeuvre (problèmes des données disponibles, du traitement de ces données, de l'acceptation de solutions «techniques»). Toutes les formules de compensation des risques existant aujourd'hui ne sont qu'une approche, plus ou moins réussie, d'une situation optimale. Les propositions de réforme qui ont été faites mériteraient donc d'être examinées soigneusement, dans une nouvelle étape, du point de vue de leurs répercussions sur les montants redistribués entre les différents assureurs.

Bibliographie commentée

Le texte intégral de l'étude dont est tiré le présent condensé peut être commandé auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique / EDMZ (fax 031 / 992 00 23):

Spycher Stefan et Sandra Olar (1999): Wirkungsanalyse des Risikoausgleich in der Krankenversicherung. Aspects de la sécurité sociale. Office fédéral des assurances sociales. Numéro de commande: EDMZ 318.010.1/99 d.

Les publications suivantes permettent d'avoir un bon aperçu des effets de la compensation des risques en Suisse:

Beck Konstantin (1997): Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel, *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 3:1/2, 49 – 70.

Beck Konstantin, Anne Debever Hilfiker, Gerhard Kocher, Erich Schocker und Dominik Bardenhofer (1995): Die solidarität im Wandel. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 48, Berne.

L'article suivant traite tout particulièrement du problème de la prise en compte des nouvelles formes d'assurance dans la compensation des risques:

Beck Konstantin und Bernhard Keller (1997): Verhindert der Risikoausgleich das Kostensparen? Analyse der heute gültigen Verordnung zum Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Arbeitspapier der CSS.

Le thème de la compensation des risques ne préoccupe pas que la Suisse. Les articles suivants donnent un aperçu de la discussion consacrée à ce sujet à l'échelle internationale:

Wysong Jere A. and Thomas Abel (1996): Risk equalization, competition, and choice: A preliminary assessment of the 1993 German health reforms, *Sozial- und Präventivmedizin*, 212 – 223.

L'ouvrage suivant expose la situation de la compensation des risques en République tchèque, en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, en Suisse et aux Etats-Unis:

McCarthy Thomas, Keith Davies, John Gaisford und Ullrich Hoffmeyer (1995): Risk-Adjustment and Its Implications for Efficiency and Equity in Health Care Systems. Pharmaceutical Partners for Better Healthcare and National Economic Research Associates. A commander à Londres (fax: 0044 171 543 7199)

Les articles suivants traitent du principe de la compensation des risques et de la question de savoir si elle est nécessaire et comment l'aménager:

Pauly Mark V. (1984): Is cream-skimming a problem for the competitive medical market?, *Journal of Health Economics*, 87 – 95.

Van de Ven Wynand P. M. M. and René C. J. A. van Vliet (1992): How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?, in: Zweifel Peter und H. E. Frech III (eds.): *Health Economics Worldwide*, Kluwer Academic Publishers, 23 – 46.

Plusieurs propositions de réforme ont déjà été faites en Suisse. Celle qui est la plus discutée actuellement (Berücksichtigung der Spitalaufenthalte im Vorjahr) peut être lue dans:

CSS (1998): Risikoausgleich – Basis für sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung, Luzern.

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. N° 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. N° 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern

* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. N° 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrac: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. N° 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrac: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. N° 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. N° 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleichgewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. N° 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. N° 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen; Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f

* EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Bern
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna