

Tutorial Patient Classification System – Soleure 22 novembre 2007

Systemes de compensation des risques dans l'assurance maladie et dans le financement des soins

Konstantin Beck, CSS institut de recherche empirique de l'économie de la santé

Luc Schenker, Université de Lausanne-Institut d'économie et management de la santé

Plan du tutorial

- ☞ **13.00** : Introduction
- ☞ **13.40** : Exercice/jeu
- ☞ **14.30** : Pause
- ☞ **14.45** : Développements
- ☞ **15.45** : Questions et discussion
- ☞ **16.00** : Fin

1^{re} partie

Introduction

- ☛ Quel est le problème?
- ☛ Qu'est-ce qu'un risque dans l'assurance maladie?
- ☛ Pourquoi une compensation des risques?

Pourquoi parle-t-on de la compensation des risques?

- ☛ Inscrite dans la LAMal
- ☛ Sa révision est fortement contestée
- ☛ L'Allemagne, la Belgique, Israël et les Pays-Bas ont également introduit un système de compensation
- ☛ Son utilisation de routine aux USA a entraîné le développement de nombreux logiciels et études

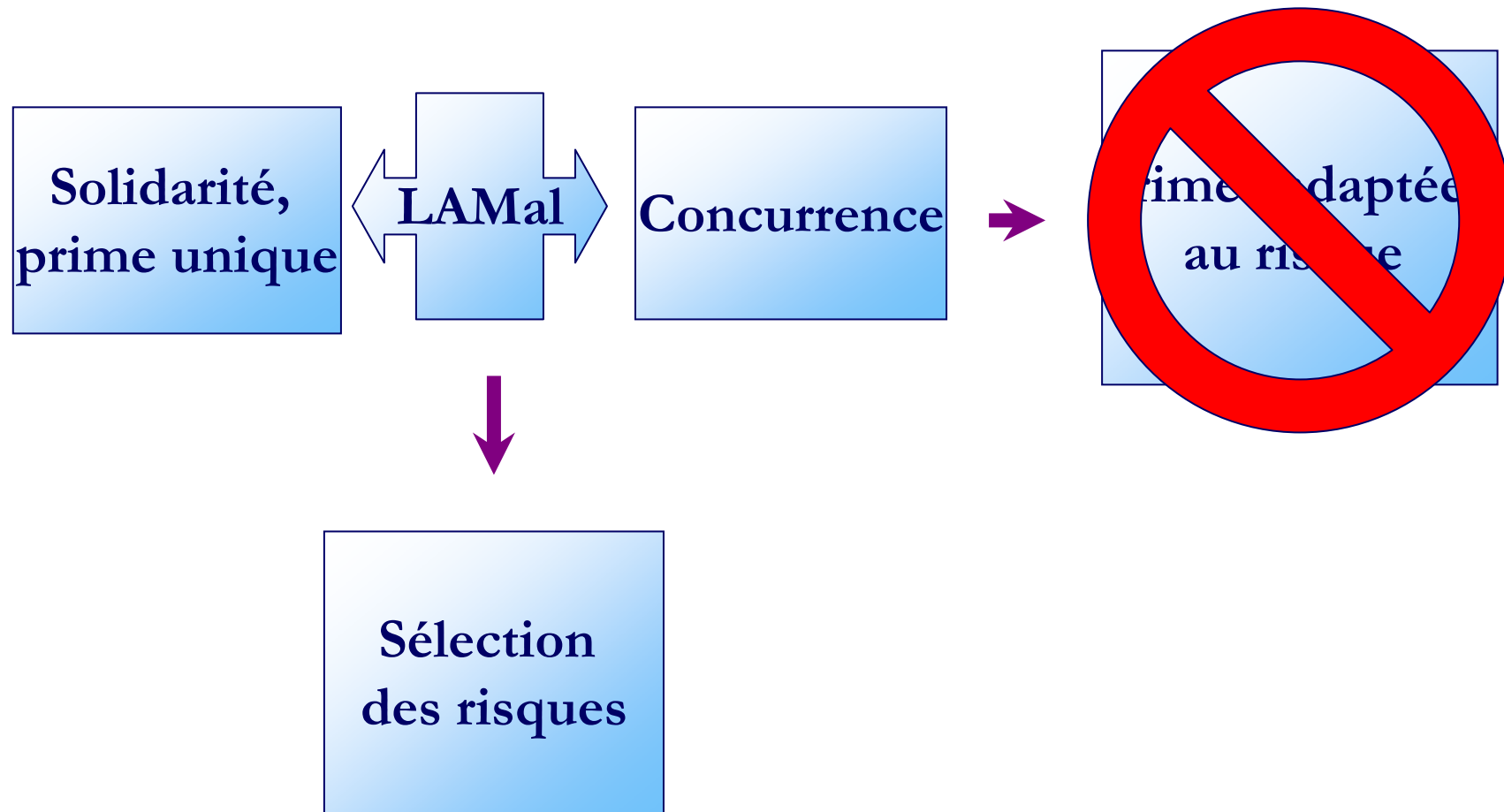
L'assurance traditionnelle

- ☛ La fréquence et la gravité des incidents détermine le niveau de risque à assurer
- ☛ Le niveau de risque indique à l'assureur s'il conclut une assurance ou non et à quel montant sera fixée la prime
- ☛ Exemples: assurances complémentaires, assurance voiture,...

Pourquoi l'assurance maladie en Suisse ne peut-elle pas fonctionner avec des primes selon les risques?

- ☞ Assurance universelle (décision politique)
- ☞ Solidarité entre malades et bien-portants: prime unique par assureurs
- ☞ Concurrence entre assureurs: libre choix de l'assureur
- ☞ Prime par tête

LAMal et sélection des risques



Rôle de la compensation des risques dans le fonctionnement de la LAMal

- ☛ Faire fonctionner la concurrence entre assureurs dans un système de prime unique par caisse
- ☛ Éviter la désolidarisation
- ☛ Inciter les assureurs à améliorer l'efficacité du système

Autres utilisations

- Répartition des ressources publiques entre assureurs (Belgique, Israël, Pays-Bas)
- Financement des organismes de managed care (USA, Suisse)
- Répartition et planification des ressources entre les régions (Canada, Grande-Bretagne)

La compensation des risques dans la LAMal : état actuel (I)

☞ La compensation des risques dépend de (art. 105 LAMal) :

- l'âge
- du sexe
- du canton

D'abord limitée à 10 ans, elle a été prolongée sans modification pour 5 ans (jusqu'en 2010)

La compensation des risques dans la LAMal : état actuel (II)

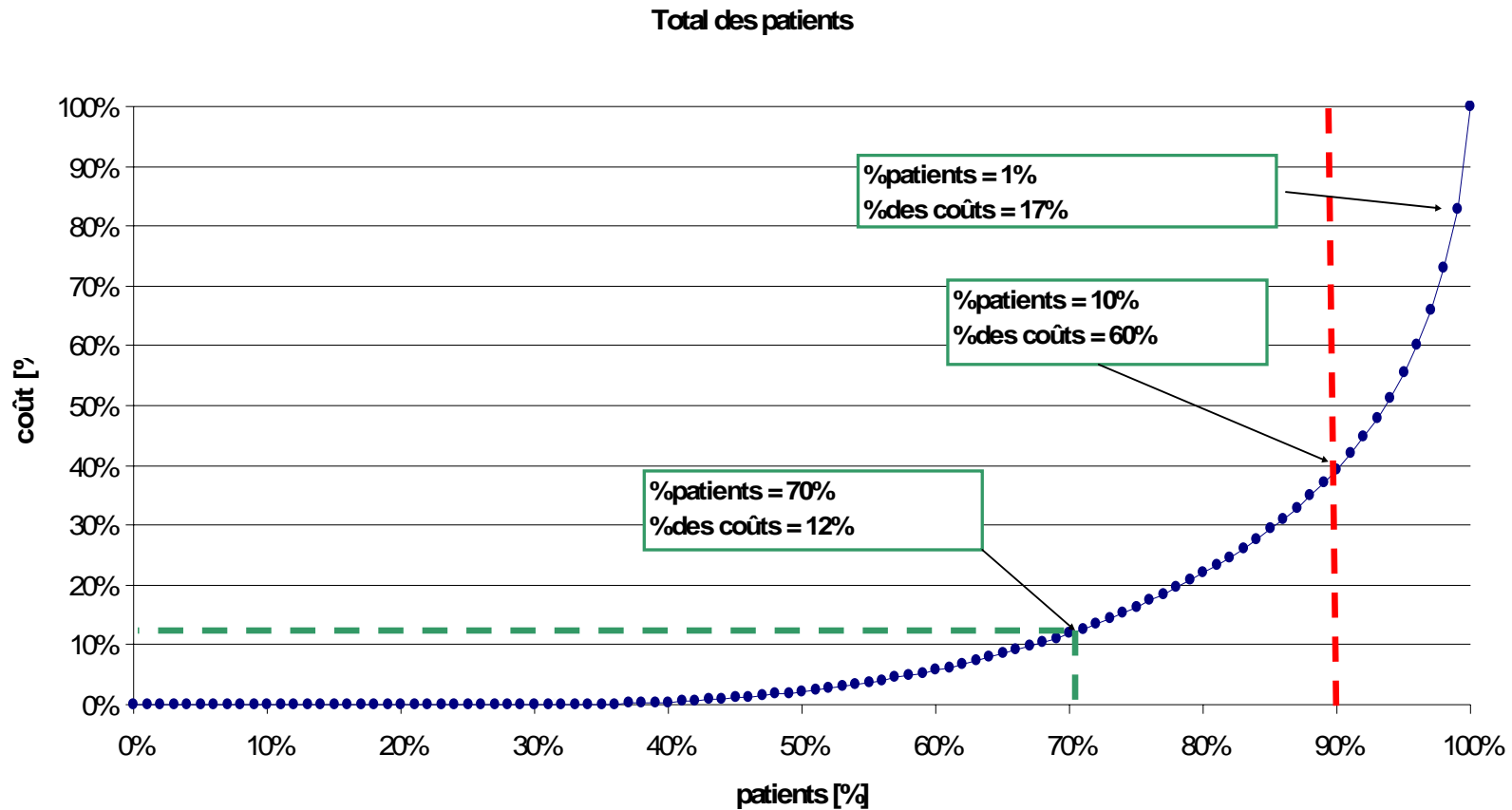
- ☛ La compensation des risques en Suisse est considérée par les économistes de la santé comme très insuffisante dans un système de prime unique.
- ☛ Pour les caisses maladie, il est plus intéressant de faire la chasse aux bons risques que d'améliorer l'efficacité et l'économicité des prestations.

La compensation des risques dans la LAMal : état actuel (III)

Quelques instruments possibles pour la sélection des risques

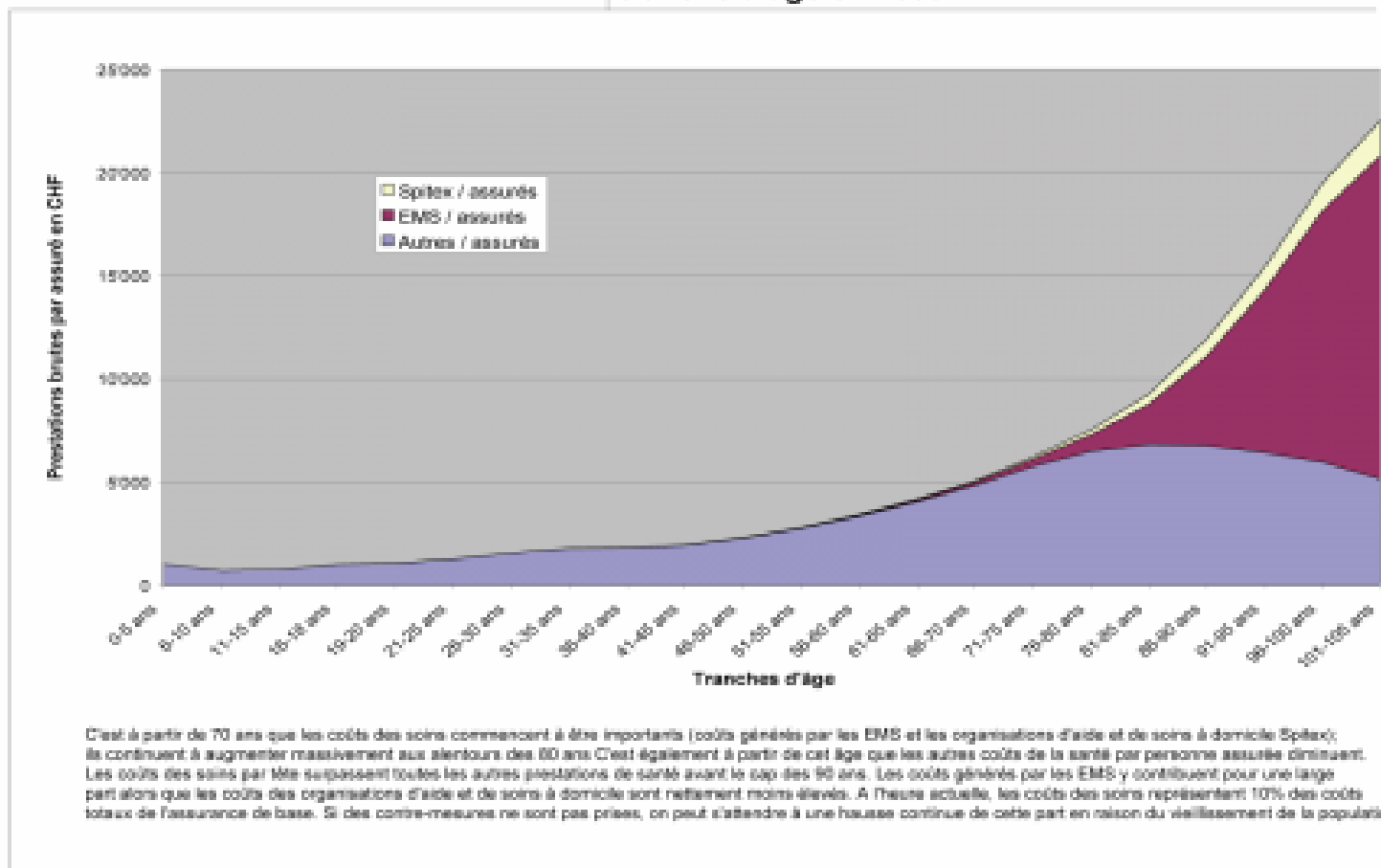
- Communication seulement par internet
- Succursale au 5^e étage sans ascenseur et difficulté de joindre les employés par téléphone
- Tiers payant pour les médicaments
- Publicité auprès des publics cibles
- Offre au travers des employeurs

Répartition des coûts entre les patients dans l'assurance maladie





Explosion des coûts des soins avec l'âge Prestations brutes par personne assurée et par tranche d'âge en 2005

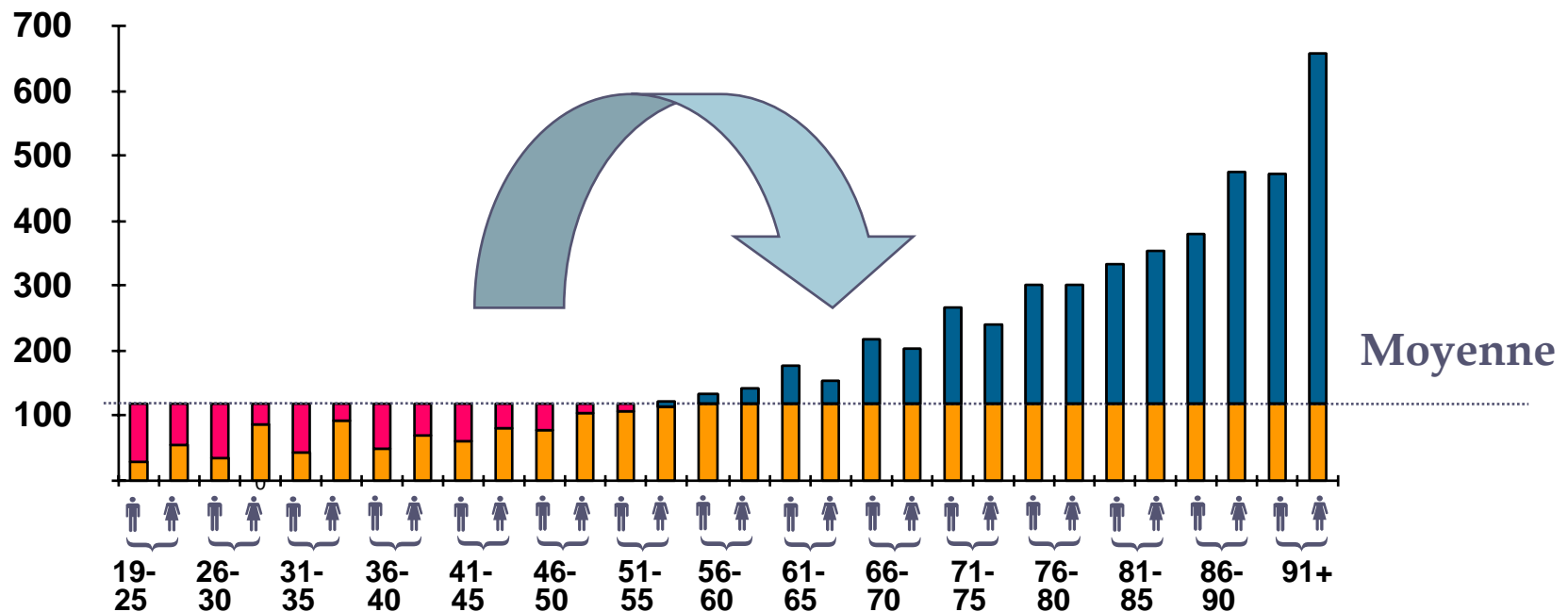


Source: pool de données santésuisse

Date: 22.3.2007

Compensation des risques actuels en Suisse

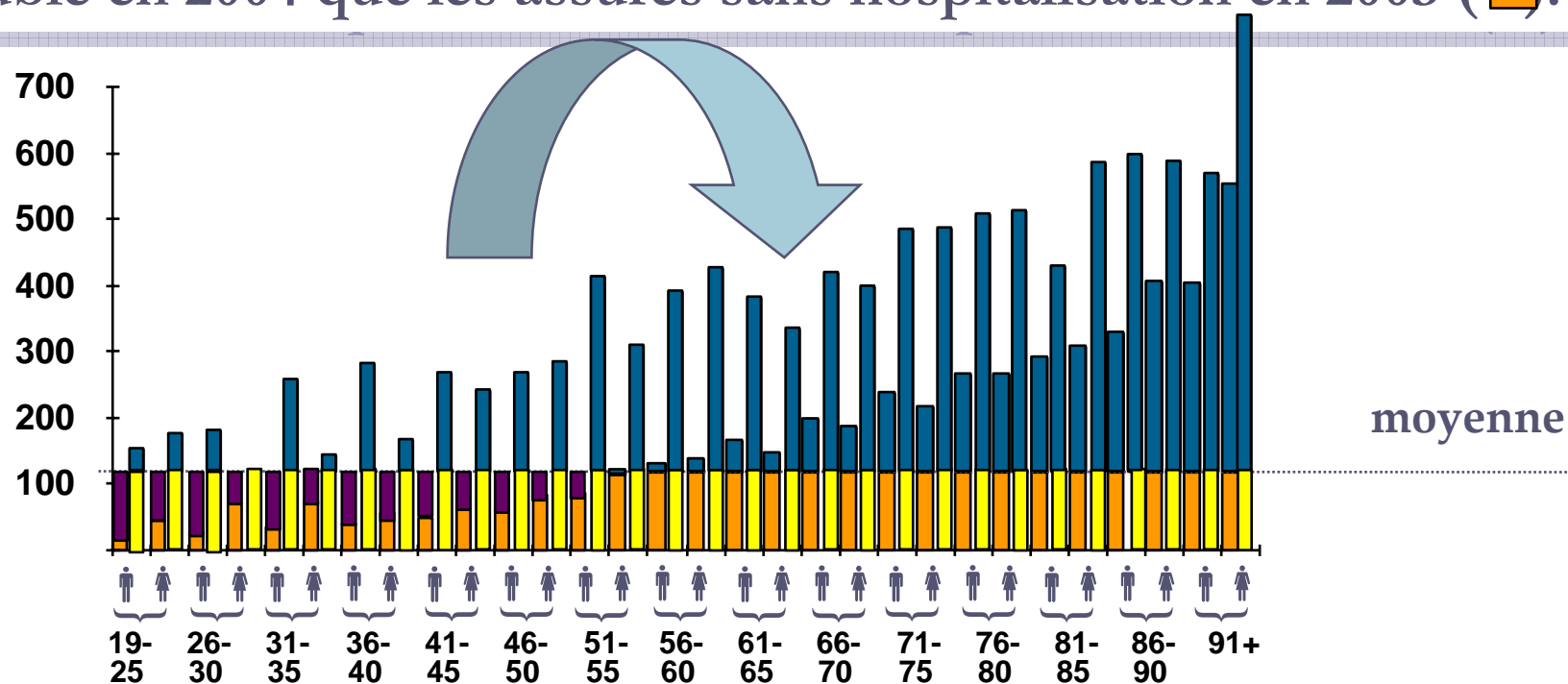
Coûts par personne et par mois



Groupes de risques selon l'âge et le sexe

L'hospitalisation l'année précédente comme un indicateur de la morbidité

Les assurés hospitalisés en 2003 (■) coûtent en moyenne le double en 2004 que les assurés sans hospitalisation en 2003 (■).



Groupes des risques selon âge, sexe et hospitalisation l'année précédente

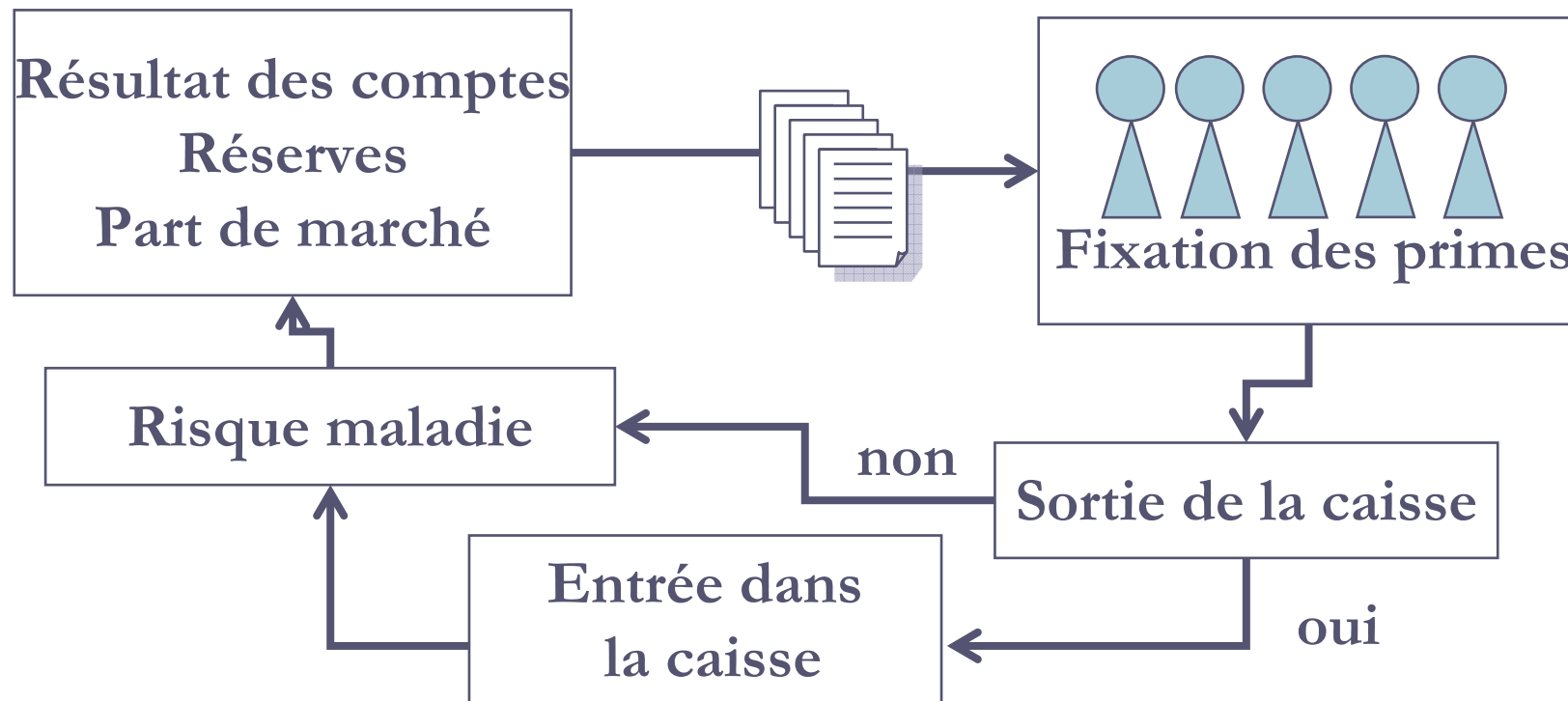
2^e partie

Jeu sur la compensation des risques

- ☛ Jeu visant à suivre 5 assureurs fictifs en simulant l'évolution des primes annuelles
- ☛ Le but du jeu est de tester les effets des variations de primes sur l'effectif des assurés et le niveau des réserves

Construction de la simulation

Base: Banque de données de 120'000 assurés
des années 1996 à 2002 répartis aléatoirement
dans 5 caisses maladie fictives

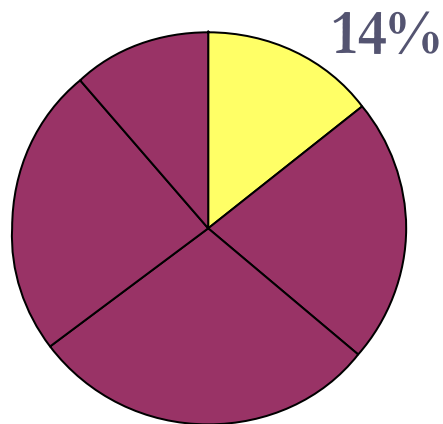


Hypothèses

- Une seule région
- Franchise à CHF 230.- uniquement
- Assurés adultes uniquement
- Pas de rabais jeunes adultes
- **Conséquence:** Une prime unique par caisse maladie

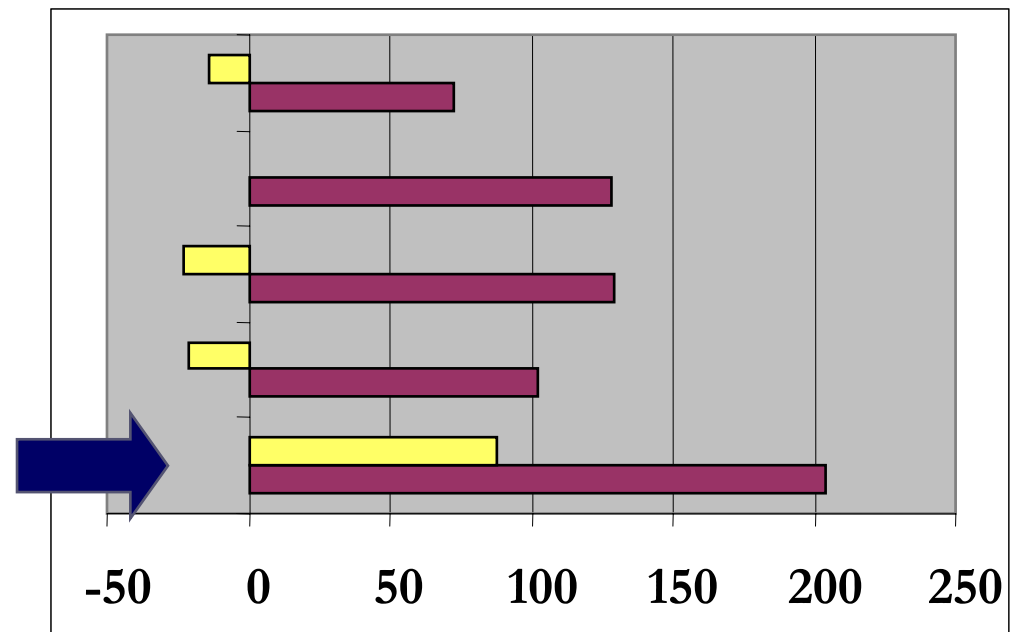
Caisse N° 1 : Vecchio

Petit assureur avec des risques élevés et assurés âgés



Pourcentage des réserves: 15,0%

∅ âge 59.9

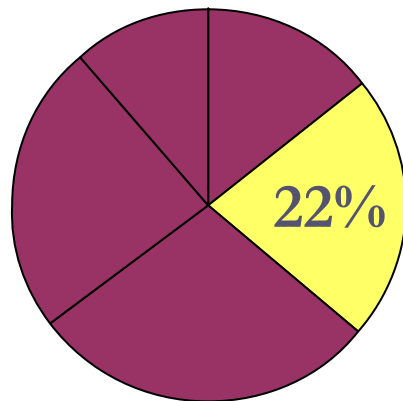


■ Primes et
204.25

■ Compensation
88.11

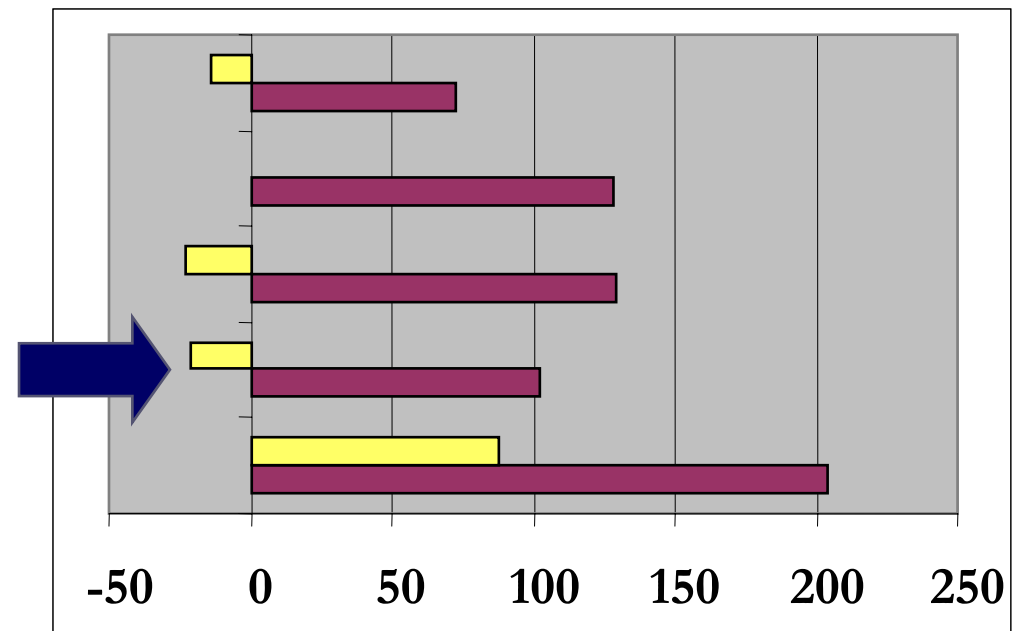
Caisse N° 2 : Jeunesse

Grand assureur avec des assurés jeunes et en santé



Pourcentage des réserves: 15,0%

∅ âge 42.6

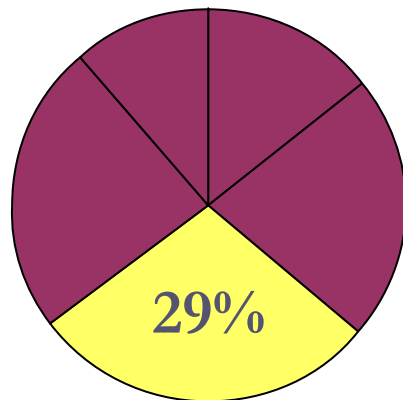


■ Primes et
102.-

■ Compensation
-20.93

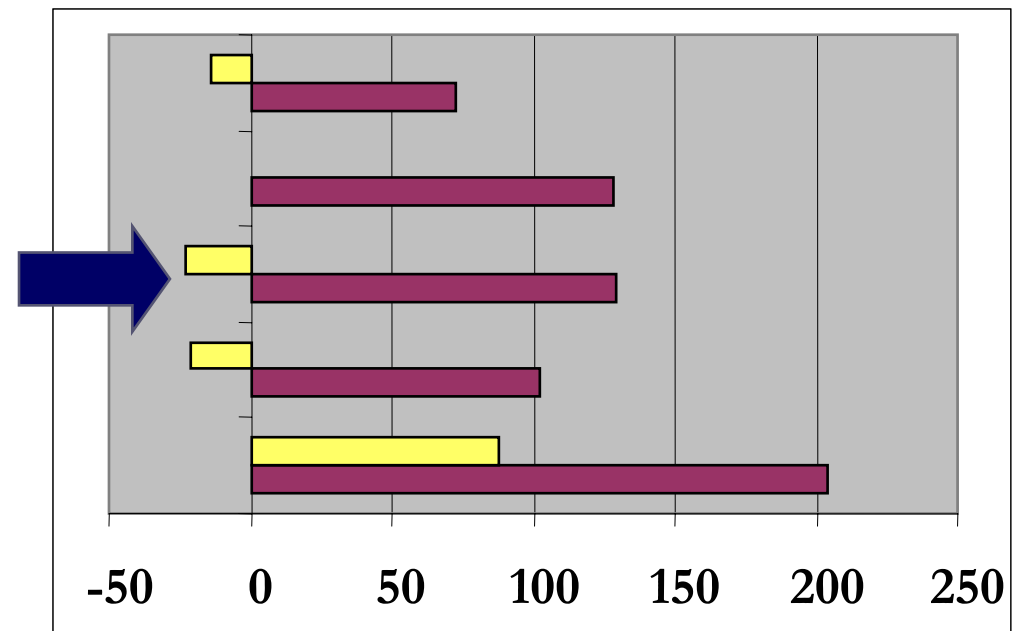
Caisse N° 3 : Maxisana

Leader du marché avec en moyenne des assurés jeunes



Pourcentage des réserves: 15,0%

∅ âge 41,5

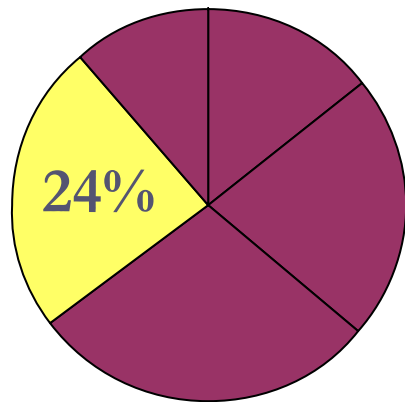


■ Primes et
129.10

■ Compensation
-23.30

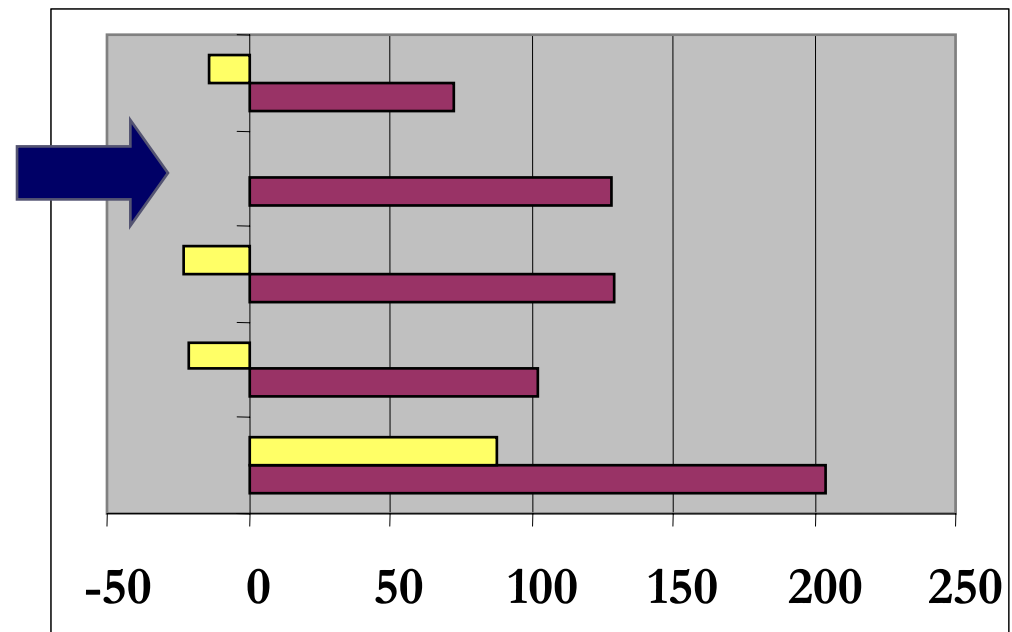
Caisse N° 4 : Moyen

Structure moyenne de risques et de coûts



Pourcentage des réserves: 15,0%

∅ âge 45,9



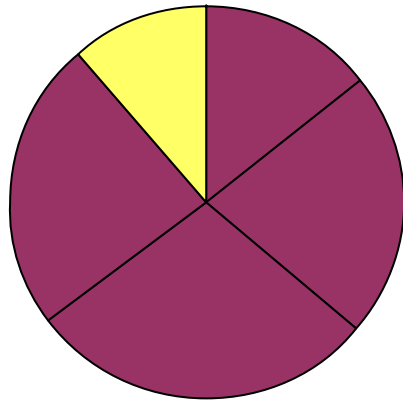
■ Primes et
128.40

■ Compensation
0.60

Caisse N° 5 : Minivital

Sélection des risques avec risques avantageux

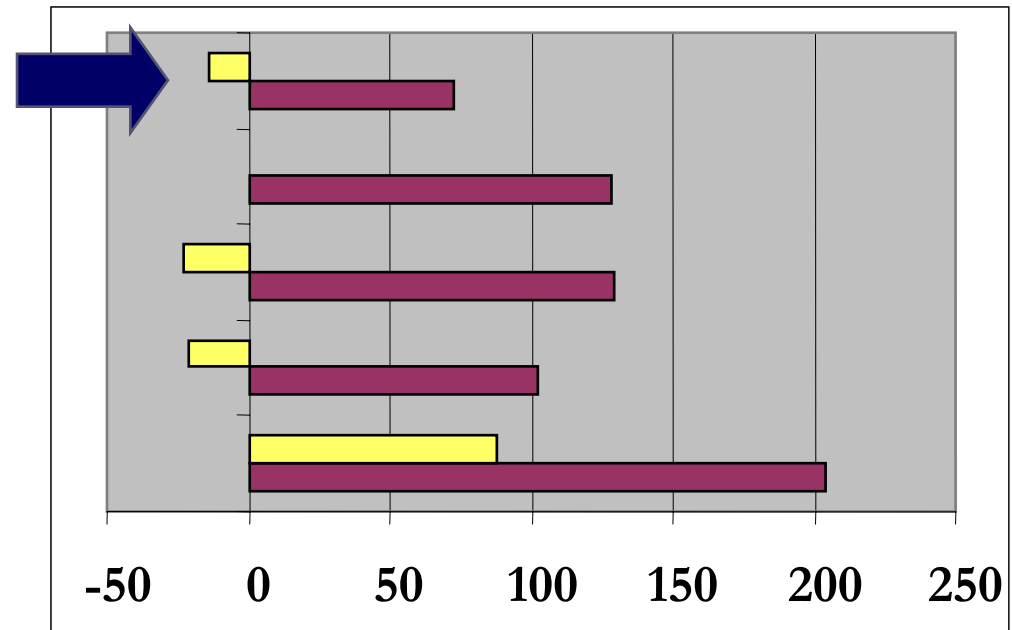
11%



Pourcentage des

réserves: 15,0%

∅ âge 45,8



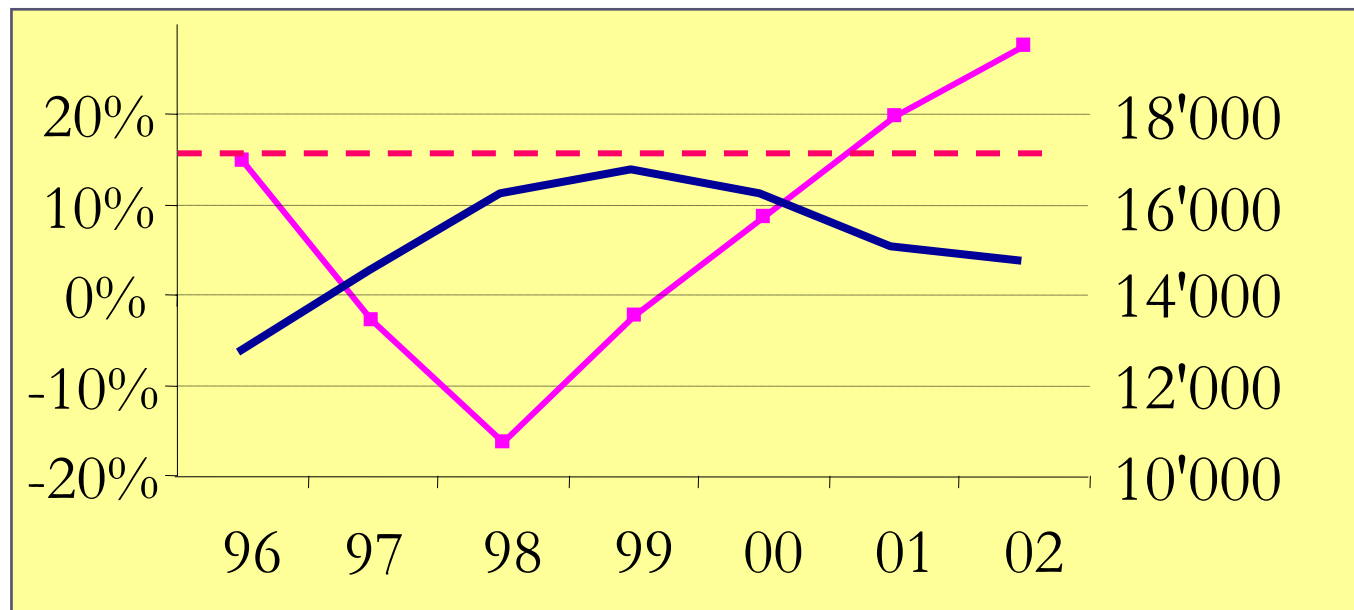
■ Primes et
72.90

■ Compensation
-13.83

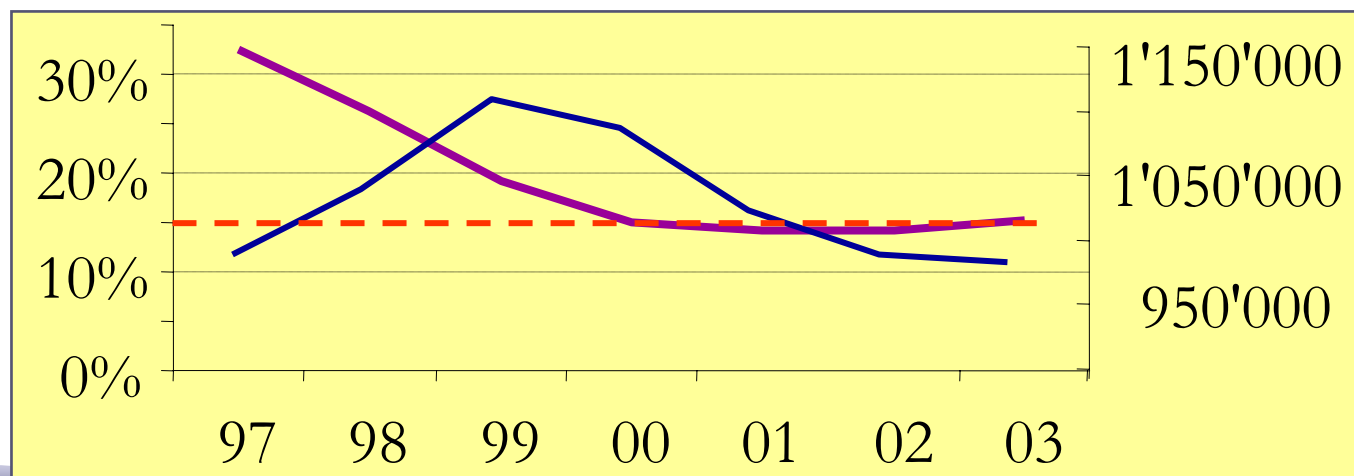
Comment calculer le montant des primes?

1. En fonction du résultat mensuel (+ / - / 0), il faut diminuer ou augmenter les primes
2. Si le taux des réserves diminue (par ex. à 10% au lieu de 15%): les primes doivent augmenter de 5%
3. Si une augmentation des prestations est prévisible, les primes doivent augmenter en conséquence (Croissance annuelle entre +3% et +6% par an, très variable selon les assureurs)
4. Comment réagira le marché aux variations de primes?

Evolution des réserves et du portefeuille

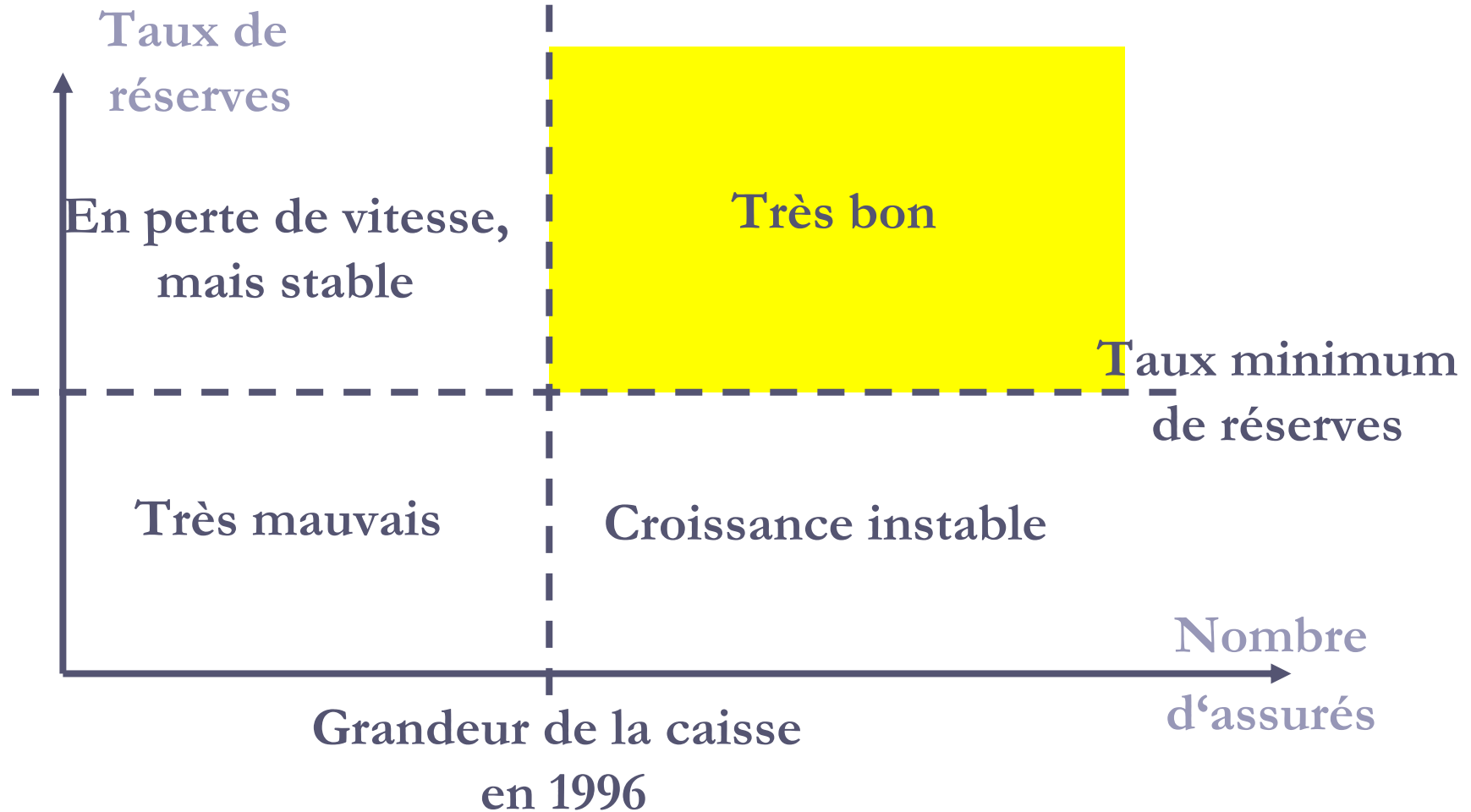


Caisse N° 2



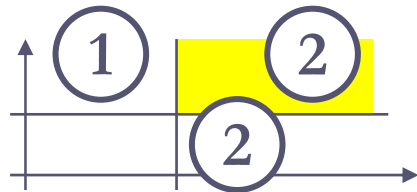
Grand assureur
Pas de variation
de primes en 1999

Evaluation des résultats du jeu

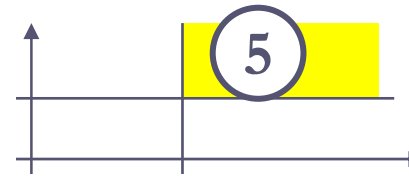


Evaluation de 6 jeux

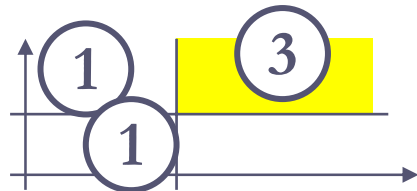
Journalistes 1999



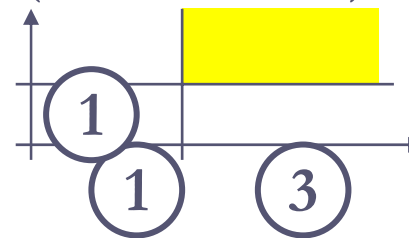
Direction CSS 2000



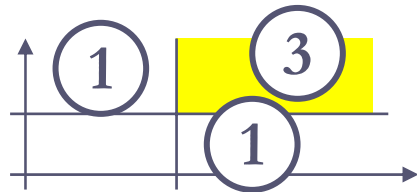
Médecins 2002



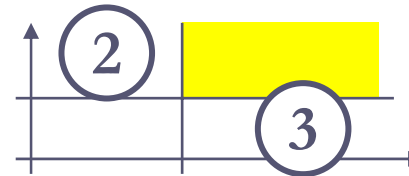
Economistes de la santé
(international) 1998



Employés CSS 1999



(CH) 1998



3^e partie

Développements

- ☛ Quelles solutions?
- ☛ Où en est-on au Parlement?
- ☛ Qu'en est-il des études sur le plan national et international?

La situation actuelle n'est pas acceptable : quelles solutions?

- ☞ Caisse unique → Refusé
- ☞ Cotisations selon les risques → Incompatible avec la LAMal
- ☞ Pool de coûts élevés → Insuffisant
- ☞ Pool de hauts risques → Inapproprié
- ☞ Compensation selon l'état de santé → Projets du Parlement et des experts

Pool de hauts risques

- En vigueur en Allemagne, volonté de le remplacer par une compensation des risques basée sur l'état de santé
- A l'étude au DFI/OFSP comme substitut à la compensation des risques couplé à un programme de Disease Management
- Inapproprié pour assurer une saine concurrence entre assureurs et éviter la sélection des risques

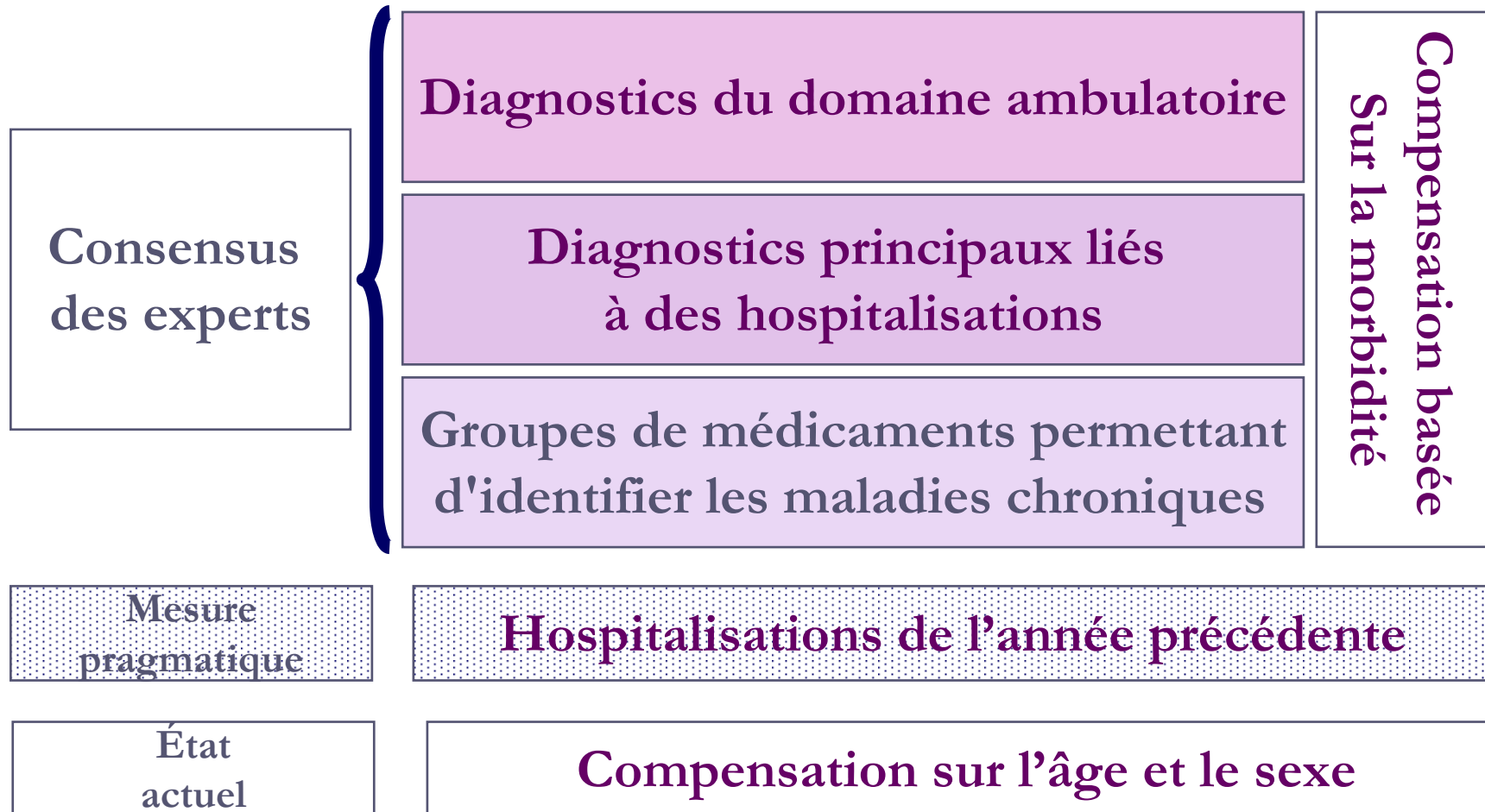
Pool de coûts élevés

- ☛ Système de stop loss
- ☛ Peut être couplé à un système de compensation des risques pour les cas très coûteux(> 100'000.-)
- ☛ Identique à la réassurance pour les petits assureurs
- ☛ Insuffisant à lui seul pour assurer une saine concurrence entre assureurs, sauf à mettre le stop loss si bas que la concurrence devient sans objet

Compensation des risques selon l'état de santé

- L'âge et le sexe sont de très mauvais estimateurs de l'état de santé
- Études nationales et internationales nombreuses et indiscutables
- En Suisse, les propositions de réforme font l'objet d'un consensus des experts

État de la question en Suisse



Diagnostics du domaine ambulatoire

- Non disponibles aujourd'hui, sauf cas de semi-hospitalisation (one day surgery)
- TARMED est un mauvais estimateur du diagnostic ambulatoire
- Saisie systématique du diagnostic ambulatoire pas justifiée en raison de son coût administratif
- Les médicaments significatifs sont un bon estimateur du diagnostic ambulatoire

Diagnostiques liés à l'hospitalisation

- ☛ Codes diagnostiques et d'intervention disponibles de routine dans la statistique médicale des hôpitaux
- ☛ Permet d'écarter les faibles risques (hernie inguinale, appendicectomie,...)
- ☛ Permet d'identifier les hauts risques (maladies chroniques, récurrentes,...)

Groupes de médicaments comme estimateurs de la morbidité

- Avec certains médicaments, il est possible d'identifier les personnes qui souffrent d'une maladie chronique et coûteuse, sans être hospitalisées.
- Cet estimateur ne peut pas être manipulé
- Il est largement disponible aujourd'hui dans les données des assureurs
- Il est appliqué dans la formule pour la compensation des risques des Pays-Bas depuis 2002 et dans le calcul des budgets pour les modèles de managed care en Suisse depuis 2005

Mise en œuvre de la compensation des risques basée sur l'état de santé

- ☛ La compensation des risques est prospective et basée sur les coûts moyens de tous les assureurs
- ☛ Elle utilise des données de routine disponible chez les assureurs et les hôpitaux
- ☛ Elle respecte la confidentialité des données personnelles

Caractéristique des groupes de risques (GR) par rapport aux DRG

- Les GR s'appliquent à une population, les DRG à des séjours hospitaliers
- Les GR et les DRG se caractérisent par un coût relatif (CW) par rapport au coût moyen, soit de tous les soins donnés à une population (GR), soit de tous les séjours (DRG)
- Les CW appliqués à un hôpital donnent son CMI; appliqués à un assureur, ils donnent un indice de lourdeur de son portefeuille

Caractéristique des groupes de risques (GR) par rapport aux DRG

DRG

*Séjours hosp.
selon l'hôpital

*Interventions
*Coûts des séjours

*Diagnostics
*Age
*Sexe

Groupes de risques

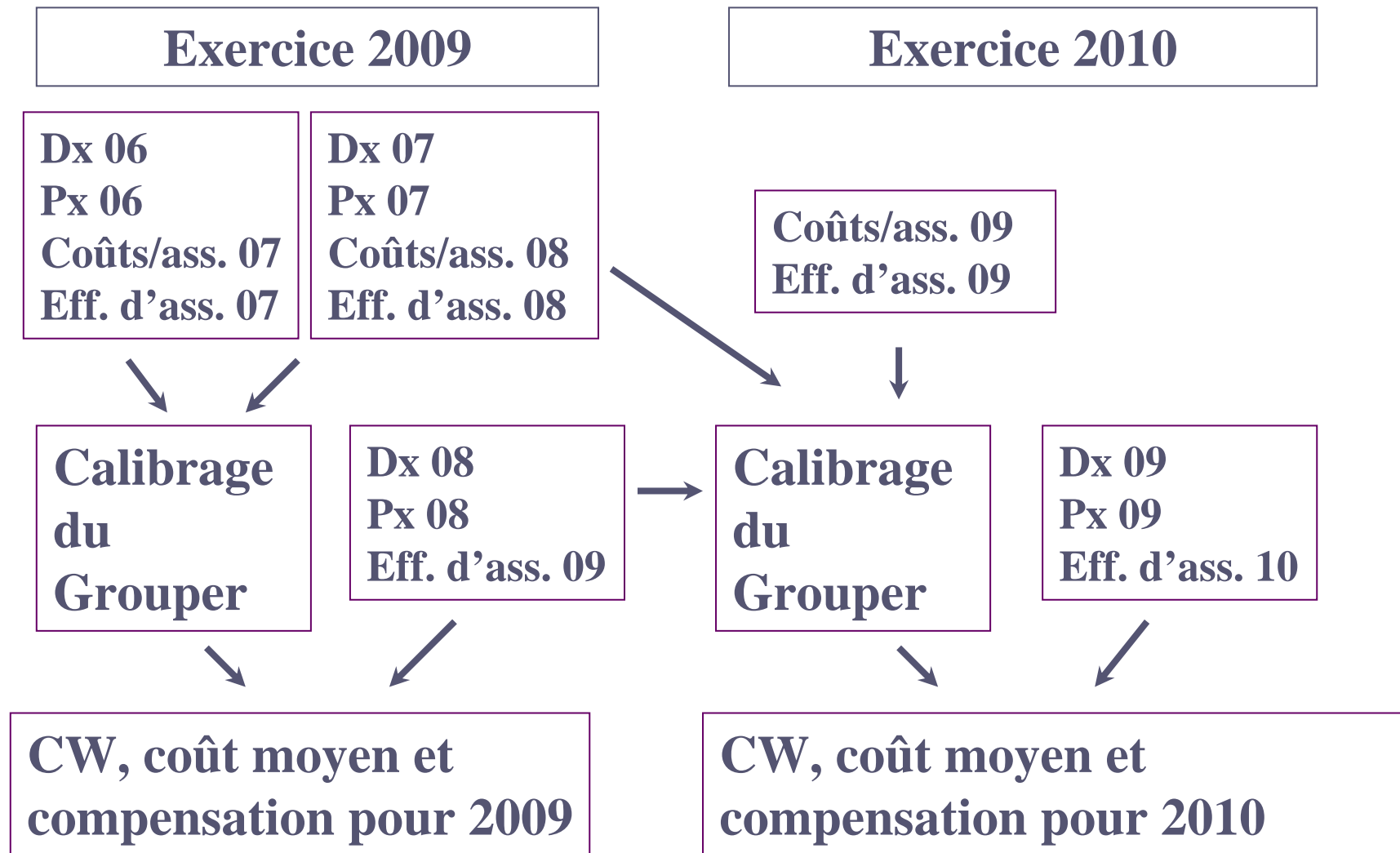
*Assurés selon
l'assureur

*Pharmacie
*Coûts des soins

Principes de construction du Groupier

- ☛ Les diagnostics hospitaliers et la consommation de médicaments significatifs de l'année précédente pour un groupe d'assurés doivent prédire le coût moyen attendu de l'année pour ce même groupe
- ☛ Le costweight de chaque groupe indique sa lourdeur relative en termes de coût attendu

Fonctionnement de la compensation des risques prospective basée sur l'état de santé



État de la révision LAMal sur la compensation des risques

- ✦ État du processus parlementaire en octobre 2007
- ✦ Perspectives prévisibles de révision et de mise en œuvre

Processus politique



- Proposition de réviser la compensation des risques (automne 2004)
- Divers hearings de la commission (2005)
- Orientation favorable à une réforme (2005)

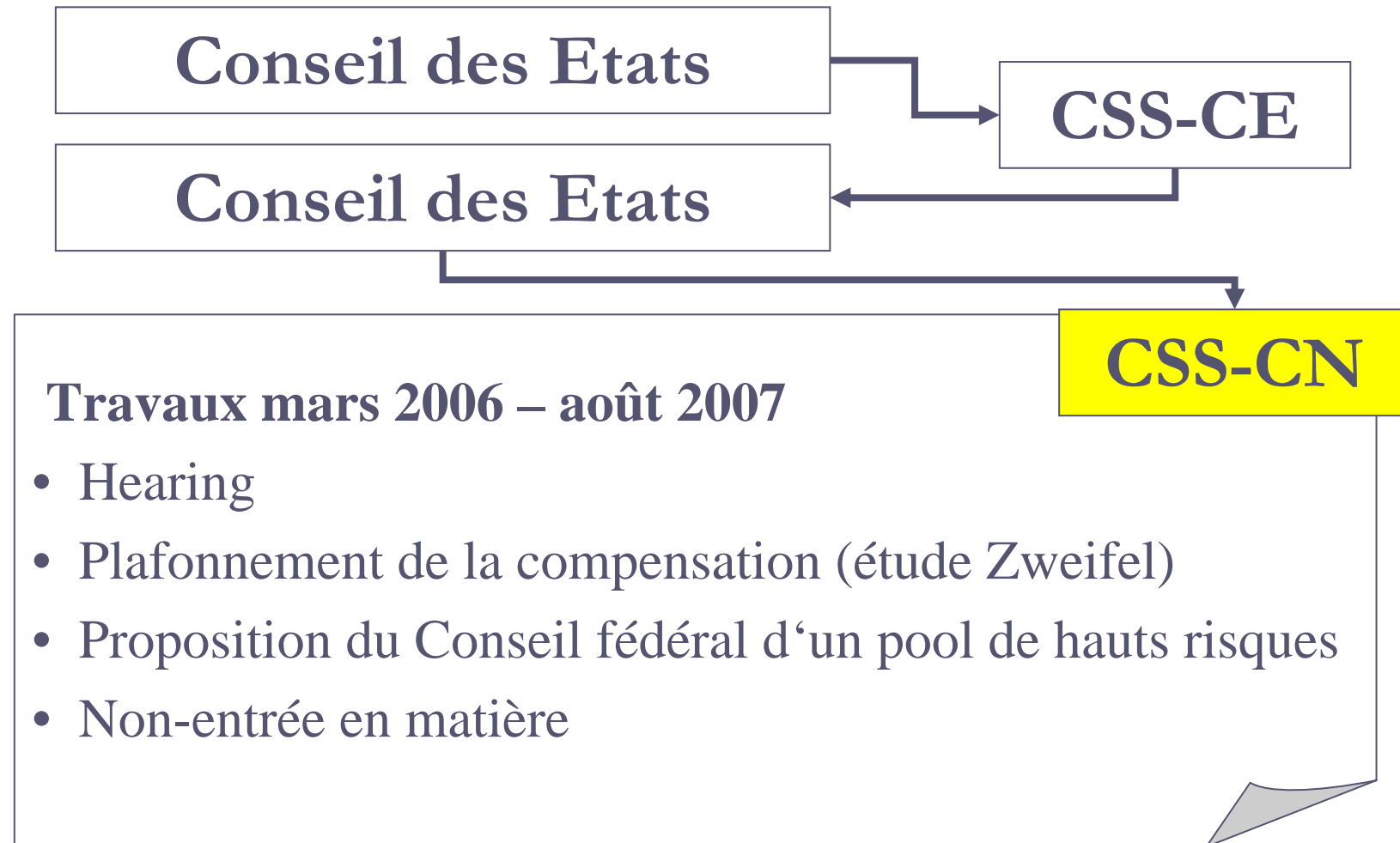
Décisions du Conseil des Etats



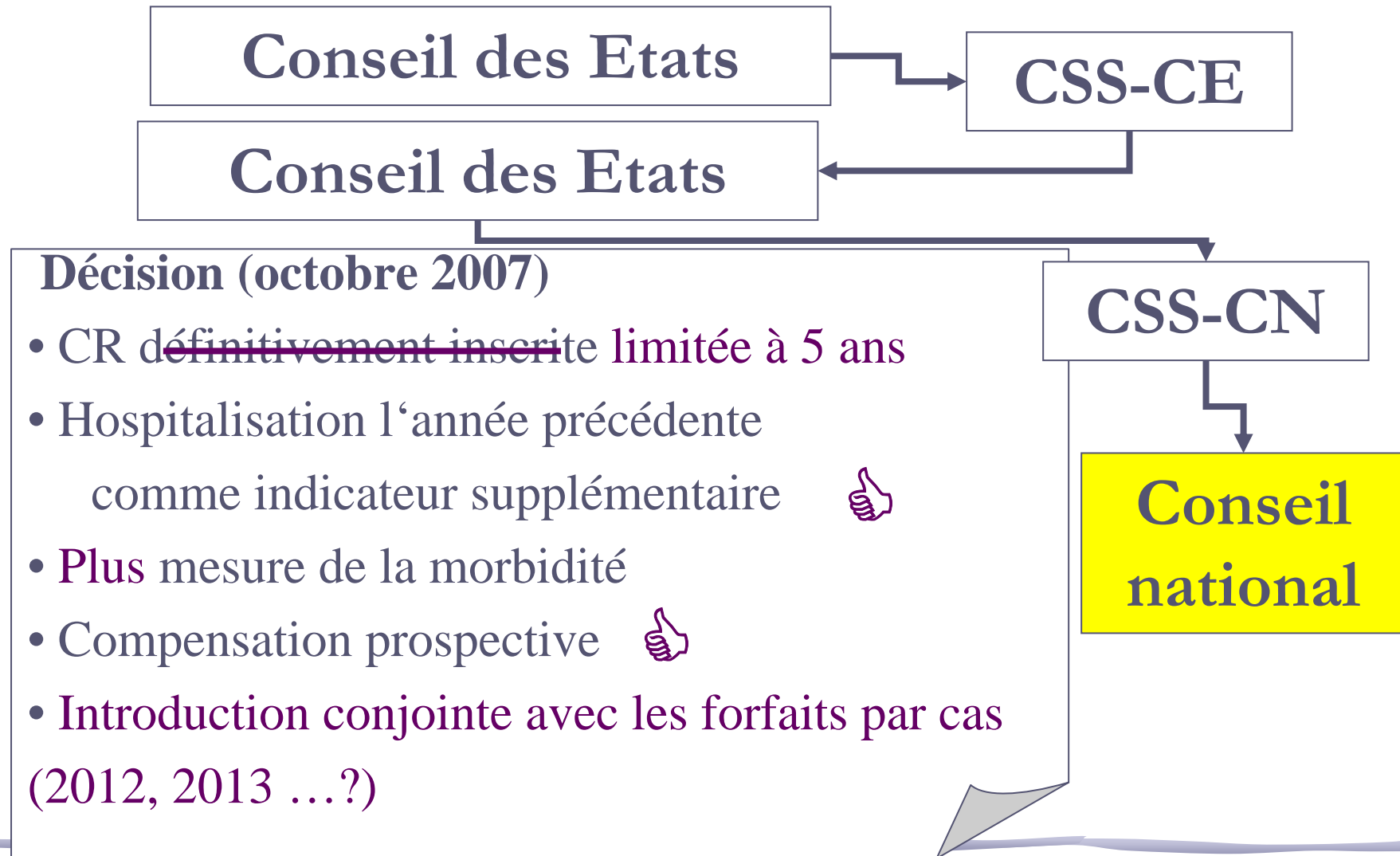
Décision (mars 2006)

- Compensation définitivement ancrée dans la loi
- Hospitalisation l'année précédente comme indicateur supplémentaire
- Mesure de la morbidité comme option supplémentaire (de la compétence du Conseil fédéral)
- Compensation prospective

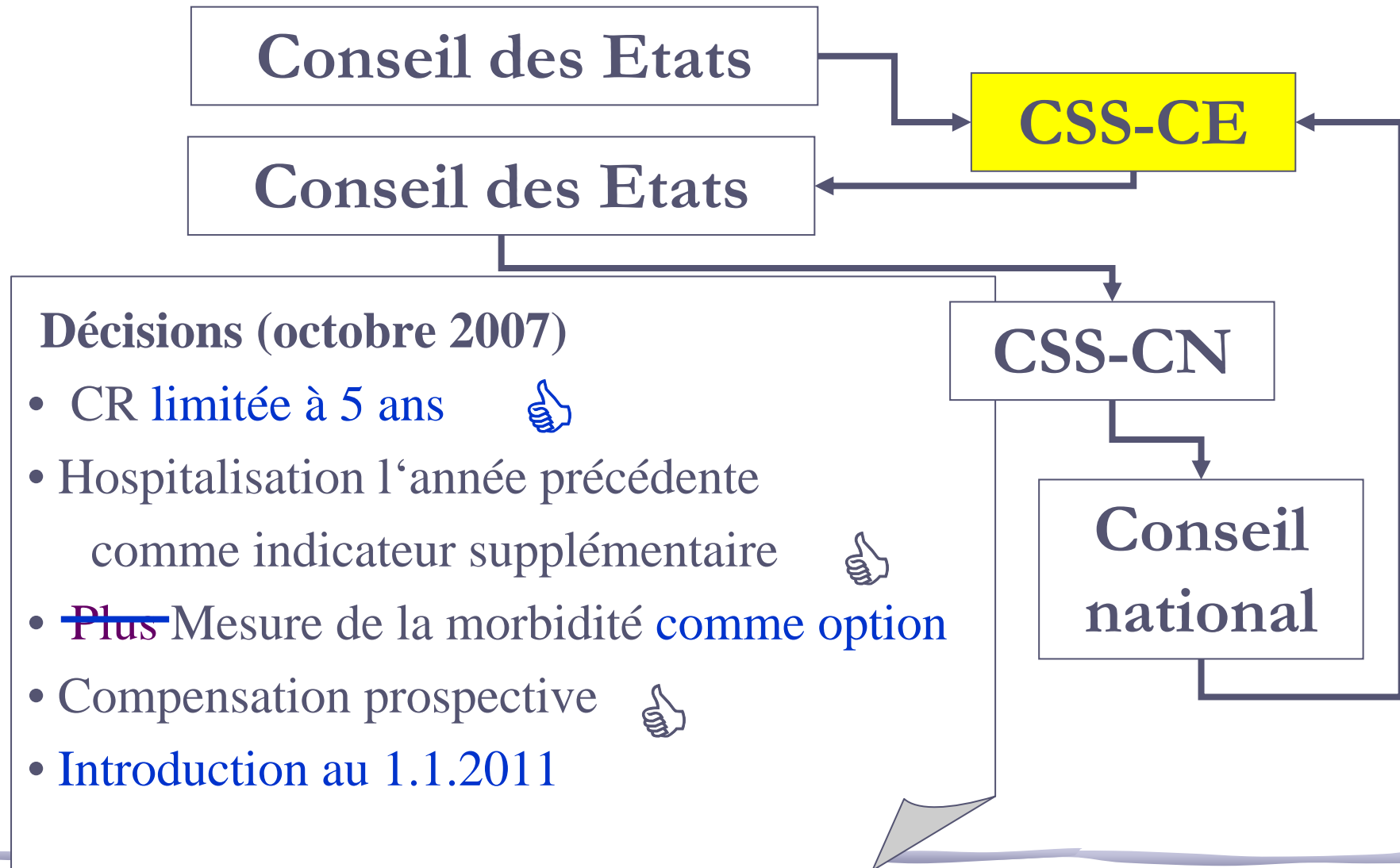
Commission du Conseil national



Décision du Conseil national



Décision des commissions



Examen de trois logiciels

- ☛ **CRxG** (Clinical risk groups) : 3M, utilisé aux USA pour financer des organismes de managed care
- ☛ **DCG/HCC/Rx** (Diagnostic cost group/hierarchical condition categories) : DxCG Boston, choisi par l'Allemagne
- ☛ **PCG** (Pharmacy based cost groups) : Erasmus University Rotterdam

Les CRG

- ☛ Combine les diagnostics hospitaliers et les diagnostics ambulatoires de l'année précédente pour prédire les risques de l'année en cours; variante avec les médicaments
- ☛ Rattache chaque individu à un des 1075 groupes de risques



CRG Status Hierarchy

<i>9 CRG Statuses</i>	<i>Catastrophic</i>	<i>Dominant Metastatic Malig.</i>	<i>Triple Dominant Chronic</i>	<i>Multiple Significant Chronic</i>	<i>Single Dom./Mod. Chronic</i>	<i>Multiple Minor Chronic</i>	<i>Single Minor Chronic</i>	<i>Signif. Acute</i>	<i>Healthy</i>
<i>269 Base CRGs</i>	11	22	21	61	106	1	40	6	1
<i>Ex. Base CRG</i>	Hx Major Organ Trans	Metz Colon Malig	DM, CHF & COPD	DM & CHF	DM	Migraine & BPH	Migraine	Hx Acute ENT	Healthy
<i>Severity Levels</i>	4	4	6	2, 4 or 6	2 or 4	4	2	None	None
<i>1075 Total CRGs</i>	44	88	126	328	398	4	80	6	1



ACRG3 Payment Weights by Severity Level for a Medicare Population

CRG Status (below)	Severity Level					
	1	2	3	4	5	6
Healthy	0.2009					
History of Significant Acute Disease	0.4993					
Single Minor Chronic Disease	0.4266	0.5867				
Minor Chronic Disease in Multiple Organ Systems	0.4666	0.5640	0.6411	0.8663		
Single Dominant or Moderate Chronic Disease	0.5256	0.7189	0.9370	1.1841	2.0850	3.7962
Disease in Chronic Multiple Organ Systems	0.8857	1.4277	2.1845	2.9002	3.6478	6.1852
Dominant Chronic Disease in Three or More Organ Systems	1.3768	1.8098	2.5294	3.6102	4.9347	6.6154
Dominant and Metastatic Malignancies	1.4912	1.9160	2.9433	3.9762	5.1218	
Catastrophic Conditions	1.5661	2.7608	5.3801	9.0080	10.8938	13.2945

3M Innovation



ACRG3 Enrollee Distribution Commercial Insurer

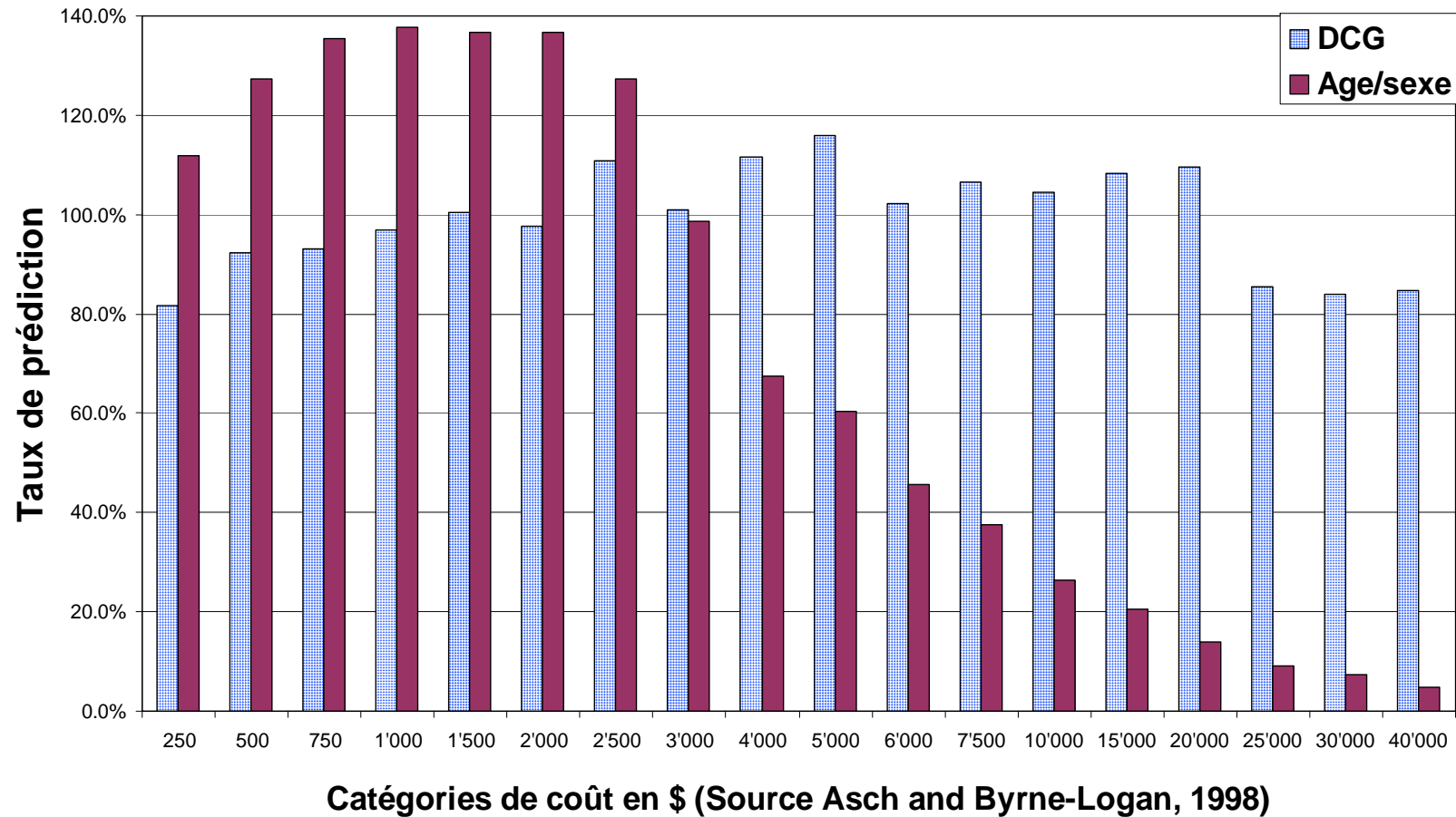
	Severity of Illness Level					
CRG Status (<i>below</i>) and by SOI Level (<i>across</i>)	1	2	3	4	5	6
Healthy	246,521					
History of Significant Acute Disease	23,152					
Single Minor Chronic Disease	15,440	1,494				
Minor Chronic Disease in Multiple Organ Systems	978	69	267	15		
Single Dominant or Moderate Chronic Disease	12,963	4,029	1,020	145	86	23
Disease in Chronic Multiple Organ Systems	1,025	496	282	149	62	5
Dominant Chronic Disease in Three or More Organ Systems	9	7	8	4	-----	-----
Dominant and Metastatic Malignancies	78	232	132	47	2	
Catastrophic Conditions	51	147	37	31	6	4



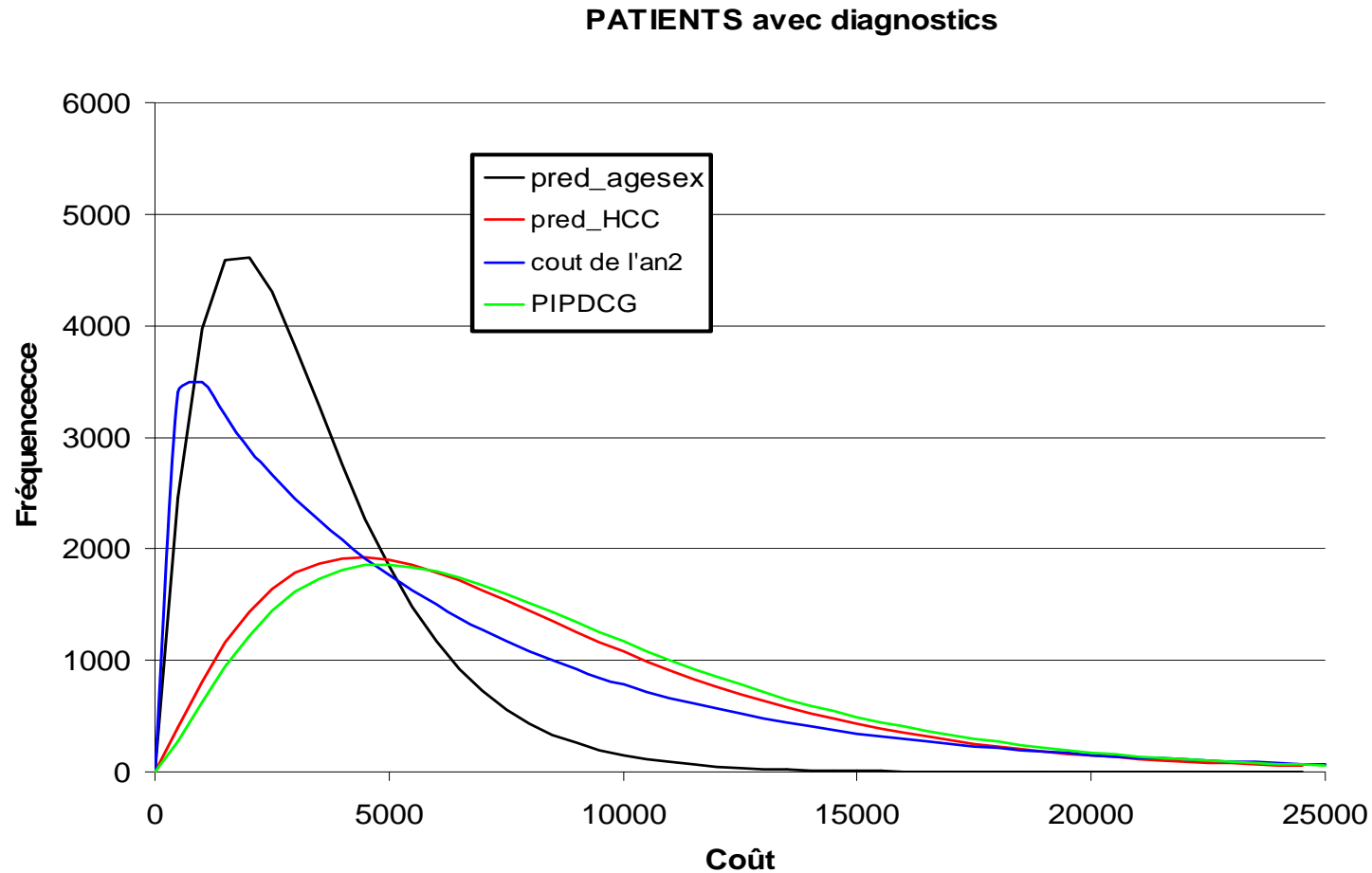
Les DxCG

- ☛ Combinent les diagnostics hospitaliers et les médicaments (comme estimateurs de diagnostics ambulatoires) de l'année précédente pour prédire les risques de l'année en cours
- ☛ Les assurés sont classés selon 118 catégories mutuellement exclusives

Comparaison des taux de prédiction par DCG et par âge/sexe selon les catégories de coût



Test des DCG sur les données suisses

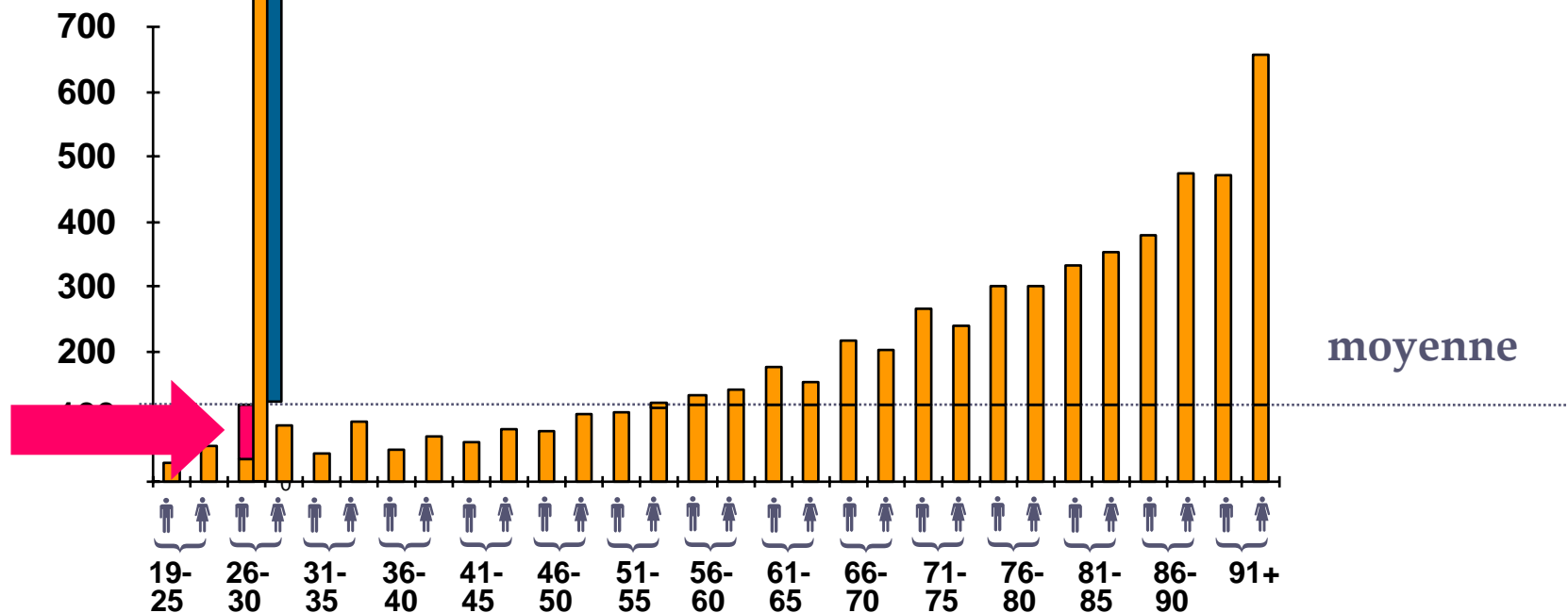


SIDA:
2'080 Fr./mois

De la CR:
1'900 Fr./mois

Problème: Les maladies chroniques

Coûts par personne
et par mois



Groupe de risques selon l'âge et le sexe

Définition des PCG (Version CSS 2005)

Groupe	Description	Code selon ATC
1	Asthme,	R03A/B/C/D sans R03CC05
2	Épilepsie	N03A sans N03AE01
3	Maladies rhumatismales	L01BA01, L04AA11, L04AA12, L04AA13, L04AA17, M01AH, M01CB, M01CC01, P01BA02
4	Cœur	C01, C03C
5	Maladie de Crohn et Colitis ulceroza	A07EC
6	Symptômes de reflux	A02A sans A02AB01, A02B
7 / 11	Diabètes de type I / type II	A10A / A10B
8	Maladie de Parkinson	N04B sans N04BC07
9	Transplantations	L04AA01, L04AA02, L04AA04, L04AA05, L04AA06, L04AA08, L04AA09, L04AA10, L04AX01
10	Tumeurs malignes	A04AA, L01 sans L01BA01, L03AA02, L03AA03, L03AA10
12	HIV / AIDS / SIDA	J05AB05, J05AB06, J05AB07, J05AB08, J05AB10, J05AD01, J05AE01, J05AE02, J05AE03, J05AF, J05AX
13	Insuffisance rénale	V03AE01, B03XA01, B03XA02

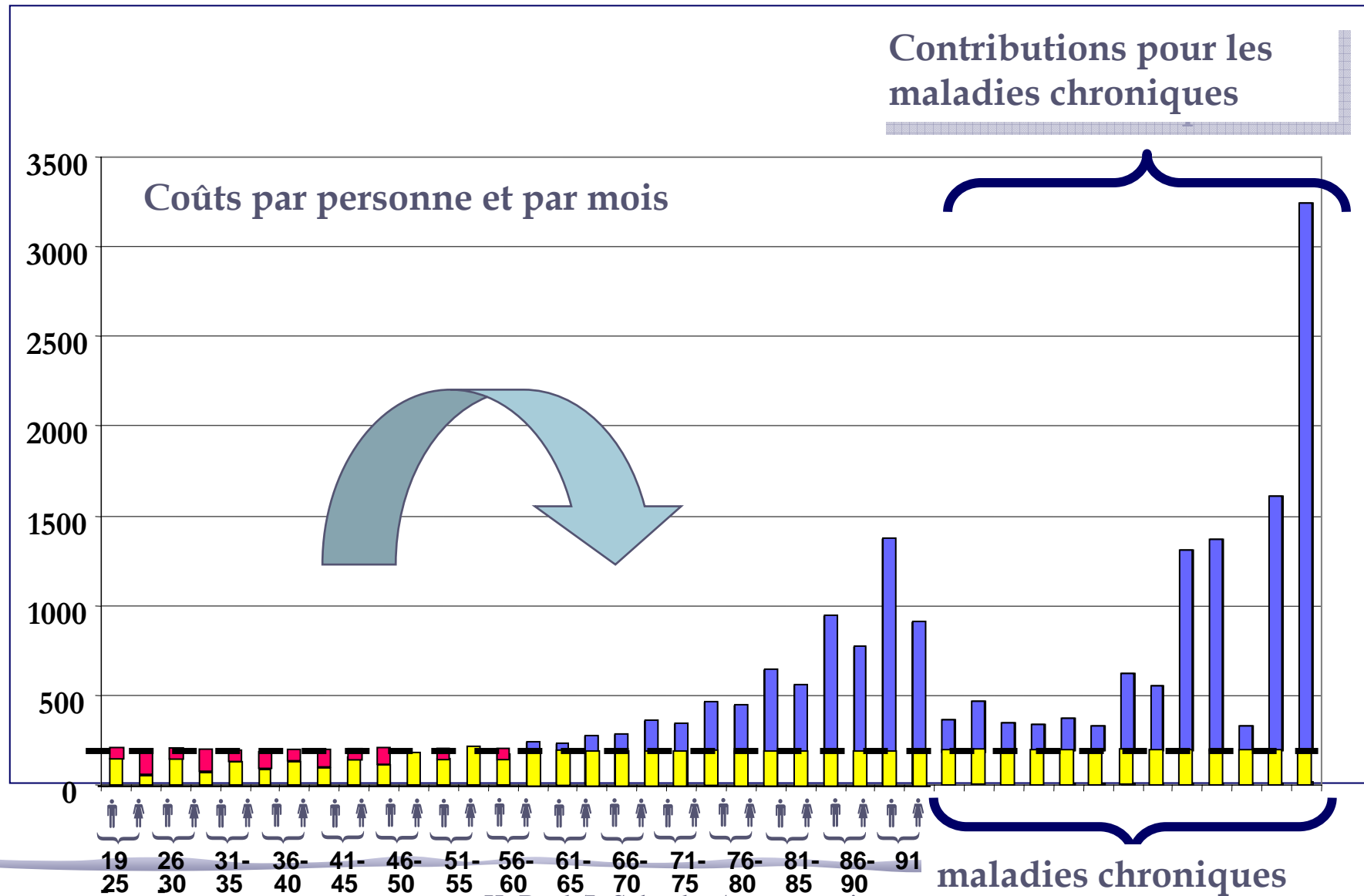
Problème de la comorbidité

Attribution aux PCG	Nombre des assurés	En %
0	173'314	83.55 %
1	24'463	11.79 %
2	7'260	3.50 %
3	1'869	0.90 %
4	463	0.22 %
5	68	0.03 %
6	7	0.00 %



La fréquence diminue rapidement

Compensation avec les groupes de médicaments



K. Beck/L.Schenker/compensation
des risques/PCS nov.07

En conclusion

☞ Questions et discussion

☞ Merci de votre attention