

11.473 / 12.446

Initiatives parlementaires
Compensation des risques / Introduction rapide
d'un système efficace de compensation des risques

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique du Conseil national

du 6 septembre 2013

Madame la Présidente,
Madame, Monsieur,

Par le présent rapport, nous vous soumettons un projet de modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)¹, que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis.

La Commission propose d'adopter le projet d'acte ci-joint.

6 septembre 2013

Pour la Commission:

Le président, Stéphane Rossini

¹ RS 832.10

Condensé

La compensation des risques aujourd'hui en vigueur prend en compte les facteurs âge, sexe et, depuis 2012, le risque élevé de maladie que laisse supposer un séjour de plus de trois jours consécutifs dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente. Elle ignore, par contre, les assurés qui occasionnent des coûts élevés mais ne sont traités qu'en ambulatoire. C'est là un défaut qui doit être corrigé.

Après le rejet en votation populaire, le 17 juin 2012, de la révision partielle de la LAMal «Managed care», qui prévoyait un perfectionnement de la compensation des risques que personne ne contestait, le Parlement a poursuivi ses efforts en vue de procéder rapidement et efficacement à ce perfectionnement dans le cadre des initiatives parlementaires 11.473 et 12.446.

Le présent projet prévoit d'accorder au Conseil fédéral la compétence de définir dans l'ordonnance des indicateurs de morbidité appropriés pour présenter le risque élevé de maladie. La teneur de la disposition proposée laisse au Conseil fédéral une marge de manœuvre pour définir ces indicateurs. Dans son rapport du 9 décembre 2011 «Introduction d'un facteur de morbidité supplémentaire dans la compensation des risques», le Conseil fédéral a indiqué comment il entendait perfectionner la compensation des risques. Il y a examiné différentes options, parvenant à la conclusion que la prise en compte de groupes de coûts pharmaceutiques réduirait nettement les incitations à la sélection des risques et compléterait de façon idéale la formule de compensation des risques en vigueur. La commission part de l'idée qu'à moyen terme, le Conseil fédéral optera pour les informations pharmaceutiques afin de perfectionner la compensation des risques. Mais en attendant que les données nécessaires à la constitution de groupes de coûts pharmaceutiques soient disponibles auprès de tous les assureurs dans une qualité et une quantité suffisantes, le Conseil fédéral adoptera probablement comme solution transitoire la prise en compte des frais de médicaments au cours de l'année précédente.

Au vu des expériences faites jusqu'ici, il convient de maintenir définitivement la compensation des risques, sans limitation dans le temps.

Rapport

1 Genèse du projet

L'affinement de la compensation des risques dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) proposé par le présent projet correspond matériellement à la composante de la révision partielle de la LAMal qui avait été baptisée «Réseaux de soins»² et que les Chambres fédérales ont adoptée le 30 septembre 2011 au vote final. Quelques jours auparavant, le 21 septembre 2011, le groupe socialiste avait déposé l'initiative parlementaire intitulée «Compensation des risques» (11.473 n). Il avait justifié sa démarche en affirmant que, selon toute probabilité, le peuple devrait se prononcer en scrutin référendaire sur le projet «Réseaux de soins». D'après le groupe socialiste, il fallait pouvoir introduire rapidement l'élément du projet qui n'était pas contesté, à savoir la définition plus précise de la compensation des risques, quelle que fût l'issue de la votation. C'est la raison pour laquelle cet élément devait, selon lui, faire l'objet d'une décision indépendante du reste du projet et entrer en vigueur séparément.

Le 14 juin 2012, le groupe libéral-radical a déposé l'initiative parlementaire intitulée «Introduction rapide d'un système efficace de compensation des risques» (12.446 n). Il prévoyait que le projet «Réseaux de soins» serait sans doute rejeté par le peuple lors du scrutin populaire. Rappelant que l'affinement de la compensation des risques, qui était l'un des éléments clefs de cette réforme, faisait l'unanimité, le groupe libéral-radical estimait qu'il serait judicieux de l'introduire rapidement, afin de mettre un terme à la chasse aux «bons risques». Le 17 juin 2012, le peuple a rejeté à 76 % le projet «Réseaux de soins» et, partant, la base légale qui aurait permis d'affiner la compensation des risques.

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a procédé à l'examen préalable des deux initiatives précitées le 12 octobre 2012; elle y a donné suite respectivement par 18 voix contre 7 (iv. pa. 11.473) et par 18 voix contre 6 et 1 abstention (iv. pa. 12.446). Le 21 janvier 2013, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) a approuvé ces décisions par 9 voix contre 2 et 2 abstentions.

Le 15 février 2013, la CSSS-N a chargé sa sous-commission «LAMal»³ d'élaborer un projet d'acte concernant les deux initiatives. La sous-commission s'est réunie à cet effet les 27 février, 9 avril et 21 août 2013. A sa demande, le secrétariat de la commission et les experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), sollicités en vertu de l'art. 112, al. 1, de la loi sur le Parlement, ont rédigé le projet d'acte et le projet du rapport de commission. Le 6 septembre 2013, la CSSS-N a approuvé, par 14 voix contre 8 et 1 abstention, les présents rapport et projet d'acte.

² Objet 04.062; FF 2011 6849

³ *Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Frehner, Gilli, Fehr Jacqueline, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert*

L'AOS est fondée sur le principe de la solidarité et financée au moyen d'une prime unique. Cela signifie que chaque assuré paie, indépendamment de son âge, de son sexe ou de son état de santé, la même prime à une même caisse-maladie du même canton (ou de la même région déterminante) pour le même modèle d'assurance. Cependant, cette prime ne correspond pas au risque effectif, c'est-à-dire au risque que l'assuré présente de tomber malade et de générer ainsi des frais à la charge de l'AOS. Certaines analyses ont montré que 10 % des assurés généraient près de 70 % des frais à la charge de l'AOS⁴, tandis que 40 % des assurés n'occasionnaient aucuns frais.

Il s'ensuit que les assureurs sont incités à pratiquer une sélection des risques. En d'autres termes, ils ciblent leur publicité sur les personnes en bonne santé – les «bons risques» –, pour qu'elles s'assurent auprès d'eux, et dissuadent les personnes malades – ou «mauvais risques» –, soit en mettant des obstacles à leur affiliation, en dépit de leur obligation d'accepter toute personne tenue de s'assurer (art. 4 LAMal), soit en cherchant à s'en débarrasser.

La sélection des risques peut se pratiquer de diverses manières. Les données librement accessibles sur l'ampleur et la nature de cette sélection manquent encore, de sorte que les affirmations énoncées à ce sujet n'ont la plupart du temps qu'un caractère spéculatif. Cela dit, une étude de Baumgartner/Busato⁵ montre clairement qu'il existe des différences parfois significatives dans la façon dont les assureurs répondent aux demandes d'offre, selon qu'elles proviennent de «bons» ou de «mauvais» risques. Par exemple, ils répondent plus rapidement aux premières qu'aux secondes. C'est que plus le temps d'attente augmente, plus il est probable que la personne concernée ira s'assurer auprès d'une autre caisse-maladie. L'étude a aussi révélé que les demandes émanant de «bons risques» étaient plus souvent transmises à un assureur meilleur marché à l'intérieur du même groupe, afin que les assurés en question puissent bénéficier d'une prime plus avantageuse. Il arrive aussi plus fréquemment que des offres pour des modèles de couverture où le choix du fournisseur de prestations est limité et pour des assurances complémentaires sur mesure soient proposées aux «bons risques» sans qu'ils en aient fait la demande.

2.1 Dispositions légales relatives à la compensation des risques

La compensation des risques a été introduite par l'arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1993. Elle a été transférée dans le droit ordinaire au début de l'année 1996, avec l'entrée en vigueur de la LAMal. A ce moment-là, elle reposait uniquement sur deux critères, l'âge et le sexe, et était prévue pour une durée limitée à dix ans.

⁴ Enquête de l'OFSP de mai 2012; couverture d'environ 87 %.

⁵ Christian Baumgartner/ André Busato, *Risikoselektion in der Grundversicherung – eine empirische Untersuchung*, in *Schweizerische Ärztezeitung* 2012; 93: 13, pp. 510 à 513.

Le Parlement avait décidé de limiter la durée de la compensation des risques en pensant que les différences entre assureurs dans la structure des risques s'atténueraient progressivement sous l'effet du libre passage. Toutefois, cette hypothèse ne s'est pas confirmée. Le Parlement a alors décidé, en octobre 2004, de prolonger la durée de validité de la compensation des risques de cinq ans (jusqu'à fin 2010)⁶, dans la perspective de l'amélioration de la compensation des risques prévue par le projet relatif au financement hospitalier⁷. La modification de la LAMal du 21 décembre 2007 (Compensation des risques)⁸ portait, d'une part, sur la prolongation, jusqu'à fin 2011, de la compensation des risques en vigueur et, d'autre part, sur la création d'un nouveau régime de compensation des risques; celui-ci s'est intégré dans la LAMal au titre de disposition transitoire de la modification du 21 décembre 2007 (Compensation des risques) et sa durée de validité a été limitée à cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification.

Le nouveau régime de compensation des risques est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012. Pour le calcul de cette compensation, aux critères de l'âge et du sexe des assurés est venu s'ajouter celui du risque de maladie élevé, qui est avéré en cas de séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente (critère du séjour).

2.2 Fonctionnement de la compensation des risques

Les assurés adultes sont d'abord répartis en quinze groupes d'âge (18 à 25 ans, 26 à 30 ans, 31 à 35 ans, 36 à 40 ans, etc., 81 à 85 ans, 86 à 90 ans, 91 ans et plus). Les assurés de moins de 18 ans ne sont pas pris en considération pour la compensation des risques.

Chaque groupe d'âge est ensuite divisé en fonction du sexe et du critère du séjour, ce qui donne naissance à 60 groupes de risques au total.

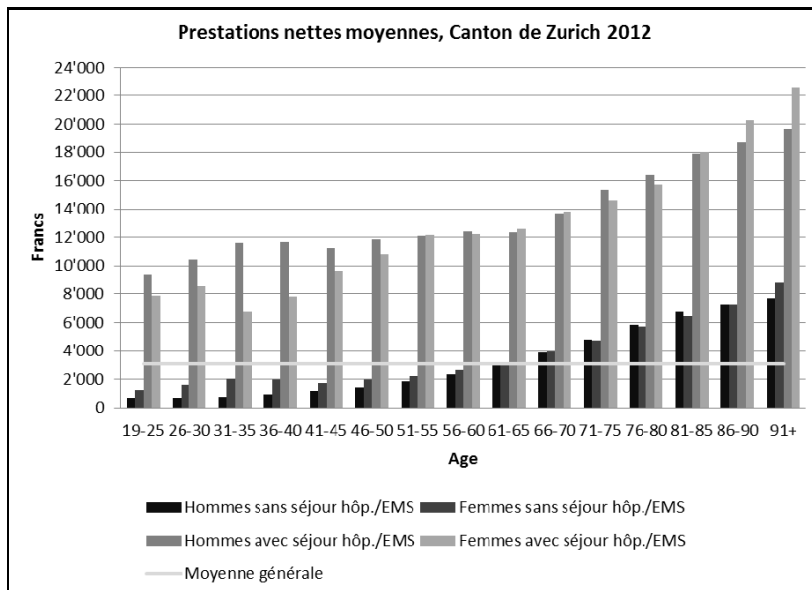
L'institution commune LAMal est chargée de gérer la compensation des risques, et ce, pour chaque canton pris séparément. Elle réunit les données concernant les prestations brutes, les participations aux coûts et les mois d'assurance par groupe de risques, puis calcule les prestations nettes moyennes pour chaque groupe de risques en tenant compte de tous les assureurs (moyenne par groupe de risques), ainsi que les prestations nettes moyennes de tous les assureurs pour l'ensemble des groupes de risques (moyenne générale).

6 RO 2005 1071

7 FF 2004 5207

8 RO 2009 4755

L'illustration suivante présente les prestations nettes annuelles moyennes 2012 dans les groupes de risque particuliers par rapport à tous les assurés ainsi que la moyenne générale à l'exemple du canton de Zurich:

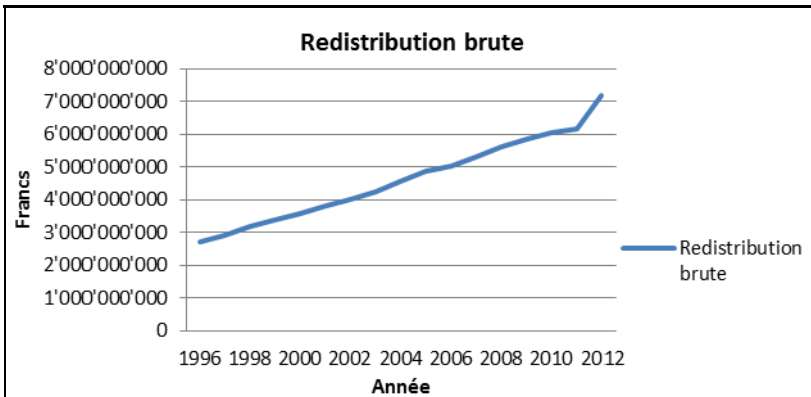


L'institution commune LAMal se fonde sur ces données pour calculer les redevances de risque et les contributions de compensation. Si la moyenne d'un groupe de risques est inférieure à la moyenne générale, l'assureur-maladie devra payer une redevance pour ses assurés du groupe concerné. Et si la moyenne d'un groupe de risques est supérieure à la moyenne générale, l'assureur-maladie recevra une contribution pour ses assurés du groupe concerné. Les montants des redevances et des contributions correspondent à la différence entre la moyenne par groupe de risques et la moyenne générale⁹. Pour calculer la somme que chaque assureur reçoit ou doit payer au titre de la compensation des risques, les montants des redevances et des contributions relatifs à tous ses assurés sont additionnés.

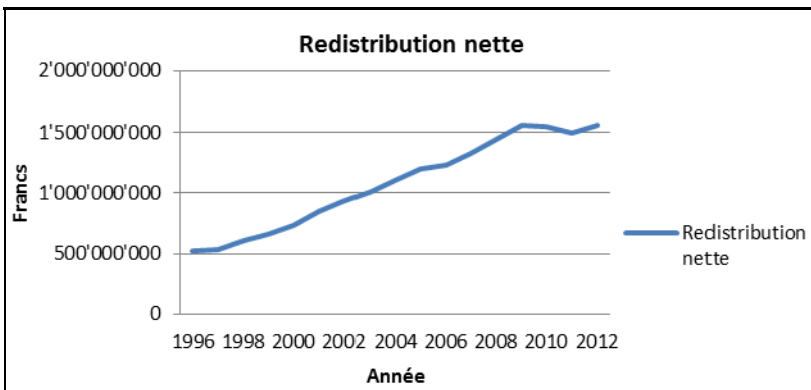
La plupart des montants transférés dans le cadre de la compensation des risques circulent entre les assurés d'un même assureur qui appartiennent à des groupes de risques différents. L'assureur ne doit effectivement payer que le solde que lui facture l'institution commune LAMal. C'est pourquoi une distinction est faite entre les transferts bruts et les transferts nets.

⁹ Annexe I: Evolution des redevances et des contributions des assureurs

L'illustration suivante présente l'évolution de la redistribution brute dans la compensation des risques définitive. L'année 2012 enregistre une augmentation marquée en raison de la prise en compte dans la formule de la compensation des risques du critère de risque élevé de maladie:



La redistribution nette a également augmenté dans le passé comme le montre l'illustration suivante. Cette croissance a néanmoins été freinée du fait des fusions entre assureurs-maladie.



Depuis 2012, la compensation des risques repose sur les mécanismes prospectifs. Cela signifie que les données existantes sont utilisées pour établir le risque de l'année à venir. Ce ne sont donc pas les coûts réels de l'année de compensation qui doivent être compensés. Le passage aux mécanismes prospectifs a permis de renforcer l'incitation à maîtriser les coûts.

Le rapport du Conseil fédéral relatif à l'introduction d'un facteur de morbidité supplémentaire dans la compensation des risques¹⁰ (ci-après: rapport du Conseil fédéral du 9 décembre 2011) évalue en fonction de différents critères la réglementation de la compensation des risques en vigueur depuis 2012. Les résultats de cette évaluation sont, en résumé, les suivants:

- *Incitation à la sélection des risques*: la compensation des risques vise à réduire les incitations à la sélection des risques. Comme elle ne compense les différences de coûts que par rapport à la moyenne du groupe de risque, les assurés dont les prestations nettes sont inférieures aux coûts moyens de leur groupe de risque sont particulièrement intéressants pour les assureurs. Une compensation des risques pourra d'autant plus efficacement empêcher la sélection des risques que les facteurs de compensation appliqués permettront de mieux prévoir les frais des prestations individuels des assurés. L'introduction du facteur supplémentaire «séjour à l'hôpital ou en EMS» a certes permis d'augmenter la précision des prévisions pour l'ensemble de la population, mais l'intégration d'autres facteurs de morbidité permettrait d'atteindre une précision encore nettement plus grande¹¹. Un second moyen de mesurer les incitations à la sélection des risques qui subsistent est offert par l'analyse des prévisions de coûts pour les groupes d'assurés qui occasionnent des coûts plus élevés, par exemple en raison de pathologies données. La compensation des risques sous-estime les frais des prestations de ces assurés même avec la conception en vigueur depuis 2012¹². Celle-ci donne des résultats légèrement meilleurs que la formule précédente, qui ne prenait en considération que l'âge et le sexe des assurés. Cependant, les assurés occasionnant des frais des prestations élevés qui sont traités uniquement en ambulatoire ne sont pas pris en compte par la conception en vigueur. Il subsiste donc ici une incitation pour les assureurs à pratiquer la sélection des risques.
- *Transparence*: étant donné la complexité plus grande de la nouvelle compensation des risques, l'OFSP a informé suffisamment tôt les assureurs des nouveautés introduites et des effets attendus. La transparence de la formule actuelle peut donc être qualifiée de moyenne.
- *Possibilités de manipulation*: la marge d'interprétation peut être exploitée surtout lorsque les critères de compensation des risques sont définis de façon «floue», c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'établir clairement sur la base de critères objectifs comment un assuré donné doit être classé. Des possibilités d'attribuer tous les assurés aux groupes qui aboutissent aux paiements les plus élevés (c'est ce qu'on appelle le *upcoding*) existent donc. Les possibilités de manipulation sont jugées faibles pour la compensation des risques au-

¹⁰ Rapport en réponse au postulat 07.3769 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats

¹¹ Il n'en faut pas moins garder à l'esprit que seule une partie des coûts est prévisible. Ceux qui sont générés de façon fortuite ne peuvent et ne doivent pas être compensés par la compensation des risques.

¹² Cf. Rapport du Conseil fédéral du 9 décembre 2011, p. 16. Par exemple, les personnes atteintes de diabète type 1 ont occasionné en 2008 des coûts moyens de 6249 euros; le modèle de compensation en vigueur depuis 2012 estime ces coûts à 2904 euros.

jourd'hui en vigueur. L'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR) et le guide de l'institution commune LAMal définissent clairement si un assuré a effectué ou non un séjour dans un hôpital ou un EMS au sens de l'art. 2a OCoR.

- *Incitation à économiser*: pour être incités à économiser, les assureurs doivent pouvoir se procurer un avantage concurrentiel par une utilisation efficiente des moyens. Si la compensation des risques est faible, la compétitivité de l'assureur dépend surtout de la santé de son collectif d'assurés. Avec le système actuel, l'incitation à utiliser les fonds de façon efficiente est jugée plutôt faible, car seul les séjours en hôpital ou en EMS aboutissent à des paiements compensatoires plus élevés, mais non les traitements ambulatoires pourtant plus efficaces.

La commission reconnaît donc dans la compensation des risques aujourd'hui en vigueur un potentiel d'amélioration, en particulier en ce qui concerne la réduction des incitations à la sélection des risques et l'augmentation des incitations à économiser.

2.4 Options envisageables pour l'affinement de la compensation des risques

Dans son rapport du 9 décembre 2011, le Conseil fédéral a décrit différentes options pour un perfectionnement du dispositif, examinant dans quelle mesure elles pourraient compléter efficacement la compensation de risques en vigueur. Le rapport évalue ces différentes options en fonction des critères évoqués ci-dessus, en accordant une importance particulière à la possibilité de disposer des données nécessaires auprès des assureurs.

1. *Utilisation d'informations diagnostiques*: ces informations constituent l'indicateur le plus direct de l'état de santé. La pratique médicale recourt le plus souvent, pour la pose de diagnostics, au codage CIM-9 ou CIM-10, qui comprend plus de 14 000 positions. Celles-ci doivent être regroupées pour que les informations diagnostiques puissent être utilisées dans la compensation des risques. Les divers modèles de compensation des risques basés sur les informations diagnostiques se différencient donc en particulier par la méthode de groupement des diagnostics, par la possibilité d'interprétation clinique des groupes de diagnostics, par le nombre de groupes de diagnostics et par le traitement des comorbidités. Les modèles qui utilisent des informations diagnostiques permettent des prévisions très précises. Ils présentent le grand avantage de ne pas être liés à un type de traitement particulier. Mais dans de nombreux pays, dont la Suisse, cet avantage est réduit à néant par le fait que ces informations ne sont disponibles que pour une partie de la chaîne de traitement. De plus, les informations diagnostiques ne sont pas à l'abri de tentatives de manipulation, et l'inclusion de ce facteur nuit à la transparence du système.
2. *Utilisation d'informations pharmaceutiques*: les données pharmaceutiques peuvent servir d'indicateurs pour les maladies chroniques, car celles-ci sont souvent traitées à l'aide de médicaments spécifiques. De ce fait, il est de plus en plus fréquent que des modèles de compensation des risques recourent aux

groupes de coûts pharmaceutiques. Un des avantages des informations pharmaceutiques est qu'elles sont souvent disponibles même quand les données diagnostiques manquent. Par ailleurs, ces informations sont comparativement difficiles à manipuler: si l'inscription de faux codes diagnostiques reste sans effets pour le patient, une fausse médication représente un risque considérable pour la santé.

3. *Utilisation de données relatives à la réduction de la capacité de gain:* les données concernant la réduction de la capacité de gain ou d'accomplissement des activités de la vie quotidienne constituent un groupe important d'indicateurs de morbidité. L'inclusion de cette caractéristique relativement peu spécifique explique mieux la compensation des risques. Par contre, la récolte de ces données s'avère problématique.
4. *Utilisation d'informations relatives au changement de caisse et au choix de l'échelon de franchise:* ces deux éléments sont des indicateurs de morbidité indirects qui véhiculent des informations importantes sur l'état de santé des assurés et sur leurs frais de maladie. Tous ces indicateurs améliorent le pouvoir explicatif de la formule de compensation pour l'ensemble de la population, et les données sont aujourd'hui disponibles auprès des assureurs. Le recours à ces informations dans la compensation des risques s'avère toutefois problématique: si le changement d'assureur sert de facteur de compensation, l'incitation pour l'assureur à être intéressant pour de nouveaux assurés diminue, ce qui affaiblit la concurrence. De plus, le changement d'assureur est sans rapport direct avec la morbidité de l'assuré, et les comportements peuvent changer rapidement. De ce fait, l'influence du changement d'assureur sur le recours aux prestations peut se révéler instable. Quant à l'option des échelons de franchise, il faut observer au préalable que les différences de prestations nettes entre les personnes ayant une franchise élevée et celles qui ont une franchise inférieure ne sont pas uniquement imputables à leur morbidité. La plus grande participation aux coûts des personnes ayant opté pour une franchise élevée ainsi que la réduction de l'aléa moral en ce qui les concerne contribuent aussi au bas niveau de coûts de ces personnes. Or, la compensation des risques ne doit compenser que les différences dues à la morbidité. Si l'on utilisait les échelons de franchise comme facteur de compensation, il faudrait modifier le mode de calcul traditionnel de la compensation des risques.
5. *Communication d'informations personnelles relatives à la morbidité:* ce terme désigne de façon générique un groupe relativement peu homogène d'indicateurs de morbidité indirects. Il comprend notamment les facteurs suivants: le statut socio-économique, l'utilisation d'Internet, le recours à des méthodes de traitement alternatives et le mode de vie. Le rapport ne considère comme facteur de compensation possible que le statut socio-économique. La prise en compte de ce facteur semble aller de soi, car de nombreuses études internationales attestent d'un lien entre la morbidité et le statut socio-économique. L'inclusion d'un tel critère dans la formule de compensation des risques en augmenterait à coup sûr légèrement le pouvoir explicatif. En outre, le statut socio-économique ne laisse aucune marge d'appréciation et n'offre donc aucune possibilité de manipulation. Il n'influe pas non plus sur l'efficacité de l'utilisation des moyens, car il n'est pas lié à une méthode de

traitement donnée. Les problèmes se posent cependant au niveau de la récolte des données.

6. *Utilisation des frais de médicaments au cours de l'année précédente*: les frais de l'année précédente constituent en général un bon indicateur de la morbidité des assurés et pourraient donc théoriquement être utilisés eux aussi comme critère dans la compensation des risques. Cependant, cette option n'est pas appliquée en pratique en raison du gros problème posé par les contre-incitations. Il est toutefois possible de tenir compte d'un certain type de frais de l'année précédente, p. ex., les dépenses de médicaments, non différenciées. On examinerait si les frais de médicaments d'un individu ont dépassé une certaine limite durant cette année-là. Des études empiriques ont montré que l'indicateur «frais de médicaments» pouvait réduire les incitations à la sélection des risques, même s'il ne reflète pas les causes du recours aux prestations. La prise en compte des frais de médicaments permettrait aussi de reconnaître des patients qui génèrent des coûts importants même sans hospitalisation. Les assureurs pourraient cependant être incités à ne plus mettre autant de soin à contrôler les factures concernant les médicaments.

Le Conseil fédéral a indiqué qu'à moyen terme, il souhaitait compléter la formule de la compensation des risques par le facteur «groupes de coûts pharmaceutiques». Il affirme dans son rapport que l'utilisation d'informations pharmaceutiques pour former des groupes de coûts représente en Suisse le meilleur complément possible au système actuel.

L'inclusion de ce nouveau facteur requiert cependant une période préparatoire de quelques années, notamment parce que les données servant à la constitution de groupes de coûts pharmaceutiques ne sont pas encore disponibles auprès de tous les assureurs dans toute la quantité et la qualité nécessaires. Si l'on veut rendre possible plus tôt l'introduction d'une formule améliorée de compensation des risques, il faut, suivant la date d'entrée en vigueur de la modification de loi, prévoir une solution transitoire. Le Conseil fédéral propose à ce titre la prise en compte des frais de médicaments au cours de l'année précédente.

La commission se rallie à l'appréciation du Conseil fédéral et est favorable à un perfectionnement de la compensation des risques dans le sens indiqué par le rapport «Introduction d'un facteur de morbidité supplémentaire dans la compensation des risques».

3 Consultation sur l'avant-projet indirect à l'initiative populaire fédérale «Pour une caisse publique d'assurance-maladie»

En réponse à l'initiative populaire fédérale «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» déposée le 23 mai 2012, le Conseil fédéral a élaboré un contre-projet indirect qui prévoit, entre autres mesures visant à réduire la sélection des risques, l'inscription de la compensation des risques dans la loi et son perfectionnement par des indicateurs de morbidité supplémentaires. La procédure de consultation s'est déroulée du 27 février au 3 juin 2013. Les réactions à l'idée de perfectionner la compensation des risques ont été entièrement positives. D'une manière générale, l'affinement de la compensation des risques est clairement considéré comme étant

nécessaire et tous les participants à la consultation l'approuvent sur le fond. Selon l'avis de la majorité de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), des cantons AR, BL, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SZ, TI, TG, ZG et ZH, des partis PBD, PDC, PLR et PVL, ainsi que de la Commission de la concurrence (Comco) et de nombreux assureurs et associations¹³, la compensation des risques doit être affinée le plus rapidement possible. Depuis des années, H+ souhaite que la compensation des risques tienne compte de critères liés à la maladie. Les cantons SH et TG sont également favorables, sur le fond, à un affinement de la compensation des risques, mais ils estiment que celui-ci n'est pas urgent; ils voudraient en effet que l'on réunisse d'abord des données sur les expériences faites avec les facteurs actuellement en vigueur.

4 **Grandes lignes du projet**

Le présent projet vise à compenser autant que possible les différences entre assurés en termes de risques, par rapport à l'âge, au sexe et à d'autres indicateurs de morbidité appropriés¹⁴, et à modifier ainsi les conditions qui régissent la concurrence entre assureurs. Ceux-ci ne doivent plus pouvoir tirer profit d'une sélection des risques. Au contraire, il doit devenir plus intéressant pour eux de développer, conjointement avec les fournisseurs de prestations, des modèles de soins plus efficaces pour les «mauvais risques» – par exemple les personnes souffrant de maladies chroniques – qui sont assurés auprès d'eux.

Les indicateurs de morbidité indirects établis que sont l'âge et le sexe doivent continuer à être appliqués au calcul de la compensation des risques, mais les indicateurs de morbidité directs doivent être complétés. Il revient au Conseil fédéral de définir, par voie d'ordonnance, les autres indicateurs de morbidité appropriés. Ce faisant, le Conseil fédéral devra veiller à ce que les assureurs soient incités à réduire les coûts. La compensation des risques ne doit pas aboutir à une compensation des coûts.

Pour des raisons de cohérence, la CSSS-N ne souhaite pas que l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un EMS» continue de figurer expressément dans la loi. Cet indicateur de morbidité n'en est qu'un parmi d'autres. Le texte de la disposition proposée laisse donc une marge de manœuvre notable au Conseil fédéral pour définir les autres indicateurs de morbidité appropriés. La genèse du projet montre toutefois la direction à prendre en matière de compensation des risques. Le projet «Réseaux de soins» (voir ch. 1) comme le rapport du Conseil fédéral du 9 décembre 2011 suggè-

¹³ Alliance des assureurs maladie suisses (AAMS), CSS, Groupe Mutuel, Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK), santésuisse, Association suisse d'assurances (ASA), Alliance santé, Association patronale suisse de la branche dentaire, ChoroSuisse, Interpharma, Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3, Conférence des sociétés cantonales de médecine, Cliniques privées suisses, Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux, Association suisse des droguistes, Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances, senesuisse, Fondation Organisation suisse des patients, Association suisse des techniciens en orthopédie, Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse, Aktion Freiheit und Verantwortung, Centre patronal, curaviva, economiesuisse, Fédération des Entreprises Romandes, Union patronale suisse, Conseil suisse des aînés, Association suisse des aînés.

¹⁴ La morbidité désigne la fréquence d'une maladie par référence à un groupe spécifique de la population. L'âge et le sexe constituent des indicateurs de morbidité indirects. Parmi les indicateurs de morbidité directs, on peut citer par ex. un séjour dans un hôpital ou un EMS l'année précédente, certains diagnostics ou des informations pharmaceutiques.

rent que la morbidité doit être établie au moyen d'indicateurs appropriés, aussi bien pour les traitements hospitaliers que pour les traitements ambulatoires. Dans le domaine des traitements hospitaliers, l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un EMS», qui est appliqué depuis le 1^{er} janvier 2012, sera maintenu jusqu'à ce qu'un indicateur plus pertinent puisse être trouvé sur la base de données fiables. Il convient cependant de compléter la formule de la compensation des risques en y ajoutant un indicateur qui tienne compte aussi des traitements ambulatoires et qui compense la tendance à favoriser les traitements hospitaliers. La CSSS-N escompte que le Conseil fédéral se servira d'informations pharmaceutiques à cette fin. L'utilisation de groupes de coûts pharmaceutiques diminue nettement les incitations à la sélection des risques et représente un complément idéal à la compensation des risques, comme l'a souligné le Conseil fédéral dans son rapport du 9 décembre 2011. D'ici à ce que les données nécessaires à la création des groupes de coûts pharmaceutiques soient disponibles auprès des assureurs, étant entendu qu'elles devront être en nombre suffisant et présenter une qualité satisfaisante, le Conseil fédéral proposera probablement, à titre de solution transitoire, de prendre en considération les dépenses de médicaments de l'année précédente.

Vu les expériences faites à ce jour (voir ch. 2.1), la compensation des risques doit être maintenue pour une durée illimitée. Comme le système actuel expirera le 31 décembre 2016, les nouvelles dispositions devront entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2017 au plus tard.

4.1 Propositions de minorité

Une minorité de la commission (*Bortoluzzi*, Borer, de Courten, Frehner, Germanier, Mörgele, Pezzatti, Stahl) propose de ne pas entrer en matière sur le projet d'acte. Selon elle, il conviendrait d'évaluer les effets produits par l'intégration de l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un EMS» avant d'envisager un nouveau développement de la compensation des risques. Il n'existe en effet encore aucune évaluation significative de la compensation des risques telle qu'elle est appliquée depuis le 1^{er} janvier 2012. En outre, l'utilisation de groupes de coûts pharmaceutiques compliquerait sérieusement la compensation des risques, ce qui augmenterait considérablement les frais administratifs aussi bien pour les assureurs que pour l'institution commune LAMal. Quant à savoir si les avantages obtenus, sous la forme d'une réduction de la sélection des risques, seraient proportionnels aux frais supplémentaires, la question reste à éclaircir.

Une autre minorité de la commission (*Bortoluzzi*, Borer, de Courten, Frehner, Germanier, Mörgele, Parmelin, Pezzatti, Stahl) propose de préciser, à l'art. 17b, al. 2, les critères que le Conseil fédéral devra respecter en arrêtant les dispositions d'exécution. Celui-ci devra ainsi veiller à la réduction des coûts et empêcher l'accroissement de la compensation des coûts. Il devra en outre déterminer, après avoir entendu les assureurs-maladie, les indicateurs de morbidité et soumettre tout indicateur supplémentaire à une analyse d'efficacité. Afin d'éviter une répétition, il conviendrait alors de biffer la deuxième phrase de l'art. 17, al. 4.

5 **Commentaire des dispositions**

5.1 **Loi fédérale sur l'assurance-maladie**

Titre précédant l'art. 17

La compensation des risques, réglementée dans une disposition transitoire depuis la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 et valable aujourd'hui seulement pour une durée limitée, est maintenue sans limitation dans le temps et inscrite en conséquence dans le droit ordinaire, sous le titre «Compensation des risques», dans une nouvelle section 1a. Elle y est définie aux art. 17 à 17b, immédiatement avant la disposition relative à l'institution commune LAMal.

Art. 17, al. 1 à 3

L'art. 17 énonce les principes de base. Les al. 1 à 3 correspondent matériellement à l'al. 1 du ch. 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (compensation des risques) [ci-après «dispositions transitoires»]. Difficilement compréhensible, l'al. 1 des dispositions transitoires est simplifié et repris, subdivisé en trois phrases, aux al. 1, 2 et 3 de l'art. 17. L'âge et le sexe devant aussi être pris en considération comme indicateurs de morbidité (indirects) [cf. al. 4], la nouvelle formulation ne comporte plus que la notion globale de «personnes à risque de maladie élevée». L'âge et le sexe continueront à être pris en compte à côté d'autres indicateurs de morbidité appropriés, à déterminer par le Conseil fédéral. S'agissant des nouvelles notions utilisées, soit «redevance de risque» et «contribution de compensation», elles ne constituent pas non plus un changement matériel par rapport au droit en vigueur.

Les différences moyennes de risque entre les groupes de risque déterminants doivent, comme jusqu'ici, être entièrement compensées. Ce ne sont pas les prestations nettes des assurés (apparaissant chez l'assureur lui-même) qui sont compensées, mais la différence entre la moyenne des prestations nettes dans les différents groupes de risque (moyenne de groupe) et celle des prestations nettes de tous les assureurs pour l'ensemble des groupes de risque (moyenne générale). L'incitation à réduire les coûts et à contrôler les factures demeure, car l'assureur qui a des prestations nettes plus basses que la moyenne des assureurs dans les différents groupes de risque donnant droit à des contributions de compensation reçoit tout de même de telles contributions, puisque la moyenne de groupe est plus élevée. Il a donc intérêt à maintenir, dans les différents groupes de risque, les prestations nettes à un niveau plus bas que la moyenne de groupe.

Par ailleurs, on a saisi l'occasion pour corriger une erreur de traduction qui figurait dans la version française. A l'al. 3, le terme «les différences moyennes des frais» a été remplacé par le terme «les différences moyennes de risque» (cf. al. 1 des dispositions transitoires).

Art. 17, al. 4

En matière de compensation des risques, les facteurs déterminants sont l'âge, le sexe et, depuis le 1^{er} janvier 2012, le risque de maladie élevé. Ainsi qu'il l'a été indiqué plus haut, l'âge et le sexe sont également à retenir en tant qu'indicateurs de morbidité (indirects), car ils reflètent aussi la morbidité. C'est pourquoi ils ne seront

désormais plus seulement considérés comme des facteurs de compensation «indépendants», mais feront partie des indicateurs définissant la morbidité et constitueront conjointement avec eux le «risque de maladie élevé». Le calcul de la compensation des risques ne subit par là aucun changement matériel.

Pour des raisons de cohérence, la commission choisit de ne pas continuer de désigner nommément dans la loi l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un EMS», car celui-ci n'est que l'un des indicateurs de morbidité possibles. A l'avenir, le Conseil fédéral doit avoir la possibilité de définir les indicateurs de morbidité. La teneur de la disposition proposée lui laisse une marge d'appréciation pour déterminer les autres indicateurs de morbidité appropriés. La genèse du projet indique néanmoins la direction que devrait prendre le perfectionnement de la compensation des risques. Tant le projet «Managed care» (cf. ch. 1) que le rapport du Conseil fédéral du 9 décembre 2011 partaient du principe que la morbidité devait être reflétée par des indicateurs appropriés dans le secteur hospitalier comme dans le secteur ambulatoire. Dans le secteur hospitalier, l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un EMS», appliqué depuis le 1^{er} janvier 2012, continuera de l'être jusqu'à ce qu'un indicateur plus parlant puisse être défini, le cas échéant, sur la base de données fiables. Mais la formule de la compensation des risques doit être complétée par un indicateur qui exprime également les traitements ambulatoires, afin de compenser le traitement privilégié actuellement réservé aux traitements hospitaliers.

Art. 17a

Ce nouvel article décrit le calcul de la compensation des risques. Sur le fond, celui-ci reste inchangé. Le présent projet ne modifie en rien la conception prospective de la compensation des risques. L'al. 1 correspond matériellement à la 1^{re} phrase de l'al. 3 des dispositions transitoires. Quant à l'al. 2, il correspond à la 2^e phrase de ce même al. 3 et il est complété par l'affinement de la compensation des risques qui est instauré au moyen du présent projet et qui comprend d'autres indicateurs de morbidité appropriés, à déterminer par le Conseil fédéral.

Il convient de préciser ici que l'al. 3 des dispositions transitoires prévoit d'autres règles concernant le relevé des séjours dans un hôpital ou un EMS. A l'avenir, l'indicateur «séjour dans un hôpital ou un EMS» ne sera plus réglé au niveau de la loi, ce qui explique pourquoi les dispositions spéciales qui s'y rapportent ne figureront plus dans la loi. Il incombera dorénavant au Conseil fédéral de déterminer les autres indicateurs de morbidité appropriés, ce qu'il fera dans l'OCOR, au besoin de façon détaillée. Dans son rapport du 9 décembre 2011, le Conseil fédéral avait déjà signalé que, en cas de révision de la compensation des risques, il faudrait «reconsidérer la prise en compte des données des assurés qui changent de caisse». Ces personnes ne représentent qu'une petite partie des assurés et il n'y a parmi elles qu'une faible proportion d'assurés ayant séjourné dans un hôpital ou un EMS l'année précédente. Les charges liées au relevé des autres indicateurs de morbidité sont disproportionnées pour les assurés qui ont changé d'assureur, en raison des exigences élevées en matière de protection des données, et ne se justifient plus étant donné le peu d'effets obtenus en termes de compensation des risques.

Art. 17b

Ce nouvel article porte sur l'exécution de la compensation des risques. Comme jusqu'à présent, l'institution commune LAMal procède à la compensation des risques entre les assureurs pour chaque canton. L'al. 1 reprend telle quelle la 1^{re} phrase de l'al. 4 des dispositions transitoires. L'al. 2 correspond à la 1^{re} phrase de l'al. 5 des dispositions transitoires. Le Conseil fédéral est tenu de veiller, dans les dispositions d'exécution concernant la compensation des risques, à ce que les assureurs soient incités à gérer l'assurance de façon économique. La compensation des risques ne doit pas donner lieu à une compensation des coûts. Le Conseil fédéral ne doit définir que des indicateurs directs reflétant la morbidité, mais non compléter la formule par un indicateur se référant, p. ex., au niveau des primes, aux franchises à option ou aux modèles avec choix limité des fournisseurs de prestations (voir à ce sujet la réponse du Conseil fédéral à l'interpellation 12.4153 «Compensation des risques dans la LAMal. Suppression des subventions croisées»). L'al. 3 reprend l'al. 6 des dispositions transitoires.

Art. 62, al. 3

La compensation des risques étant réglementée à un nouvel endroit dans la loi, l'al. 3 doit être adapté en conséquence; cette adaptation n'apporte cependant pas d'innovation.

Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 (Compensation des risques)

La présente modification remplace le «Nouveau régime de compensation des risques» défini dans les dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007. La compensation des risques est inscrite dans le droit ordinaire, aux art. 17 à 17b, et cela à titre définitif, sans limitation dans le temps. Le ch. 2 desdites dispositions transitoires doit donc être abrogé.

6 Conséquences

6.1 Conséquences pour la Confédération

La réduction de la sélection des risques aura pour effet que moins d'assurés changeront d'assureur, ce qui se traduira par un affaiblissement de l'augmentation du volume des primes, et donc aussi une croissance plus faible des subsides fédéraux au sens de l'art. 66 LAMal destinés à la réduction individuelle des primes accordée par les cantons. Le projet ne nécessite aucune ressource supplémentaire en personnel du côté de la Confédération.

6.2 Conséquences pour les cantons et les communes

Le projet ne nécessite aucune ressource supplémentaire en personnel du côté des cantons et des communes. Comme les cantons sont libres de définir leurs propres subsides à la réduction des primes, ils sont également libres de décider s'ils entendent réduire ces subsides en raison de l'augmentation plus faible des primes.

6.3

Conséquences économiques

Le volume financier de l'AOS correspond à 4 à 5 % du produit intérieur brut. Il n'y a pas lieu de s'attendre à ce que le projet ait des conséquences en termes économiques. Cependant, le frein mis à la sélection des risques se traduira dans le secteur de l'assurance-maladie par une utilisation plus efficiente des ressources. Le projet contribue à améliorer la clarté et l'efficacité des processus de financement de l'assurance-maladie sociale. De plus, la concurrence entre assureurs pourra s'exercer davantage là où le législateur le voulait à l'origine, c'est-à-dire au niveau de la qualité des offres d'assurance et du contrôle des coûts. En ce sens aussi, le projet contribue à l'optimisation du système.

6.4

Conséquences financières pour l'assurance-maladie

En 2012, les données de 640 064 assurés ayant changé d'assureur durant la période du 1^{er} janvier 2011 au 30 septembre 2012 ont transité par l'Organisme central de transfert pour la compensation des risques (ZEMRA), mis en place par l'institution commune LAMal. Parmi ces assurés, 22 223 personnes avaient effectué en 2011 un séjour dans un hôpital ou un EMS au sens de l'art. 2a OCoR. La proportion des assurés ayant effectué un séjour dans un hôpital ou un EMS est nettement moindre pour ceux qui ont changé d'assureur que pour l'ensemble des assurés. Dans son rapport du 9 décembre 2011, le Conseil fédéral avait signalé que, en cas de révision de la compensation des risques, il faudrait «reconsidérer la prise en compte des données des assurés qui changent de caisse». Cette situation produit deux effets contraires:

- Le perfectionnement de la compensation des risques entraîne une légère hausse des frais d'administration consentis par l'institution commune LAMal pour la plausibilisation des données fournies et pour les révisions par sondage auprès des assureurs.
- Dans la compensation des risques en vigueur aujourd'hui, les données communiquées par les assureurs tiennent compte des séjours en hôpital ou en EMS des assurés qui ont changé d'assureur. Cela nécessite un échange de données entre assureurs via le ZEMRA. L'abandon de la saisie des autres indicateurs de morbidité des assurés qui ont changé d'assureur rend le ZEMRA superflu. Les frais d'exploitation de cet organisme disparaissent avec lui, ce qui réduit d'environ 100 000 francs les frais d'administration de l'institution commune LAMal pour l'exécution de la compensation des risques.

Les frais d'administration en question sont supportés par les assureurs-maladie. Le projet produit des effets contraires en termes de finances et de personnel pour les assureurs également:

- L'affinement de la compensation des risques réduit l'incitation pour les assureurs à pratiquer la sélection des risques. Cette réduction conduit d'une part à une baisse des frais de publicité et de prospection de la clientèle et, d'autre part, à une diminution du nombre de changements d'assureur, même si la concurrence s'exerce encore sur le plan des offres et du contrôle des

coûts. Actuellement, chaque année, 6 à 12 % des assurés changent d'assureur. Chaque changement entraîne des frais de 150 à 200 francs.

- Perfectionner encore la compensation des risques entraîne une augmentation, minime, des frais d'administration liés à la saisie et à la communication des données. De plus, la vérification par les organes de révision des données communiquées, à niveau de vérification inchangé, est un peu plus astreignante et donc légèrement plus coûteuse. Ce perfectionnement entraîne par conséquent une très légère augmentation des frais d'administration des assureurs-maladie.
- En revanche, les frais liés à la saisie et à l'échange des données relatives à la morbidité des assurés qui ont changé d'assureur, communiquées jusque-là via le ZEMRA, disparaissent, d'où une baisse des besoins des assureurs en ressources financières et humaines.

6.5 Conséquences en termes d'applicabilité

Un affinement de la compensation des risques par l'inclusion d'indicateurs de morbidité supplémentaires tels que les groupes de coûts pharmaceutiques ne permettrait pas de maintenir telle quelle l'approche cellulaire¹⁵ adoptée aujourd'hui, car elle aboutirait à une multiplication des groupes de risque. Un trop grand nombre de groupes compteraient alors un trop faible nombre d'assurés pour que l'on puisse calculer des valeurs statistiquement fiables. Il est donc prévu de passer à une méthode de calcul par analyse de régression. On obtiendra ainsi un coût relatif pour chaque indicateur de morbidité. On calculera ensuite, sur la base de ces coûts relatifs, une valeur de risque pour chaque assuré. Celle-ci indique l'importance du risque de coûts de cet assuré par rapport à celui d'un assuré moyen. Pour le calcul des paiements compensatoires, ces valeurs de risque peuvent être multipliées par les coûts cantonaux moyens par assuré. L'utilisation de valeurs de risque au lieu de coûts relatifs permet en outre d'appliquer la compensation des risques à l'intérieur des cantons même si les données de l'ensemble de la Suisse ont été utilisées pour calculer les coûts relatifs.

Le calcul au moyen d'une analyse de régression implique que des données anonymisées soient mises à la disposition de l'institution commune LAMal pour chaque assuré. Le classement des assurés dans les groupes de compensation correspondant devrait être effectué par les assureurs. L'institution commune LAMal aurait accès uniquement à l'information concernant le groupe dont relève l'assuré.

L'inclusion transitoire des frais de médicaments au cours de l'année précédente en tant qu'indicateur supplémentaire permettrait d'augmenter le pouvoir explicatif de la formule de compensation des risques et de réduire l'incitation à sélectionner les risques au détriment des assurés particulièrement exposés. A la différence des données nécessaires à la constitution des groupes de coûts pharmaceutiques, les frais de médicaments générés par les assurés dans le secteur ambulatoire sont intégralement

¹⁵ Dans l'approche actuelle du système suisse de compensation des risques, tous les assurés sont répartis, selon les critères de compensation (aujourd'hui: l'âge, le sexe et le risque élevé de maladie), dans des groupes qui s'excluent mutuellement (cellules). Le paiement compensatoire correspond à la différence entre les coûts moyens du groupe considéré et les coûts moyens de l'ensemble des assurés.

disponibles aujourd'hui déjà auprès des assureurs. De plus, l'approche cellulaire appliquée dans le calcul de la compensation des risques, et par conséquent la fourniture exclusive de données agrégées, pourrait être maintenue provisoirement.

6.6 Autres conséquences

Il n'y a pas lieu de s'attendre à d'autres conséquences.

7 Relation avec le droit européen

Le droit européen (droit de la Communauté européenne et droit du Conseil de l'Europe) ne comporte pas de normes qui concernent ce projet. Les Etats demeurent libres de déterminer comme ils l'entendent les aspects relevant de ce domaine.

8 Bases juridiques

8.1 Constitutionnalité et conformité aux lois

Le projet repose sur l'art. 117 de la Constitution (Cst.)¹⁶, qui confère à la Confédération une large compétence pour légiférer en matière d'organisation de l'assurance-maladie. Cette disposition inclut notamment la compétence d'édicter des prescriptions visant à réduire, dans l'AOS, des incitations indésirables telles que la sélection des risques.

8.2 Délégation de compétences législatives

Le Conseil fédéral se voit accorder – comme avec la disposition aujourd'hui en vigueur – la compétence de mettre en œuvre la présente loi. Il est en outre habilité, dans le cadre du présent projet, à déterminer les indicateurs qui définissent la morbidité des assurés (art. 17, al. 4).

8.3 Forme de l'acte législatif

La présente loi est édictée sous forme de loi fédérale conformément à l'art. 164 Cst.

¹⁶ RS 101

Evolution des redevances et contributions des assureurs

(+ = contributions; - = redevances)

N° OrSP	Nom assureur	compensation des risques déf. 2010 (Fr.s.)	compensation des risques déf. 2011 (Fr.s.)	compensation des risques déf. 2012 (Fr.s.)
8	CSS	195436144	200512763	227846410
32	Aquilana	1590748	1391550	537318
57	Moove Sympany	-3046644	-2116932	116195
62	Supra	49104171	50566095	42433518
97	KK Luchsingen-Hätzingen	-183089		
134	Einsiedeln	122703	296437	120975
160	Fonction Publique	-25388616		
182	Provia	-3795191	1858167	341688
194	Sumiswalder	-10501992	-8945441	-7970654
216	Caisse-Maladie EOS	28555		
246	Steffisburg	-1253231	29393	342000
261	carena schweiz	6514886		
283	CMBB	-5140675		
290	Concordia	107666650	100566823	106258078
294	Agilia	-838561	-4333989	-2728102
312	Atupri	1879471	-12609617	-24484746
343	Avenir	-8382516	-32228570	-49654609
360	KKLH	-3213593	-4150980	-4712327
376	KPT	25559679	7539314	-5746667
411	Xundheit	-2436459		
445	Caisse-maladie Hermes	-40816983		
455	OKK Landquart	-27700390	-26461354	-24302705
484	Panorama	1791100		
509	Vivao Sympany	3656569	5211932	24991365
556	St. Moritz	-574689		
558	Flaachthal	-273349	-407635	-1547090
749	La Caisse Valdoise	-29115310		
762	Kolping	3570669	4590227	5777549
774	Easy Sana	-11574078	-88424340	-105721896
780	Glarner	-2006876	-1912112	-2177587
790	innove Wallis AG	-3107398	-2844921	
820	LUNNEZIANA	112455	129650	285085
829	KLUG	564345	1170591	-13884
881	EKG	-14851402	-82864031	-32764903
901	Sanavals	-84516	-138221	-335890
923	SLKK	3392221	4544166	4729571
941	Sodalis	-9219780	-7840306	-5409335
966	Vita Surselva	-1727512	-1936618	276787
994	Progrès	-94389871	-88171501	-68573827
1003	Zeneggen	87161	99252	25604
1040	Vispertermin	-1560201	-1848033	-2510261
1058	Gondo-Zwischbergen	-	-	-
1060	Wincare	154659142	163219276	182077910
1097	AVANTIS-Assureur maladie	-6536438		
1113	CMVEO	-2598951	-2975324	-3282412
1142	Ingenbohl	4124211	4008254	4677422
1147	Turbenthal	202732	211028	275857
1159	Auxilia Assurance-maladie	-6071982	-3162750	
1215	Troisfontains	-3579825		
1318	Wädenswil	7839061	1072550	-1590369
1322	Birchmeier	-834470	218800	-257407
1328	kmu	2047120	2480143	2520652
1331	Stoffel	-168457	-345577	-237623
1362	Simplon	-134393	-182608	-131067
1384	Swica	-44571204	-61133877	-60317338
1386	Galenos	11763397	10379399	10377248
1395	Vivao Sympany Schweiz AG	-12100961		
1401	Rhenusana	-434986	-348241	-709250
1423	Publisana	-627865	-364443	-980
1442	Fondation Natura	1636445		
1479	Mutuel	-61211901	-97074801	-105996370
1507	AMB	-2549233	-29165001	-3599825
1509	Sanitas	-104258804	-58394951	-41423402
1520	Hotela	1479713		
1529	Intras	-1386555	8807692	21741111
1535	Philos	16090938	-62742318	-70836059
1542	Assura	-419074374	-403176164	-467291377
1551	Universa	-6366472		
1552	berosana Versicherungen	-3329551		
1555	Visana	325233980	303720385	303100203
1560	Agrisano	-35034093	-38435506	-43822308
1562	Hetsana	626487981	617489001	613936008
1563	innove Krankenversicherung	5230309	7012721	6054388
1565	Avanex	-126245110	-112997709	-125680375
1566	Sansan	-68788581	-76630696	-97186448
1568	Sana24	-123146101	-54729561	-49465628
1569	Arcosana	-71215899	-61505748	-54496596
1570	Vivacare	-25720166	-10108857	-9074953
1571	Sana Top Versicherungen	-2814566		
1574	mauch	-1047282	-1578366	-1663950
1575	Compact	-45632404	-54398270	-38724054
1577	SanaGate AG	-19738500	-27089340	-44373649