

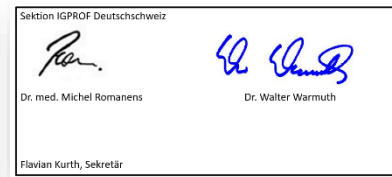
VEMS-Report zum Risikostrukturausgleich

Autoren:

Dr. med. Michel Romanens (verantwortlich, mit Unterschrift)

Dr. Walter Warmuth (verantwortlich, mit Unterschrift)

Flavian Kurth, Sekretär VEMS / Stiftung FAIRFOND



Der neueste Text ist jeweils hier publiziert:

Deutsch, gefolgt von der französischen Übersetzung:

<https://docfind.ch/RSAReport2024.pdf>

Version auf Französisch folgt auf am Schluss. Bei Unklarheiten gilt die deutsche Version.

Copyright:

Der gesamte Text darf nur unter Verwendung der Quellenangabe zitiert werden.

Vorschlag für das Quellenzitat deutsche Version:

VEMS-Report zum Risikostrukturausgleich. Romanens, M, Warmuth W, Kurth F.

<https://docfind.ch/RSAReport2024.pdf>

Korrespondenz Adresse:

Dr. med. Michel Romanens

Spitalstrasse 9

4600 Olten

michel.romanens@hin.ch

Webseiten:

<https://physicianprofiling.ch>

<https://igprof.ch>

<https://wirtschaftlichkeitspruefung.ch>

<https://vems.ch>

Zusammenfassung

Der im Auftrag der Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen erstellte Report über den Gebrauch und die Wirkung des Risikostrukturausgleich in der Schweiz lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Die Variablen zur Berechnung von Zu- und Abschlägen im Risikostrukturausgleich basieren auf Risikokategorien, welche erwartete Kosten modellieren sollen. Dazu gehören aggregierte geschlechts-spezifische Altersgruppen, Hospitalisationen im Vorjahr und pharmazeutische Kostengruppen.

Verwendet wird diese Art des Risikostrukturausgleichs a) bei den Krankenversicherern, um die Folgen hoher Kosten abzumildern und damit einen Prämienausgleich zu schaffen, um die Zahl an teuren Kassenwechseln zu reduzieren und b) als Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Arztpraxen, implementiert im sogenannten Regressionsindex.

Die Wirkung des PCG basierten Risikostrukturausgleichs a) zur Senkung der Zahl an Kassenwechseln ist nicht belegbar, die Zahl der Kassenwechsel ist geradezu explodiert und kostet die Prämienzahler aktuell eine halbe Milliarde Franken pro Jahr; b) die Wirkung des Risikostrukturausgleichs bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist dermassen unsicher, dass das Bundesgericht in einem wegweisenden Urteil (BGE 9C-135/2022) die Beweiskraft des Regressionsindex vollkommen verneint hat.

Ein Vergleich des Erklärungsgehalts für erwartete und beobachtete medizinische Versorgungskosten im Bereich Medikamente zeigt, dass die PCG kaum mehr als rund 10% Erklärungsgehalt aufweisen, während Hinweise bestehen, dass die Summe der verordneten Medikamente rund 70% Erklärungsgehalt aufweisen.

Es ist deshalb zu überlegen, den Risikostrukturausgleich wie in den Jahren 2017-2019 auf die Gesamtheit der Medikamente zu beschränken und die teuren, teils nicht nachvollziehbaren und fehleranfälligen PCG ganz wegzulassen. Noch kosteneffektiver wären kantonale Einheitskassen, welche den zunehmend häufigen Kassenwechsel und den assoziierten 500 Mio. Franken an Unkosten obsolet machen würde.

Bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen wurde vom VEMS bereits 2019 in der Schweizerischen Aerztezeitung der sogenannte Morbiditäts-basierte Index beschrieben¹. Die Verwendung von PCG für Wirtschaftlichkeitsprüfungen muss als Fehlentwicklung beurteilt werden. Dies wurde in einem wegweisenden Entscheid des Bundesgerichts ebenfalls zweifelsfrei erkannt und jeglicher Beweisgehalt des Regressionsindex in Wirtschaftlichkeitsprüfungen abgesprochen.

Trotz vielversprechender Ansätze im Rahmen der PCG-Methode zeigt sich in der empirischen Prüfung, dass die Wirkung von PCG basierten Risikostrukturausgleichen für Krankenversicherer und Arztpraxis teils nicht erwartete, nicht erkennbare oder fehlerhafte Effekte haben, mit unabsehbaren Folgen für die Versorgungssicherheit und Rechtsgleichheit im Schweizerischen Gesundheitswesen.

Der PCG-basierte Risikostrukturausgleich hat versagt. Bei den Krankenversicherern bietet sich die kantonale Einheitskasse an, bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist ein vollständiger Reset der Methode unausweichlich.

Hintergrund

Seit ca 2008 bestehen Anstrengungen, die Jagd der Krankenversicherer nach Versicherten mit niedrigen Jahreskosten zu reduzieren. Um einen Ausgleich für hohe Kostenrisiken zu schaffen, wurde der sogenannte Risikostrukturausgleich (RSA) erfunden. Anhand bestimmter Versichertenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Hospitalisation im Vorjahr und pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) können erwartete Kosten modelliert und damit eine Risikoselektion durchgeführt werden.

Werden nun Versicherte mit hohen Kosten identifiziert, besteht nun dank dem neuen Risikostrukturausgleich die Möglichkeit, dass die Krankenversicherer für diese hochpreisigen Versicherten Zuschläge erhalten, während Krankenversicherer mit Versicherten mit weniger hohen Kosten Abzüge in Kauf nehmen müssen. Dies ist im Wesentlichen der Umverteilungs-Mechanismus des Risikostrukturausgleichs.

¹ <https://saez.swisshealthweb.ch/de/article/doi/saez.2019.18077/>

Da jeder Kassenwechsel mit hohen Kosten verbunden ist², welche die Krankenversicherer bezahlen müssen³, soll der Risikostrukturausgleich eine Wirkung erzielen, indem die Häufigkeit der Kassenwechsel abnimmt. Die mit dem Kassenwechsel verbundenen Kosten betragen für die Krankenversicherer rund 300-500 Franken, wobei noch zu eruieren wäre, ob zusätzliche Kosten durch Kickback-Zahlungen an Versicherungsbroker anfallen.

Die Jagd nach günstigen Risiken in der Krankenversicherung kann also teuer sein und hohe Beträge, welche der ordentlichen Krankenpflege OKP zur Verfügung stehen müssten, abgezweigt werden, mit entsprechendem Ansteigen der Versicherungsprämien. Der Bundesrat hat dieses Problem erkannt und mit der Verordnung zum Risikoausgleich (VORA) eine Grundlage geschaffen, um die hohen Kosten, welche mit dem Kassenwechsel verbunden sind, zu unterbinden⁴.

Paradoxerweise haben jedoch trotz der Verordnung zum Risikostrukturausgleich die Kassenwechsel entgegen den Erwartungen von 5.4% im Jahr 2018 auf 12.8% im Jahr 2023 zugenommen, womit die Kosten für den Kassenwechsel (ca 500 Fr. pro Kassenwechsel⁵) von 224 Millionen auf 550 Millionen Franken angewachsen sind (Details weiter unten).

Die behauptete Wirkung des Risikostrukturausgleichs auf die Abnahme der Zahl an Kassenwechsel ist also nicht eingetreten, ganz im Gegenteil. Daraus ergibt sich die Frage, ob andere Faktoren die Wirkung des Risikostrukturausgleichs quasi überrollt haben (Anstieg der Prämienlast von Haushalten) oder ob der Risikostrukturausgleich einfach nur eine teure Massnahme ohne Effekt oder gar gegenteiligen Effekt auf die Zahl der Kassenwechsel ist⁶.

² Man spricht von einer Milliarde Franken pro Jahr: <https://www.20min.ch/story/kranken-kassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

³ Inwiefern diese Kosten über die Grundversicherung OKP abgerechnet werden, ist dem VEMS bisher verborgen geblieben.

⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>

⁵ <https://www.20min.ch/story/kranken-kassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

⁶ Der Bund ist natürlich dieser Frage auch nachgegangen und hat dazu einen Bericht produzieren lassen (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/2024-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-schlussbericht.pdf.download.pdf/2024-schlussbericht-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-d.pdf>). Gemäss diesem Bericht können bestimmte Variablen, welche in der Formel für die Berechnung des Risikostrukturausgleichs gewählt wurden, eine Risikoselektion fördern: «Im Vergleich zum Risikoausgleich ohne PCG gestaltet sich die Ansteuerung von attraktiven bzw. unattraktiven Risiken mit dem aktuellen Risikoausgleich schwieriger. Die PCG können jedoch neue Möglichkeiten zur Risikoselektion eröffnen: 1) Wenn die Zuschläge zu hoch sind, 2) die Kosten innerhalb einer PCG stark variieren oder, 3) die PCG eine hohe Prävalenz aufweisen. Die Wirkungsanalyse empfiehlt unter anderem eine Verfeinerung der PCG zur besseren Identifikation von Versicherten mit hohen und tiefen Kosten innerhalb einer PCG, eine Verbesserung des Indikators zum stationären Aufenthalt, einen regelmässigen Austausch zwischen den Stakeholdern und ein fortlaufendes Monitoring der Unsicherheit im Risikoausgleich. »

Wie wird der Risikostrukturausgleich berechnet?

Es geht beim Risikostrukturausgleich darum, herauszufinden, welche Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer hohe medizinische Kosten verursachen. Diese belasten die Krankenversicherer übermässig und stellen damit ein Geschäftsrisiko dar.

Der Risikostrukturausgleich wird seit 2012 durchgeführt. Bis 2016 wurden die Variablen Alter, Geschlecht und Spitalaufenthalt im Vorjahr verwendet. Von 2017-2019 wurden Medikamentenkosten > 5'000 Fr. pro Jahr ebenfalls einbezogen. Ab 2020 wurden die Medikamentenkosten durch pharmazeutische Kostengruppen ersetzt. Pro Kanton werden damit 60 Risikogruppen erstellt, für die Schweiz gibt es 1'560 Risikogruppen.

Die PCG umfassten 24 Gruppen: Asthma Hormonsensitive Tumore COPD / schweres Asthma Krebs Zystische Fibrose / Pankreasenzyme Nierenerkrankungen Hoher Cholesterinspiegel Erkrankung Gehirn / Rückenmark Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Neuropathischer Schmerz Depression Parkinson Diabetes Typ I Psychose, Alzheimer und Sucht Diabetes Typ II ohne Bluthochdruck Rheuma Epilepsie Erkrankung der Schilddrüse Glaukom Transplantationen Herzerkrankungen Diabetes Typ II mit Bluthochdruck HIV / AIDS ADHS. Aktuell umfasst die PCG 34 Gruppen (siehe Tabelle 1 weiter unten).

Erhält ein Erkrankter ein bestimmtes PCG Medikament in einer Mindestdosierung (DDD, Tagesdosen), wird die PCG wirksam: für die Zuteilung sind 180 DDD ("defined daily dose") erforderlich. Ferner existiert eine Hierarchisierungsregel, wonach gewisse PCG Kombinationen in eine einzige PCG Klasse einfließen.

Abgabe- und Beitragssätze pro Risikogruppe werden mit dem Durchschnittskostenvergleich berechnet. Die Höhe der Zuschläge pro PCG wird mit einer Regressionsberechnung durchgeführt, das Resultat dazu ist in Tabelle 1 sichtbar. Die Regressionsberechnung ergibt z.B. Zuschläge für PCG1 von 20'000 Fr., für PCG2 von 10'000 Fr. und für PCG 3 von 5'000 Fr. Die Zahl Erkrankter mit diesen PCG wird mit diesen Kosten multipliziert und durch die Anzahl Versicherte eines Krankenversicherers geteilt und von den Durchschnittskosten der Gesamtgruppe der Krankenversicherer abgezogen.

Tabelle 1: PCG Statistik 2022⁷

PCG (Arzneimitteldaten Eingruppierung: 2021)	Zuschlag pro Monat CHF	Monate 2022	Kosten 2022 CHF	Kostenbeteiligung 2022 CHF
(DM2+hyp)	281.55	1 615 868.97	1 677 621 016.29	135 153 908.55
ABH	555.22	63 349.41	92 137 221.12	6 046 019.75
ADH	293.11	235 612.41	184 646 102.22	18 575 956.39
AIK	1 580.70	465 238.91	948 284 010.48	43 739 498.67
ALZ	580.25	145 103.59	289 735 657.21	14 449 551.91
AST	235.85	896 786.96	812 138 804.06	71 407 576.68
BSR	221.23	97 351.25	113 737 554.38	8 730 634.21
CAR	442.20	534 753.81	850 943 769.03	51 750 037.50
COP	602.18	708 411.24	1 136 995 751.15	66 181 911.31
DEP	370.16	4 357 347.78	5 030 622 572.19	373 529 244.96
DM1	713.52	771 869.69	1 199 588 217.10	69 434 954.08
DM2	237.42	814 504.28	719 168 219.47	65 783 520.62
EPI	488.29	602 088.87	830 187 082.05	52 461 705.90
GLA	100.25	1 448 066.30	1 422 590 101.81	121 469 747.38
HCH	104.51	6 116 073.85	5 148 931 830.47	484 722 242.75
HIV	1 415.98	170 723.75	313 454 011.06	16 086 012.50
KHO	387.65	367 374.70	410 470 788.96	32 598 363.72
KRE	852.79	7 764.41	11 669 342.87	693 681.24
KRK	3 445.14	441 603.46	1 911 485 613.36	51 804 948.39
MCR	345.59	134 738.89	124 930 622.33	11 023 303.92
MSK	1 836.49	150 262.04	320 424 165.15	13 698 801.74
NIE	5 663.49	55 692.31	392 705 339.49	6 640 518.29
PAH	4 330.07	11 520.62	64 218 755.71	1 231 936.51
PAR	892.85	193 705.31	403 034 714.49	19 873 271.33
PSO	245.85	89 577.60	82 657 540.10	7 253 338.58
PSY	621.39	558 715.30	836 774 400.41	51 873 060.15
RHE	340.20	229 432.22	246 594 089.19	19 610 660.13
SMC	269.66	1 127 791.95	1 244 649 682.57	93 883 958.22
SMN	699.23	255 167.67	491 376 094.52	24 614 213.26
THY	116.09	1 763 130.01	1 472 868 544.28	134 235 033.74
TRA	1 570.31	88 667.51	241 524 154.54	8 855 365.79
WAS	1 087.92	1 832.27	2 923 699.26	156 510.58
ZFP	1 876.91	54 431.18	191 983 865.44	5 514 910.30
ZNS	1 214.74	102 970.96	241 169 273.40	9 974 989.60

Aufgrund der Angaben in der Tabelle 1 ist ersichtlich, welche Krankheiten besonders teuer sind (hoher Zuschlag pro Monat): Spitzenreiter sind Nierenerkrankungen inkl. Dialyse (PCG: NIE), gefolgt von pulmonaler Hypertonie (meist bei schwerer Lungenkrankheit, PCG: PAH) oder komplexe Krebserkrankung (PCG: KRK).

⁷ <https://www.kvg.org/wp-content/uploads/statistik-ra-2022-1.xlsx>

Die Art der Implementierung der PCG in die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse bleibt trotz aller Recherchen unklar. Santésuisse weist aggregierte Daten teils sogar auf Praxisebene für bestimmte Facharztgruppen aus und kommuniziert in Excel Tabellen die DDD pro Patient. Daraus lässt sich leider nicht berechnen, wie häufig eine PCG Kostengutsprache gemäss Tabelle 1 tatsächlich erfolgt. Setzt man die DDD pro Patient um in Anzahl DDD der Praxis / Vergleichsgruppe und erstellt einen Quotienten aus DDD dividiert durch 180 (das ist die DDD-Schwelle, ab welcher eine PCG verrechnet wird), kann jedoch wohl eine Annäherung an die Methode von santésuisse modelliert werden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Modell-Versuch für die Berechnung der Kostengutsprache pro DDD anhand eines konkreten Falles der Facharztgruppe 53 (praktischer Arzt):

Frs / PC	PCG Designation Medel	Groupe c	idere	DDD Arz	DDD Group	PCG Az	PCG Gr	PCG	Az Frs	Gr Frs
555	1 ABH Addiction sans nicotine 0,0 0,2 oui			0	239.8	0.0	0.2	1	0	740
293	2 ADH TDAH 0,0 0,4 oui			0	479.6	0.0	0.4	1	0	781
580	4 ALZ Alzheimer 0,0 0,4 oui			0	479.6	0.0	0.4	1	0	1546
236	5 AST Asthme 3, 1 5,2 oui			1714.3	6234.8	3.1	5.2	1	2246	8169
442	7 CAR Maladies cardiaques 0,0 1,9 oui			0	2278.1	0.0	1.9	1	0	5597
602	8 COP BPCO / asthme aigu 0,0 2,2 oui			0	2637.8	0.0	2.2	1	0	8825
370	9 DEP Depression 1,8 12,9 oui			995.4	15467.1	1.8	12.9	1	2047	31807
714	10 DM1 Diabete de ty12e 1 0, 1 2,4 oui			55.3	2877.6	0.1	2.4	1	219	11407
237	11 DM2 Diabete de ty12e 2 2,7 14,4 oui			1493.1	17265.6	2.7	14.4	1	1969	22773
488	12 EPI Epilepsie 2,3 1,6 oui			1271.9	1918.4	2.3	1.6	1	3450	5204
100	13 GLA Glaucome 1,9 0,7 oui			1050.7	839.3	1.9	0.7	1	585	467
105	14 HCH Cholesterol eleve 2,0 34,1 oui			1106	40885.9	2.0	34.1	1	642	23739
282	16 HYP Hypertension 10,2 73,7 oui			5640.6	88366.3	10.2	73.7	1	8823	138220
388	17 KHO Tumeurs hormono-dependantes 0,0 0,3 oui			0	359.7	0.0	0.3	1	0	775
346	20 MCR Maladie de Crohn l colite ulcereuse 0,3 0,4 c			165.9	479.6	0.3	0.4	1	319	921
893	24 PAR Maladie de Parkinson 2,9 0,7 oui			1603.7	839.3	2.9	0.7	1	7955	4163
246	25 PSO Psoriasis 0,2 0,3 oui			110.6	359.7	0.2	0.3	1	151	491
621	26 PSY Psychose 0,2 1,5 oui			110.6	1798.5	0.2	1.5	1	382	6209
340	27 RHE Rhumatisme 0,0 0,4 oui			0	479.6	0.0	0.4	1	0	906
270	28 SMC Douleurs chroniques (hors OQio'fdes) 5,5 9,2			3041.5	11030.8	5.5	9.2	1	4557	16526
699	29 SMN Douleur neuropathique 0,4 1,0 oui			221.2	1199	0.4	1.0	1	859	4658
116	30 THY Maladie thyroïdienne 7,9 6,0 oui			4368.7	7194	7.9	6.0	1	2818	4640
1215	34 ZNS sclerose en plaques 0,5 1,0 oui			276.5	1199	0.5	1.0	1	1866	8092
									38888	306654
									70.3	255.8
									1 187	955
									124	
									106	
									175	
									1 117	699
									160	

In dieser Tabelle sehen wir eine Ärztin der Facharztgruppe 53. Sie hat im Jahr 2020 553 Patientinnen und Patienten behandelt, die Vergleichsgruppe 1199 Patientinnen und Patienten. Die gemäss Algorithmen von santésuisse bewilligten PCG in der Tabelle 2 werden nun folgendermassen geschätzt: PCG pro Patientinnen und Patienten multipliziert mit den ausgewiesenen DDD ergibt die Gesamtzahl der DDD. Diese Gesamtzahl wird durch 180 dividiert, dies ergibt die Anzahl der PCG. Die Anzahl der PCG wird mit der Kostengutsprache (gemäss Tabelle 1) multipliziert und alle Kostengutsprachen addiert. In diesem Beispiel bestand ein RSS Index für die Gesamtkosten von 124%, durch die PCG Manipulation werden der Praxis 70.30 Franken pro Patient zugesprochen, der

Vergleichsgruppe aber 255.80 Fr. Dies führt dazu, dass der neue Index statt 124% nun neu 160% beträgt. Unsere Annäherungsberechnung erscheint somit plausibel. Der von santésuisse ausgewiesene Regressionsindex beträgt jedoch 175%, ist also 15% höher als der PCG Kostengutsprache Mechanismus erwarten lässt. Dies hat mit den weiteren Variablen im Risikostrukturausgleich zu tun, wie Hospitalisationen im Vorjahr usw.

Ist der PCG basierte Risikostrukturausgleich besser als die gesamten Medikamentenkosten?⁸

Von 2017-2019 wurden Medikamentenkosten > 5'000 Fr. pro Jahr in den Risikostrukturausgleich einbezogen. Dies ist sehr sinnvoll, da hohe Medikamentenkosten mit einer hohen Morbidität verknüpft sind. Ab dem Jahr 2000 gelten nur noch die PCG anstelle der gesamten Medikamentenkosten von > 5'000 Fr. pro Patientinnen und Patienten.

Gemäss Polynomics Bericht WZW Verfahren⁹ erklären die PCG die Kosten auf der Arzzebene in der Regressions-Analyse individueller Datensätze (Tabelle 31 in diesem Polynomics Bericht) zwischen 0% bis 13% der Kosten (R^2 Analyse). Bereits in der Publikation zum Ärzte-Index der CSS¹⁰ Krankenversicherung wurde im Jahr 2008 bekannt, dass die gesamten Medikamentenkosten im Vorjahr in der allgemeinen inneren Medizin 76% der Kosten oder in der Pädiatrie 64% der Kosten erklären (siehe Tabellen 3 und 4 in der Publikation, basierend auf nicht aggregierten Individualdaten).

Dies bedeutet, dass der Erklärungsgehalt der medizinischen Versorgungskosten für PCG deutlich niedriger ist als für die Gesamtheit der Medikamente, nämlich rund 10% statt 70%. Da gemäss Prof. Ueli Kieser (Rechtswissenschaftler) Medikamente, welche von SwissMedic genehmigt wurden, immer wirtschaftlich sind¹¹ und zudem die PCG Berechnungen mit hohen Kosten verbunden sind, **wäre es sicher kosteneffizienter, sicherer und transparenter, anstelle von PCG die Gesamtkosten der Medikamente für den Risikostrukturausgleich zu verwenden.**

⁸ Dieses Kapitel enthält in grossen Anteilen eine Abschrift aus <https://docfind.ch/VEMSKompodiumWZW2024.pdf>

⁹ <https://www.fmh.ch/files/pdf7/schlussbericht-wirtschaftlichkeitspruefungen-polynomics-ag.d.pdf>

¹⁰ <https://docfind.ch/CSSAerzteIndex.pdf>

¹¹ <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

Es muss an dieser Stelle auch ein weiterer zentraler Umstand erwähnt werden. Die mit Medikamenten behandelten Krankheiten werden mit PCG nur zu rund 30% erfasst, 70% der Medikamente mit Jahreskosten von rund 6 Milliarden Franken werden von den PCG gar nicht erfasst (Tabelle 6 im VEMS Bericht)¹².

Der Risikostrukturausgleich schafft somit für die Krankenversicherer einen Unsicherheitsfaktor anstelle der korrekten Abbildung der erwarteten Kosten und damit für die Nettozahler in den Risikostrukturausgleich Gegenstand möglicher Klagen.

Auch im Jahr 2023 umfassen die PCG nur 34 Kostengruppen, was mit einer korrekten Morbiditätsabbildung medizinischer Tätigkeit nicht vereinbar ist. Bereits 2017 hat ein ausführliches deutsches Gutachten, erstellt durch einen wissenschaftliche Beirat in Deutschland ergeben, dass bei einer Begrenzung auf 50 oder eine noch weitere Reduktion auf nur 30 Erkrankungen die Ziele des RSA nicht mehr angemessen erreicht werden können: «Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt daher zukünftig die Einschränkung der berücksichtigten Erkrankungen aufzuheben und das Klassifikationsmodell als Vollmodell weiterzuentwickeln. Hierzu sind weiterführende Arbeiten erforderlich, die im Rahmen der kontinuierlichen Pflege des RSA-Modelles geleistet werden können»¹³. In der Literatur ist entsprechend die Aussagekraft von PCG-Variablen zur prospektiven oder retrospektiven Berechnung von tatsächlich erfolgten medizinischen Versorgungskosten nicht höher als 17%¹⁴.

In den Wirtschaftlichkeitsprüfungen von santésuisse existiert – neben zahlreichen weiteren – folgender besonders schwerwiegende Zuordnungsfehler: medizinisch indizierte und von SwissMedic bewilligte Medikamente, welche jedoch nicht in der PCG-Liste des Bundes erscheinen¹⁵ werden der Arztpraxis als unwirtschaftlich im Regressions-Index von santésuisse angerechnet, womit der Regressionsindex ansteigt und die Rückforderungssumme erhöht wird.

Die Frage ist nun, in welchem Umfang Medikamente, welche in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht zugelassen sind, aber wirtschaftlich sind, weil sie von SwissMedic zugelassen wurden (Kieser 2018¹⁶), existieren, um welche Medikamente es sich handelt und wie hoch der jährliche Umsatz dieser

¹² <https://docfind.ch/VEMSKompendiumWZW2024.pdf>

¹³ https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf

¹⁴ <https://www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

¹⁵ [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/pcg-liste-xx-februar-2023.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-17-februar-2023-stand-sl-dezember-22%20\(D\).xlsx](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/pcg-liste-xx-februar-2023.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-17-februar-2023-stand-sl-dezember-22%20(D).xlsx)

¹⁶ <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

Medikamente am Gesamtvolumen der Medikamentenkosten in der obligatorischen Krankenpflege (OKP) geschätzt werden kann.

Zu diesem Zweck haben wir die Spezialitätenliste der Medikamente mit der PCG Liste der Medikamente Global Trade Item Number (GTIN, Identifikationsnummer nach GS1-System, ehemals EAN-System) für das Jahr 2023 verglichen¹⁷. Es handelt sich um insgesamt 3'267 Unique Brands. Der Publikumspreis für sämtliche dieser nicht PCG-gelisteten Medikamente addiert beträgt 5.64 Millionen Franken pro Packung. Die auf der PCG Liste des Bundes aufgeführten Unique Brands haben gemäss dieser Berechnungsmethode einen geschätzten addierten Publikumspreis von lediglich 3.77 Millionen Franken (33.2%) am gesamten Volumen sämtlicher Medikamente der Spezialitätenliste. Das Gesamtvolumen der Medikamente betrug 7.675 Milliarden Franken im Jahr 2020. Hochgerechnet auf das Gesamtvolumen der Jahres-Medikamentenkosten dürfte es sich somit (bei einem Umsatzanteil von 66.8%) um 5.127 Milliarden Franken handeln. Dies bedeutet, dass die meisten Medikamente (66.8%), welche in der Schweiz auf OKP-Ebene ärztlich verordnet werden, nicht auf der PCG Liste des Bundes erscheinen. Die Medikamentenkosten von Ärztinnen und Ärzte, welche zufällig solche nicht PCG gelisteten Medikamente verschreiben, werden von santésuisse nicht im Regressionsindex berücksichtigt, womit der Unwirtschaftlichkeitsgrad der Arztpraxis sich automatisch und ohne Zutun der Ärztinnen und Ärzte erhöht, ein Artefakt der Methode.

In der folgenden Tabelle ist der Jahresumsatz von Medikamenten für das Jahr 2020 aufgelistet und referenziert. Es handelt sich um Medikamente, welche die Thromboserisiken senken, also orale Antikoagulantien und Thrombozyten-Aggregationshemmer. Der Umsatz dieser in der Spezialitätenliste des BAG aufgeführten und damit durch die Krankenversicherer erstattungspflichtigen Medikamente betrug im Jahr 2020 249 Millionen und 71 Millionen, also 320 Millionen Franken. In den Wirtschaftlichkeitsverfahren werden diese Kosten den gesunden Personen zugeordnet, da sie nicht als Krankheitsvariable im Regressions-Index erscheinen. Vor allem internistische und kardiologische Arztpraxen werden bei der Verschreibung solcher Medikamente benachteiligt gegenüber Arztpraxen, welche solche Medikamente nicht oder in niedrigerem Umfang verschreiben.

Medikamente sind nur gering manipulationsanfällig – im Gegensatz zu Diagnosen – wie die Gesundheitsökonomie seit über 20 Jahren weiss (Konstantin Beck, Robert Leu und andere). Entsprechend ist es nicht begründbar, im früheren ANOVA Index Medikamentenkosten über der Toleranzmarge vollumfänglich zurückzufordern. Dass dies trotzdem regelmässig praktiziert wurde, zeigt die Problematik der weitgehend ungenügenden Beurteilung der santésuisse Beweismittel, eine

¹⁷ Die Berechnungen sind hier abrufbar: https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023_PCG.xlsx

Verletzung der richterlichen Untersuchungspflicht trotz häufig gestellten Beweisanträgen.

Die Verwendung von PCG zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit schaffen seit der Verwendung 2017-2023 eine zusätzliche Rechtsungleichheit, welche massiv sein dürfte, da 67% der in der Spezialitätenliste aufgeführten Medikamente in der PCG Liste des Bundes fehlen. Damit offenbart sich ein Konstruktionsfehler des Regressionsindexes, welcher aufgrund des hier aufgedeckten Zuordnungsfehlers willkürlich ist. Hier liegt eine Verletzung der Rechtsgleichheit vor. Da die Ärztinnen und Ärzte von dieser Regel nichts wissen, diese aber seit 2017 regelmässig zu überhöhten Indexwerten geführt haben - unterschiedlichen Ausmasses, je nach Praxis – erfolgt dieser Zuordnungsfehler vermutlich arglistig, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass santésuisse über solche zentrale Mängel keine Kenntnis hatte und hat und santésuisse davon ausgehen mag, dass Gerichte und Arztpraxen diese Zuordnungsfehler ohnehin nicht zu entdecken vermögen. Der Grund für den tiefen Abdeckungsgrad der Spezialitätenliste in der PCG-Liste ist unklar und muss durch die Behörden offen gelegt werden. Denkbar ist, dass gewisse Krankenkassen erfolgreich eine Vollabdeckung verhindert haben, um den Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen zu schwächen und damit die «Jagd» nach kostengünstigen Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Wettbewerbs untereinander aufrecht zu erhalten. **Offenbar hat das Bundesgericht die offensichtlichen Mängel der PCG als Wirtschaftlichkeitsmodell erkannt und in einem wegweisenden Urteil den PCG jegliche Beweiskraft für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit abgesprochen**¹⁸. Wenn allerdings die PCG Methode derartige Mängel aufweist, um die Kostenrisiken tatsächlich korrekt zu berechnen, stellt sich umgekehrt die Frage, ob der Geldfluss im Rahmen des jährlichen Risikostrukturausgleichs rechtlich überhaupt zulässig ist.

Tabelle 3: Medikamente, welche nicht auf der PCG Liste des Bundes aufgeführt sind (Stand 02/2023): orale Antikoagulantien und Antithrombotika, mit Kosten (gesamt, prozentual) für das Jahr 2020 und Kostenvergleich mit Antidepressiva und Statinen, welche auf der PCG Liste aufgeführt sind (Gesamtkosten Medikamente 2020: 7,56 Mia Fr.).

Name der nicht in der PCG-Liste des Bundes aufgeführten Medikamente (Auswahl) ¹⁹	Anteil Gesamtmedikamente in Prozent	Gesamtkosten in Mio. Fr
Rivaroxaban	1,9	147,4
Apixaban		
Edoxaban		

¹⁸ https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F12-12-2023-9C_135-2022&lang=de&zoom=YES&type=show_document&

¹⁹ https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_030

NOAK's	2,8	214,9
Alle Antikoagulantien	3,2	248,8
Eylea (Augenheilmittel)	1,8	139,6
Thrombozytenaggregationshemmer ²⁰	0,9	71
Aspirin, Plavix, Efigent, Integrelin usw.		
Alle (NOAK+Eylea+Tc-Aggr.-Hemmer)	5,9	459,4
Zum Vergleich (in PCG Liste aufgeführt)		
Antidepressiva	2,6	198,4
Statine	2,5	192,8

Risikostrukturausgleich und Kassenwechsel 2018-2023

Wenn der Risikostrukturausgleich funktioniert, muss die Zahl der jährlichen Kassenwechsel sinken, weil die Prämien pro Krankenversicherer sich angleichen müssen und demnach der Anreiz zum Kassenwechsel sinken muss. Die Funktionsweise des RSA kann im Detail nachgelesen werden²¹ und wurde bereits weiter oben beschrieben.

Die Arbeitshypothese lautet, dass der RSA nicht funktioniert, weil das System des RSA die Prämienungleichheit ungenügend beeinflusst, die Morbidität der Erkrankten (und den daraus folgenden Behandlungskosten) ungenügend oder sogar falsch berechnet werden und damit der Anreiz für den Kassenwechsel persistiert.

Wir gehen davon aus, dass der RSA sogar zu einem paradox hohen Anstieg der Kassenwechsel Zahlen führt, weil, wie oben dargelegt, die Morbiditätslast mit PCG im Vergleich zu den gesamten Medikamentenkosten des Vorjahres nur in einem geringen Ausmass miterfasst wird (R2 und 10% statt rund 70%). Die Einführung des PCG RSA erfolgte 2020. Demnach muss die Wirkung des RSA in einer Senkung der Kassenwechsel pro Bewohnerin und Bewohner in der Schweiz sinken, wenn er effektiv ist.

Methodisch wird nun die Zahl der Kassenwechsel 2018-2023 in Prozent der Bevölkerung angeschaut und der Unterschied der prozentualen Kassenwechsel vor und seit 2020. Die Zahl der Wohnbevölkerung 2010-2022 wurde vom Bundesamt für Statistik publiziert²². Der Analysebericht des

²⁰https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=B01AC#:~:text=B01AC%20Platelet%20aggregation%20inhibitors%20excl,are%20classified%20in%20this%20group

²¹ <https://www.kvg.org/versicherer/risikoausgleich/risikoausgleich-pcg/>

²² <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/27965833/master>

BAG zum Effekt der PCG Einführung ist hier abrufbar²³. Dieser Analysebericht rapportiert die Zahlen für die Zahl der Kassenwechsel gemäss Tabelle 13 im Bericht.

Tabelle 4: total der Wechsler 2017-2021

Tabelle 13: Anzahl Wechsler pro Gruppe, Netto-Zahler (Z), Netto-Empfänger (E), Neutral (N)

Jahr	E → Z	Z → E	E → N	Z → N	N → E	N → Z	Z → Z	E → E	N → N	Total Wechsler
2017 →	64 245	63 677	24 150	38 846	32 398	54 653	115 678	33 726	20 775	448 148
2018	(14,34%)	(14,21%)	(5,39%)	(8,67%)	(7,23%)	(12,2%)	(25,81%)	(7,53%)	(4,64%)	
2018 →	51 793	62 254	19 445	24 425	39 402	47 141	65 575	38 243	15 036	363 314
2019	(14,26%)	(17,14%)	(5,35%)	(6,72%)	(10,85%)	(12,98%)	(18,05%)	(10,53%)	(4,14%)	
2019 →	50 646	86 926	16 764	24 944	43 551	34 466	60 504	48 476	12 202	378 479
2020	(13,38%)	(22,97%)	(4,43%)	(6,59%)	(11,51%)	(9,11%)	(15,99%)	(12,81%)	(3,22%)	
2020 →	80 863	79 520	14 944	16 244	26 734	31 402	80 534	56 441	4 242	390 924
2021	(20,69%)	(20,34%)	(3,82%)	(4,16%)	(6,84%)	(8,03%)	(20,6%)	(14,44%)	(1,09%)	

Accenture.com berichtet, dass per 01.01.2023 12.8% der Versicherten die Kasse wechselten, der höchste Betrag seit 2010²⁴. Trotz dem RSA beobachten wir eine Explosion der Kassenwechsel bis zu 23% der Versicherten²⁵. Die Kosten dieser zahlreichen Kassenwechsel sind schwer zu eruieren, die ZHAW hat dazu im Jahr 2012 folgende Angaben gemacht²⁶: bei einer Wechselquote von 6.5% resultieren Kassenwechsel Kosten von 547'642 Franken. Allerdings kostet realistischere ein Kassenwechsel den Krankenversicherer 300-500 Franken²⁷.

Der Jahresbericht Risikoausgleich 2023 weist die Kosten für den RSA nicht aus²⁸. Der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern ist ein zentrales Element, um die Solidarität zwischen den Versicherten zu stärken und die Risikoselektion durch die Krankenversicherer einzudämmen. Das Gesamtumverteilungsvolumen des Risikoausgleichs hat sich im Jahr 2022 um rund 9.0% auf CHF 1'919.7 Mio. verringert. Die Kosten für die Erstellung des Risikoausgleichs werden leider nicht separat ausgewiesen, es handelt sich wohl um mehrere Millionen Franken pro Jahr inkl. Revisionsberichte, Fond Risikoausgleich, Abgrenzung pendente Rechnungen und Personal- sowie Softwareaufwand. Aufgrund dieser Recherchen lassen sich die Kosten für den jährlichen Kassenwechsel gemäss Tabelle 5 beziffern:

Tabelle 5: Anzahl Kassenwechsel für die Jahre 2018-2023.

Jahr	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Wechsler in Mio	0.45	0.36	0.38	0.39	0.69	1.10
Kosten in Mio	224	182	189	195	346	550

²³ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/2024-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-schlussbericht.pdf.download.pdf/2024-schlussbericht-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-d.pdf>

²⁴ <https://www.accenture.com/content/dam/accenture/final/markets/europe/document/Accenture-Krankenversicherung-Schweiz-Teil-1-Factbook-2023.pdf#zoom=40>

²⁵ <https://www.watson.ch/schweiz/krankenkasse/886061433-krankenkassenwechsel-verprassen-die-versicherer-damit-geld>

²⁶ https://www.zhaw.ch/storage/sml/institute-zentren/wig/upload/Bericht_SWK_Einheitskasse_WIG_V3.0_2013_07_04_finale_Version.pdf

²⁷ <https://www.20min.ch/story/krankenkassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

²⁸ <https://www.kvg.org/wp-content/uploads/jahresbericht-2023-risikoausgleich.pdf>

Rapport de l'AEMS sur la compensation de la structure des risques

Auteurs :

Dr. med. Michel Romanens (responsable, avec signature)

Dr. Walter Warmuth (responsable, avec signature)

Flavian Kurth, secrétaire de l'AEMS / Fondation FAIRFOND

Le texte le plus récent est publié ici :

allemand, suivi de la traduction française :

<https://docfind.ch/RSAReport2024.pdf>

La version française est présentée à la fin. En cas d'ambiguïté, la version allemande fait foi.

Droits d'auteur :

L'intégralité du texte ne peut être citée qu'avec l'indication de la source.

Proposition de citation de la source version allemande :

Rapport de l'AEMS sur la compensation de la structure des risques. Romanens, M, Warmuth W, Kurth F. <https://docfind.ch/RSAReport2024.pdf>

Adresse de correspondance :

Dr. med. Michel Romanens

Spitalstr. 9

4600 Olten

michel.romanens@hin.ch

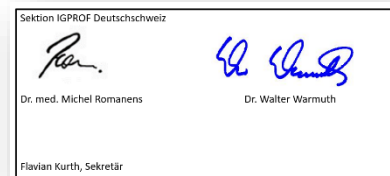
Sites web :

<https://physicianprofiling.ch>

<https://igprof.ch>

<https://wirtschaftlichkeitspruefung.ch>

<https://vems.ch>



Résumé

Le rapport sur l'utilisation et l'impact de la compensation de la structure des risques en Suisse, réalisé à la demande de la Fondation pour l'équité dans le système de santé (www.fairfond.ch), peut être résumé comme suit :

Les variables utilisées pour calculer les suppléments et les déductions dans la compensation de la structure des risques se basent sur des catégories de risques qui doivent modéliser les coûts attendus. Il s'agit notamment de groupes d'âge agrégés spécifiques au sexe, d'hospitalisations au cours de l'année précédente et de groupes de coûts pharmaceutiques.

Ce type de compensation de la structure des risques est utilisé a) par les assureurs-maladie pour atténuer les conséquences de coûts élevés et créer ainsi une compensation des primes afin de réduire le nombre de changements de caisse coûteux et b) dans le cadre du contrôle de l'économicité dans les cabinets médicaux, implémenté dans ce que l'on appelle l'indice de régression.

L'effet de la compensation des risques basée sur la PCG (pharmaceutical cost groups) a) pour réduire le nombre de changements de caisse n'est pas démontrable, le nombre de changements de caisse a carrément explosé et coûte actuellement aux payeurs de primes un demi-milliard de francs par an ; b) l'effet de la compensation des risques lors de l'examen de l'économicité est tellement incertain que le Tribunal fédéral a totalement nié la force probante de l'indice de régression dans un jugement qui fait autorité (ATF 9C-135/2022).

Une comparaison du contenu explicatif des coûts médicaux attendus et observés dans le domaine des médicaments montre que les PCG n'ont guère plus de 10% de contenu explicatif, alors qu'il existe des indications selon lesquelles la somme des médicaments prescrits a un contenu explicatif d'environ 70%.

Il faut donc envisager de limiter la compensation de la structure des risques à l'ensemble des médicaments, comme ce fut le cas pour les années 2017-2019, et de supprimer complètement les PCG coûteuses, en partie incompréhensibles et sujettes aux erreurs. Des caisses uniques cantonales seraient encore plus rentables, ce qui rendrait obsolètes les changements de caisse de plus en plus fréquents et les 500 millions de francs de frais généraux associés.

En ce qui concerne les contrôles d'économicité, l'AEMS a déjà décrit en 2019 dans le Bulletin des médecins suisses ce que l'on appelle l'indice basé sur la morbidité²⁹. L'utilisation de PCG pour les contrôles d'économicité doit être jugée comme une évolution erronée. Le Tribunal fédéral l'a également reconnu sans équivoque dans un arrêt qui fera date et a nié toute valeur probante à l'indice de régression dans les contrôles d'économicité.

Malgré des approches prometteuses dans le cadre de la méthode PCG, l'examen empirique montre que l'effet des compensations de la structure des risques basées sur la PCG pour les assureurs-maladie et les cabinets médicaux a des effets en partie non attendus, non reconnaissables ou erronés, avec des conséquences imprévisibles pour la sécurité de l'approvisionnement et l'égalité de droit dans le système de santé suisse.

La compensation des risques basée sur la PCG a échoué. Pour les assureurs-maladie, la caisse unique cantonale s'impose ; pour les contrôles d'économicité, une réinitialisation complète de la méthode est inévitable.

Contexte

Depuis 2008 environ, des efforts ont été faits pour réduire la chasse aux assurés à faibles coûts annuels par les assureurs maladie. Pour compenser les risques de coûts élevés, on a inventé la compensation de la structure des risques (« Risikostrukturausgleich » RSA). A l'aide de certaines caractéristiques des assurés telles que l'âge, le sexe, l'hospitalisation au cours de l'année précédente et les groupes de coûts pharmaceutiques (GCP), il est possible de modéliser les coûts attendus et de procéder ainsi à une sélection des risques.

Si des assurés aux coûts élevés sont identifiés, il est désormais possible, grâce à la nouvelle compensation de la structure des risques, que les assureurs-maladie reçoivent des suppléments pour ces assurés aux coûts élevés, tandis que les assureurs-maladie avec des assurés aux coûts moins élevés doivent accepter des déductions. C'est en substance le mécanisme de redistribution de la compensation de la structure des risques.

²⁹ <https://saez.swisshealthweb.ch/de/article/doi/saez.2019.18077/>

Comme chaque changement de caisse entraîne des coûts élevés³⁰, que les assureurs-maladie doivent payer³¹, la compensation de la structure des risques doit avoir un effet en réduisant la fréquence des changements de caisse. Les coûts liés au changement de caisse s'élèvent à environ 300-500 francs pour les assureurs-maladie, mais il faudrait encore déterminer s'il y a des coûts supplémentaires dus aux paiements de kickback aux courtiers en assurances.

La chasse aux risques avantageux dans l'assurance-maladie peut donc s'avérer coûteuse et des montants élevés, qui devraient être à la disposition des soins ordinaires AOS, peuvent être détournés, avec une augmentation correspondante des primes d'assurance. Le Conseil fédéral a reconnu ce problème et a créé, avec l'ordonnance sur la compensation des risques (OCoR), une base permettant d'empêcher les coûts élevés liés au changement de caisse³².

Paradoxalement, malgré l'ordonnance sur la compensation de la structure des risques, les changements de caisse ont toutefois augmenté, contre toute attente, de 5,4% en 2018 à 12,8% en 2023, ce qui a fait passer les coûts liés au changement de caisse (environ 500 francs par changement de caisse³³) de 224 millions à 550 millions de francs (détails plus bas).

L'effet prétendu de la compensation de la structure des risques sur la diminution du nombre de changements de caisse ne s'est donc pas produit, bien au contraire. D'où la question de savoir si d'autres facteurs ont pour ainsi dire pris le pas sur l'effet de la compensation de la structure des risques (augmentation de la charge des primes des ménages) ou si la compensation de la structure des risques est tout simplement une mesure coûteuse sans effet, voire avec un effet contraire sur le nombre de changements de caisse³⁴.

³⁰ On parle d'un milliard de francs par an : <https://www.20min.ch/story/krankenkassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

³¹ L'AEMS ne sait pas encore dans quelle mesure ces coûts sont pris en charge par l'assurance de base AOS.

³² <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>

³³ <https://www.20min.ch/story/krankenkassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

³⁴ La Confédération s'est naturellement penchée sur cette question et a fait produire un rapport à ce sujet (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/2024-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-schlussbericht.pdf.download.pdf/2024-schlussbericht-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-d.pdf>). Selon ce rapport, certaines variables choisies dans la formule de calcul de la compensation structurelle des risques peuvent favoriser la sélection des risques : "Par rapport à la compensation des risques sans GCP, le ciblage des risques attractifs ou non attractifs s'avère plus difficile avec la compensation des risques actuelle. Les PCG peuvent toutefois ouvrir de nouvelles possibilités de sélection des risques : 1) lorsque les suppléments sont trop élevés, 2) lorsque les coûts varient fortement au sein d'une PCG ou, 3) lorsque les PCG présentent une prévalence élevée. L'analyse d'impact recommande notamment d'affiner les PCG afin de mieux identifier les assurés dont les coûts sont élevés ou faibles au sein d'un PCG, d'améliorer l'indicateur relatif aux séjours hospitaliers, d'instaurer des échanges réguliers entre les parties prenantes et de surveiller en permanence l'incertitude liée à la compensation des risques. "

Comment la compensation de la structure des risques est-elle calculée ?

L'objectif de la compensation de la structure des risques est de déterminer quels preneurs d'assurance occasionnent des frais médicaux élevés. Ceux-ci représentent une charge excessive pour les assureurs-maladie et constituent donc un risque commercial.

La compensation de la structure des risques est appliquée depuis 2012. Jusqu'en 2016, les variables utilisées étaient l'âge, le sexe et l'hospitalisation l'année précédente. De 2017 à 2019, les coûts des médicaments > 5'000 Fr. par an ont également été inclus. A partir de 2020, les coûts des médicaments ont été remplacés par des groupes de coûts pharmaceutiques. 60 groupes de risques sont ainsi créés par canton, pour la Suisse il y a 1'560 groupes de risques.

Les PCG comprenaient 24 groupes : Asthme Tumeurs hormonales BPCO / asthme sévère Cancer Mucoviscidose / enzymes pancréatiques Maladies rénales Hypercholestérolémie Maladie du cerveau / de la moelle épinière Maladie de Crohn et colite ulcéreuse Douleur neuropathique Dépression Maladie de Parkinson Diabète de type I Psychose, maladie d'Alzheimer et addiction Diabète de type II sans hypertension Rhumatisme Epilepsie Maladie de la thyroïde Glaucome Transplantations Maladie cardiaque Diabète de type II avec hypertension VIH / SIDA TDAH. Actuellement, le PCG comprend 34 groupes (voir tableau 1 ci-dessous).

Si un malade reçoit un certain médicament PCG à une dose minimale (DDD, doses journalières), le PCG devient efficace : 180 DDD ("defined daily dose") sont nécessaires pour l'attribution. Il existe en outre une règle de hiérarchisation selon laquelle certaines combinaisons de PCG sont incluses dans une seule classe de PCG.

Les taux de prélèvement et de cotisation par groupe de risque sont calculés à l'aide de la comparaison des coûts moyens. Le montant des suppléments par GCP est calculé à l'aide d'un calcul de régression, dont le résultat est visible dans le tableau 1. Le calcul de régression donne par exemple des suppléments pour PCG1 de 20 000 francs, pour PCG2 de 10 000 francs et pour PCG3 de 5 000 francs. Le nombre de malades avec ces PCG est multiplié par ces coûts et divisé par le nombre d'assurés d'un assureur-maladie et déduit des coûts moyens du groupe global des assureurs-maladie.

Tableau 1 : Statistiques PCG 2022 ³⁵

PCG (données sur les médicaments, classification : 2021)	Supplément par mois CHF	Mois 2022	Coûts 2022 CHF	Participation aux coûts 2022 CHF
(DM2+hyp)	281.55	1 615 868.97	1 677 621 016.29	135 153 908.55
ABH	555.22	63 349.41	92 137 221.12	6 046 019.75
ADH	293.11	235 612.41	184 646 102.22	18 575 956.39
AIK	1 580.70	465 238.91	948 284 010.48	43 739 498.67
ALZ	580.25	145 103.59	289 735 657.21	14 449 551.91
AST	235.85	896 786.96	812 138 804.06	71 407 576.68
BSR	221.23	97 351.25	113 737 554.38	8 730 634.21
CAR	442.20	534 753.81	850 943 769.03	51 750 037.50
COP	602.18	708 411.24	1 136 995 751.15	66 181 911.31
DEP	370.16	4 357 347.78	5 030 622 572.19	373 529 244.96
DM1	713.52	771 869.69	1 199 588 217.10	69 434 954.08
DM2	237.42	814 504.28	719 168 219.47	65 783 520.62
EPI	488.29	602 088.87	830 187 082.05	52 461 705.90
GLA	100.25	1 448 066.30	1 422 590 101.81	121 469 747.38
HCH	104.51	6 116 073.85	5 148 931 830.47	484 722 242.75
VIH	1 415.98	170 723.75	313 454 011.06	16 086 012.50
KHO	387.65	367 374.70	410 470 788.96	32 598 363.72
KRE	852.79	7 764.41	11 669 342.87	693 681.24
KRK	3 445.14	441 603.46	1 911 485 613.36	51 804 948.39
MCR	345.59	134 738.89	124 930 622.33	11 023 303.92
MSK	1 836.49	150 262.04	320 424 165.15	13 698 801.74
JAMAIS	5 663.49	55 692.31	392 705 339.49	6 640 518.29
PAH	4 330.07	11 520.62	64 218 755.71	1 231 936.51
PAR	892.85	193 705.31	403 034 714.49	19 873 271.33
PSO	245.85	89 577.60	82 657 540.10	7 253 338.58
PSY	621.39	558 715.30	836 774 400.41	51 873 060.15
RHE	340.20	229 432.22	246 594 089.19	19 610 660.13
SMC	269.66	1 127 791.95	1 244 649 682.57	93 883 958.22
SMN	699.23	255 167.67	491 376 094.52	24 614 213.26
THY	116.09	1 763 130.01	1 472 868 544.28	134 235 033.74
TRA	1 570.31	88 667.51	241 524 154.54	8 855 365.79
QUOI	1 087.92	1 832.27	2 923 699.26	156 510.58
ZFP	1 876.91	54 431.18	191 983 865.44	5 514 910.30
SNC	1 214.74	102 970.96	241 169 273.40	9 974 989.60

Sur la base des données du tableau 1, il est possible de voir quelles maladies sont particulièrement coûteuses (supplément élevé par mois) : Les maladies rénales, y compris les dialyses, arrivent en tête

³⁵ <https://www.kvg.org/wp-content/uploads/statistik-ra-2022-1.xlsx>

(PCG : NIE), suivies de l'hypertension pulmonaire (généralement en cas de maladie pulmonaire grave, PCG : HTAP) ou d'un cancer complexe (PCG : CRC).

Malgré toutes les recherches, le mode d'implémentation des PCG dans les procédures d'économie de santé suisse reste peu clair. Santé Suisse présente des données agrégées, parfois même au niveau des cabinets médicaux pour certains groupes de spécialistes, et communique les DDD par patient dans des tableaux Excel. Il n'est malheureusement pas possible de calculer à partir de ces données la fréquence réelle des garanties de paiement PCG selon le tableau 1. Si l'on convertit les DDD par patient en nombre de DDD du cabinet / groupe de comparaison et que l'on établit un quotient de DDD divisé par 180 (c'est le seuil de DDD à partir duquel une PCG est facturée), il est toutefois possible de modéliser une approximation de la méthode de Santé Suisse (tableau 2).

Tableau 2 : Essai de modèle pour le calcul de la garantie de paiement par DDD à l'aide d'un cas concret du groupe de spécialistes 53 (médecin généraliste) :

Frs / PCG	PCG Designation Medec	Groupe de comparaison	DDD Arz	DDD Groupe	PCG Az	PCG Gr	PCG	Az Frs	Gr Frs	
555	1 ABH Addiction sans nicotine 0,0,0,2 oui		0	239.8	0.0	0.2	1	0	740	
293	2 ADH TDAH 0,0,0,4 oui		0	479.6	0.0	0.4	1	0	781	
580	4 ALZ Alzheimer 0,0,0,4 oui		0	479.6	0.0	0.4	1	0	1546	
236	5 AST Asthme 3, 1,5,2 oui		1714.3	6234.8	3.1	5.2	1	2246	8169	
442	7 CAR Maladies cardiaques 0,0,1,9 oui		0	2278.1	0.0	1.9	1	0	5597	
602	8 COP BPCO / asthme aigu 0,0,2,2 oui		0	2637.8	0.0	2.2	1	0	8825	
370	9 DEP De12ression 1,8,12,9 oui		995.4	15467.1	1.8	12.9	1	2047	31807	
714	10 DM1 Diabete de ty12e 1,0, 1,2,4 oui		55.3	2877.6	0.1	2.4	1	219	11407	
237	11 DM2 Diabete de ty12e 2,2,7,14,4 oui		1493.1	17265.6	2.7	14.4	1	1969	22773	
488	12 EPI Epilepsie 2,3,1,6 oui		1271.9	1918.4	2.3	1.6	1	3450	5204	
100	13 GLA Glaucome 1,9,0,7 oui		1050.7	839.3	1.9	0.7	1	585	467	
105	14 HCH Cholesterol eleve 2,0,34,1 oui		1106	40885.9	2.0	34.1	1	642	23739	
282	16 HYP Hypertension 10,2,73,7 oui		5640.6	88366.3	10.2	73.7	1	8823	138220	
388	17 KHO Tumeurs hormono-dependantes 0,0,0,3 oui		0	359.7	0.0	0.3	1	0	775	
346	20 MCR Maladie de Crohn l colite ulcereuse 0,3,0,4 c		165.9	479.6	0.3	0.4	1	319	921	
893	24 PAR Maladie de Parkinson 2,9,0,7 oui		1603.7	839.3	2.9	0.7	1	7955	4163	
246	25 PSO Psoriasis 0,2,0,3 oui		110.6	359.7	0.2	0.3	1	151	491	
621	26 PSY Psychose 0,2,1,5 oui		110.6	1798.5	0.2	1.5	1	382	6209	
340	27 RHE Rhumatisme 0,0,0,4 oui		0	479.6	0.0	0.4	1	0	906	
270	28 SMC Douleurs chroniques (hors OQio'fdes) 5,5,9,-		3041.5	11030.8	5.5	9.2	1	4557	16526	
699	29 SMN Douleur neuropathique 0,4,1,0 oui		221.2	1199	0.4	1.0	1	859	4658	
116	30 THY Maladie thyroïdienne 7,9,6,0 oui		4368.7	7194	7.9	6.0	1	2818	4640	
1215	34 ZNS sclerose en plaques 0,5,1,0 oui		276.5	1199	0.5	1.0	1	1866	8092	
								PCG Bonus Total	38888	306654
								PCG Bonus pro Patient	70.3	255.8
								Totale Kosten pro Patient	1 187	955
								RSS Index	124	
								ANOVA Index	106	
								Regressions Index	175	
								Totale Kosten minus Bonus	1 117	699
								Neuer Index	160	

Dans ce tableau, nous voyons un médecin du groupe de spécialistes 53. En 2020, elle a traité 553 patients, le groupe de comparaison 1199 patients. Les PCG autorisées selon les algorithmes de Santé Suisse dans le tableau 2 sont maintenant estimées de la manière suivante : PCG par patient multiplié par les DDD déclarées donne le nombre total de DDD. Ce nombre total est divisé par 180, ce qui donne le nombre de PCG. Le nombre de PCG est multiplié par la garantie de paiement (selon le tableau 1) et toutes les garanties de paiement sont additionnées. Dans cet exemple, l'indice RSS pour

les coûts totaux était de 124% ; suite à la manipulation des PCG, le cabinet se voit attribuer 70,30 francs par patient, mais le groupe de comparaison 255,80 francs. Cela a pour conséquence que le nouvel indice s'élève désormais à 160% au lieu de 124%. Notre calcul approximatif semble donc plausible. L'indice de régression indiqué par santésuisse s'élève toutefois à 175%, soit 15% de plus que le mécanisme de garantie de paiement PCG ne le laisse supposer. Cela s'explique par les autres variables de la compensation des risques, comme les hospitalisations de l'année précédente, etc.

La compensation de la structure des risques basée sur la PCG est-elle meilleure que le coût total des médicaments ?³⁶

De 2017 à 2019, les coûts des médicaments > 5'000 Fr. par an ont été intégrés dans la compensation de la structure des risques. Cela est très judicieux, car des coûts de médicaments élevés sont liés à une morbidité élevée. A partir de l'année 2000, seuls les PCG sont encore valables au lieu des coûts totaux des médicaments de > 5'000 Fr. par patient.

Selon le rapport Polynomics Procédure EAE³⁷, les PCG expliquent entre 0% et 13% des coûts au niveau du médecin dans l'analyse de régression de jeux de données individuels (tableau 31 du présent rapport Polynomics) (R^2 Analyse). Déjà dans la publication sur l'indice des médecins de la CSS³⁸ Assurance-maladie, on apprenait en 2008 que le total des coûts des médicaments expliquait 76% des coûts en médecine interne générale ou 64% des coûts en pédiatrie l'année précédente (voir tableaux 3 et 4 dans la publication, basés sur des données individuelles non agrégées).

Cela signifie que le contenu explicatif des coûts des soins médicaux pour les PCG est nettement inférieur à celui de l'ensemble des médicaments, à savoir environ 10% au lieu de 70%. Comme, selon le professeur Ueli Kieser (juriste), les médicaments autorisés par SwissMedic sont toujours économiques³⁹ et que, de plus, les calculs de PCG sont liés à des coûts élevés, **il serait certainement plus rentable, plus sûr et plus transparent d'utiliser le coût total des médicaments pour la compensation des risques au lieu de la PCG.**

³⁶ Ce chapitre contient en grande partie une transcription de <https://docfind.ch/VEMSKompodiumWZW2024.pdf>

³⁷ <https://www.fmh.ch/files/pdf7/schlussbericht-wirtschaftlichkeitspruefungen-polynomics-ag.d.pdf>

³⁸ <https://docfind.ch/CSSAerzteIndex.pdf>

³⁹ <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

Il convient également de mentionner ici un autre fait central. Les maladies traitées par des médicaments ne sont recensées qu'à hauteur d'environ 30% par les PCG, 70% des médicaments dont le coût annuel s'élève à environ 6 milliards de francs ne sont pas du tout recensés par les PCG (tableau 6 du rapport OEMS)⁴⁰.

La compensation de la structure des risques crée donc un facteur d'incertitude pour les assureurs maladie au lieu de refléter correctement les coûts attendus et fait donc l'objet de plaintes possibles pour les contributeurs nets à la compensation de la structure des risques.

Même en 2023, les PCG ne comprennent que 34 groupes de coûts, ce qui n'est pas compatible avec une représentation correcte de la morbidité de l'activité médicale. En 2017 déjà, une expertise allemande détaillée, réalisée par un conseil scientifique en Allemagne, a montré qu'une limitation à 50 maladies ou une réduction encore plus importante à 30 maladies seulement ne permettrait plus d'atteindre les objectifs du RSA de manière appropriée : "Le conseil scientifique recommande donc de supprimer à l'avenir la limitation des maladies prises en compte et de continuer à développer le modèle de classification en tant que modèle complet. Pour ce faire, des travaux supplémentaires sont nécessaires, qui peuvent être réalisés dans le cadre de la maintenance continue du modèle RSA"⁴¹. Dans la littérature, la pertinence des variables PCG pour le calcul prospectif ou rétrospectif des coûts des soins médicaux effectivement prodigués ne dépasse pas 17%⁴².

Dans les contrôles d'économicité de santésuisse, il existe - parmi de nombreuses autres - l'erreur d'attribution particulièrement grave suivante : des médicaments médicalement indiqués et autorisés par SwissMedic, mais qui ne figurent pas sur la liste PCG de la Confédération⁴³, sont imputés au cabinet médical comme non économiques dans l'indice de régression de santésuisse, ce qui fait augmenter l'indice de régression et le montant à rembourser.

La question est maintenant de savoir dans quelle mesure il existe des médicaments qui ne sont pas autorisés dans les contrôles d'économicité, mais qui sont économiques parce qu'ils ont été autorisés par SwissMedic (Kieser 2018⁴⁴), de quels médicaments il s'agit et à combien peut être estimé le chiffre d'affaires annuel de ces médicaments dans le volume total des coûts des médicaments dans les soins

⁴⁰ <https://docfind.ch/VEMSKompodiumWZW2024.pdf>

⁴¹ https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf

⁴² <https://www.physicianprofiling.ch/WZWStatistik2014.pdf>

⁴³ [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/pcg-liste-xx-februar-2023.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-17-februar-2023-stand-sl-dezember-22%20\(F\).xlsx](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/pus/risikoausgleich/pcg-liste-xx-februar-2023.xlsx.download.xlsx/pcg-liste-17-februar-2023-stand-sl-dezember-22%20(F).xlsx)

⁴⁴ <https://docfind.ch/WZWMedikamenteKieser2018.pdf>

obligatoires (AOS).

A cet effet, nous avons comparé la liste des spécialités pharmaceutiques avec la liste PCG des médicaments Global Trade Item Number (GTIN, numéro d'identification selon le système GS1, anciennement système EAN) pour l'année 2023⁴⁵. Il s'agit au total de 3'267 marques uniques. Le prix public de l'ensemble de ces médicaments non listés par la PCG s'élève à 5,64 millions de francs par emballage. Selon cette méthode de calcul, les marques uniques figurant sur la liste PCG de la Confédération ont un prix public cumulé estimé à seulement 3,77 millions de francs (33,2%) du volume total de tous les médicaments de la liste des spécialités. Le volume total des médicaments s'élevait à 7,675 milliards de francs en 2020. Extrapolé au volume total des coûts annuels des médicaments, il devrait donc s'agir (avec une part de chiffre d'affaires de 66,8%) de 5,127 milliards de francs. Cela signifie que la plupart des médicaments (66,8%) prescrits par les médecins au niveau de l'AOS en Suisse ne figurent pas sur la liste PCG de la Confédération. Les coûts des médicaments des médecins qui prescrivent par hasard de tels médicaments hors liste PCG ne sont pas pris en compte par SantéSuisse dans l'indice de régression, ce qui fait que le degré de non-rentabilité du cabinet médical augmente automatiquement et sans intervention des médecins, un artefact de la méthode.

Le tableau ci-dessous répertorie et référence les ventes annuelles de médicaments pour l'année 2020. Il s'agit de médicaments qui réduisent les risques de thrombose, à savoir les anticoagulants oraux et les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire. Le chiffre d'affaires de ces médicaments figurant dans la liste des spécialités de l'OFSP et donc remboursables par les assureurs-maladie s'élevait en 2020 à 249 millions et 71 millions, soit 320 millions de francs. Dans les procédures d'économicité, ces coûts sont attribués aux personnes en bonne santé, car ils n'apparaissent pas comme variable de maladie dans l'indice de régression. Ce sont surtout les cabinets médicaux de médecine interne et de cardiologie qui sont désavantagés dans la prescription de tels médicaments par rapport aux cabinets médicaux qui ne prescrivent pas de tels médicaments ou qui les prescrivent dans une moindre mesure.

Les médicaments ne sont que peu sujets à manipulation - contrairement aux diagnostics - comme le sait l'économie de la santé depuis plus de 20 ans (Konstantin Beck, Robert Leu et autres). Par conséquent, il n'est pas justifiable de demander le remboursement intégral des coûts des médicaments dépassant la marge de tolérance dans l'ancien indice ANOVA. Le fait que cela ait malgré tout été régulièrement pratiqué montre la problématique de l'évaluation largement insuffisante des moyens de preuve de SantéSuisse, une violation de l'obligation d'instruction du juge malgré les demandes de preuve fréquemment formulées.

⁴⁵ Les calculs peuvent être consultés ici : https://docfind.ch/SpezialitaetenListe2023_PCG.xlsx

L'utilisation des PCG pour l'évaluation de l'économicité crée depuis l'utilisation 2017-2023 une inégalité juridique supplémentaire qui devrait être massive, puisque 67% des médicaments figurant sur la liste des spécialités manquent dans la liste des PCG de la Confédération. Cela révèle un défaut de construction de l'indice de régression, qui est arbitraire en raison de l'erreur d'attribution mise en évidence ici. Il y a ici une violation de l'égalité de droit. Comme les médecins ne sont pas au courant de cette règle, mais que celle-ci a régulièrement conduit depuis 2017 à des valeurs d'indice surévaluées - dans des proportions différentes selon les cabinets - cette erreur d'attribution est probablement commise de manière malicieuse, car on ne peut pas partir du principe que santésuisse n'avait et n'a pas connaissance de tels défauts centraux et santésuisse peut partir du principe que les tribunaux et les cabinets médicaux ne sont de toute façon pas en mesure de découvrir ces erreurs d'attribution. La raison du faible taux de couverture de la liste des spécialités dans la liste PCG n'est pas claire et doit être révélée par les autorités. On peut imaginer que certaines caisses-maladie ont réussi à empêcher une couverture complète afin d'affaiblir la compensation de la structure des risques entre les caisses-maladie et de maintenir ainsi la "chasse" aux patients bon marché dans le cadre d'une concurrence entre elles. **Apparemment, le Tribunal fédéral a reconnu les défauts évidents de la PCG en tant que modèle d'économicité et, dans un arrêt qui fera date, a dénié aux PCG toute valeur probante pour l'évaluation de l'économicité**⁴⁶. Toutefois, si la méthode PCG présente de telles lacunes pour calculer réellement et correctement les risques de coûts, la question se pose à l'inverse de savoir si le flux d'argent dans le cadre de la compensation annuelle de la structure des risques est juridiquement admissible.

Tableau 3 : Médicaments ne figurant pas sur la liste PCG de la Confédération (état 02/2023) : anticoagulants oraux et antithrombotiques, avec coûts (total, pourcentage) pour l'année 2020 et comparaison des coûts avec les antidépresseurs et les statines figurant sur la liste PCG (coût total des médicaments en 2020 : 7,56 milliards de francs).

Nom des médicaments ne figurant pas sur la liste PCG de la Confédération (sélection) ⁴⁷	Pourcentage du coût des médicaments		Coût total Mio Fr.
	total	des	
	1,9		147,4
Rivaroxaban			
Apixaban			
Edoxaban			
NOAK's	2,8		214,9

⁴⁶ https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F12-12-2023-9C_135-2022&lang=de&zoom=YES&type=show_document&

⁴⁷ https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_030

Tous les anticoagulants	3,2	248,8
Eylea (produits ophtalmiques)	1,8	139,6
Inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire ⁴⁸	0,9	71
Aspirine, Plavix, Efiel, Integrelin, etc.		
Tous (NOAK+Eylea+inhibiteurs d'aggr. Tc)	5,9	459,4
A titre de comparaison (figurant dans la liste PCG)		
Antidépresseurs	2,6	198,4
Statines	2,5	192,8

Compensation de la structure des risques et changement de caisse 2018-2023

Si la compensation de la structure des risques fonctionne, le nombre de changements annuels de caisse doit diminuer, car les primes par assureur maladie doivent s'égaliser et, par conséquent, l'incitation à changer de caisse doit diminuer. Le fonctionnement de la RSA peut être consulté en détail sur⁴⁹ et a déjà été décrit plus haut.

L'hypothèse de travail est que le RSA ne fonctionne pas parce que le système du RSA n'influence pas suffisamment l'inégalité des primes, que la morbidité des malades (et les coûts de traitement qui en découlent) est calculée de manière insuffisante, voire erronée, et que l'incitation à changer de caisse persiste donc.

Nous partons du principe que le RSA entraîne même une augmentation paradoxalement élevée du nombre de changements de caisse, car, comme nous l'avons expliqué plus haut, la charge de morbidité avec PCG n'est prise en compte que dans une faible mesure par rapport au total des coûts des médicaments de l'année précédente (R2 et 10% au lieu d'environ 70%). L'introduction du PCG RSA a eu lieu en 2020. Par conséquent, l'effet du RSA doit se traduire par une baisse des changements de caisse par résident en Suisse s'il est effectif.

⁴⁸https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=B01AC#:~:text=B01AC%20Platelet%20aggregation%20inhibitors%20excl,are%20classified%20in%20this%20group

⁴⁹<https://www.kvg.org/versicherer/risikoausgleich/risikoausgleich-pcg/>

D'un point de vue méthodologique, on regarde maintenant le nombre de changements de caisse 2018-2023 en pourcentage de la population et la différence de pourcentage de changement de caisse avant et depuis 2020. Le chiffre de la population résidente 2010-2022 a été publié par l'Office fédéral de la statistique⁵⁰. Le rapport d'analyse de l'OFSP sur l'effet de l'introduction de la PCG peut être consulté ici⁵¹. Ce rapport d'analyse rapporte les chiffres concernant le nombre de changements de caisse selon le tableau 13 du rapport.

Tableau 4 : total des changeurs de caisse maladies entre les années 2017-2021

Table 13: Anzahl Wechsler pro Gruppe, Netto-Zahler (Z), Netto-Empfänger (E), Neutral (N)

Jahr	E → Z	Z → E	E → N	Z → N	N → E	N → Z	Z → Z	E → E	N → N	Total Wechsler
2017 →	64 245	63 677	24 150	38 846	32 398	54 653	115 678	33 726	20 775	448 148
2018	(14,34%)	(14,21%)	(5,39%)	(8,67%)	(7,23%)	(12,2%)	(25,81%)	(7,53%)	(4,64%)	
2018 →	51 793	62 254	19 445	24 425	39 402	47 141	65 575	38 243	15 036	363 314
2019	(14,26%)	(17,14%)	(5,35%)	(6,72%)	(10,85%)	(12,98%)	(18,05%)	(10,53%)	(4,14%)	
2019 →	50 646	86 926	16 764	24 944	43 551	34 466	60 504	48 476	12 202	378 479
2020	(13,38%)	(22,97%)	(4,43%)	(6,59%)	(11,51%)	(9,11%)	(15,99%)	(12,81%)	(3,22%)	
2020 →	80 863	79 520	14 944	16 244	26 734	31 402	80 534	56 441	4 242	390 924
2021	(20,69%)	(20,34%)	(3,82%)	(4,16%)	(6,84%)	(8,03%)	(20,6%)	(14,44%)	(1,09%)	

Accenture.com rapporte qu'au 01.01.2023, 12.8% des assurés ont changé de caisse, le montant le plus élevé depuis 2010⁵². Malgré le RSA, nous observons une explosion des changements de caisse jusqu'à 23% des assurés⁵³. Les coûts de ces nombreux changements de caisse sont difficiles à évaluer, la ZHAW a donné les indications suivantes à ce sujet en 2012⁵⁴: avec un taux de changement de 6,5%, les changements de caisse entraînent des coûts de 547 642 francs. Il est toutefois réaliste de penser qu'un changement de caisse coûte entre 300 et 500 francs à l'assureur-maladie⁵⁵.

Le rapport annuel sur la compensation des risques 2023 n'indique pas les coûts de la RSA⁵⁶. La compensation des risques entre les assureurs-maladie est un élément central permettant de renforcer la solidarité entre les assurés et d'endiguer la sélection des risques par les assureurs-maladie. Le volume total de redistribution de la compensation des risques a diminué d'environ 9,0% en 2022 pour atteindre 1 919,7 millions de francs. Les coûts pour l'établissement de la compensation des risques ne sont malheureusement pas présentés séparément, il s'agit probablement de plusieurs millions de francs par an, y compris les rapports de révision, le fonds de compensation des risques, la régularisation des factures en suspens et les charges de personnel et de logiciels.

⁵⁰ <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/27965833/master>

⁵¹ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/e-f/evalber-kuv/2024-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-schlussbericht.pdf.download.pdf/2024-schlussbericht-wirkungsanalyse-risikoausgleich-pcg-d.pdf>

⁵² <https://www.accenture.com/content/dam/accenture/final/markets/europe/document/Accenture-Krankenversicherung-Schweiz-Teil-1-Factbook-2023.pdf#zoom=40>

⁵³ <https://www.watson.ch/schweiz/krankenkasse/886061433-krankenkassenwechsel-verprassen-die-versicherer-damit-geld>

⁵⁴ https://www.zhaw.ch/storage/sml/institute-zentren/wig/upload/Bericht_SWK_Einheitskasse_WIG_V3.0_2013_07_04_finale_Version.pdf

⁵⁵ <https://www.20min.ch/story/krankenkassen-wechsel-kosten-eine-milliarde-718276719349>

⁵⁶ <https://www.kvg.org/wp-content/uploads/jahresbericht-2023-risikoausgleich.pdf>

Sur la base de ces recherches, les coûts liés au changement annuel de caisse peuvent être chiffrés selon le tableau 5 :

Tableau 5 : Nombre de changements de caisse pour les années 2018-2023.

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Changeurs en millions	0.45	0.36	0.38	0.39	0.69	1.10
Coûts en millions	224	182	189	195	346	550