

Office fédéral de la santé publique
Assurance-maladie et accidents
3003 Berne

Berne, le 29 mai 2009

Modification de l'ordonnance sur la compensation des risques (OCoR) - Réponse à la consultation

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous consulter au sujet de cette modification et nous vous faisons parvenir notre réponse sous forme écrite, et aussi sous forme électronique.

Considération générale

Cohérence des critères servant à définir les risques

En son art.105, al. 1, la LAMal postule déjà implicitement que les risques de prestations pris par les assureurs sont plus grands pour les femmes et les personnes âgées. Il s'agit là d'un postulat qui pourrait être remis en question car ce qui est signifiant, c'est plutôt et précisément le „*risque de maladie élevé*“ que les Chambres ont décidé le 21.12.2007 d'introduire dans l'OCoR. Au point de vue de la méthode, c'est lui seul qui devrait intervenir, le sexe et l'âge pouvant alors ne pas être considérés comme des risques. La question de l'indépendance ou de la dépendance du risque de maladie élevé avec les „risques“ du sexe et de l'âge jusqu'ici considérés reste posée. Le cas échéant, le maintien de l'un ou l'autre de ces derniers au côté du nouveau risque considéré se pose aussi. Une autre logique aurait pu présider à la présente modification.

Art. 2 Groupes de risques

Clarifier et expliciter l'évolution du concept de risque

La grande nouveauté est donc certainement cette introduction de la prise en compte d'un „*risque de maladie élevé*“ décidée par les Chambres. Mais il y en a une autre, fort importante elle aussi: une nouvelle hiérarchisation de l'intervention de l'âge et des risques (celui de maladie élevé et celui du sexe), les groupes de risques devenant des subdivisions des groupes d'âge en fonction du sexe et du nouveau risque considéré. La modification crée en fait des groupes de risques par classes de cinq ans d'âge, alors que, actuellement, ces classes de cinq ans d'âge sont considérées elles-mêmes

comme des groupes de risques. Il reste qu'une clarification de la modification des concepts devrait être mieux explicitée.

Quant à la définition d'un critère de „ *risque de maladie élevé*“, elle est en soi d'une grande complexité, nécessitant une approche à multiples faces. Nous y reviendrons ci-dessous lors de l'examen de l'art. 4a.

Art. 3, al. 1 let. b, et al. 3

Donner la possibilité au public de s'informer sur les méthodes de lissage utilisées

Que l'al. 3 donne la compétence au DFI, et non seulement à l'OFSP, du „*lissage*“ de données lors d'écart importants lors de l'évolution des coûts moyens déterminants paraît logique. Cela augmente le niveau, et de compétence de décision, et de soutien en méthodes statistiques. Il reste que la population doit avoir la possibilité de connaître quels principes et méthodes sont utilisés, même s'ils sont „*reconnus*“.

Art. 4a Prise en compte du risque de maladie élevé

Le critère choisi est-il vraiment approprié et efficace ?

Le critère déterminant choisi pour prendre en compte ce risque est le „ *séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente*“ (al. 1)

Avant toute chose rappelons les interdépendances possibles, signalées ci-dessus, avec d'autres concepts de risques que sont le sexe et l'âge. A priori, d'autres critères auraient pu être envisagés, par exemple : un séjour de plus de 5 jours, un montant des prestations payées par l'assureur durant l'année précédente supérieur à une certaine limite,...Les arguments en faveur du choix d'un tel critère peuvent en effet être de nature diverse : numérisation du critère, fournisseurs des données numériques, validation par des études scientifiques,...De tous ces arguments, ce serait surtout le dernier cité qu'il faudrait privilégier. Or. dispose-t-on d'un tel argument pour le critère choisi ? Existe-t-il des études de validation pour d'autres critères ?

En ce qui concerne le critère choisi, à un niveau élémentaire d'analyse on peut dire qu'il possède en sa faveur au moins deux arguments techniques (il est numérisé, et il est relativement facile de recueillir les données à son propos) et un argument politico-économique (il tend à rendre moins attractive la recherche des „ bons risques“ par les assureurs). A-t-il pour autant la validité scientifique que l'on peut en attendre ? Aucune étude scientifique n'est présentée, ni citée, dans le dossier de consultation qui puisse nous aider à répondre à cette question. En conséquence, si une telle modification de l'OCOR devait entrer en vigueur, une étude devrait immédiatement être lancée pour accompagner son application.

Les alinéas 2 à 5 précisent des conditions d'application acceptables.

Art. 5 Différences moyennes de risque

Des modifications mineures et cohérentes

C'est le cas pour le passage du terme „ coûts moyens“ à „moyenne“. De plus, il est une conséquence de la prise en compte du fait que le critère du sexe est dans le projet clairement contenu dans la notion de groupe de risque.

Art. 6, al. 1, 1bis , 2 , 2bis et 3 Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation

La compensation des risques satisfait-elle à des conditions d'adéquation et d'économicité ?

La nouvelle rédaction de cet article décrit avec une précision minutieuse une nécessaire et complexe procédure d'application qui soit cohérente avec la nouvelle logique de l'ordonnance, où l'on conserve toutefois une compensation des risques en deux étapes, une provisoire et une définitive. Il reste quand même que l'on peut se poser la question de l'ampleur de cette procédure pour cet outil de la LAMal. plutôt technique et marginal, qu'est la compensation des risques. Plus, les coûts que peut engendrer une telle procédure de gestion de la compensation des risques sont-ils à la mesure de son utilité dans le traitement des problèmes de l'assurance obligatoire des soins ?

Art. 7, al. 1 et 2 Soldes, statistiques et rapport sur la compensation des risques

La modification profite de supprimer avec pertinence le double emploi avec la loi que fait son alinéa 1 en répétant le mandat chargeant l'institution commune de gérer la compensation des risques, et aussi de corriger son titre en conséquence.

Art. 10 Titre, al. 1 et 2bis Remise des données

La nouvelle définition des groupes de risques permet avec raison de ne plus avoir à parler en plus de sexe (al. 1). L'alinéa 2bis, par une expression claire de la procédure de remise des données, donne l'indispensable cadre normatif devant présider au travail des assurances dans cette remise.

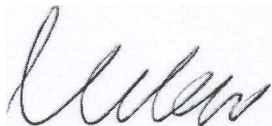
Considérations finales.

Cette modification de l'ordonnance suscite encore l'expression des 3 considérations qui suivent.

1. Notre souci concernant les bons choix des facteurs de risques et la cohérence de la construction des groupes de risques.
2. La volonté mise dans la modification de cette ordonnance à définir avec le plus de clarté possible la procédure propre à faire fonctionner cet outil de la LAMal qu'est la compensation des risques.
3. L'inévitable comparaison entre cette volonté de clarté et de précision manifestée pour cet outil, il est vrai assez technique, et son absence dans la récente ordonnance sur le financement des soins, ordonnance sur un sujet complexe qui l'aurait pourtant méritée, elle aussi.

En vous remerciant encore d'avoir bien voulu nous consulter, et en espérant que vous aurez quelque intérêt pour nos remarques, nous vous prions d'accepter, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr. Klara Reber, Co-Présidente



Christiane Jaquet-Berger, Co-Présidente



Personnes de contact :

Peter Seiler, Tel. 031 351 43 34, Mail: p-k-seiler@bluewin.ch

Gérard Heimberg, Tel. 021 807 36 36, Mail : gheimberg@bluewin.ch