



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

Lausanne, le 15 novembre 2012

**Projet de modification de l'Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie : Procédure de consultation**

---

Madame, Monsieur,

Le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud a pris connaissance avec intérêt du projet de modification de l'ordonnance susmentionnée, mise en consultation le 26 octobre dernier.

Après examen approfondi, nous pouvons vous faire part de nos observations comme suit :

***Considérations générales***

La modification proposée vise principalement l'amélioration du processus de compensation des risques, en corrigeant certains aspects du dispositif actuel qui se traduisent par une inégalité entre les assureurs et entre les assurés. Le but de la compensation des risques étant de répartir équitablement entre assureurs les frais engendrés par les assurés potentiellement les plus coûteux, nous ne pouvons que saluer cette modification qui permettra d'améliorer la situation actuelle.

A présent, la compensation des risques se fait en deux étapes, à l'avenir elle ne se fera qu'en une seule. Aussi, avec la nouvelle méthode de calcul, il n'y aura que deux paiements de compensation au lieu de trois. Nous relevons que ces deux modifications fondamentales amèneront d'une part une réduction des frais administratifs pour l'institution commune LAMal et les assureurs, d'autre part une réduction du risque d'erreur compte tenu de la simplification et clarification du processus de la compensation des risques.

Enfin, les dispositions de la compensation des risques relèvent uniquement de la législation fédérale, les cantons n'ayant aucune compétence à cet égard. Néanmoins, étant donné que ladite compensation a lieu par année et par canton, nous jugeons très positif la solution proposée par la présente modification afin de garantir l'équilibre dans la compensation des risques (jeu à somme nulle), sans qu'il soit nécessaire de corriger après coup entre les assureurs les montants des redevances de risque et des contributions de compensation.

## ***Commentaire de certaines dispositions et propositions de modification***

### ***Article 3 – Prestations nettes***

Le terme « prestation nette » est effectivement plus précis que l'ancien terme « coût », lequel peut englober d'autres postes comptables tels que les frais administratifs, et de ce fait prêter à confusion.

### ***Article 6 – Calcul des redevances de risque et des contributions de compensation***

Dans un souci de cohérence terminologique et afin de respecter la teneur de la base légale fédérale, nous proposons de remplacer le terme « groupe(s) de risques » par « groupe(s) de risque », qui semble plus adéquat, aux emplacements suivants : alinéa 1 (deux fois), alinéa 2 lettre a et b, alinéa 4, alinéa 5.

Pour les mêmes raisons, nous proposons de remplacer le terme « caisses » par « assureurs » à l'alinéa 6.

### ***Article 6a – Procédure appliquée pour les assurés qui changent d'assureur***

Dans un souci de cohérence avec la terminologie utilisée par le législateur à l'article 7 LAMai, nous proposons de remplacer les termes d'« assureur précédent » par « ancien assureur » et d'« assureur ultérieur » par « nouvel assureur ». Cette proposition concerne les trois alinéas de l'article 6a.

En outre, nous proposons de compléter l'alinéa 2 comme suit : « ... les séjours dans un hôpital ou établissement médico-social survenus lors de l'année précédente ».

### ***Article 6b - Provisions***

Nous proposons de remplacer le terme « groupe(s) de risques » par « groupe(s) de risque » à la lettre a (cf. nos remarques sous article 6).

### ***Article 10, alinéa 1 et 2 bis***

Nous proposons de remplacer le terme « groupe(s) de risques » par « groupe(s) de risque » à l'alinéa 1 (cf. nos remarques sous article 6).

Concernant l'alinéa 2, nous proposons de remplacer le terme « traité(e)s » par « pris(es) en charge », qui semble plus adéquat.

### ***Article 11, alinéa 1bis***

Nous accueillons favorablement la possibilité de l'OFSP d'édicter des directives concernant la forme et le contenu du rapport de l'organe de révision, lesquelles permettront d'améliorer, de façon significative, le contrôle des données fournies par les assureurs.

### **Divers**

Dans le nouveau régime de compensation des risques, outre les critères de sexe et d'âge, un nouveau critère a été introduit : le risque élevé de maladie. Aux termes de l'article 2, alinéa 2 des dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007 de la LAMal, le critère déterminant le risque de maladie élevé est « le séjour de plus de trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente ».

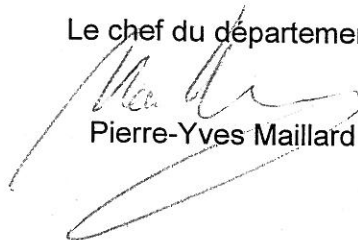
Or, dans le commentaire de l'ordonnance, à la page 7, nous trouvons ce qui suit : « les assurés qui ont séjourné au moins trois nuits consécutives dans un hôpital ou dans un EMS ».

Bien qu'il s'agisse d'une modification entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, compte tenu de la complexité de la notion de séjour hospitalier depuis l'introduction de l'ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), nous proposons de clarifier la référence faite cette dernière dans le commentaire de l'ordonnance, dont la compréhension peut être compromise dans son libellé actuel.

En vous remerciant de prendre en considération nos observations, nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

Veuillez, agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les plus distinguées.

Le chef du département



Pierre-Yves Maillard

Copies : - M. Roland Ecoffey, Office des affaires extérieures, Rue de la Paix 6, 1014 Lausanne  
- Par courriel, à l'OFSP

