



Le chef du
Département de la
santé et de l'action
sociale

Av. des Casernes 2
BAP
1014 Lausanne

Monsieur le Conseiller fédéral
Alain Berset
Chef du Département fédéral de l'intérieur
p.a. Office fédéral de la santé publique
3003 Berne

Lausanne, le 7 août 2014

Projet de modification de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR; RS 832.112.1): procédure d'audition

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud a pris connaissance avec intérêt du projet d'ordonnance susmentionné mis en consultation le 13 juin 2014. Il vous fait part ci-après de ses remarques, à l'issue d'une analyse par ses services, complétée par la consultation du service juridique et législatif de l'Etat de Vaud, ainsi que du service d'analyse et de gestion financière.

Considérations générales

Le système de compensation actuel ne couvre qu'une maigre part des risques (17%). Il est très clairement insuffisant. Dans le canton de Vaud, l'écart de primes entre un petit groupe d'assureurs qui recrute les bons risques et les autres assureurs ne cesse de se creuser. La situation est même devenue particulièrement préoccupante cette année, avec seulement deux assureurs d'une certaine taille qui proposent des primes en dessous de la prime moyenne cantonale, dans la région 1. Ces deux assureurs pratiquent le tiers garant pour les médicaments. Par conséquent, les personnes à faible revenu qui ont des problèmes de santé sont discriminées.

Dans ce contexte, un affinement de la compensation des risques par l'introduction d'un nouveau critère est le bienvenu. Nous saluons le fait que le Conseil fédéral n'attende pas de disposer de tous les éléments pour mettre en place l'indicateur le meilleur et le plus fin possible, mais choisisse d'intégrer rapidement, en tant que solution transitoire, un indicateur plus "basique".

L'on peut néanmoins s'interroger sur la méthode d'amélioration adoptée, à savoir par ajout de critères de morbidité successifs, en particulier en choisissant prioritairement les coûts pharmaceutiques dont la version provisoire mise en consultation ne pourra être appliquée qu'en 2017, et la version définitive en 2019 ou 2020 selon vos estimations. Le canton de Vaud souhaite, d'ici à 2020, la mise sur pied d'un système de compensation qui couvre au minimum 50% des risques. A cet égard, le pas proposé qui permettrait d'atteindre 28% est à saluer mais reste encore notoirement insuffisant.

La part des risques compensée

Dans son rapport explicatif, l'OFSP affirme qu'avec l'introduction de ce critère provisoire, qui ne concerne pourtant que 2.3% de la population, 28% des risques seraient dorénavant compensés contre 17% actuellement. Nous avons quelques doutes et souhaitons obtenir les références qui permettent d'avancer ce chiffre.

Le seuil retenu pour le « coût des médicaments au cours de l'année précédente »

Le choix du seuil de CHF 5'000.- de dépenses brutes pour scinder les assurés en deux catégories de risques distinctes suscite quelques interrogations. S'il est évident que la valeur seuil du nouvel indicateur ne peut pas se situer au-dessous de CHF 2'500.-, du fait des franchises à option, plusieurs maladies chroniques (dont l'asthme et les affections cardiaques), pour lesquelles les prestations de soins atteignent par ailleurs des coûts importants, n'entrent pas dans la catégorie de risques élevés de maladie. Cette exclusion est à déplorer.

La très grande transparence de la limite retenue pourrait aussi induire des stratégies évidentes de dépassement de la part des assureurs, afin de basculer dans une catégorie de risque plus favorable. Pour cette raison, nous demandons que la possibilité de manipulation de cet indicateur via des pressions des assureurs puisse être évaluée par l'OFSP.

Les nouveaux groupes de risque

Le fait de classer les assurés dont les « coûts des médicaments au cours de l'année précédente » dépassent CHF 5'000.- francs dans un groupe de risque à part, sans les subdiviser par classes d'âge et par sexe, est discutable. Le rapport explicatif se réfère certes à des enquêtes menées par l'OFSP avec la collaboration des assureurs, mais aucune preuve chiffrée n'est avancée.

Toutefois, les arguments mentionnés par l'OFSP pour justifier cette décision restent convaincants. Il s'agit d'une catégorie estimée à 2.3% des assurés et la subdiviser en de nombreux sous-groupes pourrait même aboutir à des catégories sans assurés. Sans compter les coûts de traitements supplémentaires engendrés par la multiplication de catégories.

D'autres simplifications peuvent également porter à discussion, à l'instar de celle adoptée lors des changements d'assureur au début d'une année civile. Dans ce cas, les indicateurs « coûts des médicaments » et « séjours dans un hôpital ou un EMS » ne sont pas inclus dans la compensation des risques. L'argument avancé est que les assurés présentant un risque élevé sur ces deux critères changent rarement d'assureur. Mais cette situation peut évoluer.

Dans l'ensemble, nous saluons l'effort entrepris par l'OFSP pour trouver la solution la plus simple possible, compte tenu de l'aspect provisoire du nouvel indicateur, estimé à trois ans au maximum. Cependant, lors de l'audition de la version définitive, le département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud demande que le choix des nouveaux groupes de risques soit davantage documenté, avec des arguments chiffrés.

Conséquences financières pour le canton

La seule conséquence financière directe pour le canton – positive, mais modeste - est liée aux subsides.

L'écart de primes entre un ou deux assureurs tiers payant et les autres est devenu problématique à gérer pour le canton. Le subside maximal des assurés bénéficiaires de prestations complémentaires et du revenu d'insertion couvre uniquement les primes de base (franchise minimum) des assureurs pratiquant le tiers garant pour les médicaments. Cette solution n'est pas adéquate pour ceux qui ont des problèmes de santé.

De ce fait, le canton est maintenant amené à aider financièrement certains assurés aux revenus les plus modestes, en leur accordant des subsides bénévoles afin d'éviter qu'ils ne se retrouvent avec un contentieux AOS. Le coût pour le canton est difficile à chiffrer, mais on peut l'estimer à quelques centaines de milliers de francs en 2014, auxquels il faut ajouter le traitement administratif de ces dossiers. Au vu des primes provisoires 2015, la situation se péjorera encore l'année prochaine.

Toute amélioration de la compensation des risques devrait contribuer à réduire l'écart de primes entre les deux groupes d'assureur mentionnés. Par conséquent, dès 2017, les sommes versées par le canton au titre de subsides bénévoles pour les cas décrits plus haut devraient diminuer ou du moins ne pas croître. Il n'est en revanche pas possible d'avancer un montant précis.

Aspects formels de l'article 2

L'article 2 est très maladroitement formulé, et nous demandons qu'il soit rectifié.

Citer l' « âge » et le « sexe » en soit comme « indicateurs de morbidité » qui définissent le « risque élevé de maladie » est un raccourci abusif. Quand on sait que les dépenses de santé des femmes sont un peu plus élevées que celles des hommes, l'article 2 suggère même que le sexe féminin est un facteur aggravant de « morbidité ». Il vaut peut-être la peine de rappeler que les prestations remboursées par l'AOS comprennent celles liées à la grossesse et à l'accouchement, bien éloignées de la maladie.

Dans la réalité, il ne s'agit pas d'indicateurs de « morbidité », mais bien d'indicateurs de « dépenses de santé ».

Nous suggérons que l'article 2 reprenne la formulation en vigueur jusqu'à présent pour ces deux critères, à savoir : « Pour la compensation des risques, les assurés sont répartis en groupes de risque selon les critères suivants : a. âge ; b. sexe ; ... ».

Une petite remarque de forme supplémentaire :

- art. 2c, al.1, reprendre le terme "séjour dans un hôpital ou dans un établissement...", tel que figurant à l'art. 2, let. d nouveau.

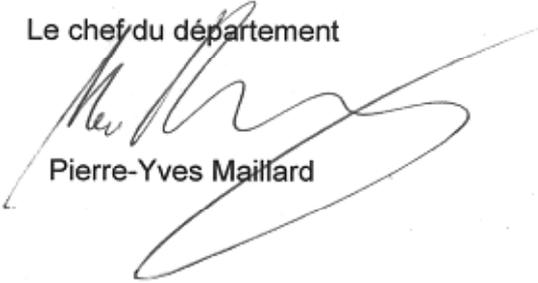
Conclusion

En conclusion, le département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud considère que le projet de modification de l'ordonnance par l'introduction d'un nouvel indicateur provisoire « coûts des médicaments au cours de l'année précédente » est un pas

dans la bonne direction, mais souhaite une amélioration notable pour 2020 avec au moins 50% des risques compensés.

En vous remerciant de prendre en considération nos remarques, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre haute considération.

Le chef du département



Pierre-Yves Maillard

Copie : Office des affaires extérieures