

Prise de position

Révision de la LAMal: nouvelle compensation des risques à partir de 2012

Etat: le projet a été adopté lors de la session d'hiver 2007. Entrée en vigueur: 1^{er} janvier 2012. L'Institution commune LAMal a effectué en 2010 et en 2011 des tests relatifs aux effets de la nouvelle compensation des risques. Le test de 2010 (avec les chiffres de 2009) n'a pas donné de résultats concluants. Un test supplémentaire a donc été effectué en 2011 (avec les chiffres de 2010). Il n'existe pas encore d'évaluation définitive.

Points centraux de la révision

La compensation des risques est nécessaire parce qu'il existe un conflit d'objectifs dans la loi sur l'assurance-maladie. La prime unitaire introduite dans un but de politique sociale ainsi que l'obligation d'admission (p. ex. indépendamment de la santé ou de l'âge), ont empêché les assureurs-maladie d'établir des primes adaptées au risque. Cette constellation crée de fortes incitations à la sélection du risque et rend nécessaire une compensation des risques entre les assureurs-maladie. Les modifications décidées dans le domaine du financement des hôpitaux renforcent encore les incitations à la sélection des risques et ont poussé le Parlement à élargir la compensation des risques actuelle, qui tient compte de l'âge et du sexe, en y ajoutant le critère «Séjour à l'hôpital ou en EMS l'année précédente». Le critère est rempli dès que le séjour a duré plus de trois nuits. La révision entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2012 et sera valable jusqu'à fin 2016.

Position de Visana quant à l'affinement de la compensation des risques

La structure actuelle de la compensation des risques entre les assureurs-maladie nécessite une révision. C'est pourquoi Visana approuve particulièrement son affinement par la prise en considération du critère des séjours en hôpitaux ou établissements médico-sociaux au cours de l'année précédente, qui permet de tenir compte des coûts consécutifs à un séjour hospitalier dans la compensation des risques. La révision décidée par le Parlement comporte cependant certains points faibles.

-
- La nouvelle compensation des risques est limitée jusqu'à fin 2016. Cependant, en raison du conflit d'objectif évoqué dans l'introduction, elle restera nécessaire après 2016.
 - Par l'introduction de forfaits par cas dépendant du diagnostic, la nouvelle réglementation du financement des hôpitaux promeut les incitations à la sélection des risques. Avec le rapprochement entre les coûts des cas stationnaires et les coûts effectifs, visé avec l'introduction de forfaits par cas dépendant du diagnostic, les dépenses d'un collectif d'assurés plus morbides auront tendance à augmenter.
 - La gravité de la maladie des patientes et patients n'est toujours pas suffisamment prise en compte, indépendamment du nouveau financement des hôpitaux. Visana demande l'introduction d'une compensation des risques axée sur la morbidité qui prenne en compte l'état de santé réel.

Même avec la nouvelle compensation des risques, l'incitation à la sélection des risques continue, l'état de santé réel d'une personne assurée restant encore trop peu reproduit. La sélection ciblée des risques par les assurances-maladie, bien qu'indésirable et nuisible économiquement, restera un critère important pour le succès entrepreneurial de ces dernières.

Fabian Baer, communication d'entreprise