



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



Focus

Révision de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes au 1^{er} janvier 2018

VOILÀ DE QUOI IL S'AGIT

Conformément à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), un assureur-maladie prélève des primes égales auprès de ses assurés, sauf disposition contraire de la LAMal. La possibilité qu'a l'assureur d'échelonner les primes selon les différences de coûts entre les régions constitue une exception. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) délimite les régions de primes ainsi que les différences de prix maximales admissibles entre les régions.

Sur mandat du DFI, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a analysé les régions de primes existantes et propose maintenant une nouvelle délimitation des régions de primes: celles-ci seraient formées en fonction des districts et non plus des communes. Ce changement est justifié par un manque de données à l'échelon communal à partir de 2015. L'OFSP estime en outre que les communes comptant un EMS sur leur territoire sont désavantagées par le système actuel.

LA POSITION DE CURAFUTURA

curafutura s'oppose fermement à la nouvelle délimitation des régions de primes proposée. Les arguments avancés ne résistent pas à une analyse plus poussée de la situation. De plus, cette révision ne correspond ni au sens ni à l'esprit des prescriptions légales, selon lesquelles les régions de primes doivent être formées selon les différences de coûts régionales. La méthode proposée pour redéfinir les régions de primes est dans l'ensemble inadéquate et entraîne un nivellement des primes au lieu de mettre en lumière les différences de coûts effectives.

JUSTIFICATION

Interprétation inadéquate de la LAMal

La nouvelle délimitation des régions de primes proposée repose sur une interprétation inadéquate de la LAMal. Choisir les districts au lieu des communes revient à niveller les différences de coûts régionales au lieu de les identifier. La méthode employée pour délimiter les régions de primes ne peut être modifiée que s'il en résulte une meilleure valeur informative sur les différences de coûts entre les régions. Le changement proposé est nettement inférieur à l'approche actuelle sur ce point.

Subvention croisée injustifiée

La redéfinition des régions de primes entraîne un subventionnement croisé des régions urbaines par les régions rurales. Les primes des régions rurales doivent dans bien des cas être élevées au niveau des primes des régions urbaines, et ce, alors que les coûts de la santé dans les régions rurales sont bien souvent



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

inférieurs. Il s'ensuit des incitatifs erronés: les régions affichant des coûts élevés seraient récompensées alors que celles ayant des coûts moindres seraient pénalisées.

Des arguments qui ne tiennent pas

Les arguments avancés pour défendre la nouvelle délimitation des régions de primes ne parviennent pas à convaincre. L'OFSP affirme que depuis 2015 les données relatives aux coûts ne sont plus collectées qu'au niveau des districts et non plus des communes. Or, les assureurs-maladie peuvent facilement fournir ces données en se fondant sur le critère de la commune de domicile tout en garantissant l'anonymat total des assurés. On ne peut pas accepter qu'une collecte de données standardisée, mais objectivement insuffisante, par l'OFSP justifie une intervention d'une telle ampleur alors que de meilleures données sont accessibles.

De la même manière, un éventuel effet de distorsion en matière de coûts entre communes avec ou sans EMS est facile à résorber: il suffit d'apurer les coûts moyens de la santé, qui servent à composer les régions de primes, en fonction de divers facteurs de coûts (âge, sexe, etc.). L'ajout d'un facteur relatif aux «coûts des EMS» permettrait de compenser cet effet. Il faudrait toutefois répondre au préalable à la question de savoir si cet argument est pertinent. En considérant le principe de l'unité géographique d'une région de primes (groupement de communes avoisinantes), les conditions actuelles permettent en effet déjà d'intégrer les communes comptant un EMS sur leur territoire dans une «communauté de primes» plus importante et de ne pas les défavoriser en matière de primes.

Lien avec la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral

Dans le cadre de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral, l'OFSP a concrétisé en août 2015 la mesure «Simplification du système» dans une fiche info intitulée «Réduire le nombre de régions de primes». Il y est mentionné que le nombre de régions de primes doit être réduit afin de renforcer la solidarité dans l'assurance-maladie sociale et de réduire le nombre de primes proposées. Cet objectif entre en contradiction avec la base légale, qui précise que les régions de primes doivent être formées selon les différences de coûts avérées. La réduction proposée des régions de primes ne respecte donc pas les prescriptions légales, mais vise à réaliser l'objectif stratégique du Conseil fédéral.

Une proposition aux effets singuliers

Compte tenu de l'extension géographique des districts à des régions à fortes densités urbaines et rurales, les régions de primes n'auront à l'avenir plus de relation significative avec les coûts de la santé générés. Des communes urbaines et rurales telles que Berne et Trub (BE), Emmen et Schongau (LU) ou Winterthur et Schlatt (ZH) feront alors partie de la même région de primes, bien que les coûts de la santé respectifs diffèrent fortement.¹

La prise de position détaillée de curafutura sur la révision de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes est disponible sur: www.curafutura.ch → «Consultations»

Berne, décembre 2016

¹ En 2015, les coûts de la santé des communes mentionnées, exprimés en francs, étaient les suivants: Berne 4001, Trub 2787, Emmen 3431, Schongau 2298, Winterthur 3565, Schlatt (ZH) 2591. Source: SASIS AG, données de l'année 2015, calcul de curafutura, prestations brutes par assuré pour l'exercice 2015.