



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins

Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat
Schmid-Federer du 22.3.2013 (13.3250 « Effets de la
franchise sur la consommation de prestations médi-
cales »)

28.6.2017

Condensé

Le système des primes en Suisse comporte un grand nombre de modèles d'assurance. Il est de ce fait très complexe. Au total, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) approuve chaque année quelque 250 000 primes, dont plus de la moitié ne sont choisies par aucun assuré. Le Conseil fédéral a établi dans sa stratégie « Santé2020 » que le nombre des primes de l'assurance obligatoire des soins, actuellement d'environ 250 000, devait être réduit dans le but de simplifier le système.

À l'été 2015, le DFI a mis en audition un projet de révision de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) qui prévoyait la suppression de certains niveaux de franchise à option et un abaissement des rabais de primes pour les adultes et les enfants avec ces franchises. Sur la base des réponses obtenues, le DFI a décidé de suspendre la modification de l'OAMal afin d'examiner au préalable de manière plus approfondie des questions fondamentales concernant la participation aux coûts, le choix de la franchise et la renonciation aux prestations. Il entend également répondre aux questions posées par le postulat Schmid-Federer (13.3250 « Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales »). Le présent rapport traite de différents aspects concernant le recours aux prestations et le choix de la franchise en lien avec l'évolution du système des primes.

Différentes sources de données ont été analysées, la littérature disponible a été consultée et une enquête en ligne a été réalisée auprès des assurés (B,S,S. [2017] et Ecoplan [2017]). Outre ces études empiriques, ils proposent également, dans le présent rapport, une analyse juridique des franchises fixées en fonction du revenu au sens du postulat Schmid-Federer (13.3250).

Participation aux coûts : franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour hospitalier

La participation aux coûts est constituée par la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier. S'agissant de la franchise, les assurés ont la possibilité de choisir parmi six niveaux allant de 300 à 2500 francs (sept franchises de 0 à 600 francs pour les enfants). La quote-part s'élève à 10 % des coûts des prestations qui dépassent la franchise, jusqu'à concurrence de 700 francs par an (350 francs pour les enfants). La contribution aux frais de séjour hospitalier est de 15 francs par jour en cas d'hospitalisation.

Choix et changement de la franchise

Pour les adultes et les jeunes adultes, la franchise la plus élevée se révèle optimale lorsque les prestations brutes (c.-à-d. les prestations de l'assureur, y c. la participation aux coûts) sont inférieures à 1500-2000 francs. En cas de dépassement de cette fourchette, c'est la franchise la plus basse qui est optimale. La part des assurés qui ont soit la franchise la plus basse, soit la plus élevée, n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années. Les assurés optent de plus en plus rarement pour les franchises intermédiaires, qui ne sont généralement pas les plus indiquées. Cependant, ils sont encore plus nombreux à privilégier les franchises basses, bien qu'ils ne recourent qu'à un montant moindre de prestations. À l'inverse, seul un nombre limité d'assurés ayant choisi des franchises élevées perçoivent des prestations importantes. Les assurés avec des franchises trop basses paient des primes inutilement élevées et ceux avec des franchises trop élevées assument des participations aux coûts trop importantes. Dans les deux cas, les assurés allègent la charge financière de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le montant total s'élève à près de 10 % du volume des primes.

Les résultats de l'étude B,S,S. (2017) montrent que ce sont principalement les assurés dont la santé est mauvaise et les revenus faibles qui choisissent les franchises basses. En moyenne, les jeunes adultes optent pour des franchises inférieures à celles des adultes et n'optimisent souvent leur franchise que lorsqu'ils passent dans la catégorie des adultes.

Les franchises sont fréquemment augmentées lors d'un changement de modèle d'assurance, tandis qu'elles sont souvent abaissées lorsque l'assuré prend de l'âge, c.-à-d. alors que le risque de maladie augmente.

Franchise à option pluriannuelle

Dans le but d'éviter des baisses de franchise limitées dans le temps en prévision d'une augmentation des prestations (par ex., en vue d'une opération planifiée), l'initiative parlementaire Borer (15.468 « LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle ») entend autoriser uniquement les franchises à option dans le cadre de contrats conclus pour plusieurs années. Cette mesure n'est praticable de manière relativement aisée que si les assurés ont la possibilité de changer chaque année d'assureur malgré les franchises à option pluriannuelles.

Selon l'étude B,S,S. (2017) les baisses de franchise temporaires sont rares. Elle conclut à ce sujet, sur la base d'une enquête menée auprès d'experts, que ce sont surtout des assurés jeunes, en bonne santé et bénéficiant d'une stabilité financière qui choisiraient des franchises à option pluriannuelles. Une enquête en ligne réalisée par Ecoplan (2017) a révélé que le niveau d'acceptation des franchises à option pluriannuelles est faible auprès des assurés et que les rabais auxquels ils s'attendent à titre de contrepartie pour cet engagement sur plusieurs années sont bien supérieurs aux économies escomptées en termes de coûts. Selon une estimation sommaire de l'OFSP, les économies s'élèveraient à 5 millions à peine par an.

Recours aux prestations en cas de franchises à option

Les prestations par personne à la charge des assureurs (prestations nettes moyennes) baissent en cas de franchise élevée, et ce du fait des trois effets suivants : un report des coûts de l'assureur sur les assurés (une franchise plus élevée implique une participation aux coûts plus élevée), l'auto-sélection (les assurés en bonne santé privilégient davantage les franchises élevées) et un changement dans le comportement des assurés. En effet, lorsqu'ils choisissent une franchise à option élevée, ils recourent moins aux prestations médicales ou se tournent vers des prestations moins onéreuses, car ils doivent verser une participation aux coûts plus élevée. Cependant, l'effet de l'auto-sélection est considérablement plus important que le troisième effet. Selon la littérature passée en revue par l'étude B,S,S., ce dernier réduit les coûts moyens pour les assurés souffrant d'affections plutôt bénignes, c.-à-d. pour 30-40 % des assurés avec des franchises élevées (1000 francs ou plus) qui génèrent des coûts modérés.

Renonciation aux prestations pour des raisons financières

Il convient de garantir que les assurés puissent recourir aux prestations médicales nécessaires même si leurs moyens financiers sont limités. Ce principe est menacé lorsque, pour des raisons financières, les assurés optent pour une franchise élevée et renoncent, en cas de maladie, à recourir aux prestations nécessaires parce que la participation aux coûts n'est pas supportable. Dans la pratique, il est difficile de délimiter les prestations de l'AOS médicalement nécessaires des prestations superflues. Les données qui permettraient d'opérer une telle distinction font défaut ou reposent sur une évaluation subjective, raison pour laquelle les résultats obtenus ne doivent être considérés que comme une estimation approximative. Les recherches empiriques de l'étude B,S,S. (2017) et l'analyse des données de l'enquête International Health Policy Survey (IHP) de la fondation Commonwealth Fund ainsi que l'examen de la littérature de l'étude B,S,S. (2017) ont mis en évidence que la part des personnes qui renoncent à des prestations médicales pour des raisons de coûts est de l'ordre de 10 à 20 %, les franchises élevées et les revenus bas augmentant la probabilité d'une telle renonciation. La proportion des personnes qui renoncent à des prestations médicalement nécessaires se situe au niveau inférieur du taux à un seul chiffre, cette part étant légèrement plus élevée chez les personnes

avec des franchises hautes. L'étude B,S,S. (2017) n'a pas décelé de renonciation aux prestations plus importantes chez les familles.

Franchises fixées en fonction du revenu

L'introduction d'un système dans lequel le montant de la franchise serait déterminé en fonction du revenu imposable ou du nombre de proches à charge soulève de multiples questions. Il faudrait notamment définir la base de calcul du revenu et la manière dont les franchises seraient calculées. Des difficultés d'ordre pratique se présenteraient aussi au niveau de la mise en œuvre, en particulier dans les cas où les personnes assurées ne perçoivent pas de revenu ou vivent dans une nouvelle forme de communauté domestique. Un tel système supposerait par ailleurs que les assureurs aient connaissance de la situation économique des personnes assurées. Il conviendrait d'examiner si la transmission de telles informations aux assureurs est compatible avec les exigences de la protection des données.

Liste des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
CWF	Commonwealth Fund
DFI	Département fédéral de l'intérieur
ESS	Enquête suisse sur la santé
IHP	International Health Policy Survey
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OECD	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAS	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins
RIP	Réduction individuelle des primes
SILC	Enquête sur les revenus et les conditions de vie (Statistics on Income and Living Conditions)

1	Contexte.....	6
2	Participation aux coûts dans l'assurance-maladie : franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour hospitalier.....	8
2.1	Franchise	8
2.2	Quote-part	9
2.3	Contribution aux frais de séjour hospitalier	9
2.4	Participation aux coûts et franchise optimale.....	9
2.5	Participation aux coûts pour les enfants	10
2.6	Participation aux coûts en comparaison internationale	10
3	Recherches empiriques sur le choix de la franchise, les comportements en matière de changement et sur le recours et la renonciation aux prestations.....	11
3.1	Données de base	12
3.2	Choix et changement de la franchise.....	14
3.3	Franchises à option pluriannuelles	17
3.4	Recours aux prestations en cas de franchises à option	19
3.5	Franchises fixées en fonction des revenus	27
4	Synthèse	32
5	Annexe	35
6	Bibliographie.....	39

1 Contexte

Le postulat 13.3250 Schmid-Federer (Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales) a chargé le Conseil fédéral d'examiner les effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales, notamment :

1. si les assurés choisissent une franchise tellement élevée pour économiser sur leurs primes d'assurance qu'ils ne peuvent plus la payer et renoncent à des prestations;
2. si, outre les personnes à bas revenu, des familles appartenant à la classe moyenne qui ont deux enfants ou plus ou qui ont des proches à charge renoncent à des prestations médicales en raison du montant de leur franchise;
3. si on peut envisager d'introduire un système où le montant de la franchise serait fixé en fonction du revenu imposable ou du nombre de proches à charge dans une famille.

Le système des primes en Suisse comporte un grand nombre de modèles d'assurance. Il est de ce fait très complexe. Au total, l'OFSP approuve chaque année quelque 250 000 primes, dont plus de la moitié ne sont choisies par aucun assuré. Le Conseil fédéral a établi dans sa stratégie « Santé2020 » que le nombre des primes de l'assurance obligatoire des soins, actuellement d'environ 250 000, devait être réduit dans le but de simplifier le système.

À l'été 2015, le DFI a donc mis en audition un projet de révision de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) qui prévoit la suppression des franchises les moins prisées chez les adultes (de 1000 et 2000 francs). Pour ce qui est des enfants, il proposait de ne plus garder que deux franchises à option, de 400 et de 600 francs. D'autre part, il était prévu d'abaisser les rabais accordés sur les primes pour les franchises à option élevées au niveau nécessaire en termes d'assurance, comme l'exige également l'OAMal. L'audition réalisée sur la modification correspondante de l'OAMal du 17 août au 12 novembre 2015 a mis en évidence que la proposition méritait un examen approfondi. Les participants à l'audition ont notamment exprimé des craintes concernant le fait que les modifications prévues pourraient occasionner une charge excessive pour les assurés avec des franchises à option élevées, rendre ces dernières moins attractives et, de ce fait, rendre le système plus coûteux. Aussi le DFI a-t-il décidé de suspendre la modification de l'OAMal afin d'examiner de manière plus approfondie des questions fondamentales concernant la participation aux coûts, le choix de la franchise et la renonciation aux prestations. Il entend également répondre aux questions posées par le postulat Schmid/Federer (13.3250 « Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales »).

En outre, plusieurs interventions ont été soumises au Parlement depuis 2015, qui visaient en majorité à renforcer la responsabilité individuelle des assurés par le biais d'une augmentation de la participation aux coûts¹. L'initiative parlementaire Borer (15.468 « LAMal. Renforcer la

¹ Ip. Bischofberger (15.3630 « Assurance-maladie. Franchises à option »), Mo. Bischofberger (15.4157 « Assurance obligatoire des soins. Adapter le montant des franchises à l'évolution des coûts »), Ip. Maier Thomas (15.3750 « LAMal. Suppression des franchises les plus élevées ? »), Ip. Stolz (15.3172 « Participation aux coûts des prestations de l'assurance-maladie. Montant maximal de la quote-part ») / 15.4002 « Adaptations régulières des différentes composantes de la participation aux coûts dans la LAMal ? »), Mo. Weibel (15.4222 « Franchises à option. Donner les bons signaux »), Ip. Landolt (15.3132 « LAMal. Adapter le montant de la franchise ordinaire »), Mo. Landolt (16.3084 « Assurance-maladie. Adapter le montant de la franchise ordinaire »), Mo. groupe libéral-radical (16.3110 « Assurance-maladie. Adapter régulièrement le montant des franchises ») / 16.3111 « Assurance-maladie. Renforcer la liberté de choix et la responsabilité individuelle en augmentant la franchise maximale »

responsabilité individuelle »), à laquelle les commissions des deux conseils ont décidé de donner suite, vise par ailleurs à prolonger à trois ans la durée de contrat pour les franchises à option.

Le présent rapport a également pour but de fournir une base pour l'évaluation de réformes dans le domaine de la participation aux coûts. Il aborde différentes questions concernant le recours aux prestations et le choix de la franchise en lien avec l'évolution du système :

- Quels assurés choisissent les franchises basses / élevées ?
- Quels assurés choisissent de passer à une franchise basse / élevée ?
- En quoi les assurés changeant de franchise se distinguent-ils de ceux qui n'en changent pas ?
- Quel est le niveau d'acceptation chez les assurés concernant une franchise à option pluriannuelle ?
- De quelle manière la franchise choisie influence-t-elle le recours aux prestations de la part des assurés ?
- Dans quelle mesure les franchises à option conduisent-elles les assurés à renoncer à des prestations nécessaires ?

Le système de la franchise vise à éviter que l'AOS doive assumer les cas de peu de gravité et à accroître la responsabilité individuelle des assurés. Renoncer à des soins médicaux à un stade précoce peut toutefois entraîner des complications et provoquer des dommages irréversibles, ce qui en définitive alourdit fortement la facture.

Les assurés ont la possibilité de modifier le montant de la franchise tous les ans, ce qui permet de planifier des traitements et des analyses devant être réalisés à plus long terme et de choisir pour l'année concernée la franchise la plus basse, pour repasser à l'issue du traitement à la franchise la plus élevée. On ignore cependant dans quelle mesure les assurés optimisent leur franchise annuellement. Il est nécessaire d'étudier davantage les questions relatives aux motifs de changement de franchise, à l'ampleur quantitative et à la composition du collectif des assurés prêts à signer un contrat les obligeant à conserver plusieurs années la même franchise.

D'autre part, il convient de clarifier les disparités en termes de coûts et d'aspects socio-démographiques entre les collectifs des assurés des différentes franchises et de quelle manière les assurés changeant de franchise se distinguent de ceux qui n'en changent pas.

Pour répondre à ces questions, différentes sources de données ont été analysées, la littérature disponible a été consultée et une enquête en ligne a été réalisée auprès des assurés. Outre ces études empiriques, le présent rapport contient également une analyse juridique des franchises fixées en fonction des revenus (Schmid-Federer 13.3250).

/ 16.3112 « Assurance-maladie. Adapter enfin le montant de la franchise minimale », Mo. CSSS-N (16.3906 « Pour une plus grande liberté entrepreneuriale dans le secteur de la santé »), Mo. Giezen-danner (16.4044 « Assurance-maladie. Fixer la franchise à 500 francs »).

2 Participation aux coûts dans l'assurance-maladie : franchise, quote-part et contribution aux frais de séjour hospitalier

2.1 Franchise

La franchise est la part des coûts des prestations que les assurés doivent assumer eux-mêmes intégralement avant que l'assurance prenne en charge les coûts. Chaque année, en cas de recours à des prestations, les coûts doivent être réglés par l'assuré jusqu'à concurrence de la franchise qu'il a choisie. Le système des franchises à option vise à éviter que l'AOS doive assumer les cas de peu de gravité et à accroître la responsabilité individuelle des assurés. La franchise ordinaire pour les adultes est de 300 francs. Les assurés peuvent aussi choisir une franchise plus élevée. Depuis 2005, ils peuvent opter pour une franchise à 500, 1000, 1500, 2000 ou 2500 francs ; en contrepartie les assureurs leur octroient un rabais de primes.

Le système des franchises à option a été introduit en 1987, alors qu'apparaissait le besoin de formes alternatives de participation aux coûts. Divers assureurs-maladie avaient auparavant proposé, dans le cadre de l'assurance pour patient privé, des variantes avec des franchises de montants différents. Celles-ci étaient toutefois uniquement ouvertes à des assurés jouissant d'une situation économique très aisée, selon la réglementation et la pratique officielle alors en vigueur. L'introduction des franchises à option a permis de proposer, de 1987 à 1990, trois niveaux pour les adultes et trois niveaux pour les assurés très aisés. À compter de 1991, les conditions ont été assouplies et les franchises à option ont été accessibles pour tous les assurés adultes, indépendamment de leur situation financière. Ce système de franchise à option a été repris en 1996 dans la LAMal. Jusqu'à 2017, les niveaux de franchise à option ont été adaptés à deux reprises² (1998 et 2005). Le nombre de ces franchises a également été augmenté en 2005 (une de plus).

La franchise ordinaire s'élevait à 150 francs à l'introduction de la LAMal. À ce jour, elle a augmenté à deux reprises³ ; son montant est de 300 francs depuis 2004. Différentes motions (15.4157, 16.4044, 16.3084) visent une élévation de la franchise ordinaire eu égard à la forte hausse des coûts bruts depuis la dernière augmentation.

Les rabais sur les primes pour les différentes franchises à option ont eux aussi été adaptés à plusieurs reprises depuis l'introduction de la LAMal. Jusqu'en 2000, le rabais autorisé pour les franchises à option était parfois si important que ces dernières étaient aussi intéressantes pour les assurés ayant beaucoup recours aux prestations, vu que les primes et les participations aux coûts étaient plus basses que pour les assurés ayant choisi la franchise ordinaire. Dans pareils cas, un assuré n'avait aucune raison de choisir la franchise la plus basse. Cela équivalait au final à une très forte augmentation de la franchise ordinaire, ce dont seuls les assurés qui comprenaient pleinement le système étaient conscients. Ce défaut a été en partie corrigé en 2001 : le rabais de prime maximal possible a alors été fixé à hauteur de 100 % de la différence entre la franchise ordinaire et la franchise à option. Ce n'est que lorsque la limitation du rabais sur les primes pour les franchises à option a été ramenée à 80 % de cette différence que l'on a pu garantir que les assurés ayant choisi une franchise à option assument un certain

² Franchises à option : 1996-1997 : 300, 600, 1200, 1500 francs
 1998-2004 : 400, 600, 1200, 1500 francs
 À partir de 2005 : 500, 1000, 1500, 2000, 2500 francs

³ Franchise ordinaire : 1996-1997 : 150 francs ; 1998-2003 : 230 francs ; à partir de 2004 : 300 francs

risque. En 2010, le rabais a été encore abaissé et limité à 70 % de la différence entre la franchise à option et la franchise ordinaire (art. 95c, al. 2^{bis}, OAMal). Ainsi, pour une franchise à option de 1500 francs, le rabais annuel pour les adultes ou les jeunes adultes peut s'élever à $0,7 \times (1500 - 300) = 840$ francs au maximum.

S'appuyant sur les recherches effectuées dans le cadre de la simplification du système des primes, l'OFSP a conclu que les rabais ainsi accordés sur les primes restaient encore trop importants pour les franchises élevées, raison pour laquelle le rabais maximal pour la franchise de 2500 francs doit être abaissé de 1540 (70 %) actuellement à 1100 francs (50 %) par an, et celui pour la franchise de 1500 francs de 840 (70 %) à 720 francs (60 %) par an. En revanche, selon l'étude, le rabais applicable pour la franchise de 500 francs se révèle approprié. Le rabais conforme aux besoins de l'assurance calculé par l'OFSP considère, les économies liées aux coûts des prestations imputables aux différentes franchises à option sans tenir compte des économies liées à la nature de l'effectif. Pour une franchise donnée, ces économies correspondent à la différence de coûts observée entre la situation où tous les assurés opteraient pour cette franchise et celle où ils choisiraient la franchise ordinaire⁴. Des explications détaillées sur les analyses sont disponibles dans la publication de l'OFSP « Réduction des primes pour les franchises à option » (2015).

2.2 Quote-part

Chaque année, les assurés doivent prendre à leur charge une part des coûts des prestations qui dépassent la franchise. Cette quote-part dans l'assurance obligatoire des soins correspond à 10 % des coûts depuis l'introduction de la LAMal, conformément à l'art. 64, al. 2, let. b, LAMal. De plus, à partir de 2006, la quote-part a été fixée à 20 % des coûts pour les médicaments originaux lorsqu'un générique plus avantageux figure sur la liste des spécialités⁵. Depuis 2004, le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à 700 francs en vertu de l'art. 103, al. 2, OAMal. Il était auparavant fixé à 600 francs depuis l'introduction de la LAMal.

2.3 Contribution aux frais de séjour hospitalier

Outre la participation aux coûts décrite ci-avant, l'assuré est également tenu de s'acquitter d'une contribution aux frais de séjour hospitalier de 15 francs par jour en cas d'hospitalisation. La contribution aux frais de séjour hospitalier n'a été modifiée qu'une seule fois : avant 2011, elle se montait à 10 francs par assuré. Outre les enfants et les jeunes adultes en formation, les femmes hospitalisées en raison de prestations de maternité en ont été exemptées à partir de 2014.

2.4 Participation aux coûts et franchise optimale

La participation aux coûts est constituée par la franchise, la quote-part et la contribution aux frais de séjour hospitalier décrites précédemment. Font exception les prestations de grossesse et de maternité (art. 29, al. 2, LAMal), qui sont exemptées de la participation aux coûts par

⁴ Étant donné que les assurés ne communiquent pas systématiquement leurs factures à l'assureur si celles-ci n'ont pas atteint le montant de la franchise à option, on ne peut qu'estimer la somme de ces factures. Il existe peu d'indications concernant le montant et le nombre des factures non envoyées. L'OFSP a répété les calculs à plusieurs reprises avec différentes hypothèses, ce qui a permis de constater que les résultats sont solides.

⁵ Cf. art. 38a de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, OPAS ; RS 832.112.31

l'art. 64, al. 7, let. b, LAMal depuis le 1^{er} mars 2014. Auparavant, cette dérogation concernait uniquement les prestations fournies en cas de grossesse en l'absence de complications.

Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, la participation aux coûts annuelle à la charge des assurés a augmenté au même rythme que les prestations et les primes, soit de 4,1 % par an, une hausse nettement plus forte que la progression des salaires ou du revenu disponible.

Selon une étude de l'OFSP (2017), les assurés ont la possibilité, en se fondant sur une estimation de leurs prestations brutes attendues l'année suivante, d'optimiser leur franchise de manière à minimiser leurs coûts globaux, à savoir la somme des primes et de la participation aux coûts. Pour des prestations brutes supérieures à 1500–2000 francs, la franchise la plus basse (300 francs) est la plus indiquée, tandis que la franchise la plus élevée (2500 francs) se révèle optimale pour des prestations inférieures. Ce principe est valable quel que soit l'assureur ou le modèle d'assurance choisi.

Or le cas où un assuré connaît exactement ses coûts à l'avance n'est pas réaliste, il doit donc prendre sa décision dans l'incertitude : il peut potentiellement tomber malade de manière inattendue, ou la guérison d'une maladie dont il souffre actuellement peut évoluer plus rapidement ou plus lentement que prévu. En cas d'incertitudes sur les prestations de santé effectives, il est possible de montrer mathématiquement qu'il est aussi judicieux de choisir soit la franchise la plus élevée, soit la plus basse, dans la mesure où le rabais sur les primes (en pourcentage de la différence entre les franchises) est équivalent pour toutes les franchises (OFSP [2017]). C'est à l'heure actuelle la solution retenue dans l'immense majorité des cas, étant donné que l'art. 95c, al. 2^{bis}, OAMal autorise pour les franchises à option élevées la même réduction de 70 % du risque de participer aux coûts assumé que pour les franchises basses⁶. Pour qu'une franchise intermédiaire se révèle optimale en cas de probabilité moyenne de maladie, il faut que le rabais sur les primes ne soit pas constant, mais structuré de manière dégressive.

2.5 Participation aux coûts pour les enfants

La franchise ordinaire pour les enfants (0–18 ans) est de 0 francs. Il existe par ailleurs six niveaux de franchise, allant de 100 à 600 francs par paliers de 100. D'après le tableau 7.16 de la Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015, 93,2 % des enfants sont assurés avec la franchise ordinaire. Les franchises à option jouent de ce fait un rôle mineur s'agissant des enfants.

Pour cette catégorie d'assurés, la quote-part correspond depuis l'introduction de la LAMal à 10 % des coûts des prestations, comme pour les adultes (cf. art. 64, al. 2, let. b, LAMal). L'art. 103, al. 2, OAMal dispose que le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à 350 francs.

2.6 Participation aux coûts en comparaison internationale

Dans son rapport sur le système de santé suisse, l'OCDE a conclu que la participation aux coûts à la charge des patients est élevée en comparaison internationale (OCDE/OMS 2011,

⁶ Exception faite de la franchise la plus élevée (2500 francs), car les assureurs ne peuvent alors plus accorder l'intégralité de la réduction sous peine d'enfreindre la règle relative à la prime minimale (art. 90c OAMal). Dans ce cas, on peut envisager que la franchise de 2000 francs soit à privilégier en cas d'incertitude.

p. 69). En 2014 encore, selon les statistiques de l'OCDE, la part des versements nets des ménages était de 26,7 %, alors qu'en moyenne seulement 20,2 % des dépenses totales de santé étaient financées à titre privé dans la zone de l'OCDE⁷. Même corrigés du pouvoir d'achat en Suisse, les paiements par habitant sont de loin les plus élevés. Ceci ne tient toutefois pas aux seuls éléments de la participation aux coûts dans l'AOS, mais aussi au fait que différentes prestations ne sont pas ou seulement partiellement couvertes par l'assurance-maladie sociale ou d'autres systèmes de sécurité sociale (notamment dans le domaine de la médecine dentaire ou des soins de longue durée)⁸.

Quoi qu'il en soit, même si l'on considère uniquement l'assurance de base, la participation aux coûts en Suisse reste élevée. D'après une enquête menée par l'OCDE (2016) auprès de 32 pays, seuls deux autres pays appliquent une franchise générale, à l'instar de la Suisse : les Pays-Bas (385 euros par an) et la Suède (1100 couronnes suédoises, soit environ 125 francs par an). L'enquête montre au demeurant un large éventail d'éléments de participation aux coûts, qui ne peuvent pas être présentés ici en détail⁹. Dans de nombreux pays, la participation aux coûts correspond plutôt à une part en pourcentage (à la manière de la quote-part) ou à un montant par prestation utilisée (contribution par jour d'hospitalisation ou par achat de médicaments, souvent de manière échelonnée par type de médicament). La somme des contributions est généralement limitée par année, parfois aussi en fonction du revenu.

3 Recherches empiriques sur le choix de la franchise, les comportements en matière de changement et sur le recours et la renonciation aux prestations

Comme indiqué précédemment, le présent chapitre examine différentes questions concernant le choix de la franchise, les comportements en matière de changement, le recours et la renonciation aux prestations.

D'une part, l'OFSP a commandé une étude à ce sujet (B,S,S. [2017]), qui s'est attachée à répondre, dans la mesure du possible, aux questions soulevées en se basant sur l'Enquête suisse sur la santé (ESS), l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) et les données individuelles d'un grand assureur-maladie. En complément, une synthèse de la littérature courante a également été effectuée sur les différents thèmes. Des connaissances supplémentaires sur les questions soulevées ont été acquises sur la base d'une enquête auprès d'experts.

Une enquête en ligne auprès des assurés a de plus été menée sur mandat de l'OFSP (Ecoplan [2017]) dans le but de déterminer le niveau d'acceptation concernant les franchises à option pluriannuelles. D'autre part, l'OFSP a procédé à une évaluation des données individuelles des assurés collectées depuis 2013 sur les thèmes du choix de la franchise, des personnes changeant de franchise et des coûts (publication de l'OFSP [2017]). Les questions de l'enquête du

⁷ Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014 – Données fréquemment demandées. Versements nets des ménages, pourcentage des dépenses totales de santé (2014 ou année la plus proche).

⁸ Dans son rapport, l'OCDE indique également que bien souvent, d'autres pays ne prennent pas en compte l'ensemble des coûts des soins de longue durée, c'est pourquoi ces chiffres doivent être interprétés avec prudence.

⁹ Pour une description détaillée de la participation aux coûts dans les différents États membres de l'UE, voir le rapport de la Commission européenne (2016).

Commonwealth Fund 2016 (CWF) portant sur le recours aux prestations et la renonciation à ces dernières pour des raisons financières ont également été analysées.

Les diverses sources de données permettent d'une part de répondre à différentes questions et d'autre part de tenter de répondre aux mêmes questions avec des données différentes, car chaque relevé présente de spécificités propres.

Les données disponibles ne permettent pas de répondre aux questions relatives au recours aux prestations en cas de franchises à option (3.3), c'est pourquoi l'analyse de l'étude B,S,S. (2017) porte en premier lieu sur la littérature disponible, qui est présentée dans ce rapport.

3.1 Données de base

3.1.1 Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'ESS permet de collecter de très nombreuses données sur l'état de santé, les comportements influant sur la santé et la consommation de prestations médicales. Elle contient en outre des informations sur la franchise actuelle, un éventuel changement de franchise par rapport à l'année précédente et la renonciation à des traitements pour certaines maladies. L'étude B,S,S. (2017) s'appuie sur le dernier relevé, de 2012. L'échantillon net compte quelque 18 400 personnes, ce qui correspond à un taux de participation de 45 %.

Ce relevé est utilisé pour analyser le choix des franchises (3.2) et le recours aux prestations en cas de franchises à option (3.4).

Les analyses détaillées sont disponibles dans l'étude B,S,S. (2017).

3.1.2 Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)

L'enquête SILC est une enquête par échantillonnage menée tous les ans par téléphone auprès d'environ 7000 ménages en Suisse. Elle vise à recueillir des informations sur les revenus et les conditions de vie des ménages, notamment les revenus, la réduction des primes (RIP), l'état de santé, la renonciation à des prestations médicales et ses motifs. Toutefois, l'enquête n'inclut pas de données sur la franchise. L'analyse s'appuie sur les relevés des années 2010 à 2014.

Cette enquête a été utilisée pour examiner les aspects en lien avec la renonciation aux prestations (3.4.2).

Les analyses détaillées sont disponibles dans l'étude B,S,S. (2017).

3.1.3 Données individuelles de la CSS

Ces données contiennent les données de base de tous les assurés du Groupe CSS pour les années de traitement 2004 à 2015 ainsi que les informations concernant les données annuelles sur les prestations de l'AOS. En 2014, l'effectif des assurés était constitué de 1,2 million d'assurés. En fonction des problématiques posées, d'autres années de traitement ont été prises en compte dans l'analyse. Ces données permettent de réaliser une étude longitudinale ; il manque cependant pour ce faire des indications concernant l'état de santé des assurés.

Ce relevé est utilisé pour analyser le choix des franchises (3.2) et la renonciation aux prestations en cas de franchises à option (3.4.2).

Les analyses détaillées sont disponibles dans l'étude B,S,S. (2017).

3.1.4 Données individuelles de l'ensemble des assureurs

L'OFSP collecte depuis 2013 auprès de l'ensemble des assureurs les données individuelles anonymisées des assurés. Celles-ci contiennent des indications démographiques telles que l'âge et le sexe, des données sur le rapport d'assurance comme l'assureur, le modèle d'assurance, la franchise et la prime ainsi que les prestations brutes et les participations aux coûts. Pour élaborer le présent rapport, les auteurs ont examiné les données des années 2013 et 2014.

L'évaluation porte uniquement sur les adultes et les jeunes adultes, c.-à-d. les assurés qui ont choisi eux-mêmes leur franchise.

Les analyses détaillées sont disponibles dans la publication de l'OFSP [2017].

3.1.5 Enquête du Commonwealth Fund 2016 (IHP)

L'enquête IHP du CWF se déroule chaque année dans 11 pays différents ; la Suisse y participe depuis 2010. Différents groupes cibles sont interrogés selon une rotation sur trois ans. L'analyse porte sur l'enquête de 2016, lors de laquelle les résidents suisses de plus de 18 ans ont été sondés. L'échantillon compte 1520 ménages, qui ont été interrogés sur différents aspects en lien avec la santé. S'agissant de la problématique qui nous intéresse, les questions pertinentes sont en premier lieu celles concernant la renonciation aux prestations médicales.

Ce relevé est utilisé pour analyser la renonciation aux prestations en cas de franchises à option (3.4.2).

Vous trouverez en annexe des tableaux récapitulant différentes analyses de l'enquête IHP.

3.1.6 Enquête en ligne auprès des assurés

Une enquête unique réalisée auprès de 2000 assurés de toute la Suisse a recueilli, outre des informations démographiques d'ordre général sur les personnes interrogées, des données concernant leur franchise et leur avis par rapport à l'idée de garder la même franchise à option durant plusieurs années.

Cette enquête est utilisée pour déterminer si la population accepterait les franchises à option pluriannuelles, aspect développé dans le chapitre consacré au recours aux prestations en cas de franchises à option (3.3).

Les analyses détaillées sont disponibles dans l'étude Ecoplan (2017).

3.1.7 Enquêtes auprès d'experts

Les auteurs de l'étude B,S,S. (2017) ont mené deux enquêtes auprès d'experts. Dans le cadre de la première enquête, ils ont principalement interrogé des personnes (16) exerçant un rôle de direction dans les domaines du marché, du marketing et de la distribution au sein de moyennes ou grandes caisses suisses d'assurance-maladie. Les questions posées portaient sur le choix de la franchise, le changement de franchise et l'acceptation des franchises à option pluriannuelles.

Cette enquête a été réalisée pour recueillir des informations sur le choix de la franchise (3.2) et sur le niveau d'acceptation des franchises à option pluriannuelles au sein de la population (3.3).

Dans la deuxième enquête, menée par téléphone, les auteurs se sont penchés sur la consommation de prestations médicales et ont interrogé deux associations de patients, deux organisations de consommateurs, un service social municipal, deux personnes de la recherche sur la santé et sociale, un assureur-maladie et deux conseillers en matière de budget et de dettes.

Cette enquête a été réalisée pour obtenir des informations sur le recours aux prestations en cas de franchises à option (3.4).

Les analyses détaillées sont disponibles dans l'étude B,S,S. (2017).

3.2 Choix et changement de la franchise

Le présent chapitre présente un récapitulatif des résultats de l'étude B,S,S. (2017) et de l'évaluation des données individuelles visées au chap. 3.1.4 réalisée par l'OFSP (OFSP [2017]).

Comme expliqué au chap. 2.4, les personnes assurées ont la possibilité d'optimiser leur franchise en se fondant une estimation de leurs prestations brutes pour l'année à venir. En d'autres termes, ils peuvent choisir la franchise la plus élevée lorsque les coûts attendus sont faibles, à savoir au-dessous de 1500 à 2000 francs, et la plus basse pour des coûts supérieurs. Se posent dès lors les questions de savoir sur quels critères les assurés choisissent réellement leur franchise et s'il y a un changement de franchise en cas d'évolution de l'état de santé des assurés ou des prestations brutes.

3.2.1 Choix des franchises

Le tableau 1 présente la répartition des franchises pour les années 2013 à 2015. Il apparaît que la plupart des assurés ont opté soit pour la franchise la plus élevée, soit pour la plus basse, c.-à-d. qu'ils ont choisi les franchises potentiellement optimales selon le chap. 2.4. Lorsque l'on considère la somme des primes et des participations aux coûts, les franchises de 300 et de 500 francs ne diffèrent que légèrement, ce qui peut expliquer la part relativement élevée de la franchise de 500 francs.

Tableau 1

Franchise	2013	2014	2015
300	43,3 %	43,6 %	43,8 %
500	17,0 %	16,2 %	15,4 %
1000	4,8 %	4,7 %	4,6 %
1500	13,5 %	12,8 %	11,9 %
2000	3,9%	4,0%	3,9%
2500	17,4 %	18,6 %	20,5 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Répartition des franchises pour les adultes

Source : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, années 2013 à 2015

Selon les données individuelles de l'ensemble des assureurs, la part des assurés qui ont changé de franchise entre 2013 et 2014 est d'environ 5,3 %. Du fait de ces changements, il se dessine à long terme une tendance des assurés à se tourner soit vers la franchise la plus basse soit vers la plus élevée, cette dernière étant plus prisée. La part de ces deux franchises

potentiellement optimales selon le chap. 2.4 n'a cessé de progresser au cours des dernières années, tandis que celle de toutes les autres franchises a reculé.

L'étude B,S,S. (2017) s'est intéressée aux raisons motivant les assurés dans le choix de leur franchise. Les auteurs partent du principe que le choix dépend notamment des coûts de santé attendus, des primes ainsi que de la situation financière et de la propension au risque des assurés. En conséquence, les franchises basses ont surtout la préférence des assurés en mauvaise santé et aux faibles revenus.

Les résultats empiriques de l'étude montrent les caractéristiques socio-démographiques des assurés par rapport aux franchises : les assurés présentant des risques supérieurs à la moyenne en termes de santé, tels que les personnes âgées, les femmes, les malades chroniques, les fumeurs ou encore les bénéficiaires d'une RIP choisissent plutôt des franchises basses, tandis que les personnes actives avec un bon niveau de formation et les assurés ayant opté pour des modèles alternatifs d'assurance ont tendance à privilégier des franchises élevées.

Les illustrations et les explications figurant dans l'étude (OFSP [2017]) mettent clairement en évidence que les assurés choisissent leurs franchises essentiellement en fonction des prestations brutes auxquelles ils s'attendent, presque indépendamment de leur âge, de leur sexe, des hospitalisations l'année précédente ou du modèle d'assurance sélectionné. Par exemple, pour des prestations brutes équivalentes, la répartition des franchises par âge et par sexe pour les assurés de moins de 60 ans ne diffère que très légèrement qu'il y ait une hospitalisation ou non l'année précédente. Il s'ensuit que les différences en termes de choix de franchise des assurés s'expliquent essentiellement par des écarts au niveau des attentes quant aux futures prestations brutes. À relever également que les jeunes adultes âgés de 19 à 25 ans ont des franchises inférieures à celles des adultes. Manifestement, les jeunes adultes ne commencent souvent à optimiser leurs franchises qu'en atteignant la catégorie des assurés adultes, le cas échéant parce que c'est à ce moment-là qu'ils choisissent eux-mêmes leur rapport d'assurance et doivent payer eux-mêmes leurs primes.

Les résultats montrent également que beaucoup d'assurés évaluent à peu près correctement leur santé et, de ce fait, leurs prestations brutes, et optent pour une franchise appropriée. Ceci vaut tout particulièrement pour les assurés avec des franchises élevées, qui occasionnent généralement peu de prestations brutes. Mais il y a aussi un grand nombre d'assurés qui optent pour des franchises basses malgré de faibles prestations brutes, c.-à-d. que les franchises choisies sont en moyenne trop basses par rapport aux franchises optimales. Selon l'étude B,S,S. (2017), le choix de franchises inappropriées, et notamment trop basses, peut s'expliquer par les raisons suivantes :

- Les assurés avec des franchises trop basses refusent le risque d'une participation aux coûts trop élevée et préfèrent des rabais moindres sur les primes, à savoir des primes plus élevées.
- Selon une enquête menée auprès d'experts, de nombreux assurés ne comprennent pas suffisamment bien le système complexe de l'assurance-maladie, avec les franchises, la quote-part et les rabais accordés en fonction des franchises et modèles d'assurance pour choisir des franchises appropriées.

Les assurés avec des franchises trop basses ou trop élevées paient, en comparaison avec les assurés dotés de franchises optimales, des primes ou des participations aux coûts plus importantes, améliorant ainsi la situation financière de l'AOS. L'OFSP a examiné ces contributions supplémentaires à l'aide des données individuelles des assurés (OFSP [2017]). Une part substantielle provient essentiellement d'assurés relativement jeunes et principalement en

bonne santé qui optent pour des franchises basses malgré des prestations brutes peu importantes. Si tous les assurés choisissaient des franchises optimales, une hausse des primes supplémentaire d'environ 10 % serait nécessaire pour assurer le financement de l'AOS.

3.2.2 Comportements des assurés en matière de changement

L'étude B,S,S. (2017) s'est par ailleurs intéressée aux raisons pour lesquelles les assurés changent de franchise. Elle parvient à la conclusion que les caractéristiques des assurés observées par les auteurs de l'étude¹⁰ ne permettent de décrire que partiellement ces changements. Les franchises sont essentiellement augmentées lors d'un changement de modèle d'assurance, tandis qu'elles sont abaissées lorsque l'assuré prend de l'âge, c.-à-d. alors que le risque de maladie augmente.

L'étude porte également sur les changements temporaires de franchise. En l'espèce, il est particulièrement intéressant de savoir si les assurés changent temporairement leur franchise pour une année parce qu'ils prévoient des prestations brutes élevées sur le court terme. L'étude montre que la part des assurés qui abaissent provisoirement leur franchise est minime : ils représentent 0,17 % de l'ensemble des assurés (soit environ 0,4 % des assurés avec une franchise à option). Il s'agit dans les faits et de manière générale d'assurés dont les coûts sont relativement modestes et qui présentent l'année de la baisse de franchise des coûts sensiblement accrus. Le cas inverse d'une augmentation temporaire de la franchise est plus rare ; il représente 0,13 % de tous les assurés. On constate ainsi que dans l'ensemble, seule une infime minorité des assurés recourent à un changement de franchise temporaire.

Les illustrations et les explications figurant dans l'étude (OFSP [2017]) confirment que les franchises sont souvent modifiées au moment du changement de modèle d'assurance et d'assureur : Un tiers environ des assurés qui changent soit d'assureur soit de modèle d'assurance modifient simultanément leur franchise, tandis que cette démarche n'est effectuée que par 4 % à peine des assurés qui ne changent ni de modèle d'assurance ni d'assureur (personnes changeant uniquement de franchise). Toutefois, seul un faible pourcentage d'assurés choisissent de changer d'assurance ou de modèle d'assurance, c'est pourquoi le nombre absolu des assurés qui changent de franchise en même temps que d'assureur ou de modèle d'assurance est quelque peu inférieur à celui des personnes changeant uniquement de franchise.

Les analyses confirment en outre que les assurés qui changent de franchise optent en majorité pour des franchises appropriées, c.-à-d. qu'ils sont en mesure d'évaluer correctement leur état de santé et, de ce fait, leurs futures prestations brutes. C'est notamment le cas pour ceux qui passent à une franchise plus élevée.

3.2.3 Conclusion

Les assurés présentant des risques supérieurs à la moyenne en termes de santé choisissent plutôt des franchises basses, tandis que les personnes actives avec un bon niveau de formation et les assurés ayant opté pour des modèles alternatifs d'assurance ont tendance à privilégier des franchises élevées. Une grande partie des assurés évaluent à peu près correctement leurs risques en matière de santé et choisissent des franchises appropriées. Ceci vaut tout particulièrement pour les assurés avec des franchises élevées, qui occasionnent généralement peu de prestations brutes. Mais il y a aussi un grand nombre d'assurés qui optent pour

¹⁰ Caractéristiques étudiées : prestations brutes de l'AOS par le passé, hospitalisation, niveau de prime et augmentation des primes, changement de catégorie d'âge (jeunes adultes-adultes), modification du versement de la RIP

des franchises basses malgré de faibles prestations brutes. Du fait des bas rabais accordés, des franchises trop basses entraînent des primes inutilement élevées, tandis que des franchises trop hautes impliquent des participations aux coûts disproportionnées. Dans les deux cas, les assurés allègent ainsi la charge financière de l'AOS. Le montant total s'élève d'environ 10 % du volume des primes.

Seul un petit nombre d'assurés abaissent provisoirement leur franchise lorsqu'ils prévoient des prestations brutes élevées à court terme. Il en va de même pour le cas inverse. Ainsi, rares sont les assurés à augmenter leur franchise parce qu'ils s'attendent à une année sans coûts.

3.3 Franchises à option pluriannuelles

3.3.1 Avantages et inconvénients de différentes variantes

Tandis que les assurés de l'assurance ordinaire ont la possibilité de dénoncer leur contrat pour la fin d'un semestre d'une année civile, la réglementation autorise aujourd'hui uniquement un changement pour la fin d'une année civile s'agissant des formes d'assurance particulières (cf. art. 100b OAMal). Cette règle vise à renforcer la responsabilité individuelle des assurés et à limiter les changements opportunistes de franchise et de modèle avant des interventions médicales planifiées. Des propositions visant à restreindre davantage les possibilités de changement et à imposer des contrats sur plusieurs années pour les formes particulières d'assurance figuraient dans le projet Managed Care (04.062) et les mesures pour endiguer l'évolution des coûts (09.053), qui ont été rejetés. Récemment, cette idée a été reprise par l'initiative parlementaire Borer (Brand) (15.468 « LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle »).

Il existe de nombreuses manières d'instaurer des durées de contrat de plusieurs années. Une variante réalisable est présentée ci-après.

Dans cette variante, le nombre des tarifs des primes reste le même, et les difficultés liées à d'autres variantes de mise en œuvre ne se posent pas :

- La durée contractuelle pour l'ensemble des franchises à option est de trois ans.
- L'assureur adapte annuellement les primes aux coûts.
- Chaque année, les assurés peuvent passer chez un autre assureur pour tout modèle avec un niveau de franchise égal. En cas de changement, l'assureur actuel doit informer le nouvel assureur du montant de la franchise et de la durée résiduelle.
- L'assuré peut, pendant la durée du contrat, passer d'un modèle avec choix limité des fournisseurs de prestations à un autre ou à un modèle sans restriction de choix tout en conservant le même niveau de franchise.

Les autres variantes imaginables sont difficiles à mettre en œuvre et augmentent la complexité du système et la densité réglementaire nécessaire :

- Si différentes durées de contrat sont autorisées, le nombre de tarifs de primes augmentera fortement et les rabais devront être échelonnés en fonction de la durée du contrat. En l'occurrence, les économies réalisées du fait de la durée du contrat et de la différence de primes concernée seront faibles, car seul un petit nombre d'assurés – moins de 0,5 % de tous les assurés avec des franchises à option, selon l'étude B,S,S. (2017) – adaptent régulièrement leur franchise.
- Une estimation sommaire effectuée par l'OFSP montre que les économies s'élèveraient à environ 5 millions de francs, autrement dit à 1.50 francs à peine par assuré adulte ayant une franchise à option ou à 75 centimes par assuré adulte en général. Ce montant correspond à environ 0,02 % des primes encaissées en supposant que tous les assurés ayant une franchise à option choisissent la version pluriannuelle, que la

part des assurés optimisant leur franchise est de 0,5 % pour chaque franchise à option et que l'économie de coûts est maximale.

- Si la prime est fixée pour toute la durée du contrat, l'assureur devra proposer chaque année aux nouveaux assurés un nouveau contrat avec une durée pluriannuelle et des primes révisées. L'estimation des coûts sur plusieurs années accroît de plus le risque que l'assureur évalue mal les primes, ce qui augmente les besoins concernant les réserves nécessaires. Si les estimations conduisent à des primes trop basses, l'assureur devra financer ce manque par les primes relevant des franchises ordinaires et des nouveaux contrats avec franchises à option pluriannuelles. En d'autres termes, ces primes devront être augmentées davantage que la moyenne, tandis que les primes trop basses sont maintenues sur trois ans.
- Si les assurés ne sont pas autorisés à changer d'assureur pendant la durée d'un contrat pluriannuel sans fixation des primes, ils ne sont pas en mesure de réagir aux augmentations de ces dernières. Ceci incitera l'assureur à proposer pour la première année des primes qui ne sont pas aussi élevées qu'il le faudrait, en vue d'attirer les assurés. Les années suivantes, on constatera alors des revalorisations des primes supérieures à la moyenne que les assurés ne pourront que subir, vu qu'ils ne seront pas autorisés à changer d'assureur ni de franchise.

3.3.2 Acceptation auprès de la population

Une enquête en ligne (Ecoplan [2017]) a été réalisée dans le but de sonder le niveau d'acceptation des franchises à option pluriannuelles auprès de la population suisse. Celle-ci a montré que la majorité (58 %) des participants (2118 personnes) préférerait le système actuel des franchises à option sur un an. Seuls 23 % préféreraient la franchise à option pluriannuelle, tandis qu'une part importante d'entre eux, 19 %, n'a pas pu se prononcer. Les personnes avec des niveaux de formation et de revenus élevés se sont davantage exprimées en faveur des franchises à option pluriannuelles. Le degré d'adhésion dans les régions germanophones (26 % d'adhésion) est supérieur à celui exprimé dans les régions francophones et italophones (14 et 13 %).

Les participants ont également été interrogés sur leur disposition à opter pour un modèle avec une franchise à option pluriannuelle (l'hypothèse qui leur a été présentée incluait aussi le modèle existant de franchise à option annuelle). Sur ce point, les participants ont fait savoir qu'un tel changement était soit inenvisageable soit envisageable à condition de bénéficier d'un rabais très élevé¹¹. Comme décrit précédemment, les économies escomptées sont minimes, c'est pourquoi le rabais aussi serait bas.

La durée contractuelle de trois ans semble par ailleurs trop longue pour une majorité des personnes interrogées. Elles ont été 58 % à souhaiter une durée de deux ans. D'autre part, 62 % des participants jugent le nouveau modèle plus compliqué que l'ancien.

L'enquête menée auprès des experts (étude sur la renonciation aux prestations [Ecoplan (2017)]) concernant les franchises à option pluriannuelles a montré que ceux-ci sont majoritairement d'avis que la disposition à choisir une franchise à option diminue si celle-ci doit être conservée durant plusieurs années. Les experts supposent que ce sont surtout des assurés jeunes, en bonne santé et bénéficiant d'une stabilité financière qui opteraient pour une franchise à option pluriannuelle. Si ce type de franchise était proposé de manière facultative, le

¹¹ Parmi les personnes susceptibles d'accepter un changement, une grande majorité attendait un rabais d'au moins 20 francs par mois.

choix des assurés dépendra des incitations financières (prime fixe et rabais substantiel par rapport à la franchise pouvant être changée annuellement).

3.3.3 Conclusion

Les franchises à option pluriannuelles peuvent être mises en œuvre selon différentes modalités. La plupart des variantes exigent toutefois une réglementation étendue. La réalisation de l'une de ces variantes serait relativement aisée : celle selon laquelle les assureurs adapteraient annuellement les primes aux coûts et les assurés pourraient passer chez un autre assureur pour tout modèle avec un niveau de franchise égal. En l'espèce, il faut tenir compte du fait que les réductions temporaires de franchises à l'initiative des assurés sont rares et que le niveau d'acceptation des franchises à option pluriannuelles est faible auprès de ces derniers.

3.4 Recours aux prestations en cas de franchises à option

3.4.1 Influence de la franchise sur le recours aux prestations de santé

Le présent chapitre vise à élucider dans quelle mesure les assurés présentent des coûts de prestations inférieurs du fait d'une participation aux coûts élevée. Étant donné que la quote-part est la même pour tous dans le système actuel, les explications suivantes se rapportent toutes à l'effet de la franchise. Les prestations nettes moyennes par assuré payées par les assureurs diminuent à mesure que le montant de la franchise augmente (voir tableau 2).

Tableau 2

Prestations en francs par personne assurée adulte dans le modèle standard						
Franchise	300	500	1000	1500	2000	2500
Prestations brutes en francs	8312	6811	3630	2504	2107	1501
Participation aux coûts en francs	678	770	767	747	735	647
Prestations nettes en francs	7634	6041	2863	1757	1373	854

Exemple montrant que plus la franchise est élevée, plus les prestations brutes et les prestations nettes moyennes par personne adulte assurée dans le modèle standard sont basses (les prestations brutes comprennent la participation aux coûts et les prestations nettes ne l'incluent pas). Il en va de même pour les jeunes adultes et les enfants ainsi que dans les formes d'assurance avec choix limité, quoique dans une moindre mesure.

Source : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015, T2.23, T2.24, T2.08

Cette diminution des prestations nettes moyennes à mesure que la franchise augmente découle des trois effets suivants :

1. Les prestations à la charge de l'assureur sont inférieures pour les assurés ayant opté pour une franchise élevée, car leur participation aux coûts est plus importante.
2. Les assurés qui ont choisi une franchise élevée ont des coûts de prestations plus bas, car ils sont (en moyenne) en meilleure santé que ceux qui ont préféré une franchise basse (auto-sélection).
3. Une participation aux coûts plus élevée, dans notre cas la franchise, entraîne un changement de comportement de l'assuré : en raison de la franchise élevée, il se rend moins souvent chez le médecin et génère par conséquent des coûts de prestations globalement moindres.

Le premier effet devrait en principe apparaître dans la statistique sur la participation aux coûts. Celle-ci pâtit toutefois des lacunes liées aux factures qui n'ont pas été transmises par les personnes ayant une franchise à option élevée. En effet, tant que les coûts des prestations ne dépassent pas le montant de la franchise, les assurés n'ont aucune raison de faire parvenir les factures correspondantes à l'assureur-maladie. Tel est le cas des prestations qui sont comptabilisées dans le système du tiers garant (donc notamment les factures ambulatoires). Ainsi, les coûts de santé relevés dans les données des assureurs-maladie sont inférieurs aux coûts véritables des personnes ayant une franchise à option. Une analyse s'appuyant sur les données de la CSS a toutefois montré que les prestations manquantes sont minimales, avec une moyenne de 30 francs par assuré (Schmid, 2016). Cette valeur est néanmoins susceptible de varier fortement entre les différents assureurs.

Il est par ailleurs incontestable que l'effet de l'auto-sélection est considérablement plus important que le troisième effet. Trottman et al. (2012) estiment qu'il représente 90 % de l'écart entre les dépenses des personnes avec des franchises basses et celles avec des franchises élevées. Gerfin et Schellhorn (2006) estiment, quant à eux, que la différence observée dans le nombre de consultations chez le médecin (ESS 2002) est imputable à 75 % à l'auto-sélection. En lien avec les économies réalisées dans le cadre des modèles (Burri, 2013), la sélection du risque, y compris l'auto-sélection, a été estimée à 80 à 85 % de la différence des coûts entre les modèles et l'assurance de base, sachant que la base de calcul utilisée sous-évalue de manière générale cet effet.

Intéressons-nous à présent à l'influence du troisième effet. La mesure des économies réalisées au niveau des coûts des prestations du fait d'un changement de comportement des assurés nécessite des plans d'étude spécifiques. Ces plans sont extrêmement exigeants et nécessitent des données dont on ne dispose pas actuellement pour la Suisse ou des procédés expérimentaux qui ne peuvent pas être mis en œuvre sans autres formalités. C'est pour cette raison que l'étude B,S,S. (2017) examine les résultats de recherche pertinents obtenus en Suisse et à l'étranger. Le rapport présente ici une synthèse des résultats. Pour de plus amples informations, veuillez vous référer à l'étude.

Les études empiriques suivantes ont ainsi été examinées plus en détail :

Études internationales

RAND Health Insurance Experiment (Newhouse 2004 ; Aron-Dine et al. 2013)

Chiappori, Durand et Geoffard (1998)

Winkelmann (2004)

Borah et al. (2011)

Oregon Health Insurance Experiment (Finkelstein et al. 2012)

Études nationales

Schellhorn (2001)

Gerfin et Schellhorn (2006)

Trottman, Beck et Zweifel (2012)

Gerfin, Kaiser et Schmid (2015)

Boes et Gerfin (2016)

Sont indiquées en gras les études les plus pertinentes selon l'étude B,S,S. (2017).

Hormis Schellhorn (2001), toutes les études montrent une relation entre la participation aux coûts et le recours aux prestations. En d'autres termes, une augmentation de la participation aux coûts entraîne un changement de comportement des assurés et, de ce fait, des coûts de prestations globalement plus bas. Dans toutes les études internationales, les assurés

n'avaient pas pu choisir eux-mêmes leur participation aux coûts, celle-ci était imposée. Ce cas de figure correspond par exemple, dans le système suisse, à une augmentation de la franchise ordinaire, mais pas à l'adoption par l'assuré d'une franchise plus élevée. Dans le système des franchises à option, ce sont essentiellement les assurés qui s'attendent à des coûts de prestations peu importants qui augmentent leur participation aux coûts (auto-sélection). Les connaissances acquises à l'international ne peuvent donc être transposées que dans une certaine mesure à la situation en Suisse.

L'étude nationale Boes et al. (2016) évalue elle aussi dans son échantillon de personnes l'augmentation de la participation aux coûts pour l'ensemble des assurés. Elle analyse de quelle manière l'introduction de la participation aux coûts dans les modèles HMO, initialement proposés sans participation aux coûts par l'assurance CSS, se répercute sur la renonciation aux prestations. Gerfin et al. (2015) se penchent sur le changement de comportement en matière de consommation sur une année et constatent que chez les assurés avec des franchises élevées, la consommation de prestations est supérieure en fin d'année (lorsque la franchise est épuisée) en comparaison avec celle du début de l'année, lorsqu'ils doivent régler eux-mêmes les prestations. Seuls Trottman et al. (2012) ainsi que Gerfin et Schellhorn (2006) étudient le nombre de consultations chez le médecin et les économies réalisées au niveau des prestations pour les assurés avec des franchises élevées par rapport à ceux ayant la franchise ordinaire.

Les économies quantitatives diffèrent selon le plan de recherche et les différentes études ne peuvent être transposées que partiellement au système de franchises à option. De manière générale, on peut toutefois s'attendre à ce que les assurés pour lesquels les coûts des prestations sont inférieurs à la franchise d'origine (avant le changement) ne réalisent pas d'économies du fait d'un renoncement à des prestations après l'augmentation de la franchise. Les assurés avec une franchise de 300 francs doivent avoir des coûts de prestations excédant ce montant pour qu'un changement pour une franchise supérieure permette d'obtenir un effet quelconque. Les assurés qui avaient déjà à l'origine une franchise plus élevée doivent en conséquence avoir des coûts de prestations plus élevés pour qu'il s'ensuive un changement de comportement supplémentaire de leur part et des coûts de prestations plus bas. Il n'y a pas non plus d'économies au niveau des prestations concernant les assurés qui, après le changement de franchise, ont des coûts de prestations élevés, voire très élevés. En effet, lorsque ceux-ci atteignent la participation aux coûts maximale, l'incitation à économiser disparaît et il n'est guère possible de renoncer à des prestations en cas de maladie grave.

C'est pourquoi les économies découlant d'un renoncement à des prestations interviennent essentiellement chez les assurés avec des coûts modérés (et des maladies peu graves).

Pour résumer dans les grandes lignes, les différentes études permettent d'estimer les économies comme suit : une augmentation de la part des coûts à prendre en charge de 10 % (soit par ex. de 500 à 550 francs) entraîne en moyenne une réduction des prestations de 2 % (soit par ex. de 1000 à 980 francs). Un changement de comportement n'intervient alors que lorsque la modification de la participation aux coûts a une influence sur le prix effectif que doit payer l'assuré. En d'autres termes, une augmentation de la franchise de 500 à 550 francs n'occasionne un recul des coûts de prestations que pour les assurés qui recourent à des prestations pour un montant supérieur à 500 francs. On notera de plus que ces économies sont des valeurs moyennes. Comme décrit précédemment, il existe d'importantes disparités au niveau individuel. Une personne ayant un recours élevé aux prestations du fait d'une maladie potentiellement mortelle ne réduirait guère ses visites chez le médecin en raison d'une augmentation (hypothétique) de sa franchise. À l'inverse, les personnes dont les coûts sont modérés (et dont les pathologies sont plus bénignes) réagissent généralement d'une manière plus marquée et obtiennent des économies plus importantes.

Comme on peut le voir dans le tableau 3, environ 25 à 38 % des assurés avec une franchise à option élevée (1000 francs ou plus) présentent des coûts modérés, c'est pourquoi on peut s'attendre à un certain changement de comportement de leur part, tandis que l'on ne peut escompter de changement pour les 62 à 75 % des assurés restants du fait de leurs coûts de prestations trop bas ou trop élevés. Au niveau de la franchise ordinaire et de la franchise à 500 francs, la proportion des assurés avec des coûts modérés est plus importante.

Tableau 3

Franchise	300	500	1000	1500	2000	2500
Aucun coût (CHF 0)	9 %	14 %	28 %	37 %	43 %	48 %
Coûts bas (CHF 0 à 300)	8 %	10 %	18 %	19 %	20 %	19 %
Coûts modérés (CHF 300 à 3000)	42 %	43 %	38 %	32 %	28 %	25 %
Coûts élevés (> CHF 3000)	41 %	34 %	16 %	12 %	9 %	8 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Nombre d'assurés	2 273 728	858 793	280 992	710 409	206 167	944 581

Part en pourcentage des assurés avec des coûts nuls, bas, modérés ou élevés (prestations brutes) par franchise à option. Données individuelles pour l'ensemble des assurés, 2013.

3.4.2 Franchises à option, prestations et primes

Jusqu'ici, les considérations portaient sur l'influence de la participation aux coûts plus élevée, à savoir la franchise à option, sur le recours aux prestations de santé (prestations brutes). Penchons-nous à présent sur l'influence des franchises à option sur les prestations à rembourser par les assureurs et sur les primes encaissées (recettes).

Il va de soi que les économies que réalisent les assureurs sont supérieures, car les assurés assument des coûts de prestations plus importants, de par la franchise plus élevée (premier effet cité précédemment). Ceci signifie que l'effet sur les prestations nettes est plus important que l'effet sur les prestations brutes. Toutefois, c'est aussi le cas uniquement pour les assurés dont les coûts de prestations sont plus élevés que leur franchise d'origine. Bien que les assurés ayant des coûts de prestations inférieurs à la franchise d'origine paient des primes plus basses en optant pour une franchise à option plus élevée, les coûts des prestations pour l'assureur (prestations nettes) restent égaux après le changement (0 francs).

En comparaison des assurés ayant la franchise ordinaire, les assurés ayant opté pour une franchise à option obtiennent en contrepartie un rabais sur le montant des primes. Ce rabais est aujourd'hui plus élevé que les économies effectivement réalisées (voir OFSP [2015]). D'une part, l'assureur génère moins de recettes avec un assuré qui augmente sa franchise et d'autre part, les prestations à rembourser ne diminuent que pour une partie des assurés, comme l'illustre l'exemple suivant : si un assuré augmente sa franchise de 500 francs, passant par ex. de 1500 à 2000 francs, les recettes de primes de l'assureur baissent de 350 francs. À l'heure actuelle, 80 % des assurés qui ont choisi la franchise de 1500 francs n'occasionnent déjà pas de coûts pour l'assureur (les prestations nettes sont nulles, voir OFSP [2015]). Pour ces assurés, il est de ce fait impossible que l'assureur tire profit de l'augmentation de la franchise. Il est plutôt improbable que l'assuré concerné qui augmente la franchise appartienne aux 20 % restants, et encore plus rare que les économies en termes de coûts pour l'assureur se montent à plus de 350 francs, seuil à partir duquel ce dernier profiterait du changement de franchise.

En soi, le cas de figure le plus favorable à l'assureur est l'assuré en bonne santé avec une franchise ordinaire (qui paie une prime élevée mais ne recourt pas, ou peu à des prestations). Comme le montre le tableau 3, seule une petite partie des assurés avec la franchise ordinaire correspondent à ce profil. Par ailleurs, les assurés avec une franchise élevée sont généralement aussi intéressants pour les assureurs : bien que la prime soit inférieure, la part des personnes en bonne santé dans cette catégorie est très élevée ; et en cas de maladie, ces assurés assument une forte participation aux coûts¹². Les assurés avec la franchise ordinaire, en revanche, constituent des risques particulièrement mauvais, car ils perçoivent des prestations élevées et ne participent aux coûts que dans une moindre mesure. Ce phénomène explique pourquoi tous les assureurs sont disposés à accorder des réductions importantes pour les franchises à option. Autrement, les assurés en bonne santé passeraient à la concurrence. La majorité des assureurs offre aujourd'hui, par conséquent, le rabais maximal autorisé sur les franchises à option, même lorsque la réduction des primes se révèle supérieure aux économies réalisées sur les coûts (effets 1 et 3 mentionnés au chapitre précédent). Jusqu'ici, la compensation des risques n'a pas permis de corriger suffisamment cette incitation des assureurs à accorder des rabais excessifs.

3.4.3 Renonciation aux prestations pour des raisons financières

Le recours à des prestations médicales doit être garanti même en présence de moyens financiers limités. Il n'est pas souhaitable que les assurés qui connaissent des difficultés financières choisissent une franchise élevée et renoncent à des prestations en cas de maladie grave parce qu'ils n'ont pas les moyens d'assumer la participation aux coûts.

Du point de vue de la politique de la santé, la renonciation à des prestations non nécessaires à la charge de l'AOS correspond à l'effet incitatif souhaité de la participation aux coûts. La renonciation à des prestations médicales nécessaires, en revanche, doit être considérée comme une conséquence indésirable de la participation aux coûts. La question de la renonciation à des prestations, qui sera traitée ci-dessous, porte exclusivement sur la renonciation à des prestations de l'AOS. Les autres prestations de santé, telles que le dentiste, ne sont pas pertinentes dans ce contexte.

Pour répondre à ces questions, il convient de délimiter les prestations de l'AOS dites nécessaires. Une délimitation par prestation de l'AOS est possible, du moins en théorie. Cependant, elle n'a pas été opérée dans toutes les études disponibles, c'est pourquoi il y a souvent un amalgame de différentes prestations de santé et l'interprétation des études doit en tenir compte. Les prestations nécessaires peuvent par ex. être définies comme suit (B,S,S. [2017]) :

Le recours à une prestation de santé est nécessaire :

- en présence de problèmes de santé,
- lorsque la prestation améliore les résultats sanitaires attendus et
- lorsque la prestation permet d'obtenir chez le patient des effets qu'il n'aurait pas pu obtenir lui-même de son propre chef et à moindre coût.

Cette définition permet de délimiter clairement les prestations nécessaires. Or elle n'est pas applicable dans la pratique, car les données indispensables à une telle distinction ne sont pas

¹² La compensation des risques peut fortement réduire l'intérêt des assureurs pour les jeunes et les assurés qui n'ont pas eu d'hospitalisation ni de médicaments au cours de l'année précédente, au vu des redevances élevées qui doivent être versées au titre de la compensation des risques pour ces assurés.

disponibles. Dans les enquêtes menées auprès de la population (SILC, IHP, ESS), la nécessité est principalement évaluée par les personnes interrogées de manière subjective et est susceptible de diverger d'une évaluation objective. Les experts interrogés n'ont pas non plus été en mesure de proposer une définition unique des prestations nécessaires (B,S,S. [2017]), ce qui laisse à penser que les sondés des enquêtes auprès de la population en ont eux aussi des conceptions différentes.

Parmi ces enquêtes, SILC est la seule qui tient compte de la nécessité des prestations dans sa question concernant la renonciation à des prestations pour des raisons financières¹³. L'enquête n'a pas recueilli d'indications sur la franchise des personnes interrogées. Selon l'enquête SILC, 1 % des assurés renoncent à des prestations médicales nécessaires pour des raisons financières. Chez ces répondants, la part des personnes en situation de précarité et celles accusant des arriérés de paiement est considérablement plus importante que chez les personnes qui ne renoncent pas à des prestations. En l'occurrence, le revenu et la situation financière (arriérés de paiement) sont le plus fortement associés à la renonciation à des prestations pour des raisons financières, tandis que l'état de santé n'est pas significativement lié à ce comportement (B,S,S. [2017]).

L'enquête IHP 2016 interroge notamment les personnes sur la renonciation à des prestations médicales pour des raisons de coûts¹⁴. Au total, 16,2 % des personnes interrogées ont indiqué avoir renoncé à consulter un médecin au cours de l'année précédente. Sans grande surprise, les personnes qui renoncent à des prestations pour des raisons de coûts sont essentiellement des personnes dont les revenus sont inférieurs à la moyenne et des ressortissants étrangers. Les personnes de plus de 65 ans représentent la catégorie qui renonce le moins à des prestations pour des raisons de coûts (environ 5 %), une proportion significativement plus basse que pour les autres classes d'âge. Ce phénomène peut s'expliquer par les problèmes de santé accrus que rencontrent les personnes de plus de 65 ans ayant choisi une franchise basse, raisons pour lesquelles elles ne souhaitent pas renoncer à des prestations médicales. Par ailleurs, les plus de 65 ans optent rarement pour une franchise élevée (voir annexe, tableau 4). Toutefois, même compte tenu du moins bon état de santé des seniors et du fait qu'ils ont souvent une franchise peu élevée, la part des personnes interrogées qui ont indiqué avoir renoncé à des prestations recule avec l'âge.

Les assurés ayant opté pour une franchise élevée ont plus tendance à renoncer à des prestations que les autres assurés (voir annexe, tableau 4). Dans cette enquête, la question générale concernant la renonciation à des prestations ne livre pas d'indications quant à leur nécessité, raison pour laquelle elle est suivie de questions supplémentaires (voir annexe, tableau 5), qui permettent de tirer des conclusions sur la nécessité des prestations. Les sondés n'ont pas été interrogés explicitement sur la nécessité, mais sur l'éventuelle persistance ou l'aggravation du problème médical et s'ils ont consulté un médecin pour ce problème depuis. Une renonciation à une consultation en présence d'un problème médical persistant (resté pareil ou aggravé) est interprétée comme une renonciation à des prestations médicales nécessaires. Il en ressort que, globalement, 3 % des personnes interrogées renoncent à des prestations nécessaires (voir annexe, tableau 6), ce comportement étant légèrement plus fréquent chez les personnes

¹³ La question de l'enquête SILC est formulée comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas consulter un médecin ou de ne pas suivre un traitement alors que vous en aviez besoin ? » Puis les personnes sondées sont interrogées sur la raison principale de la non-consultation, une distinction étant faite entre les raisons financières et différents autres motifs.

¹⁴ La question de l'enquête IHP est formulée comme suit : « Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir eu un problème médical mais de ne pas avoir consulté un docteur à cause du coût ? »

ayant une franchise élevée (quelque 5 %) que chez celles ayant une franchise basse (2 %). En outre, la part des personnes qui renoncent à des prestations non nécessaires est bien plus importante chez les personnes ayant une franchise élevée (environ 8 %), alors qu'elle n'est que de 3 % environ pour celles ayant une franchise basse.

En comparaison avec l'enquête SILC, une part bien plus élevée de personnes indique dans l'enquête IHP avoir renoncé à des prestations médicales pour des raisons de coûts. Cet écart est dû au fait que l'enquête SILC fait explicitement référence à la nécessité de la prestation médicale, tandis que l'IHP interroge de manière plus ouverte sur un problème médical, ce qui conduit à un nombre plus important de personnes concernées. Il peut aussi s'expliquer par une différence dans le découpage des questions : SILC pose tout d'abord une question générale sur la renonciation aux prestations, puis demande seulement dans un deuxième temps de manière explicite les raisons de cette renonciation, alors que l'enquête IHP demande directement dans une question si la personne interrogée a renoncé à des prestations pour des raisons financières. Il est possible que les répondants soient passés à côté de la cause financière et aient donc répondu davantage par l'affirmative. À l'inverse, les personnes ayant participé à l'enquête SILC n'ont été interrogées que dans un deuxième temps sur la raison principale de leur renonciation, et plusieurs autres motifs étaient proposés. Il n'est pas à exclure que les personnes préfèrent invoquer une autre raison lors d'une enquête téléphonique. D'autre part, c'est bien souvent une combinaison de facteurs qui est à l'origine de la renonciation aux prestations et l'enquête ne permet d'indiquer qu'une seule raison.

Enfin, il est à noter que les résultats de l'enquête IHP – à savoir la proportion de personnes ayant renoncé à des prestations pour des raisons économiques – doivent être interprétés avec prudence. En effet, la nécessité desdites prestations n'a pas été demandée directement et la part des personnes qui indiquent ne pas avoir recouru à des prestations médicales varie fortement selon le type (et l'année) de l'enquête (voir annexe, tableau 7) ; les résultats ne sont de ce fait pas très stables. L'enquête ne permet donc d'obtenir qu'une approximation de la part des personnes qui renoncent à des prestations nécessaires pour des raisons de coûts.

L'ESS interroge la population sur la renonciation à un traitement pour onze maladies¹⁵, sans toutefois en demander la raison. Les résultats indiquent que 16,7 % de la population renoncent à un traitement médical pour au moins l'une des maladies citées. Il est important de noter que la nécessité de traitement est seulement présumée (pour les maladies indiquées, des traitements médicaux sont généralement nécessaires) et que la renonciation englobe toutes les motivations possibles. Il n'est de ce fait pas possible de délimiter la renonciation pour des raisons financières. La part élevée des personnes qui indiquent avoir renoncé à un traitement n'est donc pas en contradiction avec les données des enquêtes SILC et IHP. L'étude a également examiné, sur la base de l'ESS, dans quelle mesure la renonciation à des prestations en cas de franchise élevée était corrélée aux revenus. Il a été constaté que sur l'ensemble des revenus, la probabilité d'une renonciation à un traitement était légèrement plus élevée en cas de franchise élevée en comparaison avec une franchise plus basse. Toutefois, il n'a pas été possible d'établir une distinction entre les personnes à faible niveau de revenu et celles qui gagnent davantage. Cette analyse n'apporte ainsi pas de preuve que l'effet des franchises élevées sur la renonciation au traitement diminue chez les personnes gagnant bien leur vie. De plus, aucun lien n'a été décelé entre le nombre d'enfants dans un ménage et la renonciation à des prestations pour des raisons financières (B,S,S. [2017]).

¹⁵ Diabète, arthrose, ulcère gastrique ou duodéal, ostéoporose, bronchite, hypertension, infarctus du myocarde, attaque, maladie des reins ou calculs rénaux, cancer ou tumeur, et dépression.

L'étude B,S,S. (2017) a également analysé, au moyen des données individuelles de la CSS sur dix ans, si le choix d'une franchise élevée chez les personnes à faible revenu entraînait par la suite des coûts supérieurs (détérioration de la santé) en comparaison avec les personnes à plus haut revenu. Pour ce faire, la RIP a été utilisée comme indicateur des personnes à faible revenu. Les analyses montrent qu'en comparaison avec les assurés plus aisés, le choix d'une franchise élevée chez ces personnes n'induit pas des prestations de l'AOS plus élevées sur le long terme. Au contraire, la différence de coûts entre les personnes à faible revenu et celles à haut revenu avec la franchise de base est même plus importante. Il n'a donc pas pu être établi que les franchises élevées chez les personnes à faible revenu entraînent des prestations de santé plus élevées sur le long terme. Cette analyse exclut toutes les personnes qui ont changé de caisse sur les dix ans considérés, c'est pourquoi l'échantillon sélectionné est fortement sélectif et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population que de manière limitée. Ces conclusions se distinguent des études internationales qui se sont également penchées sur les effets sur la santé de la renonciation à des prestations pour des raisons financières (Chen et al. 2011 ; Heisler et al. 2004 ; Heisler et al. 2010). Ces études montrent qu'il est moins probable qu'une renonciation à des prestations s'accompagne ultérieurement d'un bon ou d'un très bon état de santé (auto-évaluation) et qu'en cas de renonciation à des médicaments en présence de maladie chronique, la probabilité d'infarctus et d'hospitalisations augmente. Un tel lien n'a toutefois pas pu être démontré en Suisse.

La littérature internationale livre par ailleurs les informations supplémentaires suivantes (B,S,S. [2017]) :

- Une participation aux coûts élevée et un revenu bas ont une influence importante sur la renonciation à des prestations pour des raisons financières. Ceci vaut également pour les familles (Kemp et al. 2010 ; Wisk & Witt 2012).
- En cas de maladies chroniques, la renonciation à des prestations pour des raisons financières (médicaments) est plus fréquente que pour les autres pathologies (Piette et al. 2004).
- D'autres motifs (temps d'attente, mauvaise disponibilité) que les raisons financières peuvent également jouer un rôle important dans la renonciation aux prestations (Röttger et al. 2016).

Trois études suisses (Bodenmann et al. 2014 ; Guessos et al. 2012 ; Wolff et al. 2011) sont exclusivement consacrées à la renonciation aux prestations pour des raisons financières en Suisse romande. Elles éludent toutefois la question de la nécessité des prestations fournies. De plus, toutes trois définissent l'étendue des prestations plus largement que les prestations de l'AOS (soins dentaires inclus). Pour ces deux raisons, il n'est pas étonnant que la part des assurés renonçant à des prestations soit supérieure à celle apparaissant dans l'enquête SILC, qui inclut explicitement le critère de la nécessité. Selon Bodenmann et al. (2014), environ 11 % renoncent à des prestations pour des raisons financières. Cette étude n'établit pas de lien avec le montant de la franchise. Guessos et al. (2012) décèlent une renonciation à des prestations pour des raisons financières plus élevée chez les personnes avec des franchises à option à partir de 2000 francs (15,6 %) par rapport à celles avec des franchises basses (300 ou 500 francs), parmi lesquelles 13,8 % ont indiqué renoncer à des prestations. Une analyse statistique a mis en évidence qu'une franchise à option élevée accroissait la probabilité d'une renonciation à des prestations pour des raisons financières. Une précédente étude (Wolff et al. 2011) avait également trouvé des proportions similaires concernant les renoncations pour ce motif. Toutefois, comme indiqué précédemment, on ne peut déterminer dans quelle mesure cette renonciation a trait à des prestations non nécessaires. La renonciation à ce type de prestations correspond à l'effet incitatif souhaité de la participation aux coûts. En revanche, la renonciation à des prestations nécessaires n'est pas souhaitable. Ces études ne permettent pas d'opérer une distinction entre ces deux effets. Elles parviennent à des résultats similaires à

ceux de l'enquête IHP concernant la renonciation à des prestations médicales pour des raisons de coûts indépendamment de leur nécessité.

En résumé, l'enquête menée auprès des experts, à savoir de dix experts des domaines social et sanitaire, a donné les résultats suivants (B,S,S. [2017]) :

- Les bénéficiaires de l'aide sociale ont pour la plupart une franchise ordinaire et ne sont, par conséquent, pas concernés par la renonciation à des prestations pour des raisons financières du fait d'une franchise élevée.
- La renonciation à des prestations nécessaires pour des raisons financières existe, mais l'enquête auprès des experts ne permet pas de la quantifier. Certains d'entre eux ont aussi pu observer un lien avec les franchises à option dans la pratique.
- La renonciation signifie, selon l'évaluation des experts, que les personnes repoussent une consultation chez le médecin, renoncent à des médicaments, ou se rendent chez le médecin uniquement en cas d'urgence.
- Outre les raisons financières, les personnes peuvent renoncer à consulter pour d'autres motifs.
- Les personnes connaissant des difficultés financières et à faible revenu sont davantage touchées. La renonciation à des prestations pour des raisons financières peut également être envisagée dans les familles de classe moyenne.

Il est important de garder à l'esprit, dans le cas des évaluations des experts, que seul un petit nombre d'entre eux ont été interrogés et que ceux-ci abordent souvent la problématique uniquement du point de vue financier ou sanitaire. De manière générale, les personnes interrogées ont eu des difficultés à citer des cas concrets. Les informations tirées des entretiens avec les experts correspondent toutefois majoritairement avec les constatations empiriques.

3.4.4 Conclusion

- Les études citées et les résultats des enquêtes permettent de tirer les conclusions ci-dessous et, ainsi, de répondre aux deux premières questions du postulat Schmid-Federer (13.3250) : la part des personnes qui renoncent à des prestations médicales pour des raisons de coûts est de 10 à 20 %, les franchises hautes et les revenus bas augmentant la probabilité d'un tel comportement (enquête IHP ; Bodenmann et al. 2014 ; Guessos et al. 2012 ; Wolff et al. 2011).
- La proportion des personnes qui renoncent à des prestations médicalement nécessaires se situe au niveau inférieur du taux à un seul chiffre, cette part étant légèrement plus élevée chez les personnes avec des franchises hautes (SILC, enquête IHP).
- L'analyse de l'ESS ne montre pas de preuves d'une renonciation à des prestations accrue chez les familles.

3.5 Franchises fixées en fonction du revenu

Le postulat charge le Conseil fédéral d'étudier la possibilité d'introduire un système où le montant de la franchise serait fixé en fonction du revenu imposable ou du nombre de proches à charge dans une famille. Un tel système pose les questions suivantes :

3.5.1 Fixation du montant de la franchise en fonction du revenu imposable

3.5.1.1 Base de calcul du revenu

Le calcul d'une franchise dépendant de la capacité économique de l'assuré pourrait se fonder sur les données fiscales déterminantes soit au niveau fédéral, soit au niveau cantonal. L'impôt

fédéral direct, régi par la loi fédérale sur l'impôt fédéral direct (LIFD ; RS 642.11), présente l'avantage qu'il constitue une base de calcul identique pour toute la Suisse. Il garantit ainsi une égalité de traitement entre tous les assurés, quel que soit leur canton de domicile, puisque dans cette hypothèse la franchise est définie selon une échelle uniforme au niveau national. Cependant, l'impôt fédéral direct est calculé sur la base du seul revenu, la fortune n'étant pas prise en compte. Or, outre le revenu, la fortune est également un indicateur important de la capacité économique des assurés. Le calcul de la franchise sur la base du seul revenu imposable selon la LIFD pourrait dès lors ne pas atteindre le but de politique sociale recherché et aboutir à un résultat non souhaité, à savoir privilégier des assurés dont le revenu est faible, mais qui possèdent une fortune personnelle importante.

Les données fiscales déterminantes au niveau cantonal pourraient aussi servir de base au calcul de la franchise des assurés. Contrairement à ce qui est applicable dans le domaine de l'impôt fédéral direct, les citoyens sont également taxés sur leur fortune. Les données fiscales cantonales donnent par conséquent une image plus complète de la capacité économique des assurés que les données fiscales déterminantes au niveau fédéral. Cependant, chaque canton possède son propre système fiscal et le calcul du revenu déterminant diffère d'un canton à l'autre. Dans ces circonstances, il n'est pas possible de garantir une égalité de traitement au niveau suisse puisque les assurés disposant, en valeurs absolues, d'une capacité économique identique n'auront pas la même franchise selon le canton où ils habitent.

3.5.1.2 Mode de fixation et durée de validité des franchises

Il y a lieu de fixer pour la franchise un montant minimal et un montant maximal et d'établir ensuite une graduation entre les deux. Chaque niveau de franchise doit correspondre à une situation économique définie. Il est recommandé de ne pas supprimer la franchise même pour les très bas revenus. En effet, la franchise a pour but de faire prendre conscience aux assurés des coûts de la santé et de les amener à adopter un comportement responsable en évitant de se rendre chez le médecin pour les cas bénins. L'absence de toute franchise ne permettrait pas d'atteindre cet objectif.

La franchise est choisie pour une année (art. 64, al. 2, let. a, LAMal). Calculer chaque année le montant de la franchise pour chaque assuré entraînerait un travail administratif considérable.

3.5.1.3 Assurés sans revenu

La franchise est individuelle pour chaque assuré. Il n'existe pas de franchise collective pour un groupe d'assurés formant une communauté domestique (couple, famille). La question se pose de savoir comment calculer la franchise des assurés sans revenu, comme les époux sans activité lucrative ou les enfants. Comment fixer leur franchise dès lors que cette dernière doit être calculée en fonction de la capacité économique de l'assuré ? Une possibilité consisterait à fixer la même franchise pour les époux/les partenaires enregistrés puisque ceux-ci font l'objet d'une taxation fiscale commune. Pour les enfants, qui ne sont pas taxés fiscalement, il serait envisageable d'instaurer un système de franchise dont le montant dépendrait du montant de la franchise de leurs parents. Un tel système ne couvrirait cependant pas toutes les situations : quelle serait la franchise d'un enfant dont les parents, qui sont séparés, disposent de moyens financiers très différents ? Faudrait-il tenir compte de la capacité financière du parent détenteur de l'autorité parentale ? Cela pourrait aboutir à des situations peu équitables si le parent non détenteur de l'autorité parentale, mais de l'entretien duquel dépend néanmoins l'enfant, se trouve dans une situation économique bien plus favorable que l'autre parent. Et que se passe-t-il en cas d'autorité parentale conjointe de parents séparés ?

Par ailleurs, quel serait le montant de la franchise d'une personne sans activité lucrative qui serait entretenue par son concubin ? En fonction de sa capacité économique, elle devrait avoir une franchise basse alors que la situation financière des concubins est peut-être très confortable.

3.5.1.4 Assurés non taxés fiscalement en Suisse

Certains assurés ne sont pas taxés fiscalement en Suisse : frontaliers ayant opté en faveur du système d'assurance-maladie suisse, assurés résidant dans un pays UE/AELE, en Islande ou en Norvège, ressortissants étrangers au bénéfice d'une autorisation de courte durée, demandeurs d'asile, personnes à protéger au sens de l'art. 66 de la loi fédérale sur l'asile (LAsi), personnes admises à titre provisoire ou encore personnes résidant en Suisse sans être au bénéfice d'une autorisation de séjour valable (sans papiers). Pour toutes ces catégories de personnes, l'assureur ne peut pas se fonder sur les données fiscales afin de calculer la franchise. Il n'est par conséquent pas possible de fixer cette dernière proportionnellement aux ressources de l'assuré.

3.5.1.5 Modification de la capacité économique de l'assuré, changement de canton

La franchise est constituée d'un montant fixe *par année*. Cela signifie que la franchise définie est valable toute une année. Que se passe-t-il en cas de modification des conditions économiques de l'assuré en cours d'année ? Dans un tel cas, en matière fiscale, le citoyen peut demander une taxation intermédiaire afin que le montant des impôts qu'il doit payer soit adapté à sa nouvelle situation. Pour l'assuré dont la situation financière s'est gravement péjorée en cours d'année, une franchise fixée sur la base de sa capacité économique qui était bien meilleure au début de l'année peut conduire à de graves difficultés. Cependant, la possibilité de modifier la franchise en cours d'année représenterait un travail administratif très important pour les assureurs.

En cas de changement de canton en cours d'année, l'assuré paie dès son déménagement la prime applicable dans son nouveau canton de domicile. Que se passe-t-il avec la franchise ? Dans le cas où les données fiscales déterminantes au niveau cantonal servent de base au calcul de la franchise, la définition de cette dernière en fonction de la capacité économique de l'assuré n'aboutit pas au même résultat selon le canton de domicile puisque chaque canton connaît son propre calcul du revenu et de la fortune imposables. La franchise fixée pour un canton est-elle valable dans toute la Suisse ou doit-elle être adaptée en fonction des changements de canton de l'assuré ? La première hypothèse peut conduire à des résultats peu satisfaisants et contraires à l'égalité de traitement puisqu'il n'est pas exclu que deux assurés présentant une situation financière identique doivent s'acquitter d'une franchise différente. La seconde hypothèse entraînerait un travail administratif supplémentaire conséquent pour les assureurs qui devraient recalculer la franchise des assurés lors de chaque changement de canton de domicile et qui pourraient ainsi être amenés à rembourser les assurés dont la franchise est abaissée.

3.5.1.6 Problème de protection des données

L'assureur doit impérativement connaître le montant de la franchise de l'assuré au plus tard lorsqu'une facture lui est adressée pour remboursement car il doit savoir dans quelle mesure il doit la prendre en charge. Si la franchise est définie en fonction de la capacité financière de l'assuré, deux voies sont envisageables pour mettre en œuvre le système : soit l'autorité fiscale calcule pour chaque contribuable la franchise sur la base d'une échelle prédéfinie et fournit cette information à l'assureur, soit les données fiscales déterminantes pour la fixation de la franchise (par exemple décision de taxation) sont transmises à l'assureur qui calcule lui-même

la franchise de l'assuré. La première hypothèse impose un travail administratif supplémentaire considérable à une autorité qui n'est pas un organe d'exécution de l'assurance-maladie sociale. La deuxième hypothèse se heurte au secret fiscal prévu autant au niveau fédéral (art. 110 LIFD) que dans les législations fiscales cantonales. Des renseignements d'ordre fiscal ne peuvent être communiqués à des tiers que si une disposition légale le prévoit. Cette base légale devrait donc être créée pour autoriser une transmission des données nécessaires de l'autorité fiscale à l'assureur-maladie.

Que l'autorité fiscale calcule elle-même la franchise qu'elle communique à l'assureur ou qu'elle lui transmette les données fiscales pertinentes, l'assureur, ou à tout le moins sa division compétente pour le remboursement des prestations, aura connaissance de la situation économique des assurés. Or, ces derniers tiennent à garder ces informations confidentielles et il est peu probable qu'ils acceptent que les données concernant leur situation financière soient portées à la connaissance de leur assureur. Un tel processus ôterait tout caractère confidentiel à ces données puisqu'à chaque changement d'assureur, un nombre croissant de personnes aurait accès à ces informations. Ce système se heurterait très vraisemblablement à une forte opposition de la part des assurés.

3.5.1.7 Nouveau facteur de sélection des risques

Les assurés dont la capacité économique est forte participeront davantage au financement des dépenses de santé en raison de leur haute franchise. L'assureur qui a dans son effectif une proportion supérieure à la moyenne d'assurés de bonne condition économique encaissera un montant plus important au titre de la participation aux coûts. Il pourra ainsi offrir des primes plus basses. À l'inverse, l'assureur dont le nombre d'assurés de condition économique modeste est supérieur à la moyenne percevra une participation aux coûts plus faible. Ses dépenses de santé seront ainsi plus importantes et il devra les compenser par des primes plus élevées. Les assureurs auront donc un intérêt évident à avoir un nombre important d'assurés de bonne condition économique. Le calcul de la franchise en fonction de la situation économique des assurés introduit par conséquent un nouveau facteur de sélection des risques car la capacité économique n'est pas un critère retenu dans la compensation des risques.

3.5.1.8 Disparition des franchises à option

Actuellement, l'assuré souhaitant assumer une plus grande responsabilité individuelle peut opter pour une franchise plus élevée en contrepartie d'un rabais de prime. L'instauration d'un système de franchise dont le montant est fixé en fonction de la situation financière de l'assuré entraînerait très probablement la disparition des franchises à option. En effet, toute franchise différant de celle calculée sur la base des ressources financières de l'assuré ne correspondrait pas à la capacité économique de ce dernier et ne serait donc pas conforme au système. Par ailleurs, en vertu du principe de l'égalité de traitement, tous les assurés doivent avoir la possibilité de choisir toutes les franchises à option et obtenir la même réduction de primes.

L'introduction d'un système de franchise dépendant du revenu imposable entraînerait très probablement la disparition des franchises à option. Ce système saperait l'acceptation de l'AOS en particulier chez les assurés en bonne santé, car il supprimerait une option actuellement adoptée par la moitié environ des assurés pour réduire les primes, et qui parallèlement incite les assurés à un comportement raisonnable en matière de recours aux prestations (responsabilité individuelle).

3.5.2 Fixation du montant de la franchise en fonction du nombre de proches à charge

L'auteur du postulat demande également d'examiner la possibilité d'instaurer un système dans lequel la franchise est fixée en fonction du nombre de proches à charge dans une famille. Ce

système doit aussi poursuivre un objectif de politique sociale, à savoir soulager le budget des familles.

3.5.2.1 Définition des proches à charge

Comme pour la capacité économique de l'assuré, il y a lieu de se référer à la notion fiscale de proches à charge. Selon l'art. 35, al. 1, LIFD, entrent dans la catégorie des proches à charge les enfants mineurs ou faisant un apprentissage ou des études et dont l'assuré assure l'entretien ainsi que chaque personne totalement ou partiellement incapable d'exercer une activité lucrative et à l'entretien de laquelle l'assuré pourvoit à condition que ce dernier débourse au moins 6500 francs par an pour cet entretien.

3.5.2.2 Franchises pour les familles

La LAMal est fondée sur un système par tête, c'est-à-dire que la prime, la franchise et la quote-part sont individuelles. Elles sont fixées par personne et non pour une communauté d'assurés telle qu'une famille. L'instauration d'une franchise tenant compte du nombre de proches à charge implique en principe de définir une franchise par communauté domestique. Les membres de cette communauté devraient tous être assurés auprès du même assureur. Dans le cas contraire, l'échange d'informations entre les différents assureurs concernés et le décompte des prestations des membres de la famille entraîneraient un travail administratif considérable. La franchise par famille limite par conséquent le libre choix de l'assureur des membres individuels de la communauté domestique.

3.5.2.3 Nécessité de tenir compte de la capacité financière de la famille

Si seul le nombre de proches à charge est pris en considération indépendamment de la capacité économique de la famille, le système peut aller à l'encontre du but social visé par l'auteur du postulat et aboutir à des résultats non souhaités, par exemple en favorisant une famille comptant plusieurs proches à charge, mais dont la situation financière est très bonne. Pour éviter ce phénomène, il est nécessaire de tenir compte également des ressources de la famille.

3.5.2.4 Mode de fixation et durée de validité

Il serait envisageable de limiter la franchise de la famille à un pourcentage du revenu et de la fortune imposables de cette dernière. Ce pourcentage différerait en fonction du nombre de proches à charge.

Avec les nouvelles formes de famille, il ne sera pas évident, dans la pratique, de définir la base de calcul pour la franchise. Les éléments patrimoniaux (revenu et fortune) du père et de la mère doivent être pris en considération. Mais qu'en est-il de ceux des enfants possédant une fortune et/ou réalisant un revenu ? Comment procéder avec des parents non mariés ou non enregistrés ? Le revenu et la fortune des concubins formant une communauté domestique durable doivent-ils être cumulativement pris en compte ?

La franchise est fixée pour une année. Calculer la franchise chaque année entraînerait un travail administratif considérable.

3.5.2.5 Modification de la situation de la famille en cours d'année

La franchise consiste en un montant fixe par année (art. 64, al. 2, let. a, LAMal). Les difficultés liées au changement de la situation financière de l'assuré en cours d'année sont exposées au point 3.5.1.5. Ces considérations sont aussi valables pour la franchise calculée en fonction du

nombre de proches à charge puisque le montant de la franchise dépend également de la capacité économique de la famille (voir point 3.5.2.3 ci-dessus).

Le système de franchise fixée en fonction du nombre de proches à charge présente une difficulté supplémentaire : que se passe-t-il lorsque la situation familiale se modifie en cours d'année (naissance d'un enfant, départ ou décès d'un proche à charge) ? La franchise doit-elle être adaptée en cours d'année pour correspondre en permanence à la nouvelle situation ?

3.5.3 Conclusion

Une franchise fixée en fonction du revenu renforcerait la solidarité mais présenterait des inconvénients trop nombreux. Outre la complexité du calcul des franchises (pour les personnes sans revenu), ce système présenterait des difficultés liées à la question de la protection des données, aux modifications de la capacité économique ou aux changements de canton des assurés en cours d'année, ainsi qu'à la sélection des risques sur la base de la capacité financière et à l'absence de compatibilité avec le système actuel.

Il n'est pas judicieux de fixer la franchise en tenant compte du nombre de proches à charge, et ce pour les raisons suivantes : ceci reviendrait à définir une franchise par communauté domestique, la base de calcul serait difficile à définir eu égard aux nouvelles formes de famille et il faudrait que toute modification de la situation familiale intervenant en cours d'année puisse être prise en compte.

4 Synthèse

Les présents résultats montrent que le système actuel de participation aux coûts a fait ses preuves :

- La participation aux coûts de l'assurance ordinaire permet à tous les assurés de participer à leurs coûts à la hauteur de leurs moyens, ce qui contribue à la maîtrise des coûts.
- Les assurés qui sont prêts à prendre un montant supérieur à leur charge en cas de maladie peuvent augmenter leur franchise. Cette possibilité permet également de limiter le recours à des prestations qui ne sont pas absolument indispensables du point de vue médical.
- Une grande partie des assurés évalue à peu près correctement ses risques en matière de santé et choisit des franchises appropriées : les assurés présentant des risques importants en termes de santé choisissent plutôt des franchises basses, tandis que les personnes actives avec un bon niveau de formation ont tendance à privilégier des franchises élevées.
- La renonciation aux prestations est un phénomène avéré ; elle concerne toutefois, en règle générale, des prestations qui ne sont pas médicalement absolument indispensables, ou elle découle d'autres facteurs que le montant de la franchise choisie. Bien qu'il soit incontestable que des assurés soient amenés, dans certains cas, à renoncer à des prestations médicalement nécessaires à cause d'une franchise plus élevée, de telles occurrences sont plutôt rares.

Un virage fondamental par rapport au système actuel ne s'impose pas pour cette raison.

Une alternative au système des franchises à option tel qu'il existe aujourd'hui consisterait à fixer la franchise en fonction du revenu ou du nombre de proches à charge : cette solution permettrait de renforcer la solidarité entre les assurés dans une bonne situation financière et les plus modestes de même que de ménager le budget des familles. De plus, la franchise encouragerait aussi les plus aisés à recourir moins fréquemment à des prestations médicales.

Les franchises fixées en fonction du revenu exigent toutefois un changement de système fondamental et présentent de nombreux inconvénients et écueils.

- Premièrement, il paraît difficile de définir la manière de calculer la franchise : si les données fiscales déterminantes pour l'impôt fédéral direct offrent une base uniforme au plan suisse, elles ne tiennent pas compte de la fortune. Les données fiscales déterminantes au niveau cantonal sont calculées différemment dans les 26 cantons, ce qui ne permet pas d'assurer l'égalité de traitement des assurés. Avec la franchise par famille, il faudrait déterminer les valeurs patrimoniales de chacun des membres de la famille devant être prises en compte. Des dispositions spéciales devraient être introduites dans de nombreuses situations (assurés sans revenu, modification de la situation financière de l'assuré en cours d'année, etc.). De plus, à l'heure actuelle, le secret fiscal n'autorise pas la transmission de données fiscales aux assureurs.
- Si la franchise est fixée sur la base de la situation économique des assurés, les assurés aisés seront des plus attractifs pour les assureurs, car ils assument une participation aux coûts plus élevée à primes égales. Pour éviter cette dérive, il faudrait adapter la compensation des risques de telle sorte que la situation économique des assurés soit incluse dans les critères.
- Les choix ouverts aux assurés s'en trouveraient fortement restreints, car d'une part une franchise à option telle qu'on l'entend aujourd'hui ne serait plus envisageable et d'autre part tous les membres d'une famille appartenant à une communauté domestique devraient être assurés auprès du même assureur.

Toutes ces raisons plaident en la défaveur d'un changement si fondamental du système actuel, lequel, comme le démontre le présent rapport, a fait ses preuves. Dans une optique d'amélioration constante de l'assurance obligatoire des soins, différentes propositions d'optimisation ont été formulées dans le cadre du système actuel, avec la franchise ordinaire et les franchises à option. Celles-ci portent sur le montant des franchises, le nombre de franchises à option et leurs rabais, ainsi que sur l'engagement obligatoire sur plusieurs années avec un même montant de franchise. Les études et analyses citées permettent de tirer les conclusions suivantes :

- Il est incontestable que l'auto-sélection est à l'origine de la plus grande partie des écarts de prestations des assurés si on les considère par rapport à la franchise choisie. La franchise exerce également une influence sur le comportement des assurés. C'est pourquoi une baisse, voire une suppression de la franchise minimale n'est pas indiquée. Pour maintenir ses effets dans une même mesure à l'avenir, une solution consisterait à l'adapter régulièrement à l'augmentation des coûts.
- Une baisse ou une suppression des franchises à option (élevées) ne permettrait pas d'atteindre le but recherché. En effet, bien que les assurés qui ont opté pour une franchise élevée présentent un état de santé meilleur que la moyenne, il faut s'attendre à un recours accru à des prestations si tous ces assurés avaient une franchise plus basse. De plus, les franchises à option contribuent à l'acceptation du système, en particulier chez les assurés en bonne santé.
- Étant donné que les assureurs prennent en charge des prestations pour moins de 10 % de leurs assurés qui ont aujourd'hui la franchise la plus élevée, il est peu probable qu'une augmentation des franchises à option permette de réaliser des économies en faveur de l'assurance-maladie. Une telle augmentation risquerait également de les rendre inaccessibles aux assurés de condition économique modeste, qui pourraient également être amenés, en cas de maladie, à renoncer à des prestations médicales nécessaires.

Chaque année, entre 5 et 9 % de l'ensemble des assurés changent de franchise. Il est apparu ces dernières années que les assurés étaient toujours plus nombreux à opter soit pour la franchise ordinaire, soit pour la franchise à option la plus haute. Ce comportement correspond

bien à un calcul rationnel : du fait du rabais qui est aujourd'hui appliqué pour toutes les franchises (70 % de la différence avec la franchise ordinaire), une franchise intermédiaire n'est pas un choix optimal. Pour que les assurés aient intérêt à choisir une telle franchise, en tablant sur une probabilité moyenne de maladie, le rabais devrait être échelonné en fonction du montant de la franchise. Par conséquent, il faudrait soit supprimer les franchises intermédiaires, soit adapter le rabais autorisé pour les franchises à option pour que certains assurés puissent y trouver leur compte.

Étant donné que les franchises à option peuvent être changées tous les ans, les assurés ont la possibilité d'abaisser leur franchise en début d'année en cas de maladie ou en prévision d'une opération. Or des baisses et des augmentations successives de la franchise (par ex., pour minimiser la participation aux coûts en vue d'une opération planifiée) sont contraires au principe de la responsabilité individuelle, sur lequel se fondent les franchises à option. Ce comportement n'est toutefois observé que chez moins de 0,5 % des assurés, c'est pourquoi on peut s'attendre au mieux à un effet marginal sur les coûts de l'instauration de franchises à option pluriannuelles. De plus, celles-ci ne permettraient pas d'abaisser de manière significative les primes des assurés par rapport à aujourd'hui. Enfin, la population ne se révèle pas favorable au concept des franchises pluriannuelles.

5 Annexe

Tableau 4

Renonciation à des prestations pour des raisons de coûts

		Ensemble	Franchises basses (300, 500)	Franchises élevées (> 500)
Total		16,2 %	13,8 %	19,7 %
Sexe	Hommes	17,3 %	14,7 %	19,4 %
	Femmes	15,2 %	13,1 %	20,1 %
Âge	18-34 ans	23,1 %	21,6 %	27,6 %
	35-49 ans	22,3 %	21,4 %	23,0 %
	50-64 ans	13,4 %	13,9 %	13,9 %
	À partir de 65 ans	4,5 %	4,3 %	3,3 %
Niveau de formation	École obligatoire	13,3 %	11,0 %	26,0 %
	Secondaire I (10 ^e année de scolarité, etc.)	23,6 %	24,6 %	21,5 %
	Secondaire II (maturité gymnasiale)	16,2 %	13,1 %	19,9 %
	Post-secondaire (formation professionnelle)	16,6 %	16,8 %	17,7 %
	Études supérieures (université)	18,0 %	18,9 %	16,8 %
Revenu	Inférieur à la moyenne	22,5 %	17,2 %	29,2 %
	moyen	13,8 %	12,7 %	16,0 %
	Supérieur à la moyenne	10,8 %	11,4 %	10,4 %
Pays de naissance	Suisse	13,7 %	12,7 %	16,0 %
	Étranger	22,3 %	16,6 %	28,2 %
Région linguistique	Suisse alémanique	15,5 %	14,2 %	18,3 %
	Suisse romande	19,2 %	14,5 %	23,5 %
	Suisse italienne	12,6 %	6,2 %	23,2 %
Lieu de résidence	Campagne	11,6 %	8,2 %	14,4 %
	Agglomération	15,6 %	13,6 %	18,9 %
	Ville	17,6 %	15,3 %	21,3 %

Enquête IHP 2016 : Renonciation à une consultation médicale pour des raisons de coûts en fonction des aspects démographiques selon la question Q1120A1¹.

Tableau 5

Q1120A1¹⁶	QSWI1a¹⁷	QSWI1b¹⁸	Renonciation à des prestations
No	NA	NA	Pas de renonciation à des prestations
Yes	Stayed the same or become worse	I still cannot afford to see the doctor about this problem	Renonciation à des prestations nécessaires pour des raisons de coûts
Yes	Stayed the same or become worse	No, I have not seen a doctor and do not have any plans to	Renonciation à des prestations nécessaires pour d'autres raisons
Yes	Gotten better	No, I have not seen a doctor and do not have any plans to Or I still cannot afford to see the doctor about this problem	Renonciation à des prestations non nécessaires
Yes	Stayed the same or become worse	Yes, I have seen a doctor about this problem (and may see the doctor again in the future) Or Yes, I plan to see a doctor about this problem in the future	Report du recours à des prestations
Not applicable or Blank or not sure	NA	NA	Pas concerné

Enquête IHP 2016 : Renonciation à des prestations avec les différentes raisons selon les questions Q1120A1, QSWI1a et QSWI1b.

¹⁶ Q1120 A1 : Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir un problème médical mais de ne pas avoir consulté un docteur à cause du coût ?

¹⁷ QSWI1a : Vous avez indiqué tout à l'heure que vous avez eu un problème médical au cours des 12 derniers mois mais n'êtes pas chez le médecin pour des raisons de coûts. Est-ce que ce problème médical s'est aggravé, est resté pareil ou s'est amélioré depuis ?

¹⁸ QSWI1b : Vous avez dit que ce problème (« s'est aggravé », « est resté pareil », « s'est amélioré »). Êtes-vous allé(e) chez le médecin pour ce problème ou avez-vous encore l'intention d'y aller ?

Tableau 6

Renonciation à des prestations	Ensemble	Franchises basses (300, 500)	Franchises élevées (> 500)
Pas de renonciation à des prestations	66,3 %	75,0 %	57,2 %
Renonciation à des prestations nécessaires pour des raisons de coûts	1,0 %	1,0 %	0,9 %
Renonciation à des prestations nécessaires pour d'autres raisons	2,3 %	1,0 %	3,7 %
Renonciation à des prestations non nécessaires	5,7 %	3,3 %	8,8 %
Report du recours à des prestations	7,1 %	8,4 %	6,2 %
Pas concerné	17,5 %	11,2 %	23,1 %

Enquête IHP 2016 : Nécessité des prestations médicales en cas de renonciation à des prestations médicales pour des raisons de coûts.

Tableau 7

		Oui	Non	Pas concerné	Ne sait pas
Consultation médicale ¹⁹	2010	5 %	91 %	4 %	0 %
	2016	16 %	66 %	17 %	0 %
Traitement ²⁰	2010	4 %	91 %	5 %	0 %
	2016	10 %	69 %	21 %	0 %
Médicament ²¹	2010	3 %	91 %	6 %	0 %
	2016	9 %	70 %	21 %	0 %

Enquête IHP 2016 : Comparaison des enquêtes 2010 et 2016 : part en pourcentage des réponses aux questions concernant la renonciation à une consultation médicale, à un traitement et à des médicaments pour des raisons de coûts.

L'écart important entre les deux enquêtes pour l'item « Pas concerné » indique que les réponses ne sont pas très fiables. « Pas concerné » signifie que la personne interrogée n'a pas eu de problème médical et qu'elle ne peut donc pas répondre à la question. L'augmentation

¹⁹ Q1120A1 : Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir eu un problème médical mais de ne pas avoir consulté un docteur à cause du coût ?

²⁰ Q1120A2 : Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas avoir effectué pour des raisons de coût un test médical, un traitement ou un examen de contrôle recommandés par un médecin ?

²¹ Q1120A3 : Durant les 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas avoir retiré un médicament sur ordonnance ou de ne pas avoir pris des doses de votre médicament pour des raisons de coût ?

de la part des personnes ayant renoncé à des prestations peut éventuellement s'expliquer par une différence dans la technique d'enquête. En 2013, le questionnaire a été soumis essentiellement par téléphone, tandis qu'il a principalement été rempli par internet en 2016.

6 Bibliographie

Aron-Dine, A., Einav, L., & Finkelstein, A. (2013). The RAND health insurance experiment, three decades later. *The Journal of Economic Perspectives*, 27(1), 197-222.

Bodenmann, P., Favrat, B., Wolff, H., Guessous, I., Panese, F., Herzig, L., & Vaucher, P. (2014). Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PloS one*, 9(4).

Boes, S., & Gerfin, M. (2016). Does full insurance increase the demand for health care? *Health Economics*, forthcoming.

Borah, B. J., Burns, M. E., & Shah, N. D. (2011). Assessing the impact of high deductible health plans on healthcare utilization and cost: a changes-in-changes approach. *Health Economics*, 20(9), 1025-1042.

B,S,S. (2017). Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung

Burri J. (2013). Kosteneinsparungen und Risikoselektion bei Modellen der Krankenversicherung. *CHSS* 3, 154-158.

Chen, J., Rizzo, J. A., & Rodriguez, H. (2011). The health effects of cost-related treatment delays. *American Journal of Medical Quality*.

Chiappori, P. A., Durand, F., & Geoffard, P. Y. (1998). Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment. *European Economic Review*, 42(3), 499-511.

Ecoplan (2017). Franchisebindung. Eine empirische Untersuchung zur Akzeptanz bei den OKP Versicherten. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Europäische Kommission (2016): Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Volume 1. https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en

Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., & Baicker, K. (2012). The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. *The Quarterly Journal of Economics*, 127 (3): 1057-1106.

Gerfin, M., & Schellhorn, M. (2006). Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits—Swiss evidence. *Health Economics*, 15(9), 1011-1020.

Gerfin, M., Kaiser, B., & Schmid, C. (2015). Healthcare demand in the presence of discrete price changes. *Health Economics*, 24(9), 1164-1177.

Guessous, I., Gaspoz, J. M., Theler, J. M., & Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*, 55(5), 521-527.

Heisler, M., Choi, H., Rosen, A. B., Vijan, S., Kabeto, M., Langa, K. M., & Piette, J. D. (2010). Hospitalizations and deaths among adults with cardio-vascular disease who underuse medications because of cost: a longitudinal analysis. *Medical Care*, 48(2), 87.

Heisler, M., Langa, K. M., Eby, E. L., Fendrick, A. M., Kabeto, M. U., & Piette, J. D. (2004). The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *Medical Care*, 42(7), 626-634.

Kemp, A., Roughead, E., Preen, D., Glover, J., & Semmens, J. (2010). Determinants of self-reported medicine underuse due to cost: a comparison of seven countries. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(2), 106-114.

Newhouse, J. P. (2004). Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment. *Health Affairs*, 23(6), 107-113.

OECD (2016). Health Systems Characteristics Survey. www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm

OECD/WHO (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing, Paris.

OFSP (2015). Réduction des primes pour les franchises à option. Disponible à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-zu-den-wahlfranchisen.html>

OFSP (2017). Auswahl und Wechsel von Franchisen in der obligatorischen Krankenversicherung. Disponible à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-der-kvv-zu-den-wahlfranchisen.html>

Piette, J. D., Heisler, M., & Wagner, T. H. (2004). Cost-related medication underuse among chronically ill adults: the treatments people forgo, how often, and who is at risk. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1782-1787.

Röttger, J., Blümel, M., Köppen, J., & Busse, R. (2016). Forgone care among chronically ill patients in Germany—results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. *Health Policy*.

Schellhorn, M. (2001). The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits. *Health Economics*, 10(5), 441-456. Schmid C (2016). Unobserved Out-Of-Pocket Health Care Expenditures: Measurement Error in Register Data. Working Paper, CSS Institut

Schmid C. (2016). Unobserved Out-Of-Pocket Health Care Expenditures: Measurement Error in Register Data. Working Paper, CSS Institut

Trottmann, M., Zweifel, P., & Beck, K. (2012). Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? *Journal of Health Economics*, 31(1), 231-242.

Wisk, L. E., & Witt, W. P. (2012). Predictors of delayed or forgone needed health care for families with children. *Pediatrics*, 130(6), 1027-1037.

Wolff, H., Gaspoz, JM., Guessos, I. (2011) Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 141:w13165.