

## Envoi par e-mail

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Assurance maladie et  
accidents  
Division surveillance de l'assurance  
3003 Bern

Le 9 octobre 2017

### **Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts (Mo Bischofberger 15.4157) – Prise de position de Dettes Conseils Suisse**

Madame, Monsieur,

Dettes Conseils Suisse regroupe 38 services de désendettement à but non lucratif soutenus par des cantons et communes de Suisse dans leurs programmes de prévention et de lutte contre le surendettement. Environ les  $\frac{3}{4}$  des ménages qui consultent nos membres ont un revenu inférieur à 6'000.- par mois. En 2015 et 2016, trois ménages sur cinq nous consultant avaient des dettes d'assurance-maladie et un sur trois des dettes auprès de prestataires de soins. En sus, la maladie, les accidents et leurs suites financières (diminution de revenu, perte d'emplois, frais de santé) jouaient un rôle dans environ un quart des historiques de surendettement. Raisons pour lesquelles nous nous sentons légitimés à participer à la présente procédure de consultation.

#### **1. Résumé**

Dettes Conseils Suisse s'oppose catégoriquement à la mise en œuvre de la motion Bischofberger 15.4157. En effet, dite motion n'est non seulement pas à même de produire l'effet escompté de réduction des coûts de la santé, mais, en ne tenant aucunement compte de l'évolution du revenu disponible des ménages, elle consacre une médecine à deux vitesses contraire, notamment, aux art. 8 a. 2 et 41 al. 1, lit. b de la Constitution fédérale.

#### **2. Constats**

##### *2.1. Le revenu disponible des ménages économiquement modestes tend à diminuer*

Le rapport social statistique suisse 2015<sup>1</sup> nous montre que les charges obligatoires des ménages ont régulièrement augmenté entre 1998 et 2011 et, partant, font fondre le revenu disponible. L'augmentation cumulée des primes d'assurance-maladie de ces 20 dernières années équivaut à

<sup>1</sup> Rapport social statistique suisse 2015, OFS, Neuchâtel, 2015, p. 37ss

<sup>2</sup> <https://www.rts.ch/info/suisse/8045185-les-primas-maladie-ont-augmente-de-159-depuis-20-ans.html>

159%<sup>2</sup>. Comme le précise le Conseil fédéral dans sa réponse à la motion Bischofberger 15.4157, entre l'entrée en vigueur de la LAMal et aujourd'hui, la participation aux coûts a augmenté de 111%... alors que les salaires nominaux n'ont connu qu'une augmentation de 23,6%<sup>3</sup>. Ajoutons encore que, entre 2001 et 2015, les loyers ont augmenté, en moyenne suisse, de 53%<sup>4</sup>. Notre pratique nous montre que de très nombreuses personnes connaissent aujourd'hui **un endettement systémique**, dans le sens où le(s) revenu(s) du ménage ne suffisent tout simplement pas à couvrir leur minimum vital et charges obligatoires. Partant, celles-ci s'endettent année après année. Ce qui explique, du moins en partie, le concept d'épargne « négative » des 20% de ménages ayant les plus faibles revenus présenté par l'OFS<sup>5</sup>.

## 2.2 Les subsides d'assurance-maladie se réduisent et manquent de plus en plus leur cible

Le communiqué de presse du Conseil fédéral<sup>6</sup> faisant suite au monitoring 2014 sur l'efficacité de la réduction des primes d'assurance-maladie<sup>7</sup> est assez éloquent. Il précise en effet qu'entre 2010 et 2014, tant le nombre de bénéficiaires de subsides que le montant des subsides par bénéficiaire ont diminué. Ceci alors que la situation socio-économique ne s'est pas améliorée et que les primes d'assurance-maladie ne cessent d'augmenter à un rythme effréné. La charge des primes d'assurance-maladie sur les ménages à revenus modestes s'élevait, en moyenne suisse, à 12% du revenu et pouvait même s'élever à 17% du revenu dans le canton de Berne. Les auteurs du rapport concluaient également que la tendance allait vers une aggravation de la situation en raison des mesures d'économies que certains cantons avaient annoncées. Depuis lors, non seulement des mesures d'économie ont eu lieu, mais sont encore annoncées<sup>8</sup>. En sus, certains cantons utilisent les montants dévolus aux subsides d'assurance-maladie pour racheter les actes de défaut de biens des assurés défailants au sens de l'art. 64a al. 4 LAMal<sup>9</sup>. Ce qui conduit également à une diminution des subsides d'assurance-maladie. En d'autres termes, la situation des ménages ayant des revenus modestes s'est encore péjorée depuis la publication des rapports sur la statistique sociale et sur l'efficacité de la réduction des primes d'assurance-maladie.

## 2.3 Le nombre de personnes renonçant à des prestations médicales pour des raisons financières augmente

Suivant les études<sup>10</sup>, le nombre de personnes renonçant à des prestations médicales pour des raisons financières se situe entre une personne sur sept et une personne sur quatre. Le rapport de l'OBSAN tend à démontrer que cette proportion a plus que doublé entre 2010 et 2016. Inutile

<sup>2</sup> <https://www.rts.ch/info/suisse/8045185-les-primes-maladie-ont-augmente-de-159-depuis-20-ans.html>

<sup>3</sup> <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20154157>

<sup>4</sup> <https://www.blick.ch/news/wirtschaft/wer-wo-wieviel-mehr-bezahlt-die-mietzinse-explodieren-id4146671.html>

<sup>5</sup> OFS, op. Cité, p. 41

<sup>6</sup> Assurance-maladie: la réduction individuelle de primes perd de son efficacité, Conseil fédéral, communiqué de presse du 14 janvier 2016

<sup>7</sup> Wirksamkeit der Prämienverbilligung – Monitoring 2014, Schlussbericht, B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung, Dezember 2015, Basel

<sup>8</sup> Voir, par exemple: Lucerne coupe dans les subsides, Céline Zünd, le Temps, 4 octobre 2017,

<https://www.letemps.ch/suisse/2017/10/04/lucerne-coupe-subsides>

<sup>9</sup> Voir, par exemple: Das grosse Verlustgeschäft mit den Prämienverbilligungen, Urs Moser, AZ Solothurner Zeitung, 10 août 2017, <https://www.solothurnerzeitung.ch/solothurn/kanton-solothurn/das-grosse-verlustgeschaefte-mit-den-praemienverbilligungen-131596188>

<sup>10</sup> Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reason, Bondenmann & al., 2014, Plos One, [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_01217329AADE.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_01217329AADE.P001/REF) ; Health Care Renunciation for Economic Reasons in Switzerland, Guessous I., Swiss Medical Weekly, 18 février 2011, 141:w13165 ; Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale, Observatoire suisse de la santé (OBSAN), OBSAN Dossier 56, 2016

de préciser que ces personnes ne sont pas responsables de consultations « inutiles »... Comme le précise le rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Schmid-Federer 13.3250, la renonciation à des prestations médicales pour des raisons financières est plus importante chez les personnes à faibles revenus et chez les assurés ayant des franchises élevées<sup>11</sup>. Notre pratique nous montre que bon nombre de personnes ayant des difficultés financières choisissent une franchise élevée dans le but de faire des économies.

#### 2.4 Les inégalités sociales et la santé

La motion Bischofberger 15.4157 ignore la réalité de la pauvreté, des personnes à revenus modestes et des personnes en difficulté financière en Suisse. Il est vrai que le rapport entre les inégalités sociales et les inégalités devant la santé n'ont fait l'objet que de peu d'études en Suisse. Ce qui a notamment été souligné par une étude de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé suisse<sup>12</sup>. Toutefois, diverses études récentes<sup>13</sup> démontrent que les inégalités socioéconomiques ont un impact important sur l'espérance de vie, les maladies non-transmissibles et le risque d'invalidité.

### 3. L'adaptation des franchises à l'évolution des coûts de la santé permettra-t-elle de réduire les coûts de la santé ?

#### 3.1. Quel impact les augmentations de franchise ont-elles eues sur les coûts de la santé ?

Depuis l'introduction de LAMal, le montant de la franchise a connu deux augmentations, la 1<sup>ère</sup> est entrée en vigueur en 1998, la seconde en 2004. Ainsi qu'une augmentation des franchises à option (nombre et montants) en 2005. Cela nous donne l'avantage de pouvoir prendre un minimum de recul sur l'impact qu'ont eues ces augmentations de franchises sur les coûts de la santé. Le graphique ci-dessous, basé sur les données de l'OFSP<sup>14</sup> nous montre l'évolution des coûts bruts de la santé par assurés entre 1996 et 2015.

Il ne s'agit certes pas d'une étude approfondie du rapport entre élévation de la franchise et réduction des coûts... mais ce graphique est de nature à susciter un doute plus que raisonnable sur l'efficacité de la motion Bischofberger 15.4157. En rouge figurent les années qui ont connu une augmentation des franchises. La tendance nous montre que celle-ci n'a pas été influencée. En tout cas pas dans le sens d'une diminution ! Nous notons en effet que l'évolution annuelle proportionnelle<sup>15</sup> des prestations brutes par assuré en 2004 détient ce triste record de hausse

<sup>11</sup> Participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins, rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Schmid-Federer du 22.03.2013 (13.3250 « effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales »), Berne, le 28.06.2017 ; <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2013/20133250/Bericht%20BR%20F.pdf>

<sup>12</sup> OECD Reviews of Health Systems, Switzerland, OECD, 2011, paru le 24 janvier 2012, voir également: Voir: Les maladies poussent sur le terreau des inégalités, Bertrand Beauté, Tribune de Genève, 18 février 2017, <https://www.tdg.ch/sante/sante/Les-maladies-poussent-sur-le-terreau-des-inegalites/story/28926512>

<sup>13</sup> Voir: Inégalités sociales et économiques: Conséquences sur la santé en Suisse et à Genève, France Weaver, Forum « les inégalités sociales et de santé : un enjeu pour Genève, Université de Genève, le 22 mai 2012 ; [http://ge.ch/sante/media/site\\_sante/files/imce/medecin-cantonal/doc/inegalites\\_sociales\\_et\\_economiques\\_consequences\\_sur\\_la\\_sante\\_en\\_suisse\\_et\\_a\\_geneve\\_forum\\_i\\_ss\\_22\\_mai\\_2012.pdf](http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/medecin-cantonal/doc/inegalites_sociales_et_economiques_consequences_sur_la_sante_en_suisse_et_a_geneve_forum_i_ss_22_mai_2012.pdf)

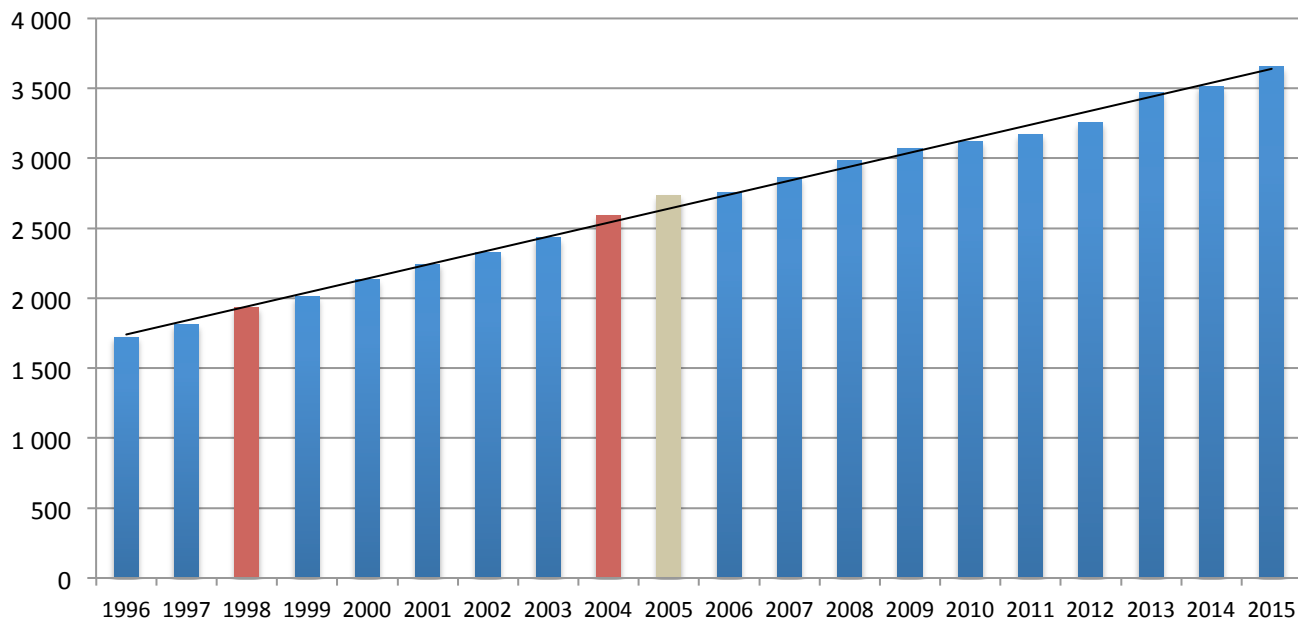
Les maladies poussent sur le terreau des inégalités, Bertrand Beauté, Tribune de Genève, 18 février 2017, <https://www.tdg.ch/sante/sante/Les-maladies-poussent-sur-le-terreau-des-inegalites/story/28926512>

<sup>14</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung/Portal-statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.exturl.html/aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoLzlwMTZfdGFnbG/FilZlwMTZfc3RhdG9rcC9wb3JOYWxfZnlucGhwp3A9dmld182/YS00Jmxhbmc9Znl=.html>

<sup>15</sup> (Prestation brute par assurés année X – prestation brute par assuré année X-1)/Prestation brute par assuré année X-1

la plus importante sur la période sous revue (6,62 %) et que l'évolution annuelle proportionnelle de l'année 1998 se situe en... 2<sup>ème</sup> position (6,59 %) de ce palmarès.

## Prestations brutes par assuré, par an, en francs



### 3.2 Quel est l'impact des consultations médicales « inutiles » sur les coûts de la santé ?

S'il est vraisemblable que le recours à des prestations médicales pour des cas « bagatelle » a un impact sur les coûts de la santé, nous n'avons pas trouvé d'étude scientifique sur le sujet. Et, visiblement, le Conseil fédéral et les journalistes non plus<sup>16</sup>.

Pourtant, il est à notre sens nécessaire de pouvoir répondre à un certain nombre de questions afin de légiférer de manière pertinente, notamment :

#### 1° Sur le sujet des prestations effectivement « non nécessaires »

- Quelle part des coûts de la santé couvrent les prestations non nécessaires ?
- Cette part est-elle en augmentation ?
- Les coûts bruts de la santé liés à des prestations non nécessaires sont-ils en augmentation ?
- Quelles sont les raisons de ces prestations non nécessaires ? (Sont-elles liées à un manque d'information, à un manque de connaissances médicales, etc. ? Qu'elle part de ces coûts sont le fait de patients hypochondriaques ?...)
- Le recours à des prestations non nécessaires est-il lié à la hauteur du revenu disponible ? (L'augmentation du montant de la franchise a un effet dissuasif beaucoup plus marqué pour les personnes à revenu modeste...)
- ...

<sup>16</sup> Op. cité, p. 23s, ; et <https://www.rts.ch/info/suisse/8059329-les-consultations-superflues-aux-urgences-sont-couteuses.html>

2° Sur le thème du choix du fournisseur de prestation (médecin de famille, hôpital, spécialiste,...)

- Quelle est la part des coûts de la santé liés aux consultations aux urgences ou de spécialistes qui auraient pu être réglées par un médecin généraliste ?
- Cette part est-elle en augmentation ?
- Les coûts liés à ces consultations sont-ils en augmentation ?
- Qu'elles sont les raisons de ces « erreurs d'aiguillage » ? (manque de connaissance du système, pas de médecin de famille, n'arrive pas à trouver de médecin en raison de préjugés sur l'assurance, dettes auprès du médecin de famille, ...)
- ...

*3.3 Quel est l'impact de la renonciation a des prestations médicales pour raisons financières sur les coûts de la santé à long terme ? Risque d'effet pervers ?*

Selon le rapport du Conseil fédéral au postulat Schmid-Federer 13.3250<sup>17</sup>, aucune étude réalisée en Suisse ne permet de démontrer que la renonciation à des prestations médicales était responsable, au final, d'une augmentation des coûts de la santé. Toutefois, il cite des travaux ayant eu lieu à l'étranger qui arrivent à des conclusions quelque peu différentes : « 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. ». Il serait à notre avis particulièrement surprenant qu'il en soit différemment en Suisse... Nous relevons que l'OCDE et l'OMS<sup>18</sup> ont souligné que le système de santé suisse « devra s'adapter pour faire face à l'augmentation des coûts et à l'augmentation des maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète ». Ce sont en effet les maladies non transmissibles qui sont responsables de l'essentiel des coûts de la santé et qui chargeront de plus en plus le système. Soit des maladies qui touchent les personnes ayant des revenus modestes de manière plus importante. Considérant que l'enquête de l'OBSAN relève que la proportion des personnes ayant renoncé à consulter, des personnes affirmant avoir renoncé à réaliser un test médical, un traitement ou un examen de contrôle recommandé par un médecin et de celles n'ayant pas retiré un médicament sous ordonnance ou n'ont pas pris les doses de leur médicament ont plus que doublé entre 2010 et 2016<sup>19</sup>, il nous semble véritablement dangereux, d'un point de vue de la maîtrise des coûts, de limiter encore l'accès aux soins aux personnes de condition économique modeste.

#### **4° Conclusions**

La solution de la motion Bischofberger 15.4157 ne se limite pas à édicter une augmentation de la franchise ponctuelle, qui sera déjà problématique. Elle prévoit une augmentation régulière de la franchise, adaptée à l'évolution des coûts de la santé. La part des coûts de la santé assumée par les assurés suisses est déjà l'une des plus importantes des pays de l'OCDE<sup>20</sup>, elle étouffe déjà les ménages à revenu modeste et elle devrait encore augmenter sept fois plus vite que les revenus ? Alors que la seule certitude que nous avons est qu'une telle « solution » ne fera qu'augmenter les inégalités de distribution des revenus disponibles, réduira les efforts des cantons pour limiter les effets de seuil à néant, conduira à une augmentation du surendettement systémique et à une exclusion des personnes à revenus modestes de l'accès aux soins. Les

---

<sup>17</sup> Op. cité, p. 26

<sup>18</sup> Santé: Le système de santé suisse affiche de bonnes performances mais doit se préparer pour le futur, communiqué de presse, OCDE, 17 octobre 2011, <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/santelesystemedesantesuisseaffichebonnesperformancesmaisdoitbiensepreparerpourlefutur.htm>

<sup>19</sup> OBSAN, op. cité, p.

<sup>20</sup> Versements directs des ménages pour les soins de santé dans les pays de l'OCDE, 2009, in OCDE – OMS, Examen du système de santé suisse, p. 5; <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/48987455.pdf>

coûts sociaux, à la charge des cantons et des communes, en seront particulièrement affectés. Ceci alors que le programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté touche à sa fin ?

La solution de la motion Bischofberger 15.4157 apparaît ainsi bien hasardeuse et socialement délétère. Non seulement il est tout à fait douteux qu'elle puisse avoir un effet bénéfique sur le système de santé, mais, en sus, il est certain qu'elle nuira aux personnes de condition économique modeste et à l'équilibre social. Partant, dite solution entre en contradiction avec le but social de l'art. 41 al. 1 lit b de la Constitution fédérale. Avec une telle solution, la Confédération ne pourra qu'échouer dans sa stratégie nationale de prévention des maladies non-transmissibles, ce qui conduira, selon toute vraisemblance, à une augmentation des coûts de la santé. Ce projet de révision doit être purement et simplement abandonné.

En vous remerciant de la considération que vous accorderez à la présente prise de position, nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dettes Conseils Suisse



Sébastien Mercier  
Secrétaire général