



Helsana

Engagée pour la vie.

Helsana – Rapport sur les primes

20 années de primes: faits et chiffres

Auteur

Pius Gyger, Economiste de la santé

**Avec la collaboration de**

Dr. Eva Blozik, Mathias Früh, Andri Signorell, Stefan Heini, Dragana Glavic (Helsana)

Mise en page : Eigelb – Atelier für Gestaltung

Photos : istockphoto

Traduction : Transpose

Impression : Stämpfli AG

Avril 2018

Sommaire

Avant-propos	2-3	
Objectifs	4-5	
Méthodologie	6	
Analyse		
Primes de l'AOS		
– Choix de la variante d'assurance	10-15	
– Volume des primes	16-21	
– Évolutions des primes	22-29	
– Primes selon l'âge et le sexe	30-35	
Participation aux coûts		37-39
Réduction des primes		
– Montant des réductions en Suisse	40-43	
– Structure des bénéficiaires	44-45	
– Différences cantonales	46-51	
– Réduction des primes selon les classes d'âge	52-53	
– Réduction des primes et assurances complémentaires	54-55	
Arriérés de primes		
– Cadre législatif	56-57	
– Arriérés de paiement	58-61	
– Poursuites	62-65	
Primes par rapport à la fortune et aux revenus		66-67
Débat	68-72	
Conclusion	74-75	

Avant-propos

Chaque année à l'automne, les esprits s'échauffent irrémédiablement au moment de l'annonce des nouvelles primes. L'évolution des primes se fait toujours dans la même direction: vers le haut. La hausse des coûts dans le domaine de la santé est un thème récurrent et la nécessité d'agir se fait de plus en plus pressante. Il n'est donc pas étonnant que non moins de quatre initiatives populaires concernant l'augmentation des coûts du système de santé soient discutées actuellement.

Pour autant, le débat national sur les primes est souvent trop limité: il repose sur quelques chiffres non représentatifs, par exemple la prime moyenne, dans un modèle standard marqué par un fort particularisme cantonal ou régional. Une vue très réductrice, en somme. Cette nouvelle publication éclaire le sujet sous différentes perspectives et présente quelques faits surprenants concernant la situation des primes en Suisse.

Elle se base principalement sur des sources accessibles au public. Les données anonymes de plus d'1,2 million d'assurés Helsana ont été utilisées pour certaines analyses spécifiques. Elles nous permettent de considérer de manière nuancée les aspects particuliers du paysage suisse des primes.

Notre publication met notamment en évidence l'évolution des primes et leur charge effective en fonction des groupes de population et des catégories d'assurés. Ces vingt dernières années, le marché de l'assurance a fait

l'objet d'importantes transformations. La liberté de choix sur le marché suisse de l'assurance-maladie et les mesures de politique de répartition ont entraîné une profonde mutation de toutes les dimensions de la solidarité dans le domaine de la santé.

Le présent rapport témoigne de l'engagement d'Helsana dans le système de santé. Désireux de contribuer au renforcement de la transparence des coûts et des primes, nous formulons des recommandations d'action en ce sens. Ce faisant, nous espérons engager un débat et nous vous encourageons à nous faire part de vos commentaires et suggestions.



Daniel H. Schmutz
CEO



Wolfram Strüwe
Responsable Politique de santé

Objectifs

Les primes d'assurance-maladie font régulièrement l'objet de vives discussions dans les médias et dans le cadre privé – surtout en automne. Les informations communiquées par les médias se focalisent généralement sur quelques chiffres comme l'augmentation de la prime moyenne dans le modèle standard ou les valeurs moyennes au niveau cantonal ou régional. Ces débats s'accompagnent d'idées d'interventions politiques. Parmi les mesures de politique de répartition proposées, notons l'allègement des charges qui pèsent sur la classe moyenne, l'augmentation des primes pour les aînés au profit des jeunes générations, ainsi que la modification des degrés ou des rabais de franchise. Il est aussi question d'actions sur les coûts comme la définition d'un budget global, les baisses de tarifs ou les mesures de rationnement.

Le présent rapport a pour objectif d'enrichir le débat de certains faits spécifiques dans le domaine des primes, notamment les évolutions divergentes selon les cantons, les différents modèles d'assurance, les comportements des payeurs de primes ou la charge effective des primes en fonction des groupes de population et des catégories d'assurés.

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) fête ses vingt ans. La solidarité a-t-elle évolué? On peut le présumer, car les assurés ont de nombreuses libertés, comme le choix annuel de l'assureur ou le degré de participation financière. Quand les primes changent, les divers groupes de population, jeunes ou âgés, pauvres ou riches, orientent différemment leurs libertés de choix pour répondre à leur besoin de couverture du risque financier après une maladie. S'ajoute à cela le fait que certes, la LAMal régit l'assurance-maladie au plan national, mais les cantons ont un rôle important à jouer, et ce non seulement en matière de réglementation relative à la réduction des primes. Au sein du fédéralisme suisse, il existe donc une relation intime entre la liberté de choix en matière d'assurance-maladie et les nombreuses dimensions de la solidarité.

Nous espérons qu'à l'avenir, l'évaluation de la situation des primes sera davantage basée sur des faits et donc plus différenciée, et qu'à terme, les conjectures non fondées sur des données disparaîtront. L'objectif ultime consiste à améliorer la pertinence de la discussion politique.

Méthodologie

La majeure partie des informations suivantes repose sur des données accessibles au public, principalement dans la Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015 et 2016 (source: Office fédéral de la santé publique (OFSP): Statistique de l'assurance-maladie obligatoire). Dans ce qui suit, quand ces données sont utilisées, la source des statistiques n'est pas indiquée.

Parmi les autres sources, citons la statistique Ménages privés selon les niveaux géographiques institutionnels et la taille du ménage, la Statistique fédérale des poursuites, l'Enquête sur le budget des ménages de l'Office fédéral de la statistique (OFS), la Statistique de la fortune des personnes physiques de l'Administration fédérale des contributions, les Comptes nationaux (CN) de l'OFS, la Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 1995-2009, la Statistique de la population et des ménages (STAT-POP) 2010-2015 et le Tableau des primes de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Enfin, certaines analyses spécifiques ont recouru aux données d'Helsana.

Analyse

Primes de l'AOS

L'aperçu des primes 2018 de l'OFSP paru en octobre 2017 présente les primes de tous les modèles d'assurance obligatoire des soins (AOS) disponibles en Suisse. Au total, il existe 244 696 primes différentes. Cette quantité très élevée résulte de la multiplication du nombre d'assurés, de modèles d'assurance, de degrés de franchise et d'inclusion ou d'exclusion de la couverture accidents, de classes d'âge et de régions de primes.

Pour les assurés cependant, la situation demeure relativement claire et simple. En définitive, ils n'ont le choix qu'entre les paramètres suivants: assureur, modèle d'assurance et degré de franchise. Les autres paramètres tels que l'âge et la région de primes sont donnés.

Le niveau de prime dépend largement des coûts des prestations. Pour les adultes, les différences de primes dans les cantons varient d'un facteur 1 à 2,5 environ. Cette amplitude est due à la différenciation des offres, aux écarts de répartition des variantes, aux diverses pondérations des régions de primes, etc.

La communication sur les primes met systématiquement l'accent sur un chiffre: l'augmentation moyenne des primes. Compte tenu du grand nombre de primes et de leur considérable amplitude, cette considération ne correspond pas à la situation réelle de la plupart des assurés. Personne ne paie la prime moyenne, personne n'est concerné par une augmentation moyenne des primes. La perspective des moyennes suisses ou cantonales des primes doit donc être élargie.

Les graphiques qui suivent donnent eux aussi des valeurs moyennes. Par conséquent, ils ne peuvent pas refléter une situation individuelle. Ils permettent toutefois de susciter un débat sur les primes plus nuancé qu'une évaluation fondée exclusivement sur certaines dimensions hautement agrégées.

Les discussions concernant l'évolution des primes d'assurance-maladie ne reflètent pas la diversité des situations individuelles et ne tiennent pas compte des spécificités très diverses des primes.

Amplitude des primes par canton

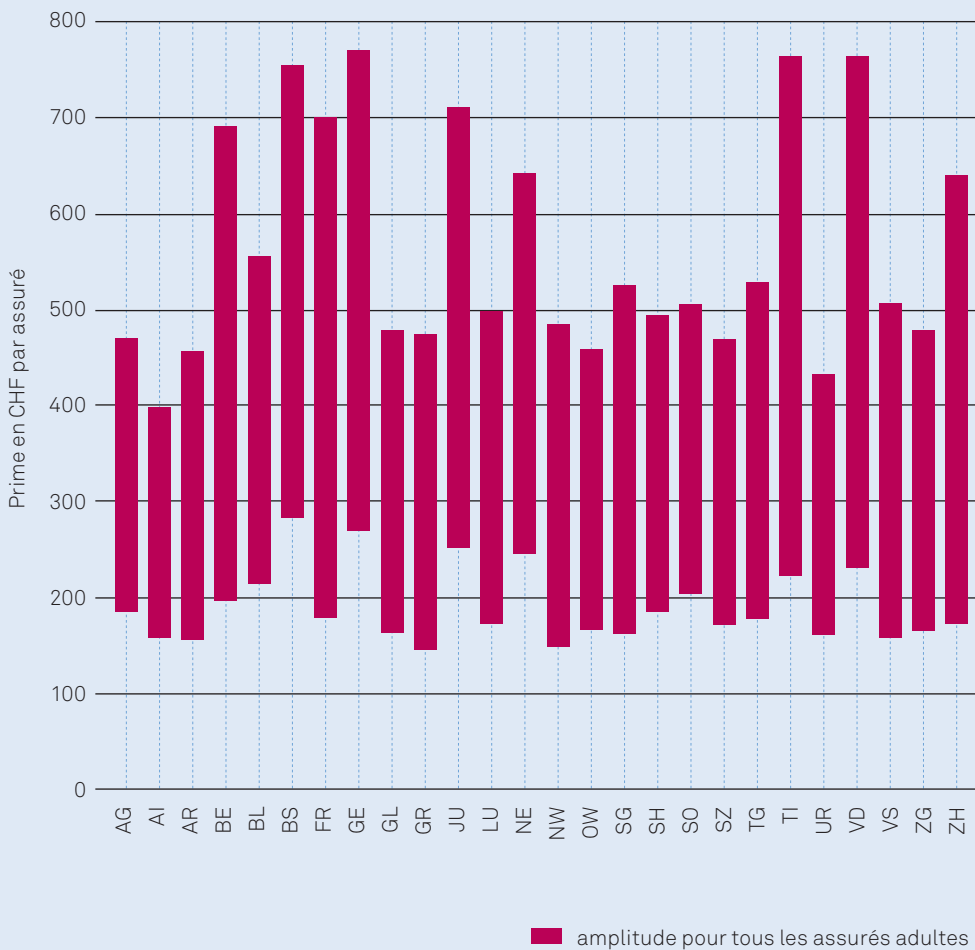


Figure 1

Choix de la variante d'assurance

Outre l'assureur-maladie dans leur région de primes, les assurés peuvent choisir différentes variantes d'assurance. Le modèle standard garantit le libre choix du fournisseur de prestations. La franchise annuelle ordinaire de la variante standard s'élève à 300 CHF et une quote-part de 10% s'applique jusqu'à un maximum de 700 CHF par an.

Il est aussi possible d'opter pour un modèle d'assurance alternatif (MAA) particulier, un modèle avec une franchise à option plus élevée (également combinable avec un MAA) ou une assurance avec bonus. La quote-part suit les mêmes règles que dans le modèle standard.

Les modèles d'assurance alternatifs et les modèles avec une franchise à option plus élevée peuvent offrir des rabais aux assurés (modèles avec rabais sur les primes). Dans le cadre des MAA, le choix en matière de fournisseur de prestations est limité. Les modèles avec franchise à option contraignent les assurés à participer davantage aux coûts des traitements que ceux avec franchise ordinaire.

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), la proportion d'assurés affiliés à un MAA a fortement augmenté. En 1996, ils étaient à peine 2% à opter pour un tel modèle. En 2016, ils étaient 65% (voir figure 2).

Proportion d'assurés affiliés à un MAA et primes à recevoir par assuré, par canton, 2016

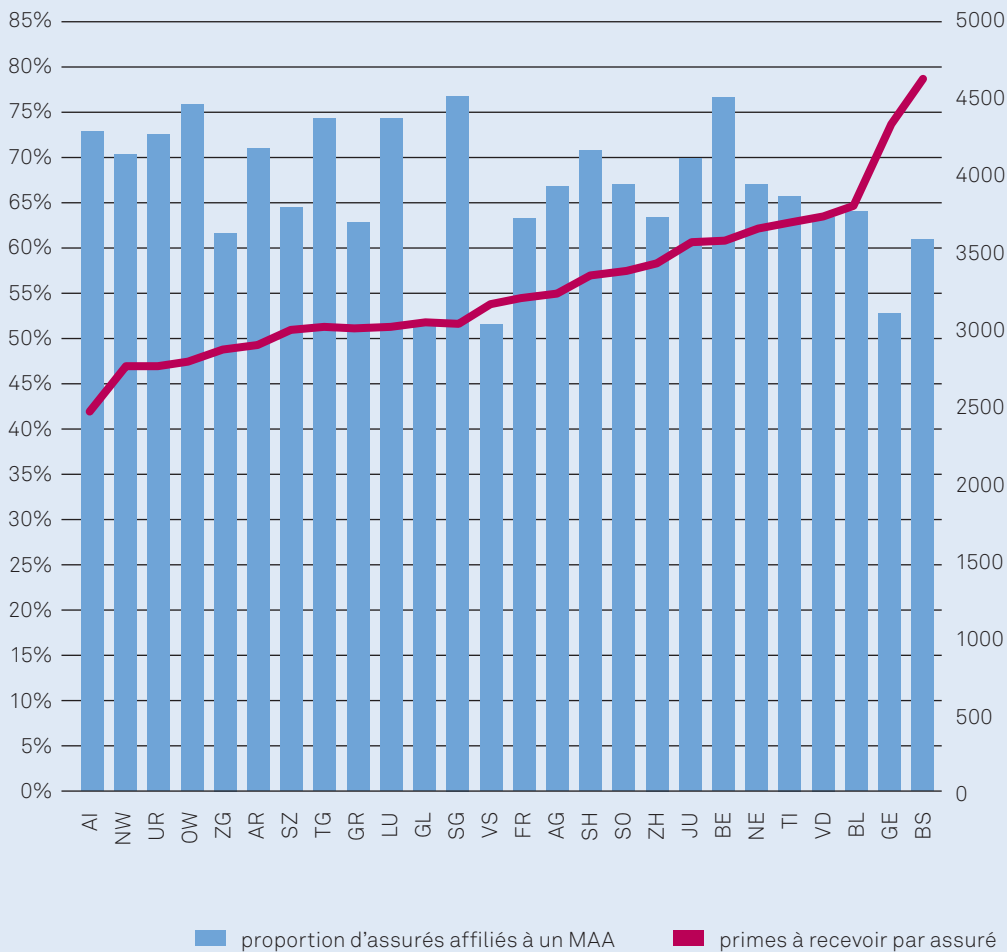


Figure 2

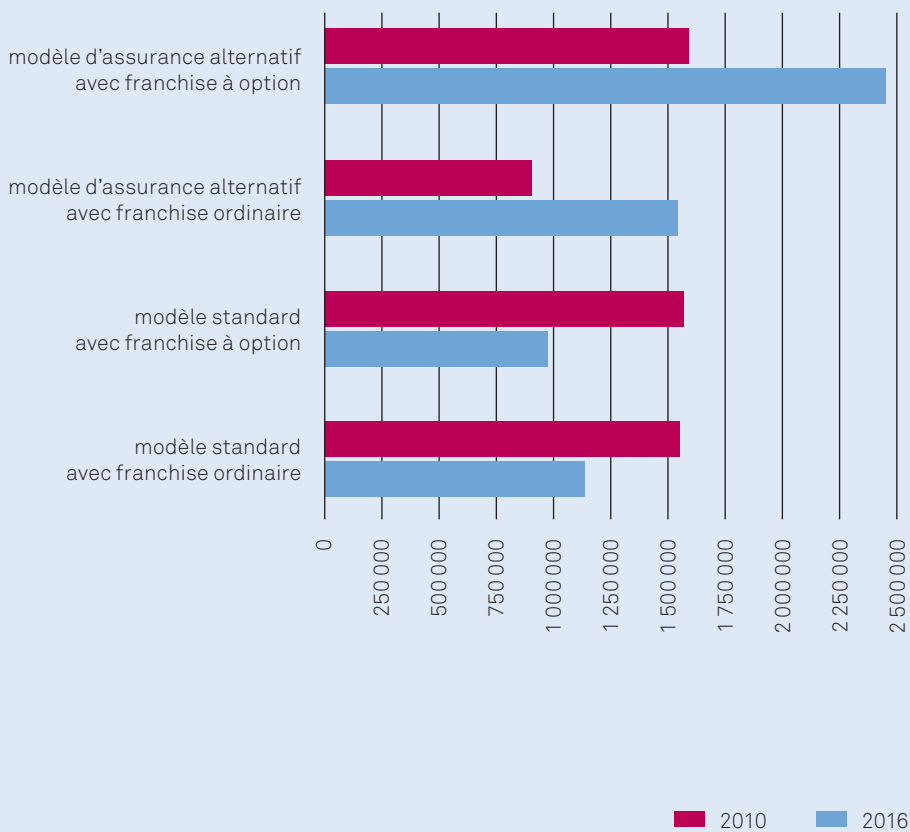
Dans les cantons où les primes sont élevées comme Genève et Bâle-Ville, la proportion d'assurés qui a choisi un modèle d'assurance alternatif est relativement faible.

Entre 2010 et 2016, un glissement massif de l'effectif des assurés a eu lieu entre les modèles à franchise ordinaire offrant le libre choix du fournisseur de prestations et les modèles de franchise annuelle à option (voir figure 3). Le nombre d'assurés affiliés à un MAA avec franchise ordinaire et le nombre d'assurés ayant choisi une franchise à option ont fortement augmenté. Au contraire, le nombre d'assurés ayant choisi une franchise ordinaire de 300 CHF a baissé, et ce dans les modèles avec et sans libre choix du fournisseur de prestations. Aujourd'hui, moins d'un sixième de la population opte encore pour le modèle standard avec franchise ordinaire.

Bien que le choix d'un MAA permette généralement d'obtenir un rabais maximum de 20% et qu'en cas de combinaison avec la franchise la plus élevée, le rabais supplémentaire reste très modeste, la demande de MAA augmente fortement. Les modèles qui peuvent contribuer à des écono-

La proportion d'assurés qui a choisi un modèle d'assurance alternatif a considérablement augmenté. Selon les cantons, elle va de 49% à plus de 75%. Toutefois, elle dépend moins de la prime moyenne que de l'offre de modèles disponible.

Effectif moyen des assurés selon le modèle d'assurance (2010 et 2016)

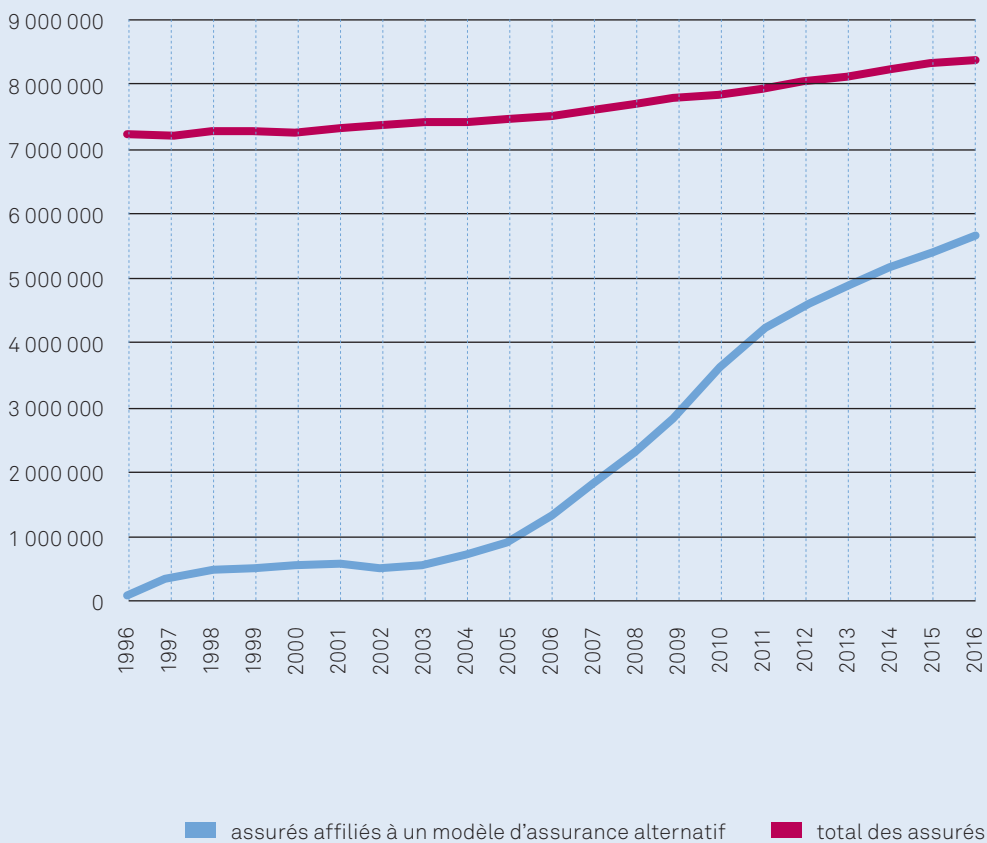


mies de plus de 20% par rapport au modèle standard au bout de cinq ans constituent l'exception. En 2017, le rabais d'entrée dans les nouveaux modèles a été réduit à 14%. Manifestement, les différents MAA sont plus séduisants que les franchises du modèle standard, bien que le libre choix du fournisseur de prestations soit limité. Ce sont les modèles qui proposent les rabais les plus élevés (MAA avec franchise à option) qui connaissent la plus forte hausse.

De 2005 à 2016, le nombre d'assurés affiliés à ces modèles a été multiplié par cinq. Il est passé d'environ un million à 5,5 millions (voir figure 4). Cela s'explique par les rabais sur les primes, mais aussi par la hausse de la couverture régionale des offres. L'on peut partir de l'hypothèse que la pression sur les primes incite de plus en plus d'assurés à chercher des alternatives permettant d'abaisser la charge des primes. La palette de réseaux de médecins et d'autres modèles est une conséquence de cette demande. Les clients de ces modèles semblent relativement satisfaits, faute de quoi une augmentation aussi durable du nombre d'assurés affiliés à un MAA ne serait pas plausible.

Le choix limité du fournisseur de prestations n'empêche pas les assurés d'opter pour une offre de MAA. Ces dix dernières années, plus de la moitié de la population a renoncé à la liberté totale du choix du fournisseur de prestations que garantit le modèle standard.

Évolution de l'effectif des assurés depuis 1996.
Total des assurés et nombre d'assurés affiliés
à un modèle d'assurance alternatif (1996–2016)



Volume des primes

La forte demande de MAA se reflète dans l'évolution des volumes totaux des primes selon la couverture d'assurance.

Le volume de primes dans l'assurance standard avec franchise ordinaire est resté quasiment constant de 1996 à 2016, alors que le volume des formes particulières d'assurance (modèles avec rabais sur les primes) a été multiplié par cinq pendant cette période, passant de près de 4 milliards de CHF à 20 milliards de CHF (voir figure 5).

Financements transversaux entre les couvertures d'assurance

Dans le cadre des modèles avec rabais sur les primes, un excédent annuel de quelque 500 CHF par assuré des primes encaissées par rapport aux prestations nettes a pu être atteint en 1996. Cet excédent a été employé pour financer une légère insuffisance de couverture d'environ 200 CHF dans le modèle standard avec franchise ordinaire. Jusqu'en 2016, cette insuffisance de couverture a été multipliée par dix pour atteindre 1 900 CHF. L'excédent de couverture dans les modèles avec rabais sur les primes est passé à environ 700 CHF par mois (voir figure 6).

En d'autres termes, le résultat net des assurés ayant choisi une franchise ordinaire se dégrade massivement dans le temps. Celui des assurés affiliés aux modèles avec rabais sur les primes s'améliore légèrement.

Évolution du volume de primes dans le modèle standard avec franchise ordinaire et dans les modèles avec rabais sur les primes (1996–2016)

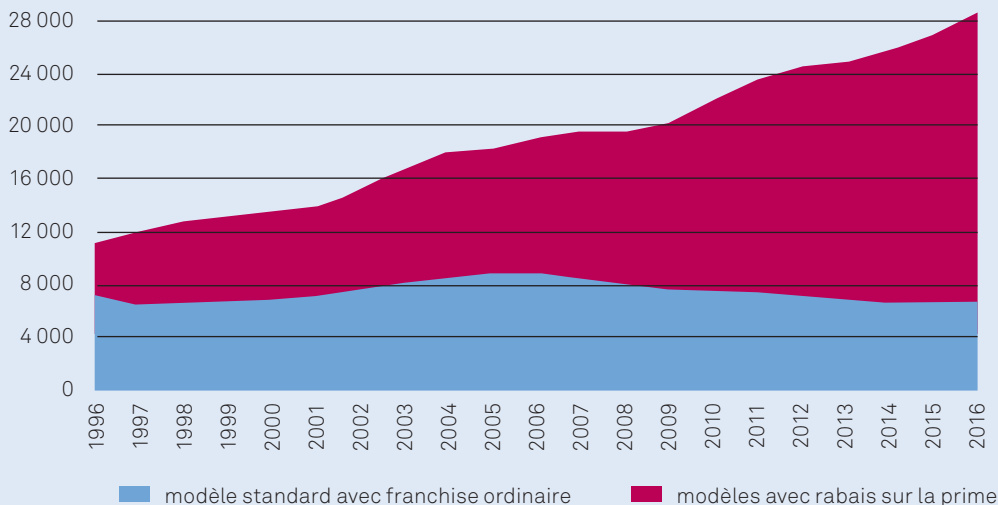


Figure 5

Différences entre les primes à recevoir et les prestations nettes par assuré selon les modèles en CHF (1996–2016)

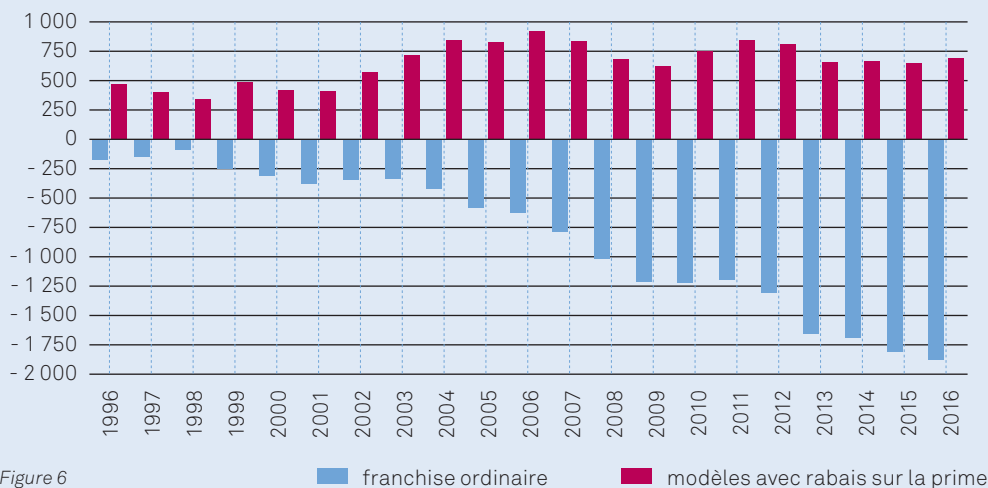


Figure 6

En revanche, les assurés affiliés à des modèles avec rabais sur les primes ne sont pas des communautés de risque particulières au sein d'une compagnie d'assurance. En d'autres termes, il n'est pas possible de prélever une prime particulière couvrant les coûts pour ces assurés. Les rabais ne peuvent pas dépendre de l'état de santé des groupes de risque.

La croissance du nombre d'assurés affiliés à des modèles avec rabais sur les primes a entraîné une hausse de l'excédent de financement dans ces modèles, qui est passé de plus d'un milliard de CHF en 1996 à environ 4,6 milliards de CHF (voir figure 7). Cela suffit largement à combler l'insuffisance de couverture qui s'élève désormais à plus de 3,1 milliards de CHF dans le modèle standard avec franchise ordinaire.

L'écart par tête grandissant entre le modèle standard et le modèle avec rabais sur les primes peut être couvert par la hausse du nombre d'assurés dans le second, et ce malgré une augmentation minimale des excédents par tête dans ces variantes d'assurance.

En 1996, la différence entre les deux collectifs s'élevait à environ 600 CHF par personne assurée. Depuis, elle a augmenté pour dépasser 2 300 CHF, soit une quasi multiplication par quatre.

Si les collectifs d'assurés affiliés aux modèles avec rabais sur les primes se suffisaient à eux-mêmes (groupements d'assurance propres), les primes dans les modèles avec rabais seraient en moyenne inférieures de près de 550 CHF et celles du modèle standard avec franchise ordinaire supérieures d'environ 1 800 CHF.

En valeur absolue, le financement croisé entre les modèles avec rabais sur les primes et le modèle standard avec franchise ordinaire a pratiquement triplé entre 1996 et 2016.

Différences entre les primes à recevoir et les prestations nettes selon les modèles en millions de CHF (1996–2016)

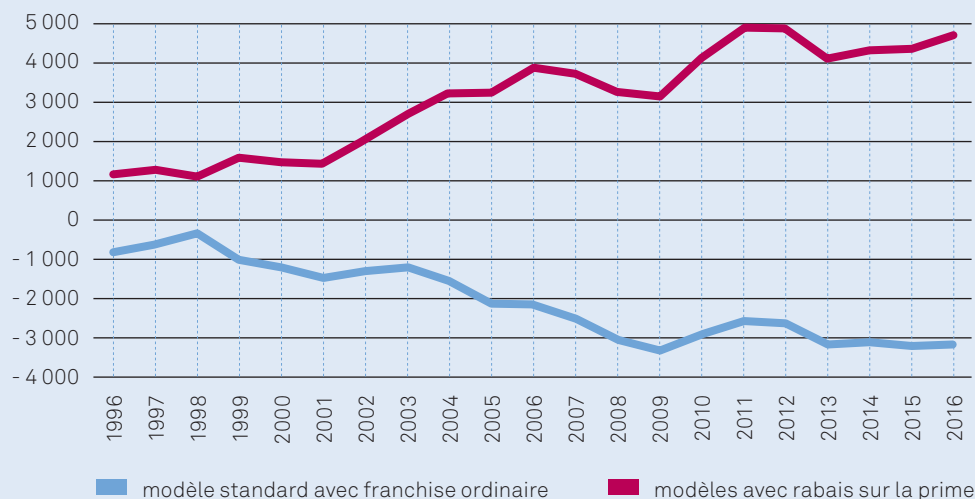


Figure 7

Il existe de nombreux éléments d'explication pour ces évolutions:

- 1) l'état de santé a pris de l'importance dans le choix du modèle d'assurance au fil du temps. Les personnes en bonne santé optent pour les modèles avec rabais sur les primes tandis que les personnes qui ont tendance à avoir des problèmes de santé restent fidèles au modèle standard avec franchise ordinaire.
- 2) l'augmentation de la proportion d'assurés affiliés aux MAA avec franchise de base permet cependant de conclure que de plus en plus de personnes ayant des coûts de prestations élevés se tournent vers les MAA. Cela coïncide avec le large étoffement observé des offres de tels modèles.
- 3) vu la proportion croissante de personnes ayant tendance à avoir des problèmes de santé, les versements à la compensation des risques dans les modèles avec rabais sur les primes ont baissé, ce qui entraîne un creusement de l'écart entre les modèles.

Les assurés s'orientent de plus en plus sur l'offre de prise en charge et optimisent leur couverture d'assurance en tenant compte de leur état de santé. Le fossé qui se creuse entre le modèle standard et les modèles avec rabais sur les primes est encore supportable financièrement car les assureurs ne sont pas autorisés à accorder des rabais en fonction de l'état de santé des assurés.

Les réductions de primes pour les modèles avec franchise à option sont octroyées en pourcentage de la prime du modèle standard. Cette règle est toutefois assortie d'une limite: les rabais ne peuvent pas être supérieurs à 70% du risque de participation aux coûts des assurés bénéficiant du choix d'une franchise plus élevée (voir la circulaire 5.1 de l'Office fédéral de la santé publique). De fait, le plafond des rabais en CHF défini abaisse progressivement le rabais octroyé en pourcentage en cas d'augmentation du niveau de prime.

Entre 2004 et 2009, la prime par personne assurée dans les modèles avec rabais sur les primes est restée quasiment constante en moyenne suisse (voir figure 8).

Compte tenu du fait qu'il s'agit de la moyenne des primes à recevoir en Suisse, il convient de prêter attention aux différentes dispersions selon les cantons. Si les modèles gagnent surtout en popularité dans les cantons où les primes sont peu élevées, cela exerce un effet amortisseur sur la prime moyenne nationale des modèles avec rabais sur les primes.

Les modèles avec rabais sur les primes sont désormais la norme. Le modèle standard avec franchise ordinaire devient l'exception.

Depuis 1996 en revanche, les primes du modèle standard avec franchise de base augmentent constamment, et ce bien plus fortement que celles des MAA.

Évolution indexée des primes à recevoir selon le modèle d'assurance (par personne assurée), en % (1996–2016)

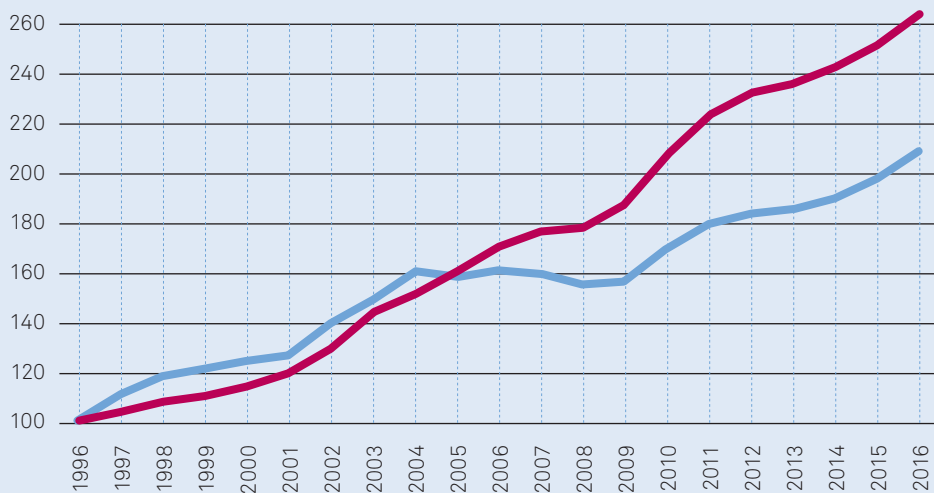


Figure 8

- primes à recevoir dans le modèle standard avec franchise ordinaire
- primes à recevoir dans les modèles avec rabais sur la prime

De plus en plus d'assurés optent pour un modèle alternatif avec rabais sur les primes. Leur contribution de solidarité par tête en faveur des assurés du modèle standard avec franchise ordinaire augmente parallèlement.

Évolution des primes

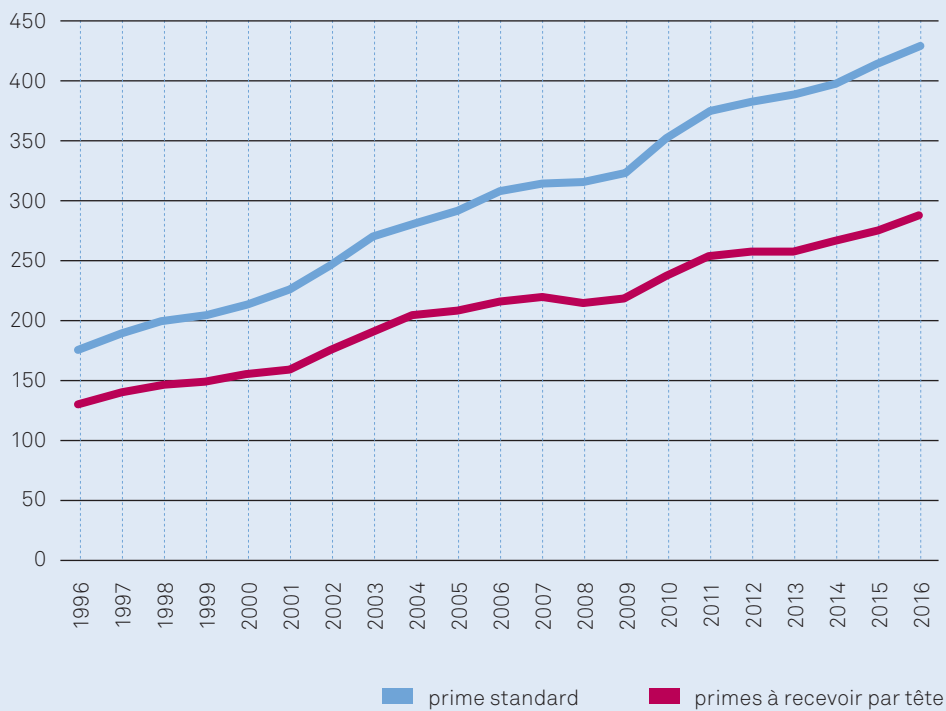
Communication sur l'augmentation des primes et la charge effective des primes

Chaque année en automne, l'augmentation des primes d'assurance-maladie est communiquée au niveau fédéral (voir le communiqué de presse de l'OFSP en date du 28.9.2017: «Hausse des coûts de la santé: prime standard augmentée de 4% en 2018»). Étant donné que les assurés ne font leur choix de modèle et de compagnie d'assurance qu'à la suite de cette communication, l'on ne peut constater l'augmentation des primes réellement facturées que plus d'un an après.

D'après l'OFSP, la prime standard a évolué comme suit par rapport à la moyenne des primes à recevoir par tête en Suisse (voir figure 9). Est illustrée la prime moyenne AOS mensuelle estimée; les calculs s'appuient sur les tarifs des primes (couverture accidents de la franchise ordinaire incluse), sur les effectifs d'assurés par canton, sur les assureurs et sur la région de prime. Les tarifs des autres modèles d'assurance avec franchise à option, bonus ou choix limité du fournisseur de prestations ne sont pas pris en compte.

En 1996, la prime moyenne par tête à verser correspondait à environ 74% du tarif des primes communiqué initialement. En 2016, elle représentait encore 67%.

Évolution de la prime standard et des primes à recevoir moyennes par assuré en CHF (1996–2016)



Si l'on compare les taux de croissance moyens entre 1996 et 2016, le montant des primes effectivement dues a moins augmenté (- 0,5 point par an en moyenne) que la prime standard communiquée (voir tableau). Cela s'explique par un changement de répartition des assurés dans les différents modèles.

	Tarif des primes dans le modèle standard	Primes à recevoir par assuré
1996	173	128
2016	428	287
Taux de croissance moyen	4,63	4,11

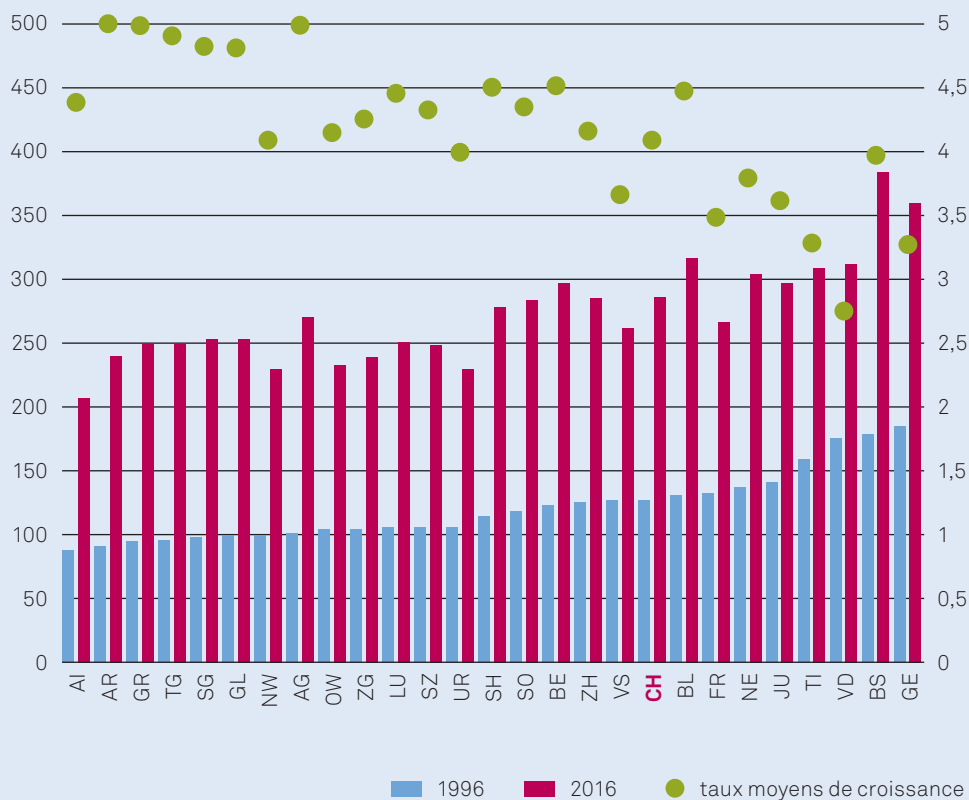
La prime du modèle standard avec franchise ordinaire est volontiers considérée comme un indicateur de la croissance des primes communiquée. Au bout de vingt ans, celle-ci est cependant d'environ 13% supérieure à l'augmentation des primes que la population doit effectivement payer.

Évolution des primes par canton

Entre 1996 et 2016, le pourcentage de croissance moyen des primes à recevoir par assuré dans les cantons où les primes sont moins élevées était généralement plus important que dans les cantons où les primes sont élevées (voir figure 10).

Vu que la proportion d'assurés dans le modèle standard ne représente plus que 35% environ, la communication officielle sur les primes devrait être adaptée et s'orienter davantage sur les primes effectivement payées par la population.

Évolution des primes mensuelle et taux annuels moyens de croissance selon les cantons (1996–2016)



Dans les cantons de Vaud, de Bâle-Ville et de Genève, les primes à recevoir par tête étaient quasiment au même niveau en 1996. En vingt ans, la prime mensuelle due dans les deux cantons-villes a toutefois connu une hausse supérieure de plus de 100 CHF à celle du canton de Vaud. Dans les cantons où la prime de référence était la plus faible en 1996, les taux de croissance sont les plus élevés en moyenne sur vingt ans.

À long terme, il semble donc que les primes s'équilibrent entre les cantons.

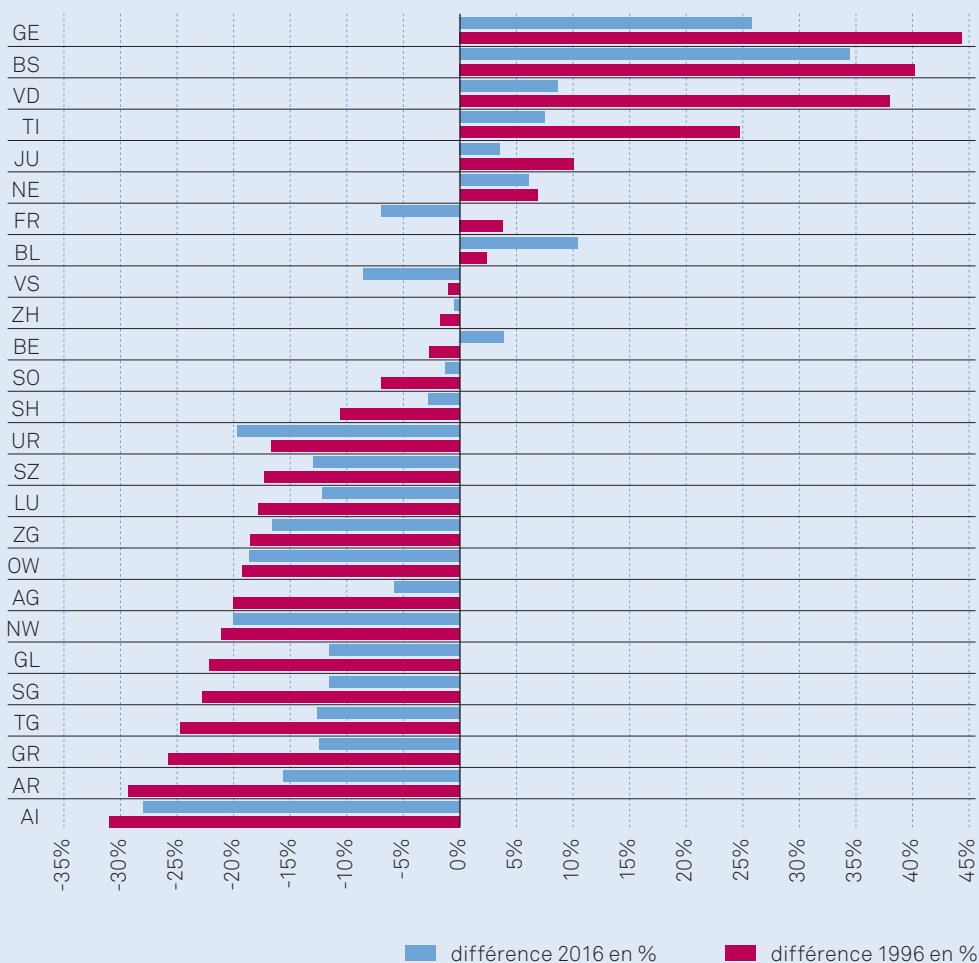
Différences cantonales en termes de primes

Depuis 1996 dans le canton de Zurich, les primes correspondent à peu de choses près à celles qui seraient en vigueur dans tout le pays si des primes uniques étaient perçues en Suisse. En Appenzell Rhodes-Intérieures, les primes à recevoir annuelles par tête devraient être augmentées d'environ 900 CHF pour financer le niveau suisse. Certes, cela correspond à une hausse de plus de 400 CHF depuis 1996, mais par rapport au niveau de primes de l'époque, ce besoin d'adaptation fictif a toutefois baissé (voir figure 11).

L'exemple d'Appenzell Rhodes-Intérieures est très parlant:

Primes à recevoir par assuré en 1996:	1 064
Primes à recevoir par assuré en 2016:	2 482
Différence par rapport à la prime moyenne suisse en 1996:	475
Différence par rapport à la prime moyenne suisse en 2016:	960
Différence relative en 1996:	44,6 %
Différence relative en 2016:	38,7 %

Différences cantonales en termes de primes par rapport à la prime moyenne suisse (1996 et 2016)



Analyse

Depuis 1996, la différence par rapport à la prime moyenne en Suisse a augmenté en valeur absolue. Pourtant, en valeur relative elle a baissé.

Les taux de croissance moyens des primes à recevoir dans les cantons confirment cette observation: en 1996 comme en 2016, les primes à recevoir par assuré étaient au plus bas dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures. Dans les cantons où les primes étaient élevées en 1996, les taux de croissance (taux de croissance annuel composé, TCAC) sont relativement bas. La différence relative par rapport à la prime dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures a également baissé. C'est le canton de Vaud qui a connu la croissance des primes par assuré la plus faible de toute la Suisse. En 1996, les primes y étaient deux fois plus élevées que dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures. En 2016, elles ne représentaient plus que 50% de plus (voir figure 12). Dans les cantons du nord-est de la Suisse, les forts taux de croissance ont creusé l'écart relatif avec le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures.

À long terme, les différences de primes entre les cantons s'estompent.

Taux de croissance moyen des primes à recevoir et différence par rapport aux primes à recevoir cantonales les plus faibles (par assuré en 1996 et 2016)

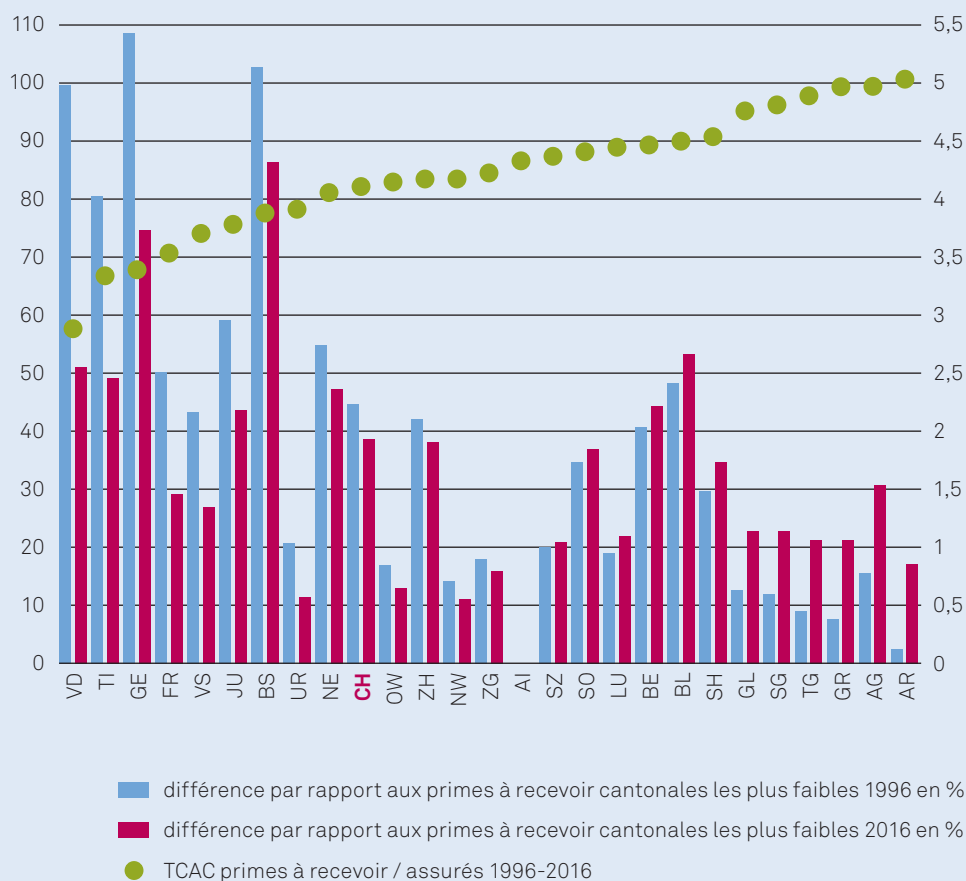


Figure 12

Primes selon l'âge et le sexe

Charge des primes par classe d'âge

Les assureurs n'ont pas le droit d'échelonner les primes des adultes selon l'âge ou le sexe (prime unique). Il en va de même pour toutes les variantes de modèles, toutes les régions de primes et toutes les sociétés d'assurance.

Compte tenu du fait que les assurés peuvent choisir librement leur assureur et leur variante de modèle, les primes peuvent fluctuer malgré le principe de la prime unique. Dans les faits, le processus décisionnel conduit à ce que les assurés plus âgés paient des primes plus élevées que les jeunes assurés (voir figure 13).

Dans la classe d'âge adulte la plus élevée (plus de 100 ans), les assurés paient en moyenne des primes supérieures de 50% à celles de la classe d'âge des 26–30 ans. Inversement, la classe d'adultes la plus jeune paie environ 30% de moins que la classe la plus âgée. Entre 2011 et 2016, la différence est passée de 1 500 CHF par an à 1 750 CHF par an.

Compte tenu du libre choix de la couverture d'assurance (assureur, modèle et franchise), le groupe d'assurés adultes les plus âgés paie en moyenne des primes supérieures de 50% à celles de la classe d'âge adulte la plus jeune – et ce malgré le principe de la prime unique.

Primes à recevoir moyennes par classe d'âge (2011 et 2016)

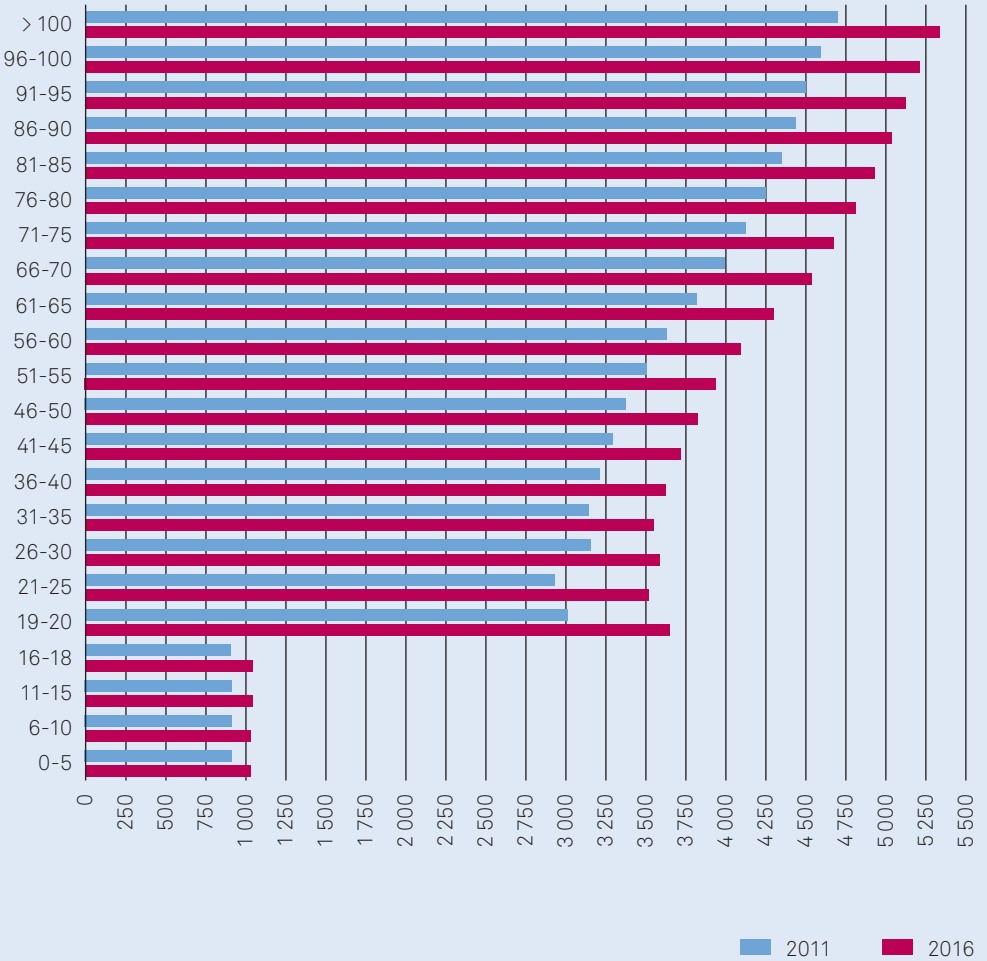


Figure 13

Participation aux primes et aux coûts selon l'âge

L'une des principales causes de ce niveau de primes à recevoir plus élevé pour les personnes âgées est qu'en raison de leur état de santé généralement moins bon, elles ont tendance à opter pour des modèles avec franchise ordinaire sans rabais. En effet, si elles ont recours à des prestations, la charge financière de la participation aux coûts (quote-part et franchise) est due en sus de la prime et elle peut être comparativement élevée (voir figure 14).

L'écart de charge financière entre la classe d'adultes la plus âgée et la plus jeune dépasse 2 500 CHF. Cela représente près de 63% des primes à recevoir de la classe d'adultes la plus jeune. La classe d'adultes la plus jeune obtient quasiment un rabais d'environ 38% par rapport aux primes à recevoir des plus âgés.

Les écarts des primes moyennes entre les jeunes et les aînés tiennent aux rabais sur les primes maximaux autorisés par la loi dans le modèle standard.

Différence entre la prime effectivement payée et la «prime unique réelle»

Si dans tous les groupes d'âge, les primes à payer étaient équivalentes quel que soit le modèle choisi, un glissement des primes au sein des classes d'âge se produirait inévitablement. Les classes d'âge supérieures économiseraient chaque année plus de 1 000 CHF, tandis que les adultes de moins de 40 ans devraient s'acquitter de 500 CHF supplémentaires.

Sans la liberté de choix des produits à rabais, les jeunes adultes seraient donc surchargés, tandis que les adultes âgés bénéficieraient d'un allè-

Le potentiel d'optimisation du choix du modèle est déjà largement épuisé.

Primes à recevoir et primes à recevoir plus participation aux coûts par classe d'âge en 2016

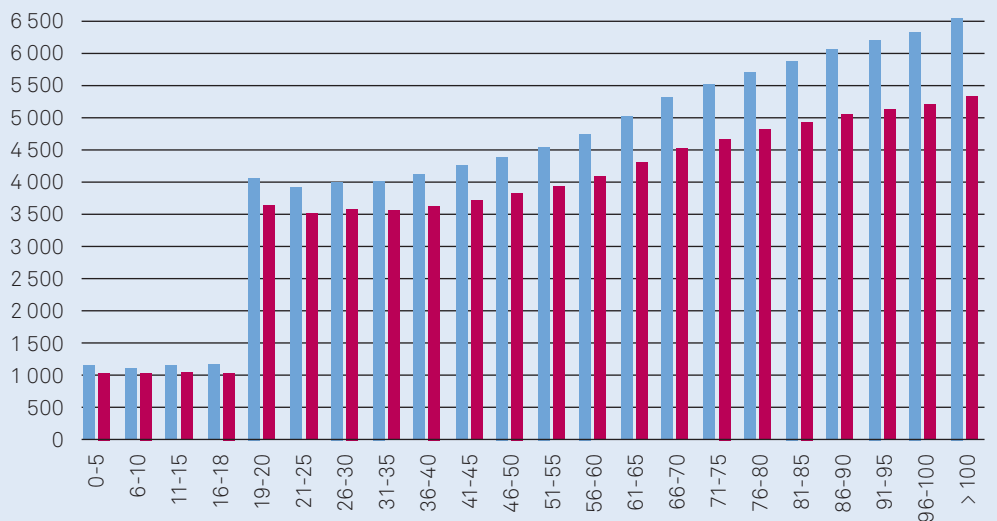


Figure 14 ■ primes à recevoir plus participation aux coûts ■ primes à recevoir

Différence entre les primes à recevoir effectives et la prime unique selon la classe d'âge, 2016

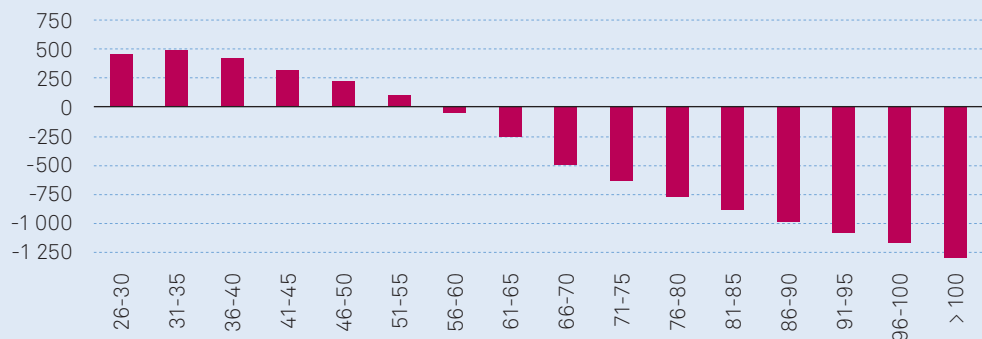


Figure 15 ■ différence par rapport à la prime uniforme

gement allant jusqu'à 1 300 CHF. On peut aussi en conclure que si les rabais étaient réduits pour les franchises les plus élevées – comme l'a récemment proposé le Conseil fédéral – les jeunes adultes paieraient des primes plus élevées, et les adultes âgés des primes généralement moindres. Invoquant des raisons de politique sociale, quelques voix isolées demandent à l'inverse la création d'une nouvelle classe de primes pour les adultes plus jeunes afin de les décharger aux dépens des adultes plus âgés. On ignore si les initiateurs de cette proposition l'ont formulée en connaissant ou non la répartition actuelle.

Primes à recevoir selon le sexe

Compte tenu du libre choix de l'assureur, du modèle et de la franchise, il existe également des différences entre les sexes en matière de primes effectives (voir figure 16). Les assurées paient des primes plus élevées que les assurés dans toutes les classes d'âge, à l'exception de la petite enfance qui fait l'objet d'un tout autre mécanisme d'établissement des primes. À partir de l'âge de 40 ans, cette différence de charge diminue progressivement.

Les femmes sont-elles plus réticentes au risque que les hommes au moment de choisir leur modèle d'assurance? On ne peut le déduire. Il est possible qu'elles accordent plus de poids au risque de participation aux coûts. Leur perception du risque est peut-être différente, tout simplement. À moins qu'elles ne considèrent la liberté de choix comme une priorité. En tous les cas, elles optent généralement pour des modèles assortis de primes plus élevées. Si elles considéraient le niveau des primes comme les hommes au moment de choisir leur modèle, ces écarts n'existeraient pas.

Aujourd'hui, les adultes âgés paient en moyenne des primes nettement plus élevées que les jeunes adultes. Grâce aux variantes d'assurance, les jeunes adultes paient des primes d'assurance annuelles pouvant être jusqu'à 1 750 CHF inférieures à celles des adultes plus âgés.

Différence moyenne de charge des primes entre les hommes et les femmes selon la classe d'âge (en %, 2016)

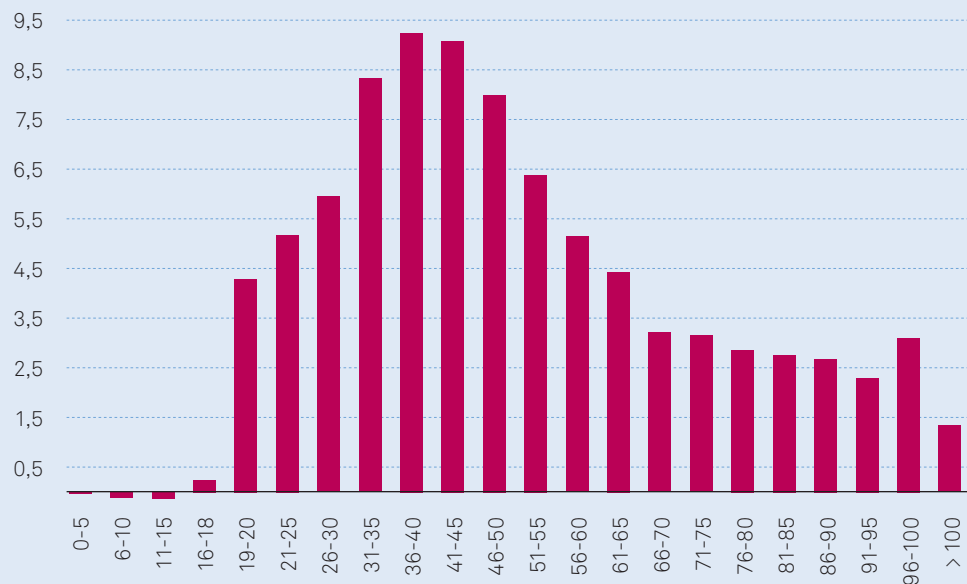


Figure 16

Lors du choix du modèle d'assurance, les femmes ne pondèrent pas les différents critères décisionnels de la même manière que les hommes. En conséquence, elles paient des primes plus élevées dans toutes les classes d'âge.

Participation aux coûts

Participation aux coûts en pourcentage des primes à recevoir par canton

La participation aux coûts des assurés est composée de la quote-part (en général 10% jusqu'à 700 CHF par an au maximum – à l'exception des produits de la LiMA, des prestations de maternité et de certains médicaments concurrencés par les génériques) et de la franchise choisie. Elle est donc plafonnée. La franchise ordinaire s'élève à 300 CHF, la franchise maximale à 2 500 CHF. Dans le cadre des modèles avec franchise ordinaire, la participation aux coûts maximale est donc effectivement de 1 000 CHF, 3 200 CHF pour la franchise la plus élevée.

Dans le cas de la franchise ordinaire, la participation aux coûts maximale est atteinte quand des frais médicaux à hauteur de 7 300 CHF ont été supportés. La première tranche de 300 CHF est payée avec la franchise ordinaire, et 10% des 7 000 CHF restants sont décomptés à titre de quote-part, avec un plafond de 700 CHF. Dans le cas de la franchise maximale, la participation aux coûts maximale est atteinte quand des frais médicaux à hauteur de 9 500 CHF ont été supportés – 2 500 CHF à titre de franchise et 7 000 CHF avec 10% de quote-part, le plafond étant de 700 CHF.

Ces dispositions visent à freiner la demande de prestations de soins de santé par les assurés. Elles sont valables dans toute la Suisse. En revanche, les primes sont définies au niveau régional/cantonal et ne sont pas plafonnées. Il en résulte que la participation aux coûts régionale ou cantonale mesurée en fonction des primes est très différente selon les cantons.

La figure 17 le montre clairement: dans les cantons où les primes sont élevées (Genève et Bâle-Ville), la participation aux coûts est proportionnellement moindre (environ 13%) que dans les cantons où les primes sont plus basses, par exemple Appenzell Rhodes-Intérieures ou Glaris, où elle est comprise entre 16 et 18%.

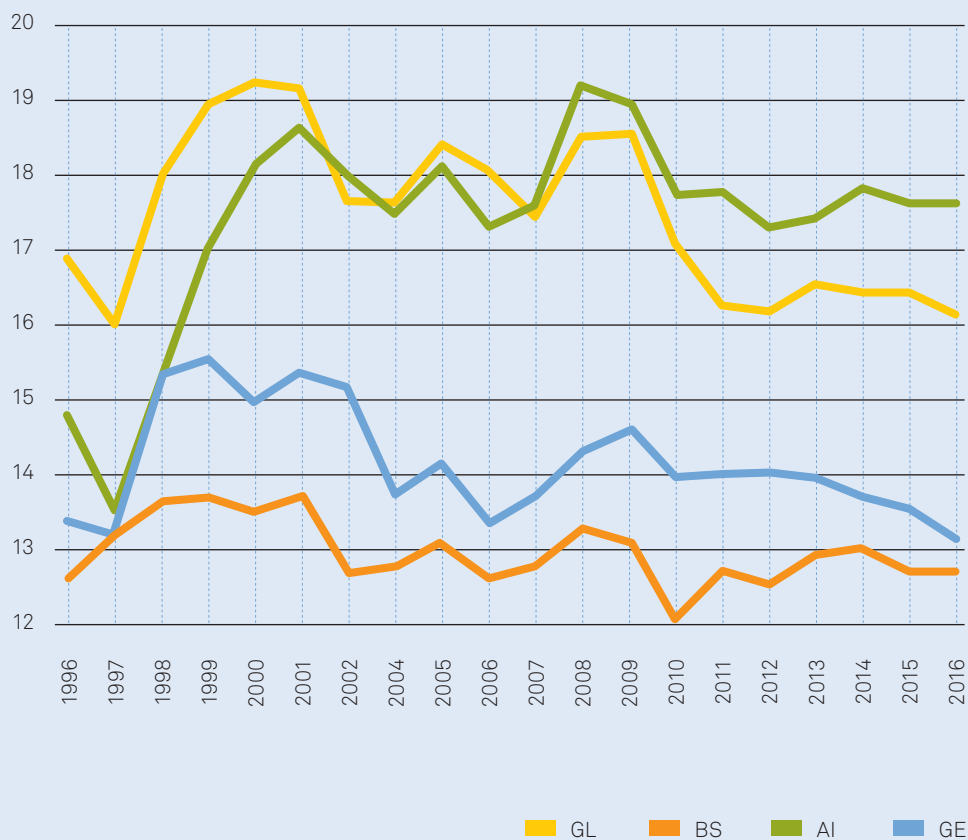
Les brusques variations de pourcentage qui ont concerné tous les cantons en 2010 sont imputables aux adaptations des réglementations des rabais au niveau fédéral.

Plus les primes sont élevées, plus le poids relatif de la participation aux coûts est faible.

Quand le montant des primes est élevé, l'effet incitatif de la participation aux coûts perd donc de son importance. Dans ces circonstances, les impacts diffèrent au niveau cantonal malgré des règles nationales identiques.

Paradoxalement, les prescriptions légales ont pour conséquence que dans les cantons où les coûts et les primes sont élevés, l'effet incitatif de la participation aux coûts (qui concourt à faire baisser les coûts) est moindre que dans les cantons où les coûts et les primes sont inférieurs.

Évolution de la participation aux coûts par personne en pourcentage des primes à recevoir selon des cantons sélectionnés (1996–2016)



Réduction des primes

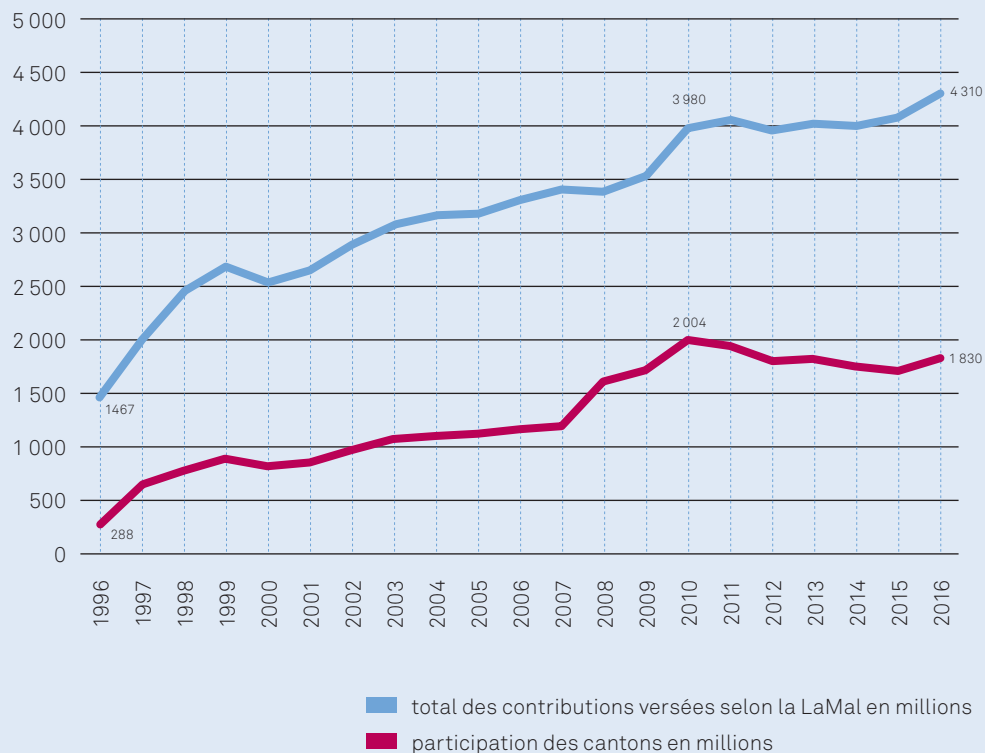
Montant des réductions en Suisse

En vertu de l'article 65 LAMal, les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Elle est cofinancée par la Confédération et les cantons. Les cantons sont largement autonomes dans la réglementation de la réduction des primes pour leur population. Par conséquent, les conditions à remplir pour l'obtenir, le montant et le type de réduction de primes diffèrent énormément d'un canton à l'autre.

L'évaluation statistique de la réduction des primes montre que les montants versés ont constamment augmenté de 1996 à 2010. Entre 2010 et 2015, ils ont stagné et la part du financement cantonal a reculé. En 2010, elle était de 50% environ; en 2016 elle ne s'élevait plus qu'à 42,5% (voir figure 18). Ces dernières années, les cantons abaissent continuellement leur part dans les montants des réductions des primes.

Si l'on compare l'évolution des montants des réductions des primes indexée sur l'évolution des primes à recevoir en valeur absolue depuis 1996, on constate que la croissance des primes à recevoir est plus modeste. On ignore encore si cela tient à une évolution positive de la situation économique des assurés ou si la définition de la condition économique modeste a également été adaptée dans le cadre de considérations budgétaires.

Évolution des montants des réductions des primes (en millions de CHF, 1996–2016)



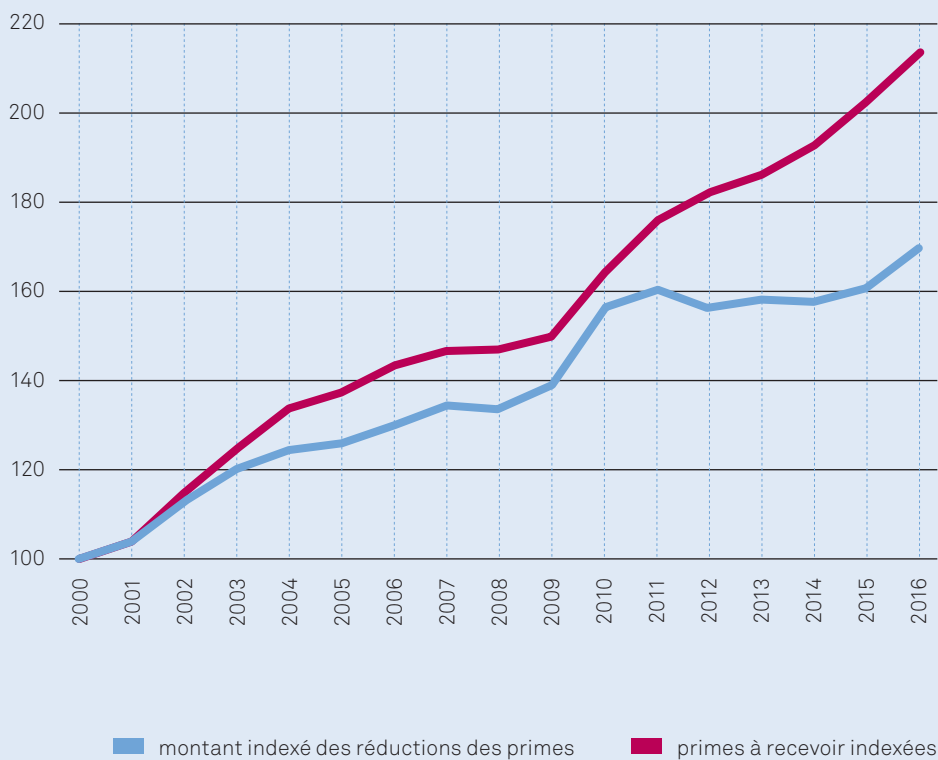
Analyse

En tous les cas, depuis 2000 le volume des réductions a baissé d'un quart: il est passé d'un peu moins de 20% des primes à recevoir totales à 15% en 2015 (voir figure 19).

Ces quinze dernières années, les cantons ont déboursé en moyenne 25% de contributions de soutien en moins par rapport aux primes. Autrement dit, les assurés supportent de plus en plus à eux seuls la charge des primes qui va croissant.

Vu l'évolution des primes et l'évolution des personnes de condition économique modeste depuis 2000, les cantons ont estimé qu'une baisse de 20 à 15% du rapport entre le volume total des réductions et les primes était justifiée.

Évolution des primes à recevoir et des réductions des primes, indexée, 2000–2016



Structure des bénéficiaires

La même évolution se reflète dans la baisse du taux des bénéficiaires d'une réduction des primes depuis 2000. Il est passé de 32% à 27%. Par ailleurs, le volume des réductions a baissé d'un quart: il est passé d'un peu moins de 20% des primes à recevoir totales à 15% en 2016 (voir figure 20).

Durant la même période, le nombre de bénéficiaires par ménage ayant droit à une réduction des primes a baissé de 2,18 à 1,66. Cela correspond aussi à un recul de près d'un quart. Manifestement, le besoin de soutien défini par les règles de réduction des primes s'est déplacé vers les ménages de plus petite taille.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
2,18	1,98	1,90	1,90	1,88	1,87	1,89	1,89	1,90	1,86	1,84	1,85	1,86	1,83	1,82	1,78	1,66

D'après la statistique Ménages privés selon les niveaux géographiques institutionnels et la taille du ménage, en 2016 le nombre de ménages constitués d'une personne seule en Suisse était de 1 300 000. Selon la statistique de l'assurance-maladie, parmi eux 875 000 ont bénéficié d'une réduction (voir figure 21). Dans toute la Suisse, deux ménages d'une personne sur trois ont donc bénéficié d'une réduction des primes en 2016. La proportion des ménages à plusieurs personnes bénéficiant d'une réduction est considérablement plus faible.

La proportion de ménages d'une personne bénéficiant d'une réduction des primes est trois fois plus élevée que celle des ménages à plusieurs personnes dans le même cas.

Les réductions des primes consécutives à une condition économique modeste sont plus de trois fois plus fréquentes dans les ménages d'une personne que dans les ménages à plusieurs personnes.

Évolution des taux des bénéficiaires et de la part de la réduction en pourcentage des primes à recevoir, 2000–2016

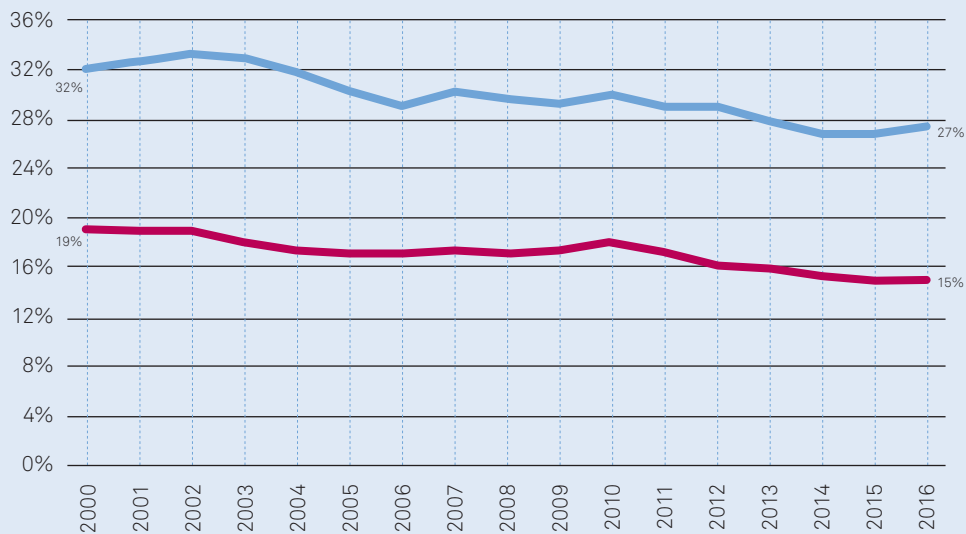


Figure 20

■ taux des bénéficiaires ■ réduction en % des primes à recevoir

Nombre de ménages subventionnés selon la taille des ménages, 2016

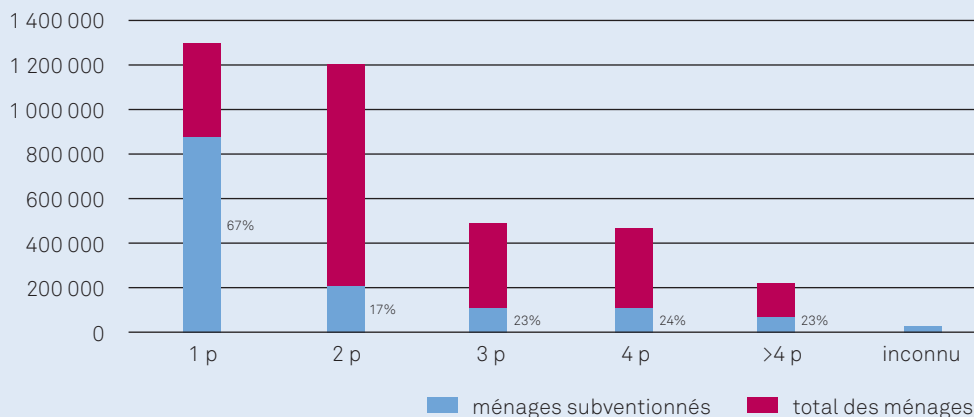


Figure 21

Différences cantonales

Dans toute la Suisse, la proportion de ménages subventionnés a légèrement baissé entre 2000 et 2016. La dispersion entre les cantons a faibli, mais on observe encore des différences considérables au niveau cantonal (voir figure 22):

1. en 2000, six cantons subventionnaient plus de la moitié de leurs ménages. Dans les cantons d'Argovie, de Soleure et de Vaud, cette proportion était inférieure à 30%.
2. en 2016, aucun canton ne subventionnait la majorité des ménages. Le pourcentage le plus important était observé dans le canton de Zurich (48%). Les chefs de file de 2000 ont réduit en partie massivement leur participation. Dans les trois cantons jadis en bas de l'échelle, les pourcentages ont connu une hausse allant jusqu'à 12 points. La proportion de ménages subventionnés la plus faible est de 27%, dans le canton de Glaris.

Les différences cantonales se manifestent également dans le niveau du soutien et le taux des bénéficiaires (voir figure 23). Le canton de Zurich présente le taux des bénéficiaires le plus élevé, avec un montant de ré-

Le canton de Berne n'apparaît pas dans les figures 23 à 25. Depuis 2012 dans ce canton, la participation totale aux primes d'assurance-maladie des bénéficiaires de prestations complémentaires (PC) et de l'aide sociale n'est plus considérée comme une réduction des primes. De ce fait, les chiffres de la réduction des primes ne sont plus comparables avec les statistiques des autres cantons.

Proportion des ménages subventionnés selon les cantons, comparaison entre 2000 et 2016

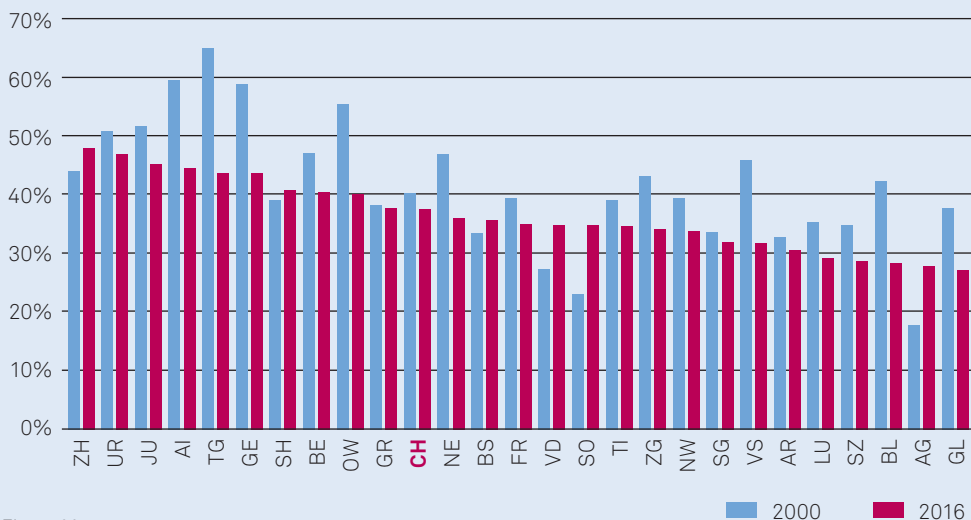


Figure 22

Taux des bénéficiaires et montant de la réduction par bénéficiaire, 2016

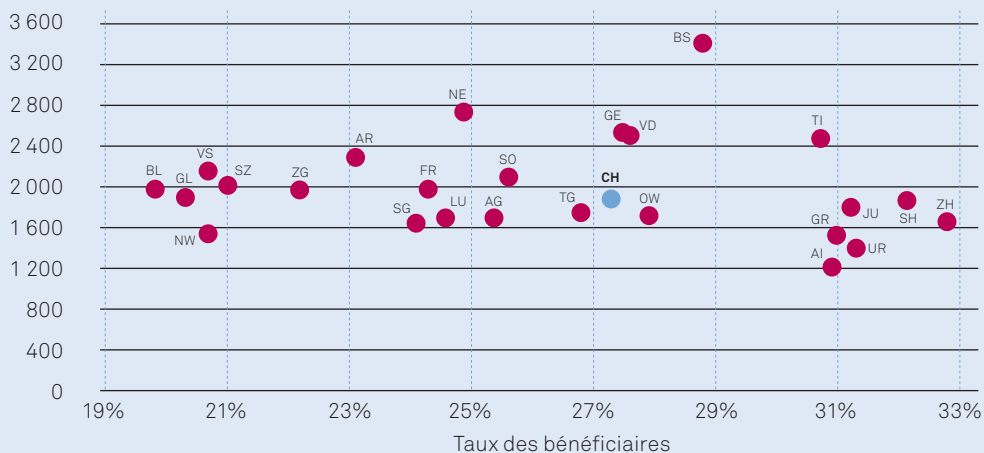


Figure 23

duction par bénéficiaire d'environ 1 600 CHF. Bâle-Ville verse le montant le plus élevé par bénéficiaire. À Bâle-Campagne en revanche, le taux des bénéficiaires est le plus faible avec des montants moyens. Les données diffèrent fortement d'un canton à l'autre. Il conviendrait de considérer la médiane comme mesure statistique. Les données de la statistique de l'assurance-maladie ne permettent toutefois de calculer que la moyenne arithmétique.

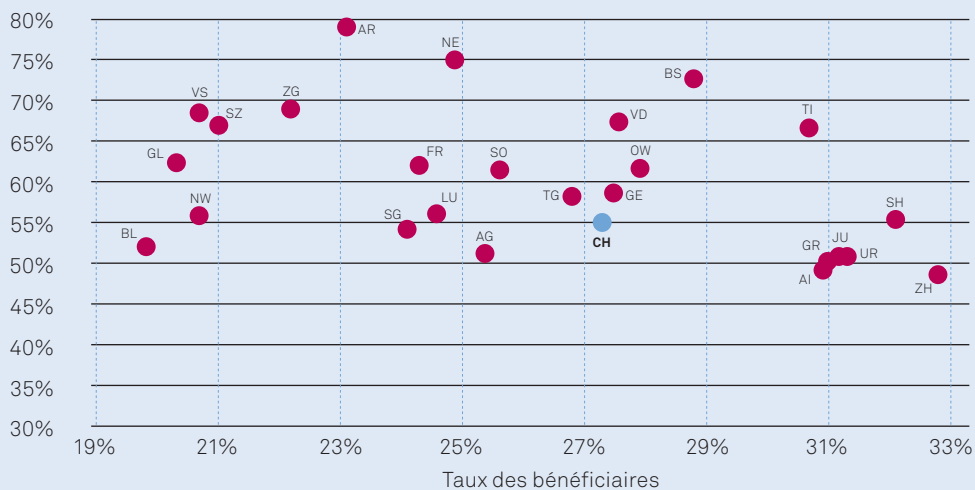
La proportion de primes dues couvertes par les réductions – c'est-à-dire l'importance de l'aide individuelle – dépend toutefois du niveau des primes cantonales. Il s'avère donc judicieux de comparer également le taux de couverture de la réduction des primes (voir figure 24).

Manifestement, le mode d'aide diverge fortement selon les cantons. Tandis que des cantons comme Zurich, Appenzell Rhodes-Intérieures et Uri soutiennent un nombre relativement important d'assurés, mais avec des participations plus faibles aux primes dues, à Neuchâtel, dans le Valais et en Appenzell Rhodes-Extérieures, c'est l'inverse. C'est dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures que la part de couverture des primes est la plus élevée.

Pour simplifier, la politique de réduction des primes peut être illustrée par deux paramètres: «taux des bénéficiaires» et «taux de couverture des primes», qui permettent une bonne comparaison entre les cantons. Un

La Confédération prévoit que les cantons octroient une réduction des primes aux assurés de condition économique modeste. Les cantons déterminent le groupe de bénéficiaires et le montant de l'aide individuelle. Les stratégies d'aide cantonales sont donc extrêmement disparates.

Taux de couverture de la réduction des primes et taux des bénéficiaires, 2016



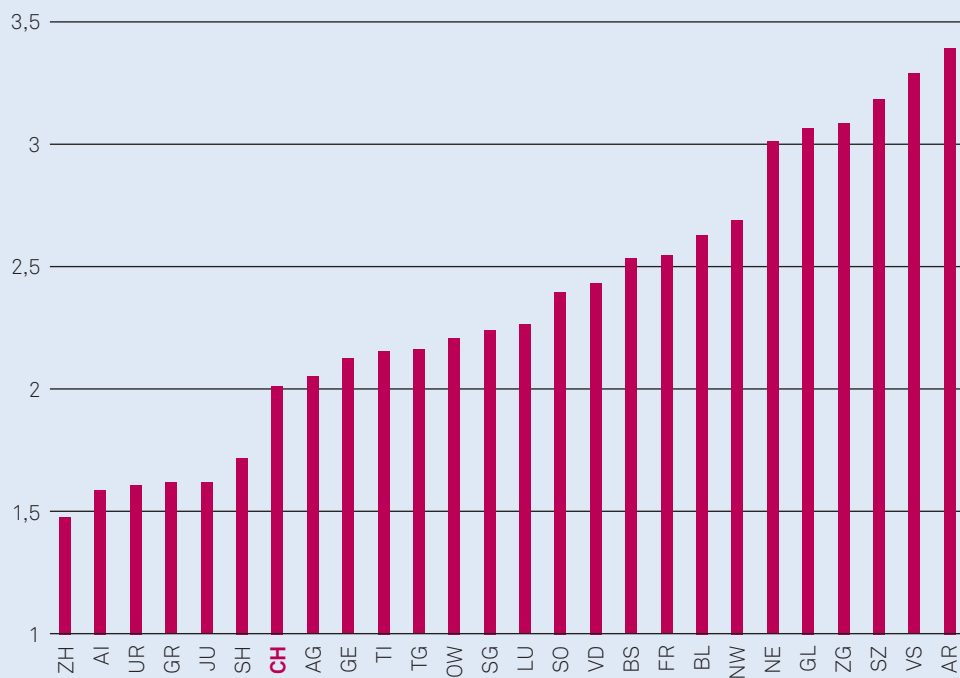
indice est calculé à cette fin. Il consiste à diviser le taux de couverture de la réduction des primes par le taux des bénéficiaires.

Si le taux de couverture est élevé et le taux des bénéficiaires faible, l'indice prend des valeurs élevées. En effet, peu de personnes bénéficient d'une réduction des primes, mais l'allègement de la charge des primes est relativement important. Si le taux de couverture est faible et le taux des bénéficiaires élevé, l'indice prend des valeurs basses: un nombre relativement élevé de personnes profite d'une réduction des primes, mais cette dernière compense une part relativement faible de la charge des primes par bénéficiaire. L'impact individuel d'une telle politique est donc plutôt limité.

On parle aussi d'indice de l'arrosoir. En effet, il indique si les cantons ont tendance à verser des réductions des primes de manière ciblée ou plus largement, assurant donc moins d'aide individuelle.

Ainsi, le canton de Zurich adopte davantage une politique de l'arrosoir que les autres cantons. De nombreuses personnes bénéficient d'une réduction, mais la part des primes qu'elle couvre est relativement faible. C'est dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures et du Valais que la réduction des primes est la plus ciblée (voir figure 25).

Indice de l'arrosoir de la réduction des primes, 2016



Réduction des primes selon les classes d'âge

Comme les primes à recevoir par assuré, le montant de la réduction par bénéficiaire augmente aussi avec l'âge. Les enfants bénéficient de l'allègement le plus important en pourcentage. Les parents paient encore 30% des primes à recevoir pour leurs enfants après déduction de la réduction (voir figure 26). En moyenne suisse, ce sont les bénéficiaires de la classe d'âge des 26–50 ans qui profitent de l'allègement le plus faible en pourcentage. Après la réduction, ils ne paient plus que 46% environ de leurs primes. Dans les classes d'âge supérieures, les primes diminuent pour atteindre un niveau de 33% des primes à recevoir.

Si l'on présente les taux des bénéficiaires selon les classes d'âge, on observe que les classes d'âge supérieure et inférieure présentent les taux les plus élevés. Il s'agit de groupes composés d'une proportion relativement importante de personnes sans activité lucrative. En 2016, les taux des bénéficiaires chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que dans la population âgée étaient les plus élevés en moyenne (voir figure 27).

Si l'on compare la situation de 2006 avec celle de 2016, on observe que les taux des bénéficiaires dans les classes d'âge inférieures à 45 ans ont baissé, alors qu'ils ont augmenté pour les assurés âgés de 46 ans à 71–75 ans.

Le taux d'assistance des ménages à plusieurs personnes en âge de travailler est nettement moindre que celui des ménages d'une personne dans les classes d'âge des jeunes et des aînés. Ces dix dernières années, le rapport entre les bénéficiaires d'une réduction des primes jeunes et aînés s'est déplacé en faveur des classes d'âge supérieures. Dans le même temps, les primes des assurés plus âgés ont davantage augmenté que celles des jeunes.

Réduction des primes et primes à recevoir selon les classes d'âge, 2016

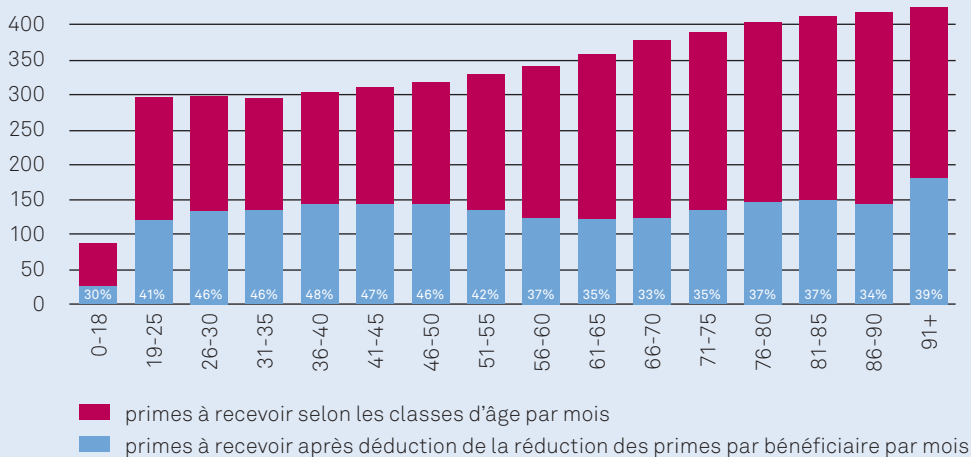


Figure 26

Taux des bénéficiaires selon les classes d'âge (2006 et 2016)

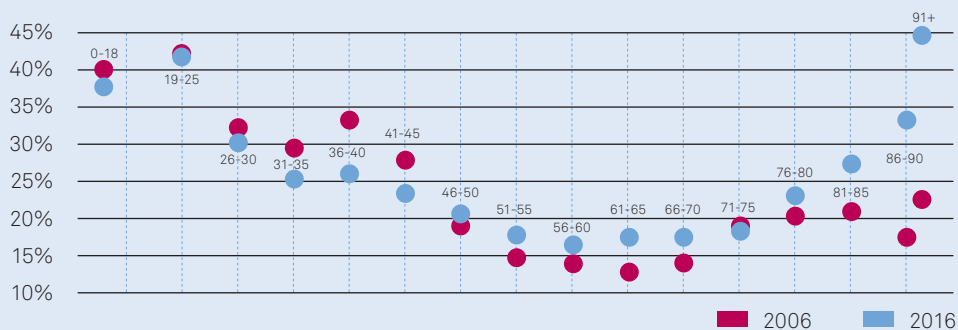


Figure 27

Manifestement, dans la durée les cantons détectent un besoin d'assistance plus important parmi les personnes plus âgées que dans les tranches de population actives et plus jeunes.

Réduction des primes et assurances complémentaires

Les données d'Helsana permettent d'identifier de Source manière s'assurent les bénéficiaires de réductions des primes et les personnes non subventionnées. Les données anonymes de près d'1,16 million d'assurés ont pu être consultées et traitées. 27,3% d'entre eux bénéficient d'une réduction des primes. Par rapport à la population suisse totale, la répartition entre les sexes au sein de l'effectif des assurés du groupe Helsana penche en faveur des femmes.

Bien que le pourcentage de bénéficiaires d'une réduction des primes avec une franchise plus élevée soit moitié moins important que celui des non-bénéficiaires, la prime de l'AOS brute moyenne n'est que peu inférieure. Une vaste majorité des bénéficiaires (67,6%) possède au moins une couverture d'assurance complémentaire et paie en moyenne 55 CHF par mois de primes d'assurance complémentaire. En revanche, les non-bénéficiaires dépensent deux fois plus pour leurs assurances complémentaires. Cela s'explique par le fait que la proportion de bénéficiaires de réduction des primes ayant souscrit une assurance semi-privée ou privée est plus de 50% inférieure et que ces assurances sont chères en comparaison des assurances complémentaires ambulatoires.

Les bénéficiaires d'une réduction des primes dépensent en moyenne moins d'argent pour l'assurance obligatoire. Ils optent moins souvent pour une assurance complémentaire et quand ils en ont une, ils dépensent également moins sous ce poste budgétaire.

Primes mensuelles	Non- bénéficiaires	Bénéficiaires d'une réduction
Prime de l'AOS brute moyenne	314,50	295,90
Proportion possédant au moins une assurance complémentaire	75%	68%
Proportion ayant souscrit une assurance semi-privée ou privée	24%	11%
Primes d'assurance complémentaire par mois en CHF	108	54
Proportion d'assurés avec franchise ordinaire	42%	46%
Proportion d'assurés avec franchise de 2 500 CHF	16,7%	8,9%

Arriérés de primes: Cadre juridique

Quand les assurés ne paient pas leurs factures, ils sont tout d'abord sommés de payer leurs arriérés par leur assureur. En cas de non-paiement, ils sont menacés de mise aux poursuites. Selon la compagnie d'assurance, une relance est envoyée avant la menace de poursuite. Une fois que le délai de sommation arrive à échéance, une poursuite est engagée. Pour des raisons d'économie, certains assureurs réunissent plusieurs postes échus dans une seule et même poursuite, introduite par une réquisition de poursuite. L'office des poursuites émet le commandement de payer. Chaque commandement de payer correspond à un acte de poursuite. Si les sociétés d'assurance ne regroupaient pas les créances, un débiteur ne payant pas ses primes serait poursuivi au minimum douze fois par an.

Si un acte de défaut de biens a été établi pour les primes ou les participations aux frais en souffrance, en vertu de l'article 64a alinéa 4 LAMal, les cantons participent à hauteur de 85% aux pertes des assureurs-maladie. Toutefois, cela ne diminue pas les créances envers les assurés. Les sociétés d'assurance profitent de cette participation des cantons en dédommagement du fait qu'elles ne peuvent exclure aucun assuré de l'assurance obligatoire. D'une manière générale, un assureur reste tenu à prestation même si l'assuré ne paie pas ses factures. Si les arriérés sont payés par la suite, l'assureur doit reverser 50% des paiements au canton. Même dans un canton disposant d'une «liste des mauvais payeurs de primes», l'assureur doit prendre en charge rétroactivement toutes les prestations après le règlement de tous les arriérés.

Jusqu'à la fin de l'année 2011, les assureurs devaient suspendre leurs prestations après le dépôt de la requête de continuer la poursuite. Une nouvelle règle est entrée en vigueur le 1er janvier 2012: les cantons ont la possibilité d'inscrire sur une liste noire les assurés qui ne remplissent pas leurs obligations de paiement des primes et des participations aux coûts. Les assureurs sont autorisés à ne rembourser que les traitements relevant de la médecine d'urgence pour ces personnes. Dans le domaine d'application de la LAMal, il n'existe aucune définition uniforme de l'urgence. En conséquence, une multitude de réglementations coexistent. Pour tous les autres traitements, l'obligation de prestation de l'assureur est provisoirement suspendue. Si l'assuré paie ultérieurement ses arriérés, l'assureur devra à son tour rembourser les traitements, et ce bien que son obligation de prestation ait été suspendue à l'époque du traitement. Malgré la suspension de prestations, l'assureur court donc toujours un risque actuariel.

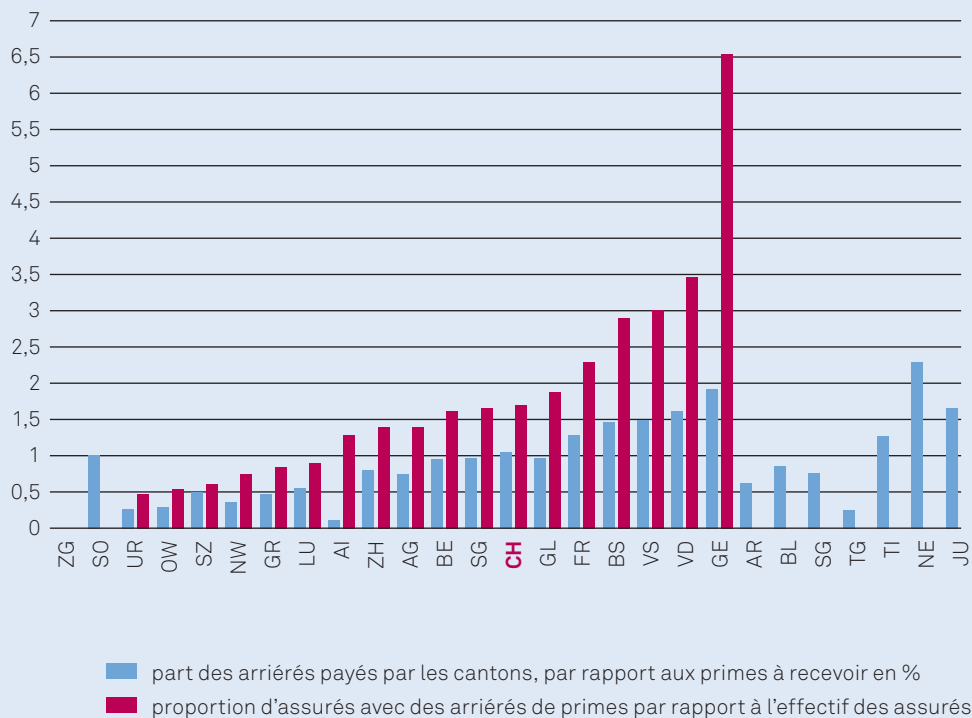
Arriérés de paiement

En 2016, la proportion d'assurés avec des arriérés de primes pour lesquels les cantons ont participé aux actes de défaut de biens était d'environ 1,7% dans toute la Suisse. Cela a coûté aux cantons 1,1% du total des primes à recevoir dans le pays. Malheureusement, les données correspondantes ne sont pas disponibles dans tous les cantons. Le graphique n'est donc pas exhaustif.

Les différences entre les cantons sont considérables (voir figure 28). Tandis que dans les cantons d'Uri et d'Obwald, 0,5% des arriérés des assurés ont été pris en charge par les cantons, à Genève ce pourcentage a atteint 6,5%. Dans l'ensemble, la comparaison cantonale met en évidence un énorme fossé entre l'est et l'ouest du pays.

Les démarches engagées contre les assurés en cas de non-paiement des primes sont documentées séparément (rappel de paiement, première relance [facultative], menace de mise aux poursuites, réquisition de poursuite, etc.). Ces informations ont permis de constituer un indice des habitudes de paiement sur la base des données du collectif d'assurés du groupe Helsana. Il tient compte d'une constellation pondérée de personnes ayant reçu des rappels de paiement, des relances et des dernières relances, ayant fait l'objet de poursuites ou pour lesquelles un acte de défaut de biens a été établi. L'indice permet de comparer les habitudes de paiement de la population des différents cantons. En 2016, la proportion des poursuites dans l'indice était de 4,9%. L'indice des mauvais payeurs de primes tient également compte des assurés ayant reçu plusieurs relances.

Arriérés de primes par canton, 2016



Analyse

La carte suivante illustre la proportion de mauvais payeurs définis précédemment. 9,3% des assurés Helsana ne remplissent pas leurs obligations de paiement systématiquement (sans relance). En comparaison cantonale, l'indice se présente comme suit:

La proportion de mauvais payeurs de primes et de participation aux coûts définis précédemment diverge considérablement d'un canton à l'autre. Ces données confirment l'énorme fossé qui existe entre l'est et l'ouest du pays. Dans le canton de Neuchâtel, ils sont cinq fois plus nombreux que dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures.

En Suisse romande, les habitudes de paiement des primes d'assurance-maladie sont nettement moins bonnes qu'en Suisse alémanique et au Tessin.

Proportion de mauvais payeurs de primes selon les cantons, 2016

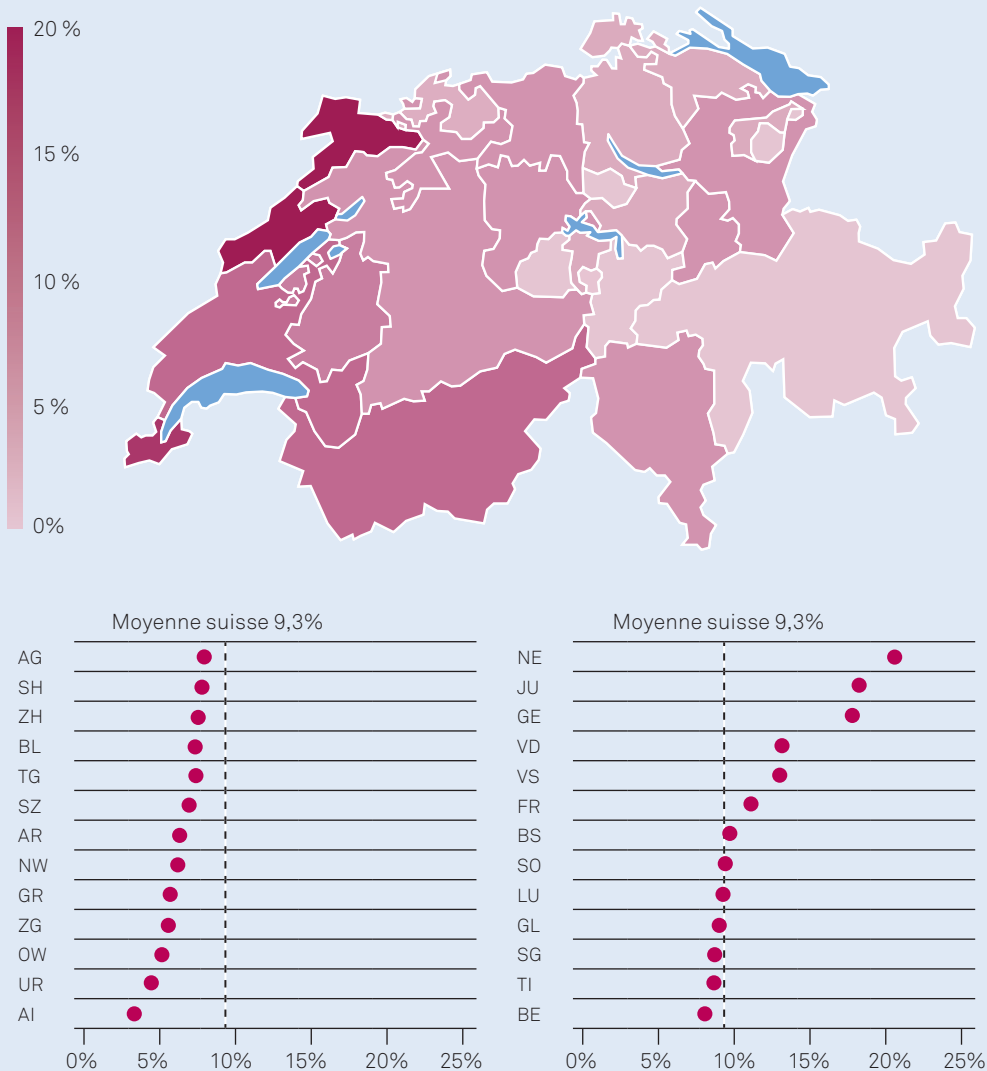


Figure 29

Poursuites

L'évolution relative des effectifs d'assurés sujets à des poursuites depuis 2005 oscille chaque année entre 4,4 et 5,6% (voir figure 30). Depuis 2012, la proportion a reculé et, en 2016, elle s'élevait à 4,9% environ.

Jusqu'en 2011, les assureurs devaient suspendre leurs prestations après le dépôt d'une requête de continuation de poursuite. Depuis 2012, ce sont les cantons qui en décident, mais pas avant l'ouverture de la poursuite. En 2011, la proportion d'assurés dont les prestations étaient suspendues s'élevait encore à près de 2%. Avec la nouvelle réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2012 (listes cantonales), elle a reculé pour passer en dessous de 0,5%. Cela tient notamment au fait que tous les cantons n'exercent pas leur droit de dresser une liste.

Le montant en poursuite en pourcentage des primes dues a également reculé depuis 2005. En 2005, il était encore de 67 CHF en valeur absolue; en 2016, il était de 60 CHF (voir figure 31). Il convient toutefois de noter que les sociétés d'assurance regroupent différemment les arriérés en poursuite.

On peut se demander si les habitudes de paiement des assurés et les données relatives aux poursuites dans le domaine de l'assurance-maladie diffèrent considérablement des autres secteurs.

Proportion d'assurés sujets à des poursuites et proportion d'assurés dont les prestations ont été suspendues (2005–2016)

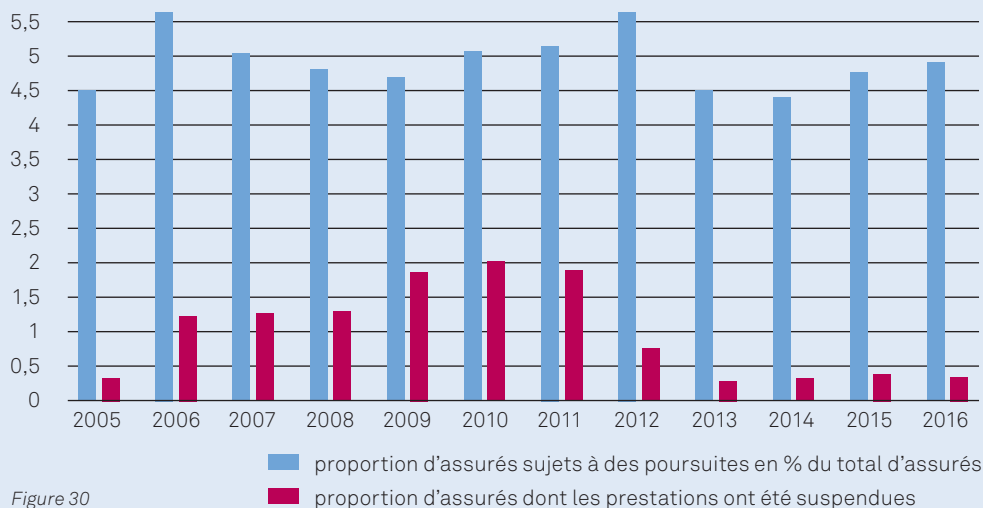


Figure 30

Montants en poursuite en pourcentage des primes à recevoir et proportion des assurés sujets à des poursuites (2005–2016)

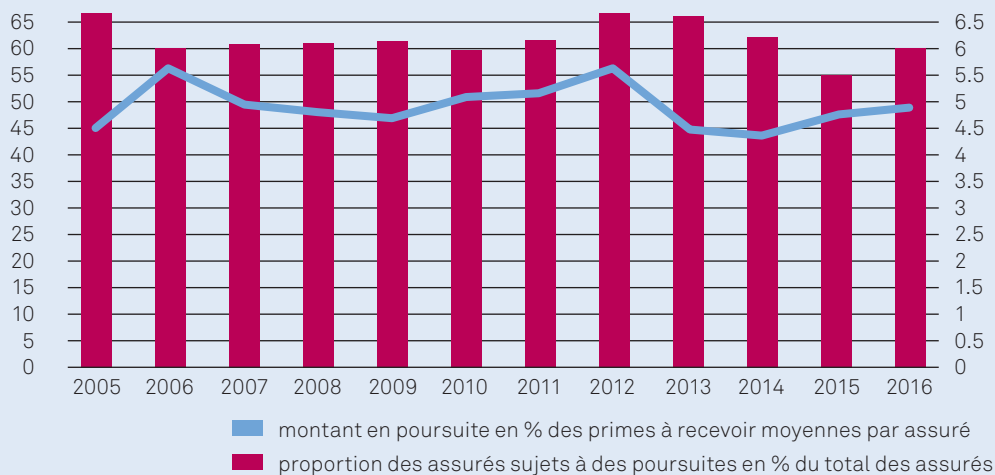


Figure 31

En observant la proportion de la population sujette à au moins une poursuite (voir figure 32), on constate que les poursuites pour défaut de paiement de primes ne sont pas plus fréquentes que les autres poursuites dans le reste du secteur tertiaire en Suisse. Le fossé entre l'est et l'ouest du pays est confirmé.

Si l'on compare l'évolution du nombre d'assurés sujets à des poursuites dans l'AOS de 2005 à 2016 avec l'évolution du nombre total de commandements de payer (toute poursuite commence par un commandement de payer) en Suisse (environ 2 500 000 en 2005), la situation se présente différemment (source: Office fédéral de la statistique, Statistique des poursuites et des faillites).

Les commandements de payer ont augmenté de plus de 100%. Le nombre d'assurés AOS sujets à des poursuites, quant à lui, est seulement supérieur de 10% au niveau de 2005 (voir figure 33).

Dans la mesure où les assurés n'ont pas suffisamment de moyens pour s'acquitter de leurs factures ou ne sont pas prêts à utiliser ces fonds, il semble que ces dernières années, ils renoncent moins au paiement de la prime AOS qu'au règlement d'autres dettes. Il peut aussi arriver que les offices des affaires sociales interviennent pour le règlement de la prime de l'AOS. La prime – en supposant qu'elle soit réglée – est également prise en compte dans le minimum vital au sens du droit de poursuite. Cela revêt par exemple un intérêt en cas de saisie sur salaire dans le cadre des procédures de poursuite.

Le nombre de mauvais payeurs et de poursuites consécutives à un défaut de paiement des primes n'est pas plus élevé que dans d'autres secteurs. Ces dernières années, les habitudes de paiement dans le domaine de l'assurance obligatoire se sont sensiblement améliorées par rapport aux autres secteurs économiques.

Proportion de la population ayant fait l'objet d'au moins une poursuite en Suisse, en %, 2013



Figure 32

Évolution des poursuites dans l'AOS et des commandements de payer dans tous les secteurs, indexée, 2005–2016

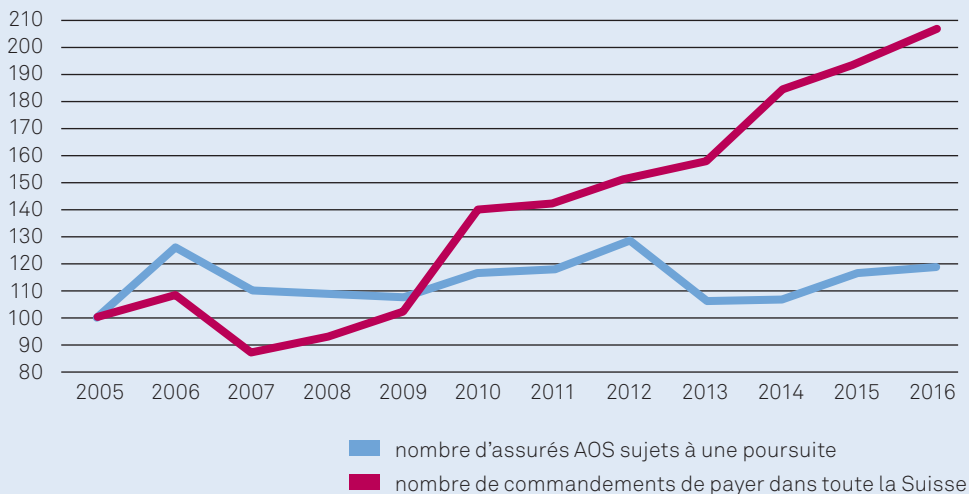


Figure 33

Rapport entre les primes, la fortune et les revenus

Que montre l'évolution des primes et de la réduction des primes à la lumière des revenus et de la fortune?

Il ressort du tableau 2 que les revenus moyens par tête ont augmenté de 18 780 CHF entre 1997 et 2014, tandis que la fortune moyenne des personnes physiques a crû de 143 432 CHF. Les primes à recevoir ont quant à elles augmenté de 1 509 CHF et la réduction moyenne des primes par assuré de 226 CHF. La proportion de contribuables sans fortune a baissé d'un cinquième, elle est passée de 31% à 25%.

S'agissant de valeurs moyennes, ces informations ne donnent pas d'indications sur la charge individuelle des primes. L'Enquête sur le budget des ménages pourrait fournir des indices car elle est structurée en fonction des classes de revenu. Les dernières données disponibles révèlent ce qui suit:

En pourcentage, c'est sur la classe de revenu inférieure que les primes pèsent le plus. La proportion des primes est passée de 11,6% entre 2006 et 2008 à 12% entre 2012 et 2014 (+ 48 CHF). Parallèlement, les revenus dans ce quintile ont augmenté de 298 CHF, et les impôts de 13 CHF. La part des primes dans le budget du ménage a donc légèrement augmenté depuis 2006 dans le quintile de revenus le plus bas, mais le budget moyen des ménages a lui aussi connu une hausse. Compte tenu de l'absence d'informations sur la répartition à l'intérieur de cette classe de revenu, cette statistique ne permet pas non plus d'apprécier les changements pour les personnes concernées.

Primes, réduction des primes, revenus et fortune (1997 et 2014)

	Revenus moyens par tête en CHF	Fortune moyenne des personnes physiques par contribuable en CHF	Proportion des personnes physiques sans fortune en %	Primes à recevoir moyennes par assuré en CHF	Réduction moyenne des primes par assuré en CHF
1997	58 965	193 803	30,9	1 644	276
2014	77 745	337 235	24,8	3 172	502
Croissance absolue	18 780	143 432	-6	1 509	226
Croissance relative	32	74	-20	91	82

Tableau 2

Enquête sur le budget des ménages selon les quintiles de revenus (2006–2014)

Les classes se basent sur les quintiles de répartition des revenus

	2012-2014				
Ensemble des ménages selon la classe de revenu	En dessous de 5021	5021-7336	7337-9987	9979-13687	>13688
Revenu brut	3 542	6 173	8 628	11 663	20 302
Impôts	382	640	829	1 177	2 890
Assurance-maladie de base	424	494	565	606	687
% de l'assurance de base	12,0	8,0	6,6	5,2	3,4
	2009-2011				
Ensemble des ménages selon la classe de revenu	En dessous de 4880	4880-7173	7174-9703	9793-31137	>13171
Revenu brut	3 475	6 053	8 414	11 255	18 448
Impôts	349	630	879	1 184	2 705
Assurance-maladie de base	406	463	521	574	627
% de l'assurance de base	11,7	7,6	6,2	5,1	3,4
	2006-2008				
Ensemble des ménages selon la classe de revenu	En dessous de 4620	4610-6674	6675-8953	8954-12320	>12321
Revenu brut	3 244	5 700	7 758	10 494	17 377
Impôts	369	601	791	1 112	2 373
Assurance-maladie de base	376	428	491	535	581
% de l'assurance de base	11,6	7,5	6,3	5,1	3,3

Tableau 3

Les informations sur les primes, les revenus et la fortune moyens ne fournissent pas d'indication sur la capacité financière à supporter les primes pour les bas revenus.

Débat

En approuvant la loi sur l'assurance-maladie, la population suisse a exprimé sa volonté de voir tout un chacun s'assurer obligatoirement contre les risques de maladie. Cette décision exige de clarifier trois questions clés. Sources prestations couvre cette assurance? Quel peut être le coût de ces prestations? Qui finance Source part de ces prestations, et comment?

Une solidarité en pleine mutation

Le présent rapport aborde les différentes facettes de la dernière question. Au moment de l'introduction de la loi, la priorité a été donnée aux trois prémisses suivantes: solidarité entre les jeunes et les aînés, solidarité entre les personnes en bonne santé et les personnes malades, et enfin solidarité entre les riches et les pauvres. Au cours de son application, il a été décidé que les primes seraient définies indépendamment de l'âge, de manière uniforme au niveau cantonal/régional. Pour satisfaire à la politique de répartition, des classes d'âge supplémentaires ont été ajoutées au sein de la plus jeune couche de la population (enfants et jeunes adultes). La législation sur la réduction des primes devait assurer la solidarité entre les riches et les pauvres.

Dans le même temps, la population s'est prononcée en faveur d'une concurrence régulée et de la liberté du choix de l'assureur. En vue de promouvoir simultanément la prévoyance, il est également possible de

choisir entre différents modèles de franchise avec rabais sur les primes. Afin d'assurer une prise en charge économique, les assurés peuvent en outre limiter leur liberté de choix du fournisseur de prestations et profiter en contrepartie d'un rabais sur les primes.

En conséquence de la combinaison de ces libertés accordées sur le marché de l'assurance, les différents aspects des prémisses de solidarité ont considérablement changé ces vingt dernières années.

Solidarité et choix du modèle

La redistribution des assurés du modèle alternatif avec rabais sur les primes vers les assurés du modèle standard s'est considérablement intensifiée depuis l'entrée en vigueur de la LAMal:

	1996	2016
Charge par tête des assurés dans le modèle avec rabais sur les primes	500	650
Allègement de la charge par tête des assurés dans le modèle standard	200	1'800

Les réglementations des rabais permettent certes à de nombreux assurés de payer des primes moins élevées, mais dans le même temps, elles définissent des limites claires qui empêchent tout renchérissement important des primes en fonction de l'évolution des coûts pour ces assurés dans le modèle standard.

Les réglementations des rabais ne se bornent pas à définir des limites claires aux tendances à la désolidarisation: le recours croissant aux modèles avec rabais sur les primes renforce aussi la solidarité entre les personnes en bonne santé et les personnes malades.

Certes, le modèle standard perd de plus en plus de terrain. Cependant, il peut tout à fait être maintenu et servir de base pour les rabais si plus

personne n'opte pour cette solution. Par contre, les directives de calcul – qui stipulent que le rabais doit correspondre aux économies réalisées par rapport aux assurés du modèle standard – ne pourront alors plus être transposées dans les modèles d'assurance alternatifs.

Une révision des réglementations des primes et des rabais s'impose. Il serait dommage qu'une réglementation obsolète des primes et des rabais empêchant tout développement freine, voire stoppe l'élan innovateur dans le domaine des soins intégrés.

Solidarité et classes d'âge

En moyenne, les primes du groupe d'assurés adultes le plus âgé sont supérieures de 50% à celles de la classe d'âge la plus jeune chez les adultes. Inversement, la classe d'adultes la plus jeune paie environ 30% de moins que la classe la plus âgée. Cette observation est aussi le résultat des libertés de choix exercées par les assurés. Les plus jeunes assurés optent plutôt pour les modèles avec rabais sur les primes. Les aînés intègrent dans leur prise de décision les conséquences financières supplémentaires du recours à une prestation.

Par conséquent, si les rabais étaient réduits pour les franchises les plus élevées, les jeunes adultes paieraient des primes plus élevées, et les adultes âgés des primes moindres. Cela contrecarre la volonté des acteurs qui souhaitent orienter la solidarité entre les jeunes et les aînés en faveur des jeunes. Pour autant, cette évolution a déjà lieu dans une certaine mesure car les rabais sur les primes ont de moins en moins d'effet compte tenu de la limitation de leur montant. D'autres voix exigent l'introduction de nouveaux degrés de prime afin d'alléger la charge des plus jeunes et d'alourdir celle des aînés. De telles conceptions de la redistribution sont-elles légitimes, compte tenu des différences de charges mises en évidence? On peut se le demander.

Le fait est et reste que le système de prime par tête actuel entraîne une redistribution considérable des jeunes vers les aînés. Dans l'assurance-maladie, la solidarité est donc largement imposée aux assurés, indépendamment de leurs revenus et de leur fortune.

Dans un système offrant des libertés de choix, il est impossible de recourir à la régulation des primes pour se conformer à des conceptions exactes de la solidarité.

Solidarité entre les riches et les pauvres

Les réglementations de la redistribution sont avant tout des règles qui régissent les flux financiers. La réduction des primes est un instrument qui permet d'agir directement pour que ces flux transitent de la population à forte capacité financière vers les couches à faible capacité financière. Il incombe aux cantons de définir les règles d'octroi d'une réduction des primes.

Sur la base des décisions régaliennes correspondantes, depuis 2000 le volume des réductions a baissé d'un quart: il est passé d'un peu moins de 20% des primes à recevoir totales à 15% en 2015. Cette évolution laisse à penser que les cantons ont procédé de la sorte uniquement parce qu'ils souhaitent ménager les budgets cantonaux. C'est tout à fait plausible. D'autres motifs infirment toutefois cette hypothèse:

1. depuis quinze ans, la population est globalement plus fortunée et dispose de davantage de revenus.
2. les limites de l'inadmissibilité de la situation économique se sont déplacées. Elles sont définies dans le cadre de processus démocratiques cantonaux.
3. les habitudes de paiement dans le domaine de l'assurance obligatoire se sont sensiblement améliorées par rapport aux autres secteurs économiques. Ce résultat serait peu probable si le «retrait des cantons» entravait considérablement la capacité à payer les primes de la population.

Particularités cantonales

Étant donné que l'octroi d'une réduction des primes est décidé au niveau cantonal, les résultats de la redistribution sont forcément très disparates. Les écarts mis en évidence par l'indice de l'arrosoir et les différentes priorités des groupes de bénéficiaires sont le résultat de notions de la solidarité très diverses selon les cantons et en définitive, inhérents à notre système fédéral.

Les particularités cantonales ne concernent pas seulement la réduction des primes. Les principales différences sont identifiables dans le domaine des habitudes de paiement: en Suisse romande, elles sont nettement moins bonnes qu'en Suisse alémanique et au Tessin.

Notons aussi l'effet divergent des rabais de franchise selon les cantons. Compte tenu du fait que les réglementations sont fixées à l'échelon national, mais que les primes le sont au niveau régional/cantonal, la franchise perd sa signification en tant que moyen d'incitation dans les cantons où les primes et les coûts sont élevés. En supposant que l'effet d'incitation dépende effectivement de la participation aux coûts par rapport à la prime, ce résultat serait en tous les cas contre-productif.

Conclusion

L'assurance-maladie suisse offre de nombreuses libertés de choix. Les disparités acceptées volontairement par les assurés sont d'autant plus grandes. Une seule et même prime pour tous n'existe pas. À l'avenir, il est donc recommandé d'aborder la communication relative aux primes de manière plus nuancée. Ne se reposer que sur la prime moyenne du modèle standard avec franchise ordinaire est à la limite de la désinformation. La charge des primes effective est bien plus pertinente pour les assurés.

La régulation des primes ne permet guère de mener une politique de répartition ciblée. Seule la limitation des rabais par les pouvoirs publics garantit le minimum de solidarité entre les assurés qui est prévu au niveau politique. Vu les libertés de choix, il est toutefois impossible d'influencer de manière ciblée quels groupes doivent supporter la charge des primes, et de Source manière.

Par ailleurs, il n'est pas nécessaire d'orienter la solidarité par le biais d'interventions au niveau de la fixation des primes, car cette dernière n'est pas la forme la plus directe de politique de répartition dans le système d'assurance-maladie. Il s'agit de la réduction des primes.

La réduction des primes dépend grosso modo des revenus et de la fortune. Les mêmes paramètres sont pertinents pour le calcul des impôts. La réduction des primes est pour ainsi dire un appareil de redistribution

parallèle. Une assistance ciblée pourrait tout à fait être intégrée dans le système fiscal actuel. En tenant compte de la situation générale des assurés – et de la charge des primes – il serait même possible de mener une politique de répartition plus ciblée. L'on peut donc supposer que des inefficacités existent non seulement dans le secteur des services de santé, mais aussi dans l'agencement du mécanisme de répartition.

Le présent rapport sur les primes repose sur des considérations générales analysées sous différents points de vue. Les valeurs moyennes ne révèlent rien de la répartition et de la fréquence des extrêmes. Aucune conclusion ne peut être tirée quant à la charge des primes individuelle sur la base d'indicateurs tels que les primes moyennes, l'augmentation moyenne des primes ou la réduction moyenne des primes.

Glossaire

Terme	Définition
Assurance avec bonus	Le terme d'assurance avec bonus désigne un type de rabais pour absence de sinistre. Dans le cadre de l'assurance avec bonus, le rabais sur les primes passe à 45% de la prime de référence au bout de cinq ans d'absence de sinistre. La prime de référence doit cependant être de 10% supérieure à la prime de l'assurance standard. Compte tenu du fait que les rabais s'appliquent dès le début de la couverture d'assurance dans le cadre des modèles à franchise, la variante bonus n'est pas séduisante. En 2016, la Suisse comptait tout juste 4 100 personnes bénéficiant d'un contrat d'assurance avec bonus, soit cinq millièmes des assurés.
Franchise	La franchise est un type de participation aux coûts. L'assuré supporte ses frais de traitement jusqu'à concurrence de la franchise qu'il a choisie. La franchise la plus basse est de CHF 300.- (modèle standard), la franchise à option la plus élevée est de CHF 2 500.-.
Indice de l'arrosoir	L'indice de l'arrosoir correspond au rapport entre le taux de couverture des primes et le taux des bénéficiaires. Si le taux de couverture est élevé et le taux des bénéficiaires faible, l'indice prend des valeurs élevées. Si le taux de couverture est faible et le taux des bénéficiaires élevé, l'indice prend des valeurs basses.
Modèle avec rabais sur les primes	Les modèles avec rabais sur les primes englobent toutes les variantes d'assurance qui ne sont pas le modèle standard (franchise à option / MAA / bonus).
Modèle d'assurance alternatif (MAA)	La variante standard de l'assurance de base obligatoire n'est pas la seule option. Il est également possible de souscrire une variante alternative (p. ex. médecin de famille ou Telmed). Ces modèles offrent des rabais pouvant aller jusqu'à 20%.
Modèle standard	Le modèle standard de l'assurance obligatoire des soins est assorti d'une franchise de base de CHF 300.- et offre un accès illimité aux professionnels de la santé. Les assurés sont libres de choisir leur fournisseur de prestations. Il peut s'agir de leur médecin traitant ou d'un spécialiste (p. ex. d'un chiropracteur). Cependant, le modèle standard n'octroie aucun rabais sur la prime d'assurance de base.
Prime standard	La prime standard est la prime du modèle standard.
Primes à recevoir	Les primes à recevoir correspondent au montant des primes dues par les assurés, indépendamment du fait qu'elles soient payées ou non. Il s'agit du montant qui figure sur la facture des primes.
Réduction des primes	La réduction des primes permet de soulager financièrement les assurés de condition économique modeste en allégeant la charge des primes de l'assurance obligatoire des soins.
Taux de couverture des primes	Le taux de couverture des primes reflète le rapport entre la réduction des primes et les primes.
Taux des bénéficiaires	Le taux des bénéficiaires désigne la proportion d'assurés qui profitent, par exemple, d'une réduction individuelle des primes.



Groupe Helsana
Case postale
8081 Zurich
www.helsana.ch