Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

FF 2018
www.droitfederal.admin.ch
La version électronique
signée fait foi

15.468

Initiative parlementaire LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

du 19 avril 2018

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Par le présent rapport, nous vous soumettons un projet de modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie[1], que nous transmettons simultanément au Conseil fédéral pour avis.

La commission propose d'adopter le projet d'acte ci-joint.

19 avril 2018

Pour la commission:

Le président, Thomas de Courten

1 RS **832.10**

Rapport

1 Genèse du projet

Le 19 juin 2015, le conseiller national Roland Borer (UDC, SO) a déposé l'initiative parlementaire suivante: «La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) est modifiée de manière à ce que les contrats prévoyant une forme particulière d'assurance (franchises à option, choix limité du fournisseur de prestations, etc.) ne puissent être proposés que pour une durée de trois ans. Aucune modification ne sera apportée au modèle de base avec la franchise ordinaire à 300 francs, dont le contrat peut être résilié pour la fin d'un semestre.» Cette initiative a par la suite été reprise par le conseiller national Heinz Brand (UDC, GR), après le départ de Roland Borer du Conseil national.

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a procédé à l'examen préalable de l'initiative à sa séance du 22 juin 2016 et a alors décidé d'y donner suite, par 17 voix contre 7. Le 30 août 2016, son homologue du Conseil des Etats (CSSS-E) s'est ralliée à cette décision par 8 voix contre 4.

Lors des séances des 3 novembre 2016, 13 janvier 2017 et 6 avril 2017, la CSSS-N a discuté de la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)[2] qui s'imposait dans ce contexte et s'est attelée à l'élaboration d'un avant-projet d'acte. A cet effet, elle a fait appel, en vertu de l'art. 112, al. 1, de la loi du 13 décembre 2002 sur l'Assemblée fédérale (LParl)[3], à des experts de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Le 6 avril 2017, la commission a finalement approuvé un avant-projet de modification de la LAMal, par 17 voix contre 6. Elle a donc chargé son secrétariat d'élaborer un rapport explicatif en collaboration avec l'administration.

Lors de sa séance du 31 août 2017, la commission a approuvé le rapport explicatif et a décidé de mettre son projet en consultation.

La consultation a duré du 18 septembre 2017 au 18 décembre 2017. A sa séance du 19 avril 2018, la commission a pris acte des résultats de la consultation (cf. chap. 2.7) et a adapté son projet sur cette base. Au vote sur l'ensemble, elle a décidé, par 11 voix contre 7 et 2 abstentions, d'approuver ce projet d'acte et son rapport, et de les soumettre au Conseil national. Parallèlement, elle a transmis le projet au Conseil fédéral pour avis.

2 RS **832.10**
3 RS **171.10**

2 Grandes lignes du projet

2.1 Contexte et objectifs

Conformément à l'art. 3 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Les assureurs doivent admettre, dans les limites de leur champ territorial d'activité, toute personne tenue de s'assurer (art. 5, let. i, de la loi du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie[4]). L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7 LAMal).

La LAMal dispose également que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient en acquittant, premièrement, un montant fixe par année (franchise), deuxièmement, 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part), et troisièmement, une contribution aux frais de séjour en cas d'hospitalisation (art. 64 LAMal). Actuellement, la franchise s'élève à 300 francs par an (art. 103, al. 1, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal][5]). Elle est désignée ci-après par le terme «franchise ordinaire». Aucune franchise n'est exigée pour les enfants (art. 64, al. 4, LAMal). Sont considérés comme des enfants les assurés qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans révolus (art. 61, al. 3, LAMal).

Enfin, la LAMal prévoit que l'assurance obligatoire des soins peut être souscrite sous une forme particulière. Le Conseil fédéral peut ainsi autoriser une forme d'assurance qui permet à l'assuré de verser une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'art. 64 LAMal en contrepartie d'une réduction de prime (art. 62, al. 2, let. a, LAMal).

Le Conseil fédéral a intégré cette forme d'assurance dans l'OAMal en la qualifiant d'assurance avec franchise à option. Les assureurs sont libres d'offrir ce type d'assurance à leurs clients. Le montant des franchises[6] est fixé dans l'ordonnance, les assureurs n'étant cependant pas tenus d'offrir tout l'éventail des franchises existantes (art. 93, al. 1, OAMal).

Le montant maximal de la réduction de primes[7] par année civile ne doit pas dépasser 70 % du risque de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée (art. 95, al. 2bis, OAMal).

4 RS **832.12**
5 RS **832.102**
6 Le 28.6.2017, le Conseil fédéral a envoyé en consultation un projet de modification de la LAMal visant à adapter les franchises à l'évolution des coûts. Le 28.3.2018, il a présenté au Parlement un message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie: cf. www.ofsp.admin.ch, Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Adaptation des franchises à l'évolution des coûts; consulté le 20.4.2018.
7 Le Conseil fédéral envisage de revoir l'échelonnement des rabais concernant les franchises à option et de modifier l'OAMal en conséquence (cf. communiqué de presse du 28.6.2017, sur www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modification de l'OAMal concernant les franchises à option; consulté le 5.7.2017). Le Parlement a adopté deux motions de même teneur (17.3633 et 17.3637), qui rejettent l'échelonnement des rabais proposé par le Conseil fédéral.

Le Conseil fédéral a établi les règles régissant le début et la fin de la couverture d'assurance considérée: l'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile. Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant préavis (art. 94 OAMal).

Les assurés qui choisissent une forme d'assurance impliquant une franchise plus élevée endossent une plus grande responsabilité individuelle: ils supportent seuls le risque de devoir payer une plus grande part des frais médicaux en cas de maladie. C'est sur ce point que porte le projet de la commission. En modifiant la LAMal, la commission entend éviter qu'un assuré puisse, de façon opportuniste, renoncer temporairement, en fonction de son état de santé, à cette responsabilité individuelle en abaissant provisoirement le montant de sa franchise, par ex. avant une intervention chirurgicale programmée, pour la relever ultérieurement.

Avec ce projet, la commission vise plusieurs objectifs: en instaurant un contrat d'assurance-maladie avec franchise à option d'une durée de trois ans, elle veut encourager les assurés à assumer leur responsabilité individuelle. Ainsi, si durant cette période, les assurés peuvent toujours changer d'assureur, ils doivent néanmoins conserver la franchise choisie. Dans un système tel que l'assurance obligatoire des soins, il n'est en effet pas sain qu'une personne puisse baisser le montant de sa franchise en prévision d'une intervention médicale. Un tel comportement va à l'encontre du principe de solidarité sur lequel s'appuie la LAMal. Or, le fait d'être lié pour plusieurs années par le choix d'une franchise permet de renforcer ce principe de solidarité. Dans le meilleur des cas, la proposition de la commission conduira les assurés, de manière générale, à prendre conscience des coûts de la santé: si – à titre d'exemple – les assurés sont amenés à y réfléchir à deux fois en cas de problèmes de santé mineurs avant de recourir à un traitement médical parce qu'ils ont souscrit une franchise élevée à long terme, cela permettra quelque peu d'endiguer l'augmentation des coûts de la santé.

La commission considère que sa proposition de modification de la LAMal concernant la franchise à option est avantageuse pour les raisons suivantes:

Les assurés qui ont souscrit une assurance avec franchise à option continuent de bénéficier de réductions de primes intéressantes, sans que leur liberté de choix soit trop limitée du fait de leur contrat d'une durée de trois ans. Ils ont toujours la possibilité, après ces trois années, de souscrire une nouvelle assurance sans franchise à option: en tant qu'adultes, ils seront dès lors assurés avec une franchise ordinaire de 300 francs et en tant qu'enfants, sans franchise. De plus, la commission espère que l'extension du contrat d'assurance à plusieurs années permettra de calmer la concurrence que se font les assureurs pour attirer les potentiels assurés.

La liberté d'entreprendre des assureurs reste garantie: ils peuvent toujours décider librement de proposer, ou non, des formes particulières d'assurance avec franchise à option. D'après la commission, le projet pourrait inciter les assureurs à s'engager encore plus dans la gestion des soins. Elle s'attend également à ce que la modification permette de simplifier les procédures administratives tant pour les assureurs que pour les assurés.

Enfin, la commission considère que son projet peut contribuer à freiner progressivement la hausse des coûts de la santé sans remettre fondamentalement en cause le système de l'assurance obligatoire des soins en vigueur.

2.2 Choix et modification de la franchise

Selon l'art. 62, al. 1, LAMal, l'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations au sens de l'art. 41, al. 4, LAMal. L'al. 2 prévoit que le Conseil fédéral peut autoriser la pratique d'autres formes d'assurance, notamment celles dans lesquelles:

a) l'assuré qui consent à une participation aux coûts plus élevée que celle qui est prévue à l'art. 64 bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime;

b) le montant de la prime de l'assuré dépend de la question de savoir si, pendant une certaine période, il a bénéficié ou non de prestations.

Sur cette base, le Conseil fédéral a autorisé trois formes particulières d'assurance: assurance avec franchise à option, assurance avec bonus et assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (art. 93 à 101*a* OAMal). Les formes particulières d'assurance avec franchise à option sont prisées des adultes, comme le montrent les chiffres établis par l'OFSP; sont en effet assurés selon ce modèle 6,7 % des enfants, 53,1 % des jeunes adultes et 56,2 % des adultes de plus de 26 ans. La répartition des assurés par forme d'assurance en 2015 est présentée en annexe.

Le 28 juin 2017, le Conseil fédéral a adopté un rapport sur la participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins[8], en réponse au postulat 13.3250 «Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales» déposé par Barbara Schmid-Federer le 22 mars 2013. Il y analyse différents aspects concernant le recours aux prestations et notamment le choix de la franchise et les changements de franchise effectués par les assurés. Le rapport montre que la part des assurés qui ont changé de franchise entre 2013 et 2014 (jeunes adultes et adultes) est d'environ 5,3 %. Du fait de ces changements, il se dessine à long terme une tendance des assurés à se tourner soit vers la franchise la plus basse soit vers la plus élevée. Il ressort également que la part de ces deux franchises n'a cessé de progresser au cours des dernières années[9].

Le Conseil fédéral constate également dans son rapport que les franchises sont souvent modifiées au moment du changement de modèle d'assurance et d'assureur: un tiers environ des assurés qui changent soit d'assureur soit de modèle d'assurance modifient simultanément leur franchise, tandis que cette démarche n'est effectuée que par 4 % à peine des assurés qui ne changent ni de modèle d'assurance ni d'assureur (personnes changeant uniquement de franchise)[10].

8 Cf. www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modification de l'OAMal concernant les franchises à option > Participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins (consulté le 5.7.2017).

9 *Ibidem*, pp. 14–15

10 Selon le rapport, seul un faible pourcentage d'assurés choisissent de changer d'assureur ou de modèle d'assurance. Cf. *ibidem*, p. 16.

Enfin, le rapport expose les raisons pour lesquelles les assurés changent de franchise. Ce choix est déterminé notamment par les coûts de santé attendus, le montant des primes, ainsi que la situation financière et la propension au risque des assurés: ceux qui présentent des risques supérieurs à la moyenne en termes de santé choisissent plutôt des franchises basses, alors que les personnes actives avec un bon niveau de formation et les assurés ayant opté pour des modèles alternatifs d'assurance ont tendance à privilégier des franchises élevées. Le Conseil fédéral constate que beaucoup d'assurés évaluent à peu près correctement leur santé et, de ce fait, le coût de leurs prestations médicales, et optent pour une franchise appropriée[11].

2.3 Historique des débats

La question des contrats d'assurance de longue durée dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins a déjà fait l'objet d'interventions parlementaires et de projets du Conseil fédéral, comme le montre l'historique des débats:

Les avantages d'un contrat d'assurance de longue durée ont été soulignés par la motion 08.3658 «LAMal. Durée plus longue des contrats d'assurance à des fins d'optimisation du potentiel d'économies», déposée par Jürg Stahl. Une autre motion (10.4161), également déposée par Jürg Stahl, visait à renforcer la solidarité entre les assurés et préconisait pour ce faire d'instaurer un contrat de plus longue durée pour les franchises à option.

L'acte adopté par l'Assemblée fédérale le 30 novembre 2011 en rapport avec le projet 04.062 «Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care»[12] offrait à l'assureur la possibilité de prévoir, outre une durée contractuelle d'un an, une durée allant jusqu'à trois ans dans le cadre des formes particulières d'assurance (soins intégrés) donnant droit à une réduction de prime (art. 41*d*, al. 1). Cet acte disposait également que l'assuré pourrait changer d'assureur, mais non de forme d'assurance, au cours de cette période, sous réserve toutefois que ses conditions d'assurance aient subi des modifications importantes ou que sa prime ait connu une augmentation supérieure à la hausse moyenne des primes du canton (art. 41*d*, al. 2). Enfin, l'acte prévoyait la possibilité pour l'assuré de changer aussi bien d'assureur que de forme d'assurance avant la fin de la durée du rapport d'assurance, contre paiement d'une prime de sortie convenue par voie contractuelle (art. 41*d*, al. 3). Le projet «Managed Care» a fait l'objet d'un référendum et a finalement été rejeté lors de la votation populaire du 17 juin 2012.

Le projet de la Commission de rédaction relatif à l'objet 09.053 «LAMal. Mesures pour endiguer l'évolution des coûts»[13] disposait, à l'art. 62, al. 2ter, LAMal, que la durée du rapport d'assurance était de deux années civiles pour les formes d'assurance avec franchise à option. Toute modification de la prime ou de la réduction de prime pouvait constituer un motif de changement d'assureur, mais ne permettait pas

11 *Ibidem,* p. 15
12 Cf. message du 15.9.2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Managed Care), FF **2004** 5257.
13 Cf. www.parlement.ch > Travail parlementaire > Recherche Curia Vista > Objet 09.053.

de changer de forme d'assurance. Le 1er octobre 2010, le Conseil national a rejeté le projet, au vote final[14], par 97 voix contre 76.

2.4 Solutions examinées

Un système incluant des formes particulières d'assurance contractées pour plusieurs années peut être structuré de différentes façons. La commission a donc examiné plusieurs solutions. Après avoir considéré les avantages et les inconvénients de chacune d'entre elles, elle a décidé d'éliminer les solutions suivantes:

D'après la commission, la solution permettant à l'assureur de proposer des contrats de différentes durées (et non pas seulement de trois ans) aurait eu pour conséquence de multiplier le nombre des primes et donc de complexifier encore le système dans une mesure qui n'est pas souhaitable. C'est pourquoi elle s'en est distancée. En outre, elle a considéré que le changement d'assureur aurait été plus difficile pour les assurés, car ils auraient dû trouver un assureur proposant des primes pour la durée contractuelle correspondante.

Elle a également écarté les solutions imposant des conditions supplémentaires en matière de changement, telles qu'une hausse des primes particulièrement forte. Elle a rejeté aussi des modèles impliquant une durée des rapports d'assurance plus longue et des primes fixes principalement au motif qu'il aurait été difficile d'estimer les coûts de santé et donc de fixer les primes sur plusieurs années.

Enfin, une des solutions examinées aurait été d'étendre la durée contractuelle de plusieurs années non seulement aux formes particulières assorties d'une franchise à option, mais également aux modèles prévoyant de limiter le choix des fournisseurs de prestations. L'inconvénient de cette solution était qu'elle impliquait d'instaurer un certain nombre de règles supplémentaires et qu'elle risquait de limiter la marge de manœuvre des assureurs en leur laissant moins de liberté quant aux produits et conditions qu'ils souhaitent offrir.

2.5 Nouvelle réglementation proposée

La commission n'a pas l'intention de revoir fondamentalement le système existant; elle vise plutôt à définir une mesure ciblée et facilement applicable en vue de l'améliorer. C'est pourquoi elle a voulu, dans son projet, se limiter à étendre sur plusieurs années la durée contractuelle pour les formes particulières d'assurance avec franchise à option. Les autres solutions étudiées auraient, selon elle, contribué à complexifier encore le système et à instaurer un nombre de nouvelles règles excessif.

Pour toutes ces raisons, la commission propose de modifier la LAMal comme suit: les assurés qui contractent une assurance de forme particulière avec franchise à option doivent conserver la franchise choisie durant une période de trois années civiles; les franchises annuelles ne peuvent plus être proposées dans le cadre de ces

[14] Cf. Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, objet 09.053 (www.parlement.ch > Travail parlementaire > Recherche Bulletin officiel > Objet 09.053 [consulté le 30.6.2017]).

formes d'assurance. À noter que seules les franchises à option sont concernées. Le changement annuel reste possible pour les modèles d'assurance avec limitation du choix des fournisseurs de prestations.

Les assureurs peuvent modifier les primes durant la période de trois ans; ils continuent de ne pas être tenus de proposer des assurances impliquant une franchise à option.

Durant les trois années de validité du contrat d'assurance, les assurés peuvent changer d'assureur ou de modèle avec choix limité des fournisseurs ou encore adopter une assurance ordinaire sans forme particulière. Ils conservent toutefois le même niveau de franchise.

2.6 Propositions de minorité

2.6.1 Non-entrée en matière

Une *minorité* de la commission (Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) propose de ne pas entrer en matière sur le projet, car elle considère que la mesure proposée n'apporterait pas d'amélioration au système, mais restreindrait plutôt la liberté de choix des assurés. L'obligation de conserver une franchise à option durant plusieurs années représenterait un risque considérable, notamment pour les personnes qui auraient, durant ce laps de temps, des problèmes de santé ou des difficultés financières. Pour cette minorité, le projet ne contribue pas à renforcer la responsabilité individuelle des assurés, mais les prive de leur possibilité de choisir et désavantage certains assurés, comme les personnes atteintes de maladies chroniques et celles souffrant de plusieurs maladies. Enfin, la minorité regrette que la modification proposée entrave, au lieu de la favoriser, la concurrence entre les assureurs.

2.6.2 Renvoi à la commission

Une *minorité* (Moret, Nantermod) propose au conseil de renvoyer le projet à la commission en la chargeant d'élaborer un projet, selon lequel l'assureur peut proposer des formes d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal prévoyant des contrats liés jusqu'à trois ans et une restriction du libre choix de l'assureur durant cette période.

De l'avis de cette minorité, le projet ne renforce ni la concurrence ni la liberté de choix. Avec sa proposition, elle entend remédier à ces lacunes et, en particulier, introduire la notion de libre choix pour les assurés et les assureurs: un assureur doit pouvoir offrir un modèle d'une durée allant jusqu'à trois ans. Il doit être libre de décider d'offrir ou non de tels modèles et de les assortir de conditions, telles que l'obligation de conserver une franchise à option ou la restriction du choix de l'assureur. La minorité souligne que les assureurs ont intérêt à rendre leurs modèles aussi attrayants que possible afin de se différencier des autres offres. Dans l'ensemble, elle estime que cette solution permet de renforcer la concurrence et de respecter la liberté de choix des assurés.

2.7 Résultats de la consultation[15]

La consultation s'est déroulée du 18 septembre 2017 au 18 décembre 2017 et les principaux résultats peuvent être résumés comme suit.

Un quart environ des participants soutiennent sans réserve l'avant-projet. Ils estiment que ce dernier renforce la responsabilité individuelle et la solidarité entre les personnes en bonne santé et les personnes malades. En outre, ils espèrent qu'il contribuera à maîtriser les coûts. En comptant les participants qui soutiennent l'avant-projet avec des réserves, le taux d'approbation atteint 40 % environ. Les réserves mentionnées correspondent globalement aux motifs exprimés par les participants rejetant le projet.

Environ 60 % des participants rejettent l'avant-projet. Certains d'entre eux proposent de prévoir que l'affiliation à une assurance pour plusieurs années soit optionnelle. Nombreux sont ceux qui craignent que davantage d'assurés ne choisissent des franchises plus basses et, partant, n'aient recours à davantage de prestations, entraînant ainsi des coûts plus élevés. Selon eux, cela affaiblirait la responsabilité individuelle au lieu de la renforcer. Une grande partie des participants doutent que l'avant-projet contribue à freiner la hausse des coûts. Plusieurs craignent que les assurés ne renoncent plus souvent à des prestations qui seraient pourtant nécessaires, avec le risque de devoir subir un traitement plus lourd ultérieurement. Plusieurs cantons, en particulier, craignent que davantage d'assurés ne se retrouvent en difficulté financière et que les cantons ne doivent octroyer davantage de prestations d'aide sociale et de prestations complémentaires. Quelques participants soulignent que les assurés participent déjà fortement aux coûts, en comparaison européenne.

Les participants saluent l'exception applicable aux assurés qui atteignent l'âge de 18 ans. Quant à la proposition d'une minorité de la commission de prévoir une exception également pour les assurés chez qui une maladie grave ou chronique a été diagnostiquée, certains participants la soutiennent alors que d'autres la rejettent. Enfin, plusieurs participants proposent de modifier la disposition transitoire.

3 Commentaire des dispositions

Art. 62 LAMal

Al. 2ter

Un nouvel alinéa prévoit que l'assuré qui conclut une assurance dans une forme particulière visée à l'al. 2, let. a, est tenu de conserver le montant fixe de participation annuelle aux coûts des prestations (franchise) prévu par cette forme particulière d'assurance pendant les trois années civiles qui suivent. À l'échéance de ces trois années civiles, l'assuré peut opter pour la franchise définie par le Conseil fédéral à l'art. 64, al. 3, LAMal (actuellement à l'art. 103, al. 1, OAMal: 300 francs par année

15 Les documents relatifs à la consultation et le rapport rendant compte des résultats sont disponibles sous www.admin.ch > Droit fédéral > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées> 2017 > CP (Commissions parlementaires).

civile; ci-après: franchise ordinaire) ou, à nouveau pour trois années civiles, pour une forme particulière d'assurance avec franchise à option. L'engagement pour trois ans ne s'applique qu'aux franchises à option, non à la franchise ordinaire. L'assuré qui a choisi cette dernière peut opter pour une franchise plus élevée pour le début de n'importe quelle année civile (art. 94, al. 1, OAMal).

Dans la version de la LAMal aujourd'hui en vigueur, la notion de franchise n'est introduite qu'à l'art. 64. Il faut donc en déplacer la définition et la mention entre parenthèses.

L'engagement pour trois ans s'applique tant aux enfants qu'aux adultes, une exception étant toutefois prévue pour les assurés qui atteignent l'âge de 18 ans (voir al. 2^{quater}). Jusqu'à leur 18^{e} anniversaire, les assurés sont considérés comme des enfants; ensuite, comme des adultes (art. 61, al. 3, LAMal).

L'assureur doit percevoir auprès de ses assurés une prime identique, à moins que la LAMal ne prévoie une exception (art. 61, al. 1, LAMal). La LAMal prévoit des différences selon le groupe d'âge, la région de primes et le modèle d'assurance. Mais l'assureur doit percevoir la même prime auprès des assurés ayant opté pour une franchise donnée, que ceux-ci se trouvent dans cette forme d'assurance pour la première, la deuxième ou la troisième année.

L'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations n'est pas touchée par la nouvelle réglementation. Durant les trois ans pendant lesquels il ne peut pas changer de franchise, l'assuré peut, conformément aux prescriptions de la LAMal et de l'OAMal, conclure cette forme d'assurance, y passer d'un modèle à un autre (p. ex. du modèle du médecin de famille au modèle HMO) ou quitter cette forme d'assurance.

L'art. 7, al. 1, LAMal permet à l'assuré de changer d'assureur, moyennant un préavis de trois mois, pour la fin d'un semestre d'une année civile. Pour les formes particulières d'assurance avec franchise à option, le Conseil fédéral a décidé que le changement d'assureur est possible pour la fin d'une année civile, moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, LAMal (art. 94, al. 2, OAMal). Comme les assureurs fixent en règle générale leurs primes et leurs rabais sur les primes pour une année civile, les assurés ayant choisi une forme particulière d'assurance avec franchise à option continueront de ne pouvoir changer d'assureur, en principe, que pour la fin d'une année civile.

L'assuré peut changer d'assureur conformément à l'art. 7, al. 2, 3 et 4, LAMal, pour autant qu'il puisse conserver la même franchise chez le nouvel assureur. Mais si ce dernier ne la propose pas, l'assuré ne peut s'affilier chez lui qu'à échéance des trois années civiles. En dérogation à l'art. 7 LAMal, comme actuellement, les assurés qui n'ont pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite ne pourront pas non plus changer d'assureur (art. 64*a*, al. 6, LAMal). Actuellement, l'OAMal prévoit que lorsque l'assuré change d'assureur au cours d'une année civile, il garde la franchise choisie auprès de l'ancien assureur pour autant que le nouvel assureur pratique cette forme d'assurance (art. 94, al. 3, OAMal).

Comme l'assuré peut changer d'assureur, mais est tenu de conserver sa franchise à option pendant trois années civiles, il faut qu'en cas de changement, l'ancien assureur soit tenu de communiquer au nouveau le montant de la franchise à option et la date à laquelle les trois années civiles ont commencé à courir. Comme les assurés peuvent être assurés soit avec la franchise ordinaire soit avec une franchise à option, il faut partir de l'idée que l'ancien assureur pourra communiquer au nouveau le montant de la franchise dans tous les cas, même s'il s'agit de la franchise ordinaire.

L'objectif principal de la nouvelle réglementation est d'empêcher que des assurés abaissent leur franchise en prévision d'un recours prochain aux prestations prévisible. On peut dès lors se demander s'il leur serait permis de l'augmenter. Dans l'hypothèse où la franchise pourrait être relevée pendant les trois années civiles, il faudrait régler la question de savoir si, en cas de relèvement, les trois années continuent de courir ou recommencent à zéro. D'une manière ou d'une autre, l'assureur devrait saisir la franchise relevée. Pour que ses frais d'administration n'augmentent pas, il paraît raisonnable que l'assuré ne puisse pas opter pour une franchise plus élevée durant les trois années civiles.

L'art. 62, al. 3, LAMal autorise le Conseil fédéral à régler en détail les formes particulières d'assurance. Celui-ci a prévu qu'une franchise plus élevée ne peut être choisie que pour le début d'une année civile (art. 94, al. 1, OAMal). On peut logiquement se demander si cette règle s'applique aussi lorsque l'obligation d'assurance commence en cours d'année. Dans son commentaire du droit de l'assurance-maladie, Gebhard Eugster part du principe que lorsque l'assujettissement commence en cours d'année (par exemple parce que la personne arrive de l'étranger), l'assurance avec franchise à option peut aussi démarrer dans le courant de l'année civile[16]. Le Conseil fédéral réglera la question de savoir comment les personnes pour qui l'assujettissement à l'assurance commence en cours d'année pourront conclure une forme particulière d'assurance avec franchise à option.

Al. 2quater

Pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants), l'assureur doit fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés (adultes). Il est autorisé à en faire autant pour les assurés de moins de 25 ans révolus (jeunes adultes) (art. 61, al. 3, LAMal).

Actuellement, le Conseil fédéral a fixé des échelons de franchise différents pour les adultes (500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs) et pour les enfants (100, 200, 300, 400, 500 et 600 francs) (art. 9, al. 1, LAMal).

La manière dont l'assureur doit procéder lorsqu'un enfant ayant une franchise à option atteint la majorité n'est pas réglée. Gebhard Eugster part du principe que l'enfant devenu majeur doit demander la franchise souhaitée. Selon lui, l'attribution par l'assureur d'une franchise à un jeune adulte sans lui demander son avis n'est pas correcte[17].

16 Cf. Eugster Gebhard, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3e édition 2016, Krankenversicherung, ch. 1417.
17 *Ibid*.

Lorsqu'il atteint l'âge de 18 ans, l'assuré passe de la catégorie «enfant» à celle de «(jeune) adulte». En même temps, il devient majeur. Quiconque est majeur et capable de discernement est capable d'acquérir et de s'obliger (art. 12 à 14 du code civil suisse[18]). De plus, les montants de la franchise à option – à l'exception de celle de 500 francs – ne sont pas identiques. C'est pourquoi les assurés qui atteignent l'âge de 18 ans sont, en dérogation à l'al. 2ter, exemptés de l'obligation de conserver la franchise choisie pendant trois ans. Ils doivent pouvoir opter pour une autre franchise ou pour la franchise ordinaire pour le début de l'année civile suivante.

Ainsi, un assuré qui a atteint l'âge de 18 ans peut choisir pour l'année civile suivante une autre franchise que celle que ses parents ont conclue pour lui. S'il choisit une franchise à option, il devra la conserver pendant trois ans.

Les assurés qui ne choisissent pas une franchise plus élevée à leur majorité doivent être assurés avec la franchise ordinaire. Cette règle s'applique aussi aux assurés qui avaient en tant qu'enfant une franchise de 500 francs et qui pourraient en principe la conserver en tant que jeune adulte. Ce changement a lieu parce que les assureurs, même avec une franchise identique, peuvent percevoir des primes différentes pour les jeunes adultes et pour les enfants.

Minorité (Ruiz Rebecca, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Schenker Silvia)

L'exception à l'obligation de conserver les franchises à option devrait s'appliquer non seulement aux assurés qui atteignent l'âge de 18 ans, mais aussi à ceux pour qui une maladie grave ou chronique a été diagnostiquée et qui généreront probablement des coûts plus élevés que le montant de leur franchise: ces derniers doivent pouvoir choisir une autre franchise pour le début de l'année civile suivante. La minorité de la commission craint que les assurés de condition économique modeste ne concluent des franchises élevées et se retrouvent ensuite en difficulté financière lorsqu'ils tombent gravement malades. Elle fait observer que ces assurés peuvent aussi tomber au chômage ou devenir tributaires de l'aide sociale pendant ce laps de temps de trois ans. Elle estime qu'en pareil cas, on ne peut plus parler de renforcer la responsabilité individuelle de ces assurés. Elle entend alléger leur situation financière au moyen de cette réglementation d'exception.

Al. 2^{quinquies}

Actuellement, une assurance avec franchise à option est automatiquement prolongée d'un an si l'assuré ne la résilie pas ou ne demande pas de la modifier. Désormais, l'assureur doit, deux mois avant l'échéance d'une assurance souscrite pour une durée de trois ans, prendre contact avec l'assuré ayant conclu une telle assurance afin de l'informer de cette échéance. Si l'assuré ne modifie pas son assurance, celle-ci peut être renouvelée automatiquement pour une période de trois ans. Cette disposition garantit que l'assuré sera informé de manière adéquate du fait que son assurance sera prolongée de trois ans s'il ne prend aucune mesure.

18 RS **210**

Minorité (Humbel, Aeschi Thomas, Brand, Clottu, de Courten, Frehner, Giezendanner, Herzog, Hess Lorenz, Schmid-Federer)

Une minorité estime que les assureurs ne doivent pas être tenus d'informer les assurés de l'échéance de la période de trois ans. Selon elle, cela créerait un surcroît de travail administratif inutile, car tous les assurés reçoivent déjà, à l'automne, leur police d'assurance et les informations qui la concernent. La minorité rappelle qu'il incombe à chacun de savoir quel modèle d'assurance il a conclu.

Art. 64, al. 2, let. a

La notion de franchise étant maintenant définie à l'art. 62, al. 2ter, il n'est plus nécessaire de la définir ici.

Dispositions transitoires

Al. 1

La forme particulière d'assurance avec franchise à option est en principe conclue pour une année civile. Actuellement, les assurés qui ont opté pour une franchise plus élevée gardent en principe cet échelon de franchise pour l'année suivante, à moins qu'ils ne demandent à leur assureur de pouvoir changer de franchise. En principe, c'est à l'automne que les assurés concluent leur assurance pour l'année civile suivante. Il serait donc rationnel de mettre en vigueur la modification de loi ici proposée en cours d'année: elle doit pouvoir être applicable à toutes les franchises à option conclues pour l'année civile qui suit l'entrée en vigueur, que l'assuré conserve sa franchise actuelle ou qu'il en choisisse une autre.

Les assurés qui, avant l'entrée en vigueur de la modification de loi ici proposée, auront conclu une forme particulière d'assurance avec franchise à option (art. 62, al. 2, let. a, LAMal) pourront conserver cette franchise durant trois années civiles ou prendre une autre franchise à option pour trois années civiles. Ils peuvent aussi passer à la franchise ordinaire, avec dans ce cas la possibilité de revenir, pour le début de l'année civile suivante, à une franchise à option pour trois ans.

Al. 2

Le projet de la commission donne à l'assuré des possibilités de choix. Mais on sait par expérience qu'il y a aussi des assurés qui ne font aucun choix. La question se pose de savoir comment procéder avec eux. Comme la franchise à option ne peut plus être changée pendant trois ans, l'assuré supporte un plus grand risque financier. Les assureurs devront attirer l'attention des assurés sur la modification de loi et sur la durée de trois ans pour les franchises à option. Mais il se peut que certains assurés n'y prennent pas garde.

C'est pourquoi seuls les assurés qui déclarent par écrit qu'ils conservent leur franchise à option ou qu'ils en choisissent une seront assurés selon ce modèle. Cette exigence est aussi remplie si l'assuré donne son accord au moyen d'un formulaire électronique. Une signature manuelle ou une signature électronique qualifiée n'est

pas nécessaire (à la différence du droit privé, cf. art. 13 et 14 du code des obligations, CO[19]). Comme l'assuré doit agir, on peut partir du principe qu'il est conscient du fait qu'il s'engage pour trois années civiles. Les assurés qui ne fournissent pas une telle déclaration seront ou resteront assurés avec la franchise ordinaire. On évite ainsi que des assurés qui ont actuellement une franchise à option soient tenus de la conserver pendant trois années civiles et doivent ainsi assumer un risque financier plus grand sans qu'ils en aient conscience.

Il résulte de cette réglementation que les assurés qui ont déjà une franchise à option devront eux aussi déclarer par écrit, au moment du passage au nouveau droit, qu'ils souhaitent rester assurés avec une franchise à option. Même si l'assureur le leur signale, il se peut que des assurés souhaitent conserver leur franchise actuelle mais ne fournissent pas cette déclaration, notamment parce qu'actuellement, la franchise à option choisie est reconduite d'office. L'assureur devra faire passer à la franchise ordinaire les assurés qui ne fournissent pas la déclaration requise. C'est au plus tard lorsqu'ils recevront une facture de primes d'un montant plus élevé que ces assurés remarqueront qu'ils n'ont plus que la franchise ordinaire. À l'échéance d'une année civile, ils pourront à nouveau opter pour une franchise à option. Le fait que les assurés qui n'ont pas pris connaissance de la modification de loi se retrouvent assurés contre leur gré avec une franchise ordinaire et paient pendant un an des primes plus élevées est un moindre mal par rapport à la perspective de devoir assumer contre son gré le risque d'une franchise à option durant trois années civiles.

4 Conséquences

4.1 Conséquences financières

4.1.1 Conséquences financières pour les assurés

En 2015, comme indiqué, seuls 6,7 % des enfants avaient une franchise. Comme la franchise des enfants ne peut être abaissée par opportunisme que pour une petite minorité d'entre eux, et que la baisse maximale n'est que de 600 francs, les conséquences financières pour les enfants n'ont pas été examinées.

La société B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung SA a élaboré en 2016, en collaboration avec le département d'économie publique de l'Université de Berne et sur mandat de l'OFSP, une étude sur la renonciation aux prestations et sur la propension des assurés AOS à changer d'assureur en lien avec la franchise à option[20]. Cette étude montre que parmi les assurés d'un grand assureur-maladie ayant une franchise à option, seuls 3 % sont passés de 2014 à 2015 à une franchise plus élevée, et 1,8 % à une franchise plus basse[21].

19 RS **220**

20 Leistungsverzicht und Wechselverhalten der OKP-Versicherten im Zusammenhang mit der Wahlfranchise (en allemand seulement), ci-après: étude B,S,S (2017), cf. www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modification de l'OAMal concernant les franchises à option (consulté le 30.6.2017).

21 Cf. étude B,S,S. (2017), p. 22.

Actuellement, l'assuré peut changer de franchise pour le début d'une année civile (art. 94 OAMal). Avec une franchise conclue pour une durée de trois ans, il assume un risque financier plus important. Pour éviter cela, il peut opter pour une franchise plus basse, en payant alors des primes plus élevées. Le risque financier, si les rabais accordés sur les primes restent les mêmes, dépend du montant de la franchise et de la probabilité que l'assuré tombe malade au cours de la première ou de la deuxième année. S'il tombe malade au cours de la troisième année, les coûts sont les mêmes qu'avec une franchise à option conclue pour un an, car dans les deux cas l'assuré a la possibilité d'opter pour une franchise plus basse à la fin de l'année au cours de laquelle il est tombé malade. Mais il ne le peut pas, avec une franchise conclue pour trois ans, s'il tombe malade au cours de la première ou de la deuxième année; il se peut donc qu'il doive assumer des frais plus élevés. Les coûts pour l'année au cours de laquelle il tombe malade sont cependant les mêmes, que l'engagement soit pris pour un an ou pour trois. Le tableau ci-dessous indique les frais supplémentaires maximaux pour l'assuré s'il tombe malade durant la première ou la deuxième année et que la maladie dure jusqu'à la fin de la durée contractuelle, par rapport aux frais supportés si l'assuré pouvait passer à la franchise ordinaire à la fin de la première année de maladie. Ces frais maximaux s'obtiennent en déduisant de la franchise le rabais maximal sur les primes autorisé aujourd'hui pour les franchises à option (70 % de la différence entre la franchise ordinaire et la franchise à option, art. 95, al. 2bis, OAMal). On part de l'hypothèse que le montant maximal de la quote-part (art. 103, al. 2, OAMal) est déjà atteint.

Franchise	Frais suppl. maximaux Maladie dans la 1re année	Frais suppl. maximaux Maladie dans la 2e année
500	120 francs	60 francs
1000	420 francs	210 francs
1500	720 francs	360 francs
2000	1020 francs	510 francs
2500	1320 francs	660 francs

Plus un assuré est lié longtemps à une franchise donnée, plus il est difficile pour lui d'estimer à l'avance la probabilité de tomber malade. La peur du risque, la difficulté d'apprécier son état de santé ou le manque de moyens financiers peuvent inciter l'assuré à opter pour une franchise plus basse en raison de la longueur de l'engagement. Si beaucoup d'assurés en bonne santé passent à une franchise plus basse, on peut imaginer que le niveau général des primes baisse légèrement. Le comportement des assurés dépend aussi des rabais sur les primes accordés par les assureurs. Le Conseil fédéral limite aujourd'hui ces rabais (art. 90*c* et 95 OAMal).

La société Ecoplan SA a réalisé en 2016, sur mandat de l'OFSP, une étude empirique sur l'acceptation par les assurés AOS d'une obligation de conserver leur fran-

chise[22]. Les personnes interrogées ont dû dire si, dans l'éventualité où les assureurs proposeraient simultanément des modèles avec franchise à option pour un an et pour trois ans, ils changeraient de modèle pour passer à une franchise pour trois ans. En même temps, on leur a demandé le niveau du rabais supplémentaire qui devrait être proposé pour qu'ils optent pour un tel modèle.

Les résultats de cette enquête doivent être considérés avec la réserve suivante: s'il se base sur les coûts économisés grâce à l'obligation liée à la franchise, le rabais supplémentaire est – dans l'hypothèse de la neutralité des coûts – relativement modeste. Du coup, pour beaucoup d'assurés, il serait trop faible pour influer sur leur comportement.

Les personnes interrogées avaient une franchise à option. Soit elles étaient fondamentalement opposées à l'idée de se lier à une franchise pour trois ans, soit elles s'attendaient à des rabais d'un niveau peu réaliste[23].

À la différence de l'étude Ecoplan, qui opposait les franchises à option actuelles à des franchises valables trois ans, le modèle de la commission ne prévoit que des franchises à option valables trois ans. Seule la franchise ordinaire permet d'opter pour une franchise à option à la fin de n'importe quelle année. L'étude ne permet donc pas de déduire comment les assurés se comporteront si le projet est accepté.

Si les assureurs n'adaptent pas (ou ne peuvent pas adapter) la prime au risque plus élevé, autrement dit si les rabais accordés restent les mêmes, soit les assurés supporteront un plus grand risque (probabilité de tomber malade et frais supplémentaires maximaux), soit ils opteront pour une franchise plus basse, avec pour corollaire des primes plus élevées. Il en résultera pour quelques assurés une charge financière plus lourde, et donc une contribution de solidarité plus importante.

Une participation élevée aux coûts peut avoir pour conséquence que l'assuré renonce à des prestations. Une telle renonciation peut être souhaitable si les prestations en question ne sont pas indispensables. Mais si celles auxquelles l'assuré renonce sont nécessaires, son état de santé peut s'aggraver, ce qui pourra entraîner par la suite un besoin de traitement plus important et des frais supplémentaires.

Comme on ne sait pas encore quels rabais les assureurs offriront et quel comportement les assurés adopteront, il n'est pas possible d'estimer les conséquences financières pour les assurés hormis les frais supplémentaires maximaux indiqués ci-dessus avec les hypothèses adoptées.

4.1.2 Conséquences financières pour les assureurs

La modification de loi proposée vise à empêcher les assurés d'abaisser leur franchise à option pour une année civile en prévision d'un traitement prochain, par exemple, une opération.

22 Franchisebindung. Eine empirische Untersuchung zur Akzeptanz bei den OKP-Versicherten (en allemand seulement), ci-après: étude Ecoplan (2017), cf. www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Projets de révision en cours > Modification de l'OAMal concernant les franchises à option (consulté le 30.6.2017).

23 *Ibid.*, p. 14 s.

Le rapport mentionné en réponse au postulat Schmid-Federer parvient à la conclusion que seuls 0,17 % des assurés (0,4 % de ceux qui ont une franchise à option) abaissent temporairement leur franchise. Le cas inverse (relèvement temporaire de la franchise) est également rare (0,13 %). Ainsi, globalement, seule une petite minorité d'assurés change temporairement de franchise[24].

L'OFSP s'est fondé sur ces données pour estimer les économies pour les assureurs, à partir des cinq hypothèses suivantes:

- les assurés optent pour les mêmes franchises qu'actuellement;
- les assureurs accordent les mêmes rabais sur les primes qu'actuellement;
- dans chaque échelon de franchise, env. 0,5 % des assurés (cette estimation constitue la limite supérieure) abaissent leur franchise pour la relever ensuite;
- ⅔ d'entre eux sont dissuadés d'abaisser leur franchise parce que la police d'assurance est conclue pour trois ans;
- chez eux, ce non-changement de franchise permet de réaliser le potentiel d'économies maximal; autrement dit, la charge de l'assureur est allégée, par rapport à aujourd'hui, de 30 % de la différence entre les franchises.

  Par exemple, pour la franchise de 1500 francs, le rabais sur la prime est de 70 % de 1200 francs (1500–300), soit 840 francs, et l'économie maximale est de 30 % de 1200 francs, soit 360 francs.

Sur la base de ces hypothèses, l'OFSP estime que les assureurs pourraient économiser à peine 5 millions de francs. Cela représente 75 centimes par assuré adulte et par année, ou tout juste 1,50 franc par personne concernée (assuré adulte avec une franchise à option) et par année. Ces calculs se fondent sur les données de 2015 concernant les adultes et les jeunes adultes, mais les économies devraient être plus faibles, car la troisième et la cinquième hypothèses tendent à surestimer les effets[25].

4.1.3 Conséquences financières pour les cantons

Une conséquence financière pour les cantons pourrait être qu'en raison de primes ou d'une participation aux coûts plus élevées, les assurés aient besoin de davantage de prestations d'aide sociale ou de prestations complémentaires. Mais si beaucoup d'assurés optent pour la franchise ordinaire, les primes pour l'assurance avec franchise ordinaire pourront baisser.

Pour les bas et moyens revenus, les cantons doivent réduire de 50 % au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation (art. 65, al. 1bis, LAMal). Le 17 mars 2017, le Parlement a décidé une modification de la LAMal qui oblige les assureurs à faire passer cette réduction pour les enfants à 80 %. Le Conseil fédéral fixera la date de l'entrée en vigueur de cette modification. Si les enfants et les jeunes adultes en formation choisissent des franchises plus basses qu'aujourd'hui et paient

24 *Ibid.*, p. 15 s.
25 *Ibid.*, p. 17

donc des primes plus élevées, les cantons auront besoin de davantage de fonds pour financer les réductions de prime.

Du fait que ces effets dépendent du comportement des assurés et de celui des assureurs, il n'est pas possible de les estimer de façon plus précise.

4.2 Conséquences sur les ressources humaines

Le projet n'a pas de conséquences sur les ressources humaines de la Confédération. Pour les cantons et les assureurs, les conséquences financière mentionnées ne devraient avoir pratiquement aucune influence sur les besoins en personnel.

4.3 Mise en œuvre

Le projet prévoit la modification d'une disposition existante, raison pour laquelle il ne devrait y avoir aucun problème de mise en œuvre.

4.4 Autres conséquences

Étant donné que ce sont surtout de jeunes assurés en bonne santé et jouissant d'une bonne situation financière qui peuvent assumer le risque financier d'une franchise à option conclue pour trois ans, la question se pose de savoir si les assurés moins aisés et plus vulnérables choisiront plus rarement des franchises à option ou opteront pour des franchises moins élevées.

On peut aussi se demander si les assurés qui concluent aujourd'hui des franchises à option et consomment des prestations de façon économe jusqu'à ce que le montant de la franchise soit atteint préféreront conclure une assurance avec franchise ordinaire et se montreront moins économes en cas de maladie.

Du fait que ces effets dépendent du comportement des assurés, il n'est pas non plus possible de les estimer de façon plus précise.

5 Compatibilité avec les engagements internationaux de la Suisse

5.1 Relation avec le droit de l'Union européenne

L'Union européenne prévoit la libre circulation des travailleurs au sein de l'Union. Mais le droit de l'Union ne vise pas à harmoniser les systèmes nationaux de sécurité sociale. Les États membres sont, dans une large mesure, libres de déterminer comme ils l'entendent la conception, le champ d'application personnel, les modalités de financement et l'organisation de leur propre système de sécurité sociale.

Ce faisant, ils doivent néanmoins respecter les principes de coordination, tels que la non-discrimination, la prise en compte des périodes d'assurance et la fourniture transfrontalière des prestations, qui sont définis dans le Règlement (CE) nº 883/2004[26] et son règlement d'application (CE) nº 987/2009[27].

Ces principes sont également déterminants pour la Suisse depuis l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes[28] le 1er juin 2002.

Le présent projet concerne le financement de l'assurance-maladie sociale. Il modifie la réglementation relative à une forme particulière d'assurance qui peut être choisie librement par les assurés. Le droit de l'Union européenne applicable en Suisse ne contient pas de disposition à ce sujet. Le présent projet est donc compatible avec lui.

5.2 Relation avec le droit du Conseil de l'Europe

La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 garantit aux ressortissants des États parties des droits économiques et sociaux fondamentaux. Le droit à la sécurité sociale est inscrit à l'art. 12 de la charte: les États parties s'engagent à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale, à maintenir ce régime à un niveau satisfaisant, à s'efforcer de le porter progressivement à un niveau plus haut et à prendre des mesures pour assurer l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties et les ressortissants des autres Parties. La Suisse a signé la Charte sociale européenne le 6 mai 1976, mais le Parlement a refusé en 1987 de la ratifier.

Le contenu matériel de la charte de 1961 a été actualisé et adapté dans la Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996, laquelle constitue un traité distinct, qui n'abroge pas la Charte sociale européenne. Le droit à la sécurité sociale y est également inscrit à l'art. 12. La Charte sociale européenne révisée est entrée en vigueur le 1er juillet 1999. La Suisse ne l'a pas ratifiée.

La Suisse a ratifié, le 16 septembre 1977, le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964[29], mais elle a exclu l'application de sa partie II relative aux soins médicaux. S'agissant de l'organisation des systèmes de sécurité sociale, le Code européen de sécurité sociale prévoit que lorsque l'administration n'est pas assurée par un département gouvernemental responsable devant un parlement, des représentants des personnes protégées doivent participer à l'administration ou y être associés avec pouvoir consultatif dans des conditions prescrites; la législation nationale peut aussi prévoir la participation de représentants des employeurs et des autorités publiques (art. 71). Le Code européen de sécurité sociale est complété par un protocole qui fixe des normes supérieures. La Suisse n'a pas ratifié ce protocole.

Le Code européen de sécurité sociale (révisé) du 6 novembre 1990 est un traité distinct, qui ne remplace pas le Code européen de sécurité sociale. Le code révisé étend les normes de ce dernier, notamment par l'extension du champ d'application personnel, l'octroi de nouvelles prestations et le relèvement du montant des prestations

26 RS **0.831.109.268.1**
27 RS **0.831.109.268.11**
28 RS **0.142.112.681**
29 RS **0.831.104**

en espèces. En parallèle, une plus grande souplesse a été introduite, les conditions de ratification ayant été simplifiées, et les normes ont été formulées de manière à tenir compte le mieux possible de la réglementation des différents États. Le code révisé n'a été ratifié que par un État et il n'est par conséquent pas entré en vigueur, car l'entrée en vigueur nécessite au moins deux ratifications (art. 84, par. 2, du Code européen de sécurité sociale).

6 Bases légales

6.1 Constitutionnalité et légalité

L'art. 117*a*, al. 1, de la Constitution (Cst.)[30] fait obligation à la Confédération et aux cantons de veiller, dans les limites de leurs compétences respectives, à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Cette disposition autorise aussi la Confédération à édicter des prescriptions relatives aux formes particulières d'assurance et à la participation des assurés aux coûts.

6.2 Délégation de compétences législatives

L'art. 96 LAMal charge le Conseil fédéral d'exécuter la LAMal et l'autorise à édicter des dispositions à cet effet. Le projet ne prévoit pas d'autres habilitations.

6.3 Forme de l'acte

Le présent projet doit être édicté sous la forme d'une loi fédérale ordinaire, conformément à l'art. 164 Cst.

30 RS **101**

Annexe 1

Répartition des assurés dans les formes particulières d'assurance[31]

	Franchises	Enfants	Jeunes adultes	Adultes dès 26 ans
Sans forme particulière d'assurance (A)		30,2 %	16,2 %	19,7 %
Forme d'assurance avec uniquement franchise à option (B)	Fr. 100 / 500	0,2 %	1,1 %	7,3 %
	Fr. 200 / 1000	0,6 %	0,8 %	1,2 %
	Fr. 300 / 1500	0,3 %	2,4 %	3,3 %
	Fr. 400 / 2000	0,4 %	0,5 %	0,6 %
	Fr. 500 / 2500	0,4 %	4,5 %	5,0 %
	Fr. 600	0,6 %		
	Total f. à option	*2,4 %*	*9,3 %*	*17,3 %*
Forme d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations (C)				
Sans franchise à option		63,0 %	30,7 %	24,0 %
Avec franchise à option	Fr. 100 / 500	0,2 %	4,7 %	8,1 %
	Fr. 200 / 1000	0,7 %	4,7 %	3,4 %
	Fr. 300 / 1500	0,6 %	11,4 %	8,6 %
	Fr. 400 / 2000	1,2 %	4,2 %	3,3 %
	Fr. 500 / 2500	0,8 %	18,9 %	15.5 %
	Fr. 600	1,0 %		
	Total f. à option	*4,3 %*	*43,8 %*	*38,9 %*
Assurance avec bonus (D)		0,0 %	0,0 %	0,1 %
Tous = 100 %	(A+B+C+D)	1 540 107 assurés	671 187 assurés	6 034 112 assurés

31 Source: Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015, T 7.16.