

Madame la Conseillère fédérale
Elisabeth Baume-Schneider
Cheffe du Département fédéral de
l'intérieur (DFI)
Inselgasse 1
3003 Berne

Réf. : 26_COU_1742

Lausanne, le 17 juin 2026

Consultation fédérale (CE) Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) : Echange de données entre cantons et assureurs ; assurés injoignables

Madame la Conseillère fédérale,

Nous vous remercions de nous avoir consultés dans le cadre de la consultation citée en titre.

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud salue sur le principe la volonté du Conseil fédéral de vouloir trouver une solution à la problématique des assurés injoignables. Il relève néanmoins les éléments suivants :

- Art. 10a p-OAMal : Échange de données entre les cantons et les assureurs

L'introduction d'un nouvel échange de données requiert d'importantes ressources informatiques et en personnel ainsi que la participation des cantons et des assureurs, qui sont fortement sollicités par les travaux susmentionnés et la mise en œuvre du contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes. Le financement des évolutions de SEDEX n'étant pas garanti par la Confédération, cela impliquera des charges financières supplémentaires à la charge des cantons, non chiffrables en l'état. Nous regrettons que le rapport explicatif ne soit pas plus détaillé à ce sujet.

- Art. 10c p-OAMal : Suspension de l'obligation d'assurance des assurés injoignables

Une distinction est faite entre la période avant les 18 mois, et celle d'après les 18 mois.

Tant que l'assuré réapparaît durant la période de suspension – c'est à dire avant l'échéance des 18 mois – l'autorité lève la suspension et l'obligation d'assurance reprend effet rétroactivement à la date du prononcé de la suspension. Cette rétroactivité ne constitue pas une sanction, mais la simple conséquence juridique du fait que la personne était déjà soumise à l'obligation d'assurance au sens de l'article 3 LAMal. La couverture est ainsi considérée comme ininterrompue et l'assuré redevient redevable des primes correspondant à cette période, conformément au principe général selon lequel une obligation d'assurance active implique le paiement des primes afférentes.

La situation est tout autre lorsque l'assuré ne donne aucun signe de vie pendant la période des 18 mois. Cette situation entraîne sa radiation de l'effectif des assurés. Dans ce cas, si la personne reprend contact ultérieurement, l'obligation d'assurance n'est réactivée qu'à partir de la date de ce contact. Le texte est explicite : aucune rétroactivité n'est prévue après la radiation, et il n'existe aucune obligation de s'acquitter des primes impayées pour la période antérieure. La relation d'assurance précédente étant considérée comme éteinte, la personne peut en outre choisir librement un nouvel assureur.

Par ailleurs, l'absence dans le projet d'une quelconque mention de suppléments de primes à payer pour affiliation tardive est à souligner. Si le texte est complet, cela reviendrait donc à dire que la personne exclue du système de la LAMal pour s'y réaffilier par la suite n'a pas de charges supplémentaires liées aux lacunes dans sa couverture. Une précision dans le projet est donc souhaitable, sous la forme d'un renvoi à l'art. 5 al. 2 LAMal par exemple.

Actuellement, le Canton de Vaud, par le biais de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM), procède à l'autorisation de la suspension du contrat d'assurance après une absence de 12 mois ou l'impossibilité de notifier un commandement de payer (art. 14 LVLAMal ; BLV 832.01.1). Outre la différence de délai d'absence ou de non-réaction entre le système vaudois et le projet fédéral, nous soulignons l'absence dans le projet d'un mécanisme lié à l'impossibilité de notifier le commandement de payer requis par l'assureur. Il serait à notre sens judicieux d'apporter cette précision.

- Risques

Le Canton de Vaud souhaite attirer l'attention du Conseil fédéral sur plusieurs risques significatifs liés au projet soumis à consultation.

Malgré l'objectif affiché de sécuriser la procédure et de limiter les erreurs, la suspension de l'assurance peut, dans certains cas, intervenir de manière injustifiée. Les personnes hospitalisées à l'étranger, celles en situation de précarité ou de rupture sociale, ou encore celles rencontrant des difficultés linguistiques ou administratives, sont particulièrement exposées. Pour ces assurés, il existe un risque réel de perdre leur couverture sans en avoir conscience, ce qui va à l'encontre du principe de protection de la population.

Le projet peut également entraîner une complexité administrative accrue pour les assureurs et les cantons. La gestion des preuves de notification infructueuse, les échanges formalisés avec les autorités cantonales ainsi que le suivi des délais de trois puis dix-huit mois représentent une charge supplémentaire non négligeable, en particulier pour les petits assureurs. Cette augmentation des tâches administratives pourrait fragiliser certains acteurs du marché et nuire à l'efficacité globale du système.

Par ailleurs, la procédure proposée semble insuffisamment adaptée à la réalité de la mobilité internationale. De nombreuses personnes quittent la Suisse sans annoncer leur départ ou reviennent après plusieurs années. Le dispositif ne permet pas de distinguer clairement les personnes réellement parties de celles simplement injoignables temporairement. Une suspension trop rapide du contrat pourrait ainsi générer des lacunes d'assurance involontaires. Il convient également de rappeler que, dans le cadre de l'ALCP, une personne peut quitter la Suisse pour un État membre de

l'Union européenne ou de l'AELE pour une durée de trois mois sans aucune annonce auprès des autorités compétentes, ce qui accentue encore le risque d'incohérences.

Le mécanisme de réactivation rétroactive de l'obligation d'assurance constitue un autre point de préoccupation. Si l'assuré reprend contact durant la période de suspension, il doit s'acquitter rétroactivement des primes, ce qui peut représenter un choc financier important, notamment pour les personnes déjà vulnérables.

Enfin, la procédure envisagée ouvre la porte à des comportements opportunistes, au-delà de la période des 18 mois. Un assuré pourrait ainsi volontairement se rendre injoignable afin d'éviter le paiement des primes, puis réapparaître ultérieurement pour se réaffilier auprès d'un autre assureur. Ce type de situation crée un risque de sélection adverse, dans lequel les personnes présentant un risque plus élevé ou un comportement moins favorable pour l'assureur sont celles qui ont le plus intérêt à réintégrer le système, tandis que les assurés stables ou à faible risque n'en ont pas besoin. Une telle dynamique pourrait entraîner des pertes financières pour les assureurs et fragiliser l'équilibre du système d'assurance-maladie.

Pour le surplus, le Conseil d'Etat se rallie à la position de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), notamment en ce qui concerne le délai de mise en œuvre du projet.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente, dont nous vous souhaitons bonne réception et vous prions d'agréer, Madame la Conseillère fédérale, l'expression de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT
LA PRESIDENTE LE CHANCELIER.



Christelle Luisier Brodard



Michel Staffoni

Annexe

- Prise de position de la CDS

Copies

- Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)
- DGCS
- OAE