

## RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

- **sur le postulat Nicolas Rochat "Hausse des primes d'assurance-maladie, une solution cantonale s'impose !" ( 11\_POS\_289)**

et

### REPONSES DU CONSEIL D'ETAT

- **sur la pétition pour la transparence et l'équité dans l'assurance-maladie et pour des primes reflétant vraiment les coûts des soins ; (08\_PET\_025)**
- **à la résolution des Présidents des groupes politiques sur le non-remboursement des primes d'assurance-maladie; (13\_RES\_005)**
- **à la détermination Nicolas Rochat sur la réponse du Conseil d'Etat à son interpellation "Transferts des réserves excédentaires des caisses maladie : quelle SUPRASolidarité en faveur des assuré-e-s vaudois-e-s" (10\_INT\_420)**

## 1 INTRODUCTION

Le thème de l'assurance obligatoire des soins, en particulier de son financement, de son organisation et de sa surveillance, fait régulièrement l'objet de débats, d'interventions et de propositions tant au niveau fédéral qu'au niveau cantonal. Le nombre d'interventions auxquelles répond le présent rapport l'illustrent. Ces discussions reflètent l'inquiétude de la population et de beaucoup d'élus sur l'évolution de ce domaine, sur le manque de transparence qui le caractérise et sur la difficulté à disposer d'instruments efficaces de lutte contre la spirale de la hausse des coûts de la santé. Le Conseil d'Etat partage cette inquiétude. Il suit avec une très grande attention les discussions en cours au niveau fédéral, notamment le débat lancé sur l'initiative populaire sur la caisse publique qui sera soumis en votation populaire le 28 septembre prochain et examinera en détail les résultats de la votation et procédera aux analyses subséquentes.

En tout état de cause, le Conseil d'Etat est déterminé à utiliser toutes les possibilités qui s'offrent à lui dans le cadre actuel.

## 2 CONTEXTE FEDERAL

### 2.1 Initiative populaire sur la caisse publique

L'initiative populaire "Pour une caisse publique d'assurance-maladie" a la teneur suivante:

"I

La Constitution fédérale est modifiée comme suit:

*Art. 117, al. 3 et 4 (nouveaux)*

<sup>3</sup>L'assurance-maladie sociale est mise en œuvre par une institution nationale unique de droit public. Les organes de l'institution sont composés notamment de représentants de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations.

<sup>4</sup>L'institution nationale crée des agences cantonales ou intercantionales. Elles sont chargées notamment de la fixation des primes, de leur encaissement et du paiement des prestations. Les primes sont fixées par canton et calculées sur la base des coûts de l'assurance-maladie sociale.

II

Les dispositions transitoires de la Constitution sont modifiées comme suit:

*Art. 187, ch. 8 (nouveau)*

*8. Dispositions transitoires ad art. 117, al. 3 et 4*

*(Caisse-maladie nationale de droit public)*

<sup>1</sup>Dès l'adoption de l'art. 117, al. 3 et 4, par le peuple et les cantons, l'Assemblée fédérale édicte les bases légales nécessaires au transfert des réserves, des provisions et de la fortune de l'assurance-maladie sociale à l'institution visée à l'art. 117, al. 3 et 4.

<sup>2</sup> Si l'Assemblée fédérale n'édicte pas la législation correspondante dans les trois ans suivant l'acceptation de l'art. 117, al. 3 et 4, les cantons peuvent créer sur leur territoire une institution publique unique d'assurance-maladie sociale."

Cette initiative a fait l'objet d'un examen préliminaire par la Chancellerie fédérale le 18 janvier 2011 et a été déposée le 23 mai 2012 avec le nombre requis de signatures. Par décision du 19 juin 2012, la Chancellerie fédérale a constaté que l'initiative populaire avait recueilli 115'841 signatures valables et qu'elle avait donc abouti sur le plan formel.

Le 10 octobre 2012, le Conseil fédéral a décidé de mettre en consultation un contre-projet indirect à cette initiative. Il a élaboré un projet correspondant, qui a été mis en consultation au printemps 2013.

Entre-temps, en décembre 2012, cinq motions parlementaires de teneur identique ont été déposées. Ces cinq motions chargent le Conseil fédéral de soumettre rapidement l'initiative sur la caisse publique au vote du Parlement et du peuple, sans lui opposer de contre-projet.

Le contre-projet mis en consultation contenait deux éléments. D'une part, il devait limiter l'incitation à la sélection des risques pour les assureurs grâce à l'introduction d'une réassurance pour les très hauts coûts et à un affinement de la compensation des risques. D'autre part, l'assurance de base et les assurances complémentaires ne devaient désormais plus pouvoir être pratiquées dans la même société, afin de garantir une plus grande transparence et de limiter la sélection des risques.

Le 22 mai 2013, le Conseil d'Etat du canton de Vaud a fait part de son soutien au contre-projet, moyennant la prise en compte de certaines remarques et propositions.

En raison des résultats généraux de la procédure de consultation et en considération des motions parlementaires, le Conseil fédéral a décidé de renoncer à un contre-projet indirect. Simultanément, il a soumis au Parlement son Message sur cette initiative, en recommandant de la rejeter. En parallèle, il a soumis aux Chambres fédérales une proposition de modification de la LAMal portant, d'une part, sur une amélioration de la compensation des risques et, d'autre part, sur une séparation de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires.

Le 21 mars 2014, les Chambres fédérales ont décidé en vote final d'adhérer au projet du Conseil fédéral recommandant le rejet de l'initiative sur la caisse publique. La votation populaire sur cet objet aura lieu le 28 septembre prochain.

Quant au second Message du Conseil fédéral, les Chambres y ont déjà donné suite sur le volet de la compensation des risques. En effet, elles ont adopté, toujours le 21 mars 2014, une modification de la LAMal sur ce point (v. ch. 2.3 ci-dessous). En revanche, le volet de ce second Message relatif à la séparation de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires n'a en l'état pas encore été traité par les Chambres.

## 2.2 Dossier du remboursement des primes payées en trop

Aux termes de l'article 60 alinéa 1<sup>er</sup> de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance obligatoire des soins est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les primes peuvent être échelonnées au niveau cantonal et régional selon les différences de coûts enregistrées. Dans un canton, la somme des différences entre les primes perçues par chaque assureur et ses dépenses produit un résultat cantonal déficitaire ou excédentaire. Etant donné que les bénéficiaires de l'assurance-maladie sociale ne peuvent être affectés qu'à cette fin, les surplus de primes des assureurs augmentent ou diminuent leurs réserves cantonales.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, en 1996, les résultats cantonaux ont évolué différemment. Certains cantons ont accumulé des excédents de primes, tandis que d'autres ont accumulé des déficits.

Les cantons de Saint-Gall et Genève notamment ont adressé au Conseil fédéral plusieurs initiatives cantonales demandant d'aborder la question des excédents de primes qui se sont accumulés au fil des ans dans plusieurs cantons. Des interventions parlementaires dans ce sens ont également été déposées.

L'arrêt rendu le 8 décembre 2009 par le Tribunal administratif fédéral (TAF) suite au recours d'Assura a mis en évidence la nécessité pour le Conseil fédéral de trouver une solution rapidement. Cet arrêt confirme en effet qu'il n'existe aucune base légale aux réserves cantonales, qui ne sont dès lors plus calculées par l'OFSP depuis l'exercice 2010. Par conséquent, le surplus de primes payées depuis 1996 par les cantons n'apparaît plus dans la comptabilité cantonale des assureurs. Il est versé directement dans leurs réserves "nationales".

Un projet de modification de la LAMal visant à régler le problème lié aux primes payées en trop ou en insuffisance durant les années 1996 à 2011 a été présenté par le Conseil fédéral le 15 février 2012. Il prévoyait, sur une période limitée à six ans, de faire payer un supplément de primes aux assurés des cantons qui n'avaient pas payé assez de primes et de faire bénéficier d'un rabais de primes les assurés des cantons qui avaient payé trop de primes – en plus de la déduction au titre de la redistribution des taxes d'incitation sur les COV (composés organiques volatils) et le CO<sub>2</sub>. 55% des primes payées en trop auraient alors été remboursées.

Pour mettre en évidence l'excédent ou le déficit de primes cantonales, la formule proposée calculait **pour chaque canton** et chaque année depuis 1996 l'écart à la moyenne nationale des prestations nettes par rapport aux primes encaissées. En d'autres termes, dans la formule utilisée, en moyenne nationale, les primes proposées par les assureurs étaient supposées adéquates par rapport à la moyenne nationale du coût des prestations.

Ce projet n'a pas rencontré une approbation claire au sein des cantons. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a dès lors soumis à la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E), en septembre 2012, une autre solution, où le financement de la compensation intervient par assureur, via ses réserves si sa situation économique le permet. Cette proposition a toutefois été rejetée par la CSSS-E début 2013.

La CDS a alors proposé une nouvelle solution, en avril 2013. Cette solution ne prévoit de rembourser que 800 millions de francs aux cantons qui ont trop payé de primes, sur les 1.7 milliards accumulés entre 1996 et 2011. La formule utilisée pour mettre en évidence l'excédent par canton est la même que celle décrite ci-dessus. Le remboursement se fait sur trois ans. Les assurés des cantons ayant payé des primes trop basses sont appelés à passer à la caisse pour un tiers du total, soit 266 millions. Le

supplément ne dépasse pas la réduction de primes liée à la taxe sur le CO2, soit environ CHF 150.- par assuré sur trois ans. Le reste de la somme est pris en charge à parts égales par les assureurs et la Confédération. Les assureurs peuvent à cet égard puiser dans leurs réserves si elles dépassent leurs besoins, mais peuvent aussi prélever un supplément sur leurs primes.

Cette nouvelle solution a finalement été acceptée par les Chambres fédérales le 21 mars 2014. S'agissant des années de référence à prendre en compte pour savoir qui a payé trop ou pas assez, les Chambres ont décidé de se fonder sur la période débutant le 1<sup>er</sup> janvier 1996 pour se terminer le 31 décembre 2013. Elles ont en outre fixé la date d'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

### **2.3 La compensation des risques**

L'assurance obligatoire des soins est pratiquée aujourd'hui par une soixantaine d'assureurs-maladie, dont quatre groupes couvrent plus de 80% des assurés vaudois, dans un régime de concurrence. Elle se fonde sur le principe de solidarité et est financée au moyen d'une prime uniforme pour chaque catégorie d'âge (enfants, jeunes, adultes) Chaque assuré de la même catégorie paie donc, indépendamment de son âge exact, de son sexe ou de tout autre indicateur de son état de santé, la même prime à la même caisse-maladie de la même région de primes pour le même modèle d'assurance. Cela permet d'assurer la solidarité entre bien-portants et malades, les premiers payant pour les seconds.

Depuis 1996, ce modèle a été progressivement dénaturé. Les assureurs ont créé au sein du même groupe plusieurs assureurs de petite taille offrant des primes meilleurs marchés. Puis, ils ont développé des modèles alternatifs avec choix limité du fournisseur de prestation, proposés prioritairement à une partie des assurés (les bons risques). Ceci a eu pour effet de multiplier le nombre de primes et a conduit à ce que la prime de référence ne signifie plus grand chose et ne correspond plus au risque effectif, c'est-à-dire au risque que l'assuré représente pour l'assureur de tomber malade et de générer ainsi des frais à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour le seul canton de Vaud, les primes annuelles remplissent un document de près de 30 pages présentant plusieurs milliers de primes différentes.

Les assureurs cherchent donc à assurer des risques aussi bons que possibles et pratiquent la sélection des risques, qui prend des formes aussi diverses que variées. Le message du Conseil fédéral 13.080 du 20 septembre 2013 en cite quelques-unes (pp. 7139 et 7140). Ainsi, il existe des différences parfois significatives dans la manière dont les assureurs répondent aux demandes d'offres, selon qu'elles proviennent de bons ou de mauvais risques (ils répondent plus rapidement aux premières qu'aux secondes, incitant ces derniers à s'assurer ailleurs). Les outils de comparaison ne présentent pas toujours les différentes offres de façon complète et objective, en ce sens que certaines personnes ne peuvent pas accéder à certaines offres ou ne peuvent même les voir.

Force est de constater que le système de compensation – entré en vigueur en 1996 pour une durée limitée à dix ans et basé exclusivement à l'époque sur le sexe et l'âge – n'atteint pas ses objectifs. L'intégration dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 de nouveaux critères (séjour d'au moins trois jours dans un hôpital ou un EMS durant l'année précédant la compensation) n'a pas permis d'améliorer sensiblement la situation. La compensation des risques dans sa forme actuelle n'arrive donc pas à entraver de manière suffisante le phénomène de sélection des risques par les assureurs. L'association faîtière des assureurs-maladie santésuisse a elle-même estimé que la chasse aux assurés en bonne santé induisait une concurrence néfaste et fait part de son soutien au principe d'un affinement de la compensation des risques.

Le Conseil fédéral a dès lors proposé le 21 septembre 2013 une modification de la LAMal visant à intégrer de nouveaux indicateurs rendant compte du risque de maladie élevé (indicateurs de morbidité), qui viendraient s'ajouter au séjour à l'hôpital ou dans un EMS et qu'il appartiendrait au Conseil fédéral

de définir.

Suite à deux initiatives parlementaires, la Commission de santé du Conseil national (CSSS-N) a de son côté déposé le 6 septembre 2013 un rapport portant sur l'amélioration de la compensation des risques, ainsi qu'un projet de modification de la LAMal dans ce sens.

Les Chambres fédérales ont finalement adopté le projet de la CSSS-N le 21 mars 2014. La compensation des risques sera donc dans le futur fondée sur de nouveaux indicateurs de morbidité, qu'il appartient au Conseil fédéral de déterminer.

#### **2.4 Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie**

Lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1<sup>er</sup> janvier 1996, seules quelques dispositions concernaient la surveillance de l'assurance. A ce moment, la Confédération a estimé que la surveillance des assureurs-maladie était peu importante, d'autant que ceux-ci observaient les prescriptions de la Confédération même en l'absence de bases légales. La pratique a toutefois montré que les assureurs n'étaient pas toujours disposés à le faire, faute de mesures coercitives appropriées. Partant, le législateur a instauré des sanctions supplémentaires (amendes d'ordre, y compris leur publication) au 1er janvier 2001.

Depuis, le marché des assureurs-maladie a continué à se développer. Les assureurs-maladie se sont ainsi transformés en sociétés commerciales et pratiquent une concurrence de plus en plus forte. Certains se sont associés en groupes, ce qui requiert une surveillance accrue de ces organismes, notamment des transactions entre les entités juridiques de ces groupes, et une collaboration renforcée avec d'autres autorités de surveillance.

En outre, la surveillance manque de bases légales pour pouvoir agir de façon rapide et appropriée en cas d'insolvabilité d'un assureur-maladie et empêcher ainsi une intervention du fonds d'insolvabilité. Il manque aussi des sanctions adéquates lorsque les assureurs-maladie ou leurs organes ne se conforment pas aux prescriptions de l'autorité de surveillance.

Des prescriptions en matière de surveillance dans les domaines de la détermination des primes et du placement de la fortune s'avèrent également nécessaires pour que les assureurs-maladie ne courent pas trop de risques.

Au vu de ces constats, le Conseil fédéral a élaboré, le 15 février 2012, un projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie. Ce projet prévoit des nouveautés dans les domaines suivants:

- sécurité financière (calcul des réserves, constitution par les assureurs d'une fortune pour les provisions techniques, ...),
- approbation des primes (critères selon lesquels les tarifs de primes seront approuvés ou non par l'Office fédéral de la santé publique, correction rétroactive de ces tarifs si le montant des primes encaissées dans un canton dépasse les coûts effectifs, ...),
- gouvernance d'entreprise (exigences en termes de garantie imposées aux membres des organes dirigeants d'un assureur, ...),
- publicité et activité de courtage,
- mesures relevant du droit de la surveillance (mesures préventives ou conservatoires possibles lorsque la stabilité financière d'un assureur est menacée, ...),
- dispositions pénales (sanctions plus appropriées).

En décembre 2013, le Conseil national, suivant la CSSS-N, a décidé de renvoyer l'objet au Conseil fédéral en le chargeant d'intégrer les principaux points de cette loi dans la LAMal et, partant, de renoncer à une loi distincte sur la surveillance.

En mars 2014, le Conseil des Etats a refusé de renvoyer cet objet au Conseil fédéral. Le Conseil national s'est finalement rallié à cet avis. La CSSS-N a dès lors entamé l'examen article par article, en

vue d'une soumission au Conseil national prévue pour l'automne 2014.

Invoquant l'urgence de trouver une solution sur ce dossier, le canton du Tessin a entre-temps déposé en janvier 2014 une initiative cantonale demandant une modification de la LAMal visant en substance à permettre à l'autorité fédérale de ne pas approuver les primes qui ne correspondent pas aux coûts, à contraindre les assureurs à baisser les primes trop élevées, à contraindre les assureurs à augmenter les primes trop basses et à corriger les primes qui se sont révélées a posteriori trop élevées. Cette initiative n'a en l'état pas encore été traitée.

## **2.5 Primes 2014**

Le 26 septembre 2013, le Département fédéral de l'intérieur a annoncé les primes 2014. Ainsi, en 2014, les primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins augmentaient en Suisse de 2,2% en moyenne pour les adultes, soit CHF 8,42 par personne et par mois. Cette augmentation s'applique à la prime standard, c'est-à-dire à l'assurance de base avec une franchise minimum comprenant la couverture du risque accident. Les primes pour enfants augmentaient quant à elles en moyenne de 2,4% et celles pour les jeunes adultes (entre 19 et 25 ans) de 3%.

Selon le canton, l'augmentation était comprise entre 1% et 3,8% pour les adultes. Ainsi, dans sept cantons, dont le canton de Vaud, les hausses de la prime standard étaient inférieures à 2%. Cinq cantons connaissaient une augmentation de plus de 3%. Dans les autres cantons, la hausse se situait entre 2 et 3%.

La CDS a fait valoir que cette hausse de prime relativement modérée était néanmoins encore trop élevée. Les assureurs-maladie s'attendaient en effet à une croissance des coûts plus modeste en 2014. De plus, les primes globalement versées ces dernières années ont été sensiblement supérieures aux coûts des prestations dans plusieurs cantons, dont le canton de Vaud (cf. ch. 4.1.1 ci-dessous). Cela signifie que la hausse moyenne des primes de 2,2% pour 2014 non seulement dépassait sensiblement la croissance des coûts estimés pour 2014, mais était en plus basée sur un niveau de primes trop élevé en 2013.

Les excédents de primes des dernières années accumulés par les assureurs-maladie doivent de l'avis de la CDS autant que possible servir à couvrir une partie des coûts de l'année à venir et donc à réduire la croissance des primes. Il n'est pour la CDS en aucune façon justifié que les assureurs-maladie dégagent globalement de nouveau des bénéfices avec les primes prévues pour 2014 et que les réserves des assureurs augmentent encore en 2014. C'est d'autant moins acceptable que l'ensemble des assureurs AOS a dégagé pour CHF 1.94 milliards de réserves latentes suite au passage aux Swiss GAAP FEER (nouvelles normes comptables) le 1<sup>er</sup> janvier 2012 [*document distribué par l'OFSP lors de la séance du 22 novembre 2013*]. Ces réserves latentes dissoutes viennent alimenter les réserves existantes de chaque assureur.

Il apparaît en outre que la situation des cantons est très variable, avec dans l'ensemble un produit des primes parfois considérablement supérieur ou inférieur aux coûts des prestations, pour certains cantons dans une mesure inacceptable (la situation du canton de Vaud est présentée sous ch. 3.5 ci-dessous).

La CDS invite dès lors les Chambres fédérales à achever rapidement les délibérations relatives à la loi sur la surveillance.

### 3 CONTEXTE CANTONAL

#### 3.1 Pétition pour la transparence et l'équité dans l'assurance-maladie

La pétition intitulée "pétition pour la transparence et l'équité dans l'assurance maladie et pour des primes reflétant vraiment les coûts des soins" (texte ci-annexé), munie de 139 signatures, a été déposée au Grand Conseil le 28 novembre 2008 (08\_PET\_025). Lancée par trois médecins et un responsable de laboratoire, elle demande au Conseil d'Etat de faire usage du droit d'initiative du Canton de Vaud afin d'obtenir la transparence de la comptabilité des caisses-maladie concernant l'assurance de base relevant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'externalisation des réserves des caisses dans une structure commune indépendante.

Les pétitionnaires font valoir deux revendications. Premièrement, ils souhaitent une présentation plus transparente de la comptabilité des assureurs, en particulier des flux financiers qui n'ont rien à voir avec les soins. Selon eux, le Canton doit pouvoir se baser sur des chiffres fiables, tant pour connaître l'évolution des coûts que pour fixer ses subventions. Les pétitionnaires considèrent que l'Etat et les citoyens doivent avoir un moyen d'exercer le contrôle, sans devoir le confier sans réserve à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Deuxièmement, s'il est normal que les assureurs fassent des provisions et constituent des réserves, les pétitionnaires pensent que des éléments purement financiers ne devraient pas avoir pour conséquence un renchérissement des primes. Lors de mouvements d'assurés d'une caisse à l'autre, par exemple, les réserves accumulées ne les suivent pas, et la nouvelle caisse doit ainsi les reconstituer. Plutôt que de faire suivre le montant des réserves dues à l'assuré, ce qui créerait une surcharge administrative trop importante, il s'agirait de placer toutes les réserves des diverses caisses dans un fonds commun à gestion indépendante, soit par canton, soit au niveau national. Les provisions, elles, resteraient de la seule responsabilité des caisses-maladie, mais avec un contrôle qui serait garanti par la transparence de leur comptabilité.

La pétition a été traitée par le Grand Conseil et renvoyée au Conseil d'Etat le 28 avril 2009 (décision prise avec 2 avis contraires et quelques abstentions).

Il faut signaler par rapport à cette pétition que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les assureurs LAMal doivent adopter un plan comptable (bilan et exploitation) qui correspond aux normes comptables Swiss GAAP RPC complétées par des prescriptions (concrétisation) de l'OFSP [*directives du Département fédéral de l'intérieur (DFI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2011*]. La transparence et la comparabilité des comptes annuels qui sont établis en vertu des principes dits "True and Fair View" ont ainsi été améliorées. La surveillance possible de la part du Conseil fédéral (art. 21 LAMal) et de l'OFSP (art. 24 OAMal) reste toutefois limitée en l'absence d'une loi sur la surveillance. Quant aux réserves, elles continuent à être gérées par les assureurs.

#### 3.2 Détermination Nicolas Rochat

Le 7 septembre 2010, M. le député Nicolas Rochat déposait l'interpellation "Transferts des réserves excédentaires des caisses maladie : quelle SUPRASolidarité en faveur des assuré-e-s vaudois-e-s", dont le texte était le suivant:

*"Récemment, les gouvernements des cantons de Genève, Neuchâtel et Vaud ont déclaré leur désapprobation à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) [Communiqué du BIC du 27 août 2010.] quant à la décision des caisses maladies Assura et Supra de transférer leurs réserves excédentaires vers d'autres cantons.*

*Pour le canton de Vaud, l'assurance Supra projette de transférer pas moins de 52 millions vers d'autres cantons. Cette décision est d'autant plus scandaleuse qu'en raison de ce montant excédentaire des réserves, les vaudoises et les vaudois ont payé, durant des années, des primes d'assurance-maladie trop hautes par rapport aux dépenses qu'ils ont occasionné-e-s. En outre, cette pratique viole, selon*

*nous, le principe inscrit à l'art.64, alinéa 1 de la LAMAL comme quoi "les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient [RS832.10 loi fédérale sur l'assurance-maladie. ]".*

*Bien que le débat soit avant tout national, il demeure que le canton de Vaud et ses assurés sont directement concernés par les pratiques de certains assureurs et qu'il convient de savoir qu'elles pourraient en être les conséquences.*

*Au vu de ce qui précède, nous avons l'honneur de poser les questions suivantes au Conseil d'Etat:*

*Au vu de cette décision de transfert des réserves excédentaires par SUPRA, le Conseil d'Etat connaît-il les incidences*

- 1. Sur la prime des assuré-e-s vaudois-e-s, subsidiairement sur le montant moyen de la prime vaudoise ?*
- 2. Sur les finances cantonales vaudoises au titre de la politique des subsides cantonaux ?*
- 3. Outre les démarches déjà effectuées, le Conseil d'Etat compte-t-il en entreprendre d'autres afin de protéger les intérêts des assuré-e-s vaudois-es ? Si oui, lesquelles ?*

*Nous remercions d'avance le Conseil d'Etat pour ses réponses."*

Suite à la décision prise par certains assureurs-maladie de transférer leurs réserves excédentaires, cette interpellation demandait au Conseil d'Etat quelles étaient les incidences de ce transfert sur les primes et les finances cantonales et quelles démarches supplémentaires le Conseil d'Etat comptait entreprendre pour protéger les intérêts des assurés vaudois.

Le Conseil d'Etat a répondu séance tenante à cette interpellation par M. le chef du Département de la santé et de l'action sociale (Bulletin du Grand Conseil, séance du mardi 21 septembre 2010, p. 4).

Suite à cette réponse, le Grand Conseil a adopté (par 109 oui, 6 non et 10 abstentions) la détermination suivante : "Le Grand Conseil vaudois soutient les démarches du Conseil d'Etat en vue d'empêcher tout transfert de réserves excédentaires, financées par les assurés vaudois. Le Grand Conseil invite également le Conseil fédéral à tout mettre en œuvre urgemment pour éviter le transfert des réserves d'ici 2011".

Comme mentionné sous le point 2.2 ci-dessus, l'arrêt du 8 décembre 2009 du TAF a confirmé qu'il n'existe aucune base légale aux réserves cantonales. Par conséquent, les bénéfices cantonaux de chaque caisse sont versés directement dans ses réserves "nationales". Ainsi, le bénéfice de CHF 105 millions dégagé en 2012 par l'ensemble des assureurs dans le canton de Vaud, auquel s'ajoutent CHF 101.5 millions dissous du compte des provisions pour cas en cours, a directement alimenté les réserves nationales des assureurs LAMal.

### **3.3 Postulat Nicolas Rochat**

Le 6 mars 2012, M. le député Nicolas Rochat a déposé un postulat "Hausse des primes d'assurance-maladie, une solution cantonale s'impose".

Le texte de ce postulat est le suivant:

*"L'annonce de la caisse d'assurance maladie EGK d'augmenter en cours d'année le montant des primes de ses assuré-e-s de 11% au niveau national (dont 35% pour les assuré-e-s vaudois disposant d'une franchise de CHF 300.-) démontre, une fois de plus, le déséquilibre de notre système d'assurance-maladie.*

*La pluralité des assureurs, les inégalités de traitement et de pratiques qui en découlent, les effets indésirables ou pervers qui sévissent (lien coûts de la santé-primes, conséquences financières des changements de caisses, transparence) sont coûteux pour les assurés (fortes variations des réserves, franchises et primes, selon et entre les cantons) et arbitraires. De plus, la confusion effective entre assurance sociale obligatoire et assurance complémentaire privée est incongrue.*

*La quasi-unanimité du Grand Conseil vaudois avait soutenu le Conseil d'Etat dans ses démarches lorsque ce dernier s'opposait au transfert des réserves excédentaires des assuré-e-s vaudois voulu par certaines grandes caisses en septembre 2010.*

*A défaut d'une solution fédérale qui, à l'heure actuelle, n'est encore pas concrétisée, les soussigné-e-s demandent que le Conseil d'Etat étudie toutes les options possibles d'aménagements structurels de l'assurance-maladie sur le plan cantonal. Ces pistes peuvent être dessinées en partenariat avec les partenaires fournisseurs de prestations, assureurs intéressés ainsi qu'avec les diverses interventions au niveau fédéral.*

*Le présent postulat demande un rapport au Conseil d'Etat sur les options envisageables et a fortiori de manifester un soutien du Grand Conseil à toute démarche permettant d'éviter aux assuré-e-s vaudois cette spirale infernale des hausses des primes d'assurance-maladie."*

Le 13 mars 2012, le Grand Conseil a pris ce postulat en considération avec 3 avis contraires et 1 abstention.

### **3.4 Résolution des présidents des groupes politiques sur le non-remboursement des primes d'assurance-maladie**

Vu le rejet par la CSSS-E, début 2013, de la première solution proposée par les cantons pour régler le dossier du remboursement des primes payées en trop (v. ch. 2.2 ci-dessus), le Grand Conseil a adopté à l'unanimité, en février 2013, une résolution formulée comme il suit:

1. *Le Grand Conseil exprime son incompréhension face à la décision de la CSSS-E.*
2. *Puisque le dossier est avant tout fédéral, le Grand Conseil prie le Conseil d'Etat de solliciter une rencontre urgente avec M. le conseiller fédéral Alain Berset et les présidents des CSSS du National et des Etats, respectivement M. Rossini et Mme Egerszegi afin de réévaluer la situation.*
3. *Le Grand Conseil demande en outre une réunion rapide de l'ensemble des gouvernements cantonaux, sous la houlette de M. Pascal Broulis, le président de la CdC (Conférence des gouvernements cantonaux), afin de définir une solution commune dans ce dossier.*
4. *Si ces deux démarches venaient à échouer, le Grand Conseil invite le Conseil d'Etat à prendre toutes les mesures utiles visant à rétablir la justice, débloquer la situation et restituer les sommes dues."*

### **3.5 Primes 2014 du canton de Vaud**

Dans l'ensemble, la hausse des primes en 2014 dans le canton de Vaud est inférieure à la moyenne suisse. Cette hausse est de 1,7% pour les adultes, 1,2% pour les jeunes adultes et 2,2% pour les enfants. Les primes vaudoises 2014 demeurent toutefois élevées dans l'ensemble, compte tenu des exercices 2011 et 2012 largement bénéficiaires (+ 105 millions en 2012, auxquels s'ajoutent +101.5 millions de réserves pour cas en cours dissous) et de prévisions de coûts pour 2013 et 2014 qui semblent trop pessimistes.

L'écart de primes entre les différents assureurs s'est accru de manière préoccupante. Pour les adultes, les assureurs qui pratiquent le tiers payant pour les médicaments proposent en moyenne des primes standards en 2014 de CHF 67.1 supérieures à celles des assureurs qui pratiquent le tiers garant, contre CHF 59.3 en 2013. La prime des premiers augmente en moyenne de 2,7% et celle des seconds de 0%.

Cet écart pose dès 2014 une difficulté supplémentaire pour tous les bénéficiaires des prestations complémentaires AVS/AI. Il s'agit de rentiers et de rentières avec des ressources modestes qui peuvent obtenir un subside, limité cependant aux primes moyennes régionales (RS 831.30 Loi fédérale sur les

prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006, art. 10, al. 3 lettre d ) dont les montants sont indiqués chaque année dans une ordonnance du DFI (RS 832.309.1). Jusqu'en 2013, les personnes concernées pouvaient disposer d'un choix d'assureurs qui leur permettait de voir leur subsidie couvrir intégralement leur prime. Or, l'évolution différenciée des primes entre les assureurs conduit à une situation où il ne subsiste plus aucun assureur important qui pratique le tiers payant pour les médicaments en dessous de la prime de référence de l'OFAS pour les adultes de la région 1. L'âge et l'état de santé de ces rentières et ces rentiers font qu'ils recourent de manière plus importante au système de soins. Dès lors, ils n'ont dorénavant plus que le choix suivant : soit choisir un assureur bon marché et payer leurs médicaments en puisant dans leurs ressources propres, soit opter pour un autre assureur et devoir payer chaque mois une part de prime.

## 4 POSITION DU CONSEIL D'ETAT

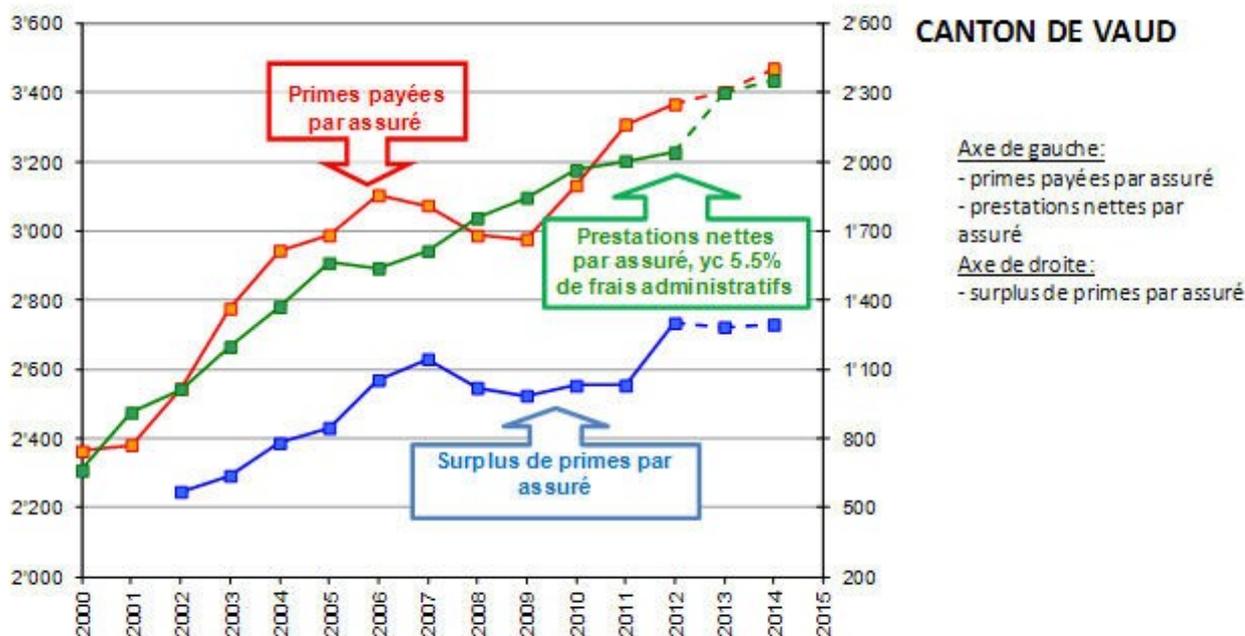
### 4.1 Constats

Les constats développés par le Conseil d'Etat ci-après se fondent en large partie sur les dysfonctionnements du système actuel mis en évidence par le groupe d'experts "Groupe actuariel de réflexion sur l'assurance-maladie – GAAM" dans son rapport rendu public en septembre 2009.

#### 4.1.1 Evolution des primes et évolution des coûts

Selon le système voulu par la LAMal, les primes payées par les assurés d'un canton sont fixées sur la base des prévisions de coûts faites pour ce canton par les assureurs-maladie. Comme on l'a vu ci-dessus (v. ch. 2.2), depuis plusieurs années, les primes globalement versées ont été sensiblement supérieures aux coûts des prestations.

Pour le canton de Vaud, l'évolution du coût net par assuré comparé aux primes encaissées par assuré est la suivante:



Ce graphique met en évidence le surplus de primes encaissé dans le canton de Vaud durant la période comprise entre 2002 et 2007, ainsi qu'en 2011 et 2012.

Dans le cadre de la révision de la LAMal pour rembourser les primes d'assurance-maladie payées en trop entre 1996 et 2013 dans certains cantons, le canton de Vaud totalise CHF 606.944 millions d'excédents selon la méthode de calcul de l'OFSP. Rappelons que cette méthode calcule l'écart de chaque canton à une moyenne nationale, qui fait office de référence. En d'autres termes, le montant des primes proposées par les assureurs, si l'on prend la moyenne nationale, est considéré comme adéquat par rapport aux coûts moyens des prestations, des coûts administratifs et des réserves minimales requises.

Si l'on considère le montant global des réserves des assureurs au niveau national, l'on peut en douter. Les réserves de l'ensemble des assureurs se montaient à CHF 6,5 milliards au 31 décembre 2012 [OFSP, Statistiques de l'assurance maladie obligatoire 2012, état des données au 5.7.2013. Les données 2013 ne sont pas encore disponibles]. Pourtant, les primes 2014 continuent à augmenter, tant en Suisse en général que dans le canton de Vaud.

Cette évolution montre que les efforts consentis par le Conseil d'Etat pour maîtriser l'évolution des coûts du système de santé ne se traduisent pas, en tout cas pas suffisamment, sur les primes. Le canton exerce ainsi des responsabilités importantes (planification sanitaire, financement de l'offre, approbation des conventions tarifaires, allocation des subsides, ...), sans pouvoir toutefois agir sur les primes, ni exercer de surveillance des assureurs-maladie.

Pour le Conseil d'Etat, cette situation démontre les lacunes du système actuel. La Confédération, via l'Office fédéral de la santé publique, ne bénéficie en l'état d'aucune possibilité d'exiger d'un assureur qu'il baisse les primes soumises pour approbation. En effet, la LAMal ne contient aucune disposition permettant de contraindre les assureurs à diminuer leurs réserves. Elle ne contient pas non plus de critères qui préciseraient quand une prime peut être qualifiée d'excessive ou d'abusive.

Certes, le projet de loi sur la surveillance devrait remédier à ces lacunes. Cependant, l'élaboration de cette loi a pris passablement de temps et son issue demeure aujourd'hui encore très incertaine.

#### *4.1.2 Effets de la concurrence entre assureurs-maladie*

Avec l'entrée en vigueur de la LAMal, le législateur a voulu introduire une concurrence entre les assureurs-maladie. La LAMal prévoit ainsi des différences de prix entre les assureurs, alors mêmes que les couvertures d'assurance (catégorie, franchise) sont identiques. Pour le Conseil d'Etat, un tel système n'est pas satisfaisant aussi bien techniquement que socialement dans le cadre d'une assurance sociale pour laquelle la solidarité entre les assurés est requise.

Cette concurrence entre les assureurs avait pour but de réduire les coûts de la santé ou au moins maîtriser leur évolution. Tel n'est manifestement pas le cas. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les coûts annuels bruts par assurés sont passés au niveau suisse de CHF 1'723.- en 1996 à CHF 3'257 en 2012, soit une augmentation de 89 %. Pour le canton de Vaud, ces coûts sont passés de CHF 2'196.- en 1996 à CHF 3'538.- en 2012, soit une augmentation de 61% [OFSP, Statistiques de l'assurance maladie obligatoire 2012, état des données au 5.7.2013. Les données 2013 ne sont pas encore disponibles].

La concurrence entre assureurs ne peut s'exercer que si les assurés ont le libre choix de leur assureur et peuvent changer d'assureur. Cette liberté est garantie à l'heure actuelle. Cependant, ces changements d'assurance ont des effets pervers que le rapport du GAAM précité a mis en évidence. Ainsi, lorsqu'un assuré change d'assureur-maladie, les réserves qu'il a contribué à établir ne le suivent pas. Il en découle qu'un assureur accueillant un nombre important de nouveaux assurés une année donnée subit une baisse de son taux de réserves. Si les réserves existantes en sa possession ne sont pas assez importantes, il doit augmenter les primes dès l'exercice suivant. Cette adaptation devrait logiquement déboucher sur un départ massif d'assurés l'année d'après, lequel fera augmenter son taux de réserves, sans forcément permettre une réduction des primes. Les mécanismes du système actuel font donc que

les changements d'assureur engendrent une augmentation de primes, sans compter le fort coût administratif qu'ils induisent, ainsi que les frais de courtage. Ces coûts administratifs et de courtage liés aux changements d'assureur sont difficiles à chiffrer, mais peuvent être estimés à un montant de l'ordre de CHF 300 à 350 millions par an.

Une bonne partie des points évoqués ci-dessus sont de forts incitateurs pour un assureur à ne pas être le moins cher. Les règles actuelles se caractérisent dès lors par une situation paradoxale où la stratégie optimale pour un assureur consiste à ne pas être le moins cher, dans un système qui vise à réduire les coûts grâce à la concurrence.

#### 4.1.3 Compensation des risques

Un des défauts du système actuel de compensation est son mécanisme *a posteriori*. Malgré les améliorations apportées à ce système, les assureurs-maladie continuent à constituer des marges dans le calcul des primes pour tenir compte de la fluctuation des effectifs. Ces marges sont généralement prudentes et influencent le montant des primes futures.

La compensation des risques actuelle présente deux paradoxes. D'une part, elle limite la concurrence que le législateur fédéral a voulue à tout prix. Autrement dit, plus la compensation des risques est performante, plus la concurrence est limitée. D'autre part, un assureur-maladie peut opérer une sélection plus subtile des risques en cherchant à attirer les bons risques présents au sein des catégories risquées. Au titre de la compensation des risques, il peut alors recevoir plus que les coûts réels engendrés par la catégorie concernée.

La conclusion que tire le Conseil d'Etat du système actuel de compensation des risques, conclusion qui semble partagée par le Conseil fédéral dans sa proposition de modification y relative, est qu'il n'a pas les effets souhaités. Comme le montre notamment l'année 2014, les primes varient considérablement à l'intérieur d'un même canton d'une caisse à l'autre, bien que les prestations assurées soient strictement identiques.

Certes, les Chambres fédérales ont adopté une modification de la LAMal visant à améliorer le système actuel de compensation. La mise en œuvre de cette modification va toutefois prendre beaucoup de temps, puisque le Conseil fédéral devra dans un premier temps définir les nouveaux critères attendus, puis que ces critères devront être appliqués. Ainsi, le Département fédéral de l'intérieur a mis en consultation en juin 2014 un projet de modification de l'ordonnance sur la compensation des risques ; ce projet prévoit en l'état uniquement une solution transitoire, fondée sur les coûts des médicaments au cours de l'année précédente, qui ne sera applicable que dès 2017, dans l'attente de la mise en place à moyen terme d'un indicateur plus fin. De plus, le Conseil d'Etat souligne que plus l'on introduit de facteurs dans la compensation des risques, plus le modèle perd en transparence et que l'introduction de nouveaux facteurs engendre des coûts administratifs. Finalement, la compensation des risques entre assureurs ne pourra jamais être complète [*Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 07.3769 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats du 9 novembre 2007*]. Selon une étude de Konstantin Beck en 2007, les facteurs actuellement pris en compte compensent 21% des risques et l'introduction d'un facteur supplémentaire, à savoir les dépenses pharmaceutiques, permettrait d'atteindre seulement 30% [*Konstantin Beck et Maria Trottmann. 2007. Der Risikostrukturausgleich und die langfristigen Profite der Risikoselektion : Wie erfolgreich sind verschiedene Formeln. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds, S. 329-355, St. Augustin, Asgard Verlag cité dans le rapport ci-dessus*]. De son côté, dans le cadre la consultation évoquée ci-dessus, le Département fédéral de l'intérieur évoque un taux de 28 % qui serait atteint grâce à la prise en compte des coûts des médicaments au cours de l'année précédente.

#### 4.1.4 Manque de transparence et de moyens de surveillance de l'assurance-maladie obligatoire

Le manque de transparence du système actuel a déjà été évoqué à plusieurs reprises plus haut. Ce manque de transparence découle en premier lieu de l'absence de dispositions légales conférant à l'heure actuelle de réels moyens de contrôle par la Confédération ou les cantons sur les assureurs-maladie. Les cantons ne disposent ainsi que de la possibilité de "prendre position" sur les primes, sans avoir pour autant aucune réelle compétence à ce sujet. Quant aux moyens à disposition de l'OFSP, ils sont également extrêmement limités.

Dans ce contexte, selon le rapport du GAAM précité, on ne peut pas exclure que les fonds affectés à l'assurance complémentaire aient bénéficié d'un régime de faveur par rapport à ceux affectés à l'assurance de base lors de la mise en œuvre de la LAMal en 1996. De plus, ce rapport explique que les assureurs-maladie ont créé des sociétés distinctes afin de ne pas subir une double surveillance de l'OFSP et de l'Autorité de surveillance des marchés financiers (FINMA), ce qui conduit à la quasi-impossibilité de pouvoir comparer les comptes des entités "assurance de base" et "assurances complémentaires". En particulier, le contrôle des frais généraux et du rendement de la fortune afférents à chaque activité est problématique et rien ne permet de s'assurer qu'il n'y a pas de transferts entre l'assurance de base et les assurances complémentaires.

Les experts du GAAM citent encore d'autres aspects qui concourent à l'opacité des comptes : création de "caisses bon marché" destinées à recruter les bons risques, frais de gestion assumés par des sociétés de services travaillant en sous-traitance, opérations de gestion centralisées pour des assureurs distincts, mais opérant dans le même groupe économique, calcul des primes basé sur des estimations qui ne sont jamais contrôlées *a posteriori*, etc.

Le système actuel se caractérise donc par une grande opacité et des moyens de surveillance des autorités plus que limités. Les révisions légales proposées par le Conseil fédéral évoquées ci-dessus visent certes à améliorer la situation, mais le Conseil d'Etat est dubitatif sur leur issue et doute de la réelle volonté du Parlement de les faire aboutir. Il est en revanche convaincu que les assureurs-maladie sauront trouver les moyens de maintenir une opacité favorisant leurs intérêts.

#### 4.1.5 Effet et utilité des réserves

Dans le monde de l'assurance, un système de transfert du risque nécessite, en plus des primes servant à payer le coût des "sinistres" (soit les prestations pour l'assurance-maladie), une certaine quantité de capitaux (des réserves) pour faire face aux fluctuations aléatoires inhérentes au risque assuré.

S'il est évident qu'un système d'assurance autofinancé doit disposer, en plus des primes, d'une réserve permettant de faire face aux fluctuations aléatoires inhérentes au risque assuré, il est tout aussi évident que les risques en assurance-maladie apparaissent comme modérés face à d'autres branches de l'assurance. Ainsi, en assurance-vie ou de pensions, l'évaluation des coûts futurs est rendue fortement aléatoire à cause de la durée des engagements ; en assurance des éléments naturels, un événement peut, en quelques minutes, occasionner des coûts correspondant à plusieurs années de primes. En comparaison, en assurance maladie, les risques liés à la durée des engagements, à la volatilité ou à l'évolution des marchés financiers sont limités.

Les experts du GAAM relèvent trois scénarios qui pourraient obliger un assureur à utiliser tout ou partie de sa réserve pour équilibrer les résultats :

- un renchérissement des coûts de la santé exceptionnel et inattendu pendant les deux années qui séparent le calcul des primes et le bouclage ;
- une pandémie ;
- un déséquilibre des résultats d'un assureur engendré par le système lui-même, par exemple à la suite de l'arrivée ou du départ d'un nombre trop important d'assurés.

La réserve propre à chaque assureur ne devrait être calculée que sur la base du premier de ces scénarios. L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) devrait préciser non seulement un pourcentage minimal, comme aujourd'hui, mais aussi un pourcentage maximal de cette réserve pour éviter des situations absurdes où les réserves peuvent représenter jusqu'à 5 fois le montant nécessaire. La modification de l'OAMal et l'édition de l'ordonnance sur les réserves de l'AOS, entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, ont certes modifié la manière de calculer les réserves minimales, mais n'ont pas introduit de mesures s'agissant de leur limitation vers le haut. A cet égard, le problème reste entier. Pour ce qui concerne le risque de pandémie, et dans le cadre d'une assurance sociale, seul l'Etat offre la garantie financière suffisante. Enfin, si le risque de déséquilibre financier devait s'avérer, ce serait la démonstration évidente des dysfonctionnements du système en vigueur.

Ces constats réalisés, les experts estiment qu'il faudrait agir dans les sens suivants : renforcer l'obligation de réassurance, créer un pool des risques spéciaux pour réduire les fluctuations des résultats, fixer une réserve de sécurité comprise entre un minimum et un maximum dont la fonction se limite à couvrir le risque d'un renchérissement inattendu des coûts de la santé, créer des réserves d'égalisation par zone tarifaire - par canton - qui deviennent un élément explicite dans le schéma du calcul des primes.

#### **4.2 Avis du Conseil d'Etat**

Pour le Conseil d'Etat, il ressort de ce qui précède que le système actuel présente des incohérences et des lacunes majeures.

Les mesures et propositions de mesures au niveau fédéral visant à faire avancer ou modifier les choses n'avancent que lentement et les projets ne voient souvent le jour que sous la contrainte ou la pression. Il a ainsi fallu l'intervention de plusieurs cantons et de plusieurs parlementaires pour que le dossier du remboursement des primes payées en trop soit enfin pris en compte. Ces projets sont souvent contestés dès le départ (v. le rejet du contre-projet du Conseil fédéral sur l'initiative populaire), soit rejetés ou retardés en début de processus (v. la décision du Conseil national de retourner le projet de loi sur la surveillance au Conseil fédéral), soit remaniés au fur et à mesure du processus à tel point qu'il ne subsiste en fin de compte rien ou presque des intentions initiales. En particulier, sur le dossier du remboursement des primes, alors que le montant à rembourser aux cantons qui ont payé trop de primes s'élève à environ CHF 1.7 milliards, seuls CHF 800 millions sont pris en compte dans le texte adopté par les Chambres.

Cette situation fait naître des doutes sur la capacité des Chambres fédérales à appréhender la douloureuse réalité actuelle des assuré-e-s suisses et à élaborer des solutions permettant une réelle amélioration. Elle suscite de l'incompréhension, voire de la grogne dans la population, particulièrement touchée par l'évolution des primes.

Pour le Conseil d'Etat, il est donc indispensable de combler de manière urgente les lacunes du système actuel, telles que relevées plus haut. Les discussions tenues devant le Grand Conseil au moment de la prise en considération de la pétition et des différentes interventions parlementaires, objet du présent rapport, montrent que le Grand Conseil partage très largement cette position.

Le Conseil d'Etat va dès lors continuer à suivre avec une très grande attention les discussions en cours au niveau fédéral sur le projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie. Il va poursuivre ses actions de sensibilisation auprès de la députation vaudoise aux Chambres fédérales afin de soutenir une adoption rapide de cette loi.

En parallèle, le Conseil d'Etat va suivre également de très près les débats liés à la votation du 28 septembre sur l'initiative populaire sur la caisse publique. Il examinera en détail les résultats de la votation et procédera aux analyses subséquentes.

Sans attendre ces développements, le Conseil d'Etat réaffirme sa volonté d'utiliser toute la marge de manœuvre et tous les instruments que lui laisse la LAMal pour maîtriser l'évolution des coûts comme il l'a fait depuis de nombreuses années s'agissant du domaine soumis à planification, ainsi que pour favoriser la recherche de solutions innovantes avec les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie.

## 5 CONCLUSIONS

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat a l'honneur de proposer au Grand Conseil de prendre acte:

- du rapport sur le postulat Nicolas Rochat et consorts "Hausse des primes d'assurance-maladie, une solution cantonale s'impose !"
- de la réponse sur la pétition pour la transparence et l'équité dans l'assurance-maladie
- de la réponse à la résolution des Présidents des groupes politiques sur le non remboursement des primes d'assurance-maladie
- de la réponse à la détermination Nicolas Rochat sur la réponse du Conseil d'Etat à son interpellation "Transferts des réserves excédentaires des caisses maladie : quelle SUPRAsolidarité en faveur des assuré-e-s vaudois-e-s".

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 20 août 2014.

Le président :

*P.-Y. Maillard*

Le chancelier :

*V. Grandjean*

## **PETITION : POUR LA TRANSPARENCE ET L'EQUITE DANS L'ASSURANCE-MALADIE ET POUR DES PRIMES REFLETANT VRAIMENT LES COÛTS DES SOINS**

Par cette pétition, nous demandons au Conseil d'Etat de faire usage du droit d'initiative du canton de Vaud afin d'obtenir la transparence de la comptabilité des caisses-maladie concernant la base LAMal et d'obtenir l'externalisation des réserves des caisses dans une structure commune indépendante.

Les dernières votations du 1<sup>er</sup> juin 2008 concernant le domaine de la santé ont eu un résultat rarement atteint. Il est clair que le peuple suisse, et en particulier vaudois, ne veut pas de main-mise de Santé-Suisse sur la santé et qu'un partage des pouvoirs est nécessaire. La responsabilisation des caisses-maladie vis-à-vis du citoyen-assuré n'est qu'imparfaite et doit être améliorée.

Comme parade au pouvoir des caisses, annoncer simplement que les primes d'assurances maladie baisseront par prélèvement sur les réserves n'est pas responsable : en effet les primes seront faussement basses par rapport aux coûts et, une fois les réserves à leur seuil légal de couverture, les primes devront être adaptées avec une très douloureuse augmentation.

Conscients qu'une concurrence entre les caisses ne peut se faire qu'en éliminant tous les flux financiers qui n'ont rien à voir avec la santé, nous demandons, d'une part, la transparence et d'autre part, l'abandon de la gestion, par les caisses, des réserves qui, rappelons-le, appartiennent aux assurés.

### Transparence de la comptabilité des caisses-maladie :

Certains indices laissent suspecter d'importantes déficiences dans le mode de calcul des primes (cf le rapport genevois sur la corrélation des coûts de la santé et des primes d'assurance maladie, rapport très partiellement médiatisé le 21.12.2007, qui laisse poindre des lacunes importantes ; cf jugement du tribunal cantonal des assurances de Genève en faveur de Maître Poggia concernant la fixation des primes du Groupe Mutuel;...). La transparence permettrait de vérifier l'adéquation des primes et leur pertinence (c'est-à-dire, leur rapport avec les coûts de la santé). Cette transparence dans le cadre d'une assurance sociale votée par le peuple suisse n'aurait même pas dû être demandée, mais être acquise lors de la mise en place de l'assurance obligatoire. Une telle démarche, par caisse, fera apparaître clairement les coûts à charge de l'assurance maladie dans le cadre ambulatoire et dans le cadre hospitalier, les provisions effectuées et leurs devenirs ainsi que le montant des réserves, à leur valeur comptable et à leur valeur vénale. Le droit des assurances maladie est de contrôler les factures, mais leur devoir est de transmettre leurs données et leur comptabilité de manière claire et limpide. Pour que l'Etat reste garant dans un système où les caisses-maladie ne sont pas étatisées, il faut que l'Etat comme les citoyens aient les moyens d'exercer le contrôle, sans devoir le confier sans réserve à un office sous-doté.

### Externalisation des réserves des caisses :

Les caisses-maladie doivent constituer des réserves, ce qui est bien normal, dans le cadre d'une activité d'assurance. Par contre, il n'est pas du tout satisfaisant que des éléments purement financiers aboutissent à un renchérissement des primes (cf annonce en automne 2001 de M. Otto Piller que les primes augmenteront en raison des attentats du 11 septembre) et que des mouvements massifs d'assurés d'une caisse à l'autre (comme il y en a eu dans le

canton récemment) modifient de telle manière les réserves qu'elles ont un impact sur les primes. Une base commune des réserves serait beaucoup plus simple à réaliser que de faire suivre le montant des réserves dues à l'assuré (surcharge administrative trop importante) ; il conviendrait de placer toutes les réserves des diverses caisses (rappel : qui appartiennent aux assurés), dans un fonds commun à gestion indépendante des caisses.; la valeur vénale des réserves serait clairement connue et s'il devait y avoir adaptation du fonds commun, ce le serait en toute transparence (cf réévaluation négative au bilan des caisses-maladie).

Avant de prendre de nouvelles décisions dans la précipitation (limitation du choix du médecin, limitation de l'installation de professionnels de la santé, mode de financement hospitalier, modification de la tarification des laboratoires, ...), la transparence permettra de connaître effectivement la réalité des coûts et l'adéquation des primes, relation qui n'est actuellement pas si évidente. L'externalisation des réserves permettra d'éviter toute la problématique des flux financiers qui n'ont rien à voir avec les coûts de la santé, mais qui se répercutent sur les primes via, par exemple, des modifications des réserves. Les provisions restent bien sûr de la seule responsabilité des caisses-maladie, mais avec un contrôle qui sera garanti par la transparence de leur comptabilité.

## **Annexes à la pétition « Pour la transparence et l'équité dans l'assurance-maladie et pour des primes reflétant vraiment les coûts des soins »**

Vous trouverez ci-joint :

- L'article paru dans Le Temps du 21 décembre 2007 qui reprend le rapport rédigé par le service de l'assurance-maladie du canton de Genève,

- Une copie des pages 184-185 de l'Annuaire statistique Vaud 2008, dans lequel on mentionne la prime mensuelle moyenne 2008 qui correspond à Sfr. 4'440.- par an et celle du coût moyen annuel brut par assuré à charge de l'assurance obligatoire des soins en 2006 qui est de Frs 3'178,. (différence de 39,8% sur 2 ans, alors que le coût brut n'est même pas celui versé par les assureurs-maladie),

- Trois tableaux du bilan des actifs des assureurs au 31 décembre 2000, 2002, 2006 où vous pouvez constater les réévaluations négatives principalement concernant les placements et les terrains et bâtiments (finis de "Statistique de l'assurance maladie obligatoire", OFSP; *les autres années sont similaires*),

Nous citerons encore comme exemple les propos de Monsieur Diserens, ancien directeur-général d'Assura, relayés par 24Heures le 13 août 2008 : « **Je crois qu'en réalité, la crise boursière a peut-être plus d'influence sur les primes que les coûts de la santé** »... !!!