

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Carole Schelker - Succès croissant pour les modèles alternatifs d'assurance maladie, quelle prise en compte pour la définition des subsides cantonaux ?

Rappel de l'interpellation

L'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) transmet la bonne parole suivante dans sa "Notice explicative pour la réduction des primes de l'assurance-maladie obligatoire 2018" [https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aides_allocations/fichiers_pdf/Notice_2018.pdf].

"Vous pouvez alléger la charge de vos primes d'assurance-maladie en optant pour une franchise à option ou un modèle alternatif d'assurance (médecin de famille, réseau de soins, consultation téléphonique préalable) ainsi qu'en changeant d'assureur. Vous économisez de l'argent avec la garantie d'une qualité de soins identique. En effet, tous les assureurs vous garantissent les mêmes prestations dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire des soins".

En effet, selon le site Internet comparis.ch, les modèles d'assurance alternatifs qui comprennent, entre autres, les modèles HMO, Médecin de famille et Telmed permettent de bénéficier de rabais de prime allant jusqu'à 25 % par rapport au modèle standard de l'assurance obligatoire des soins. Pas étonnant dès lors que ce type de modèle connaisse un succès croissant dans toutes les classes sociales de la population. A relever que ces modèles tendent à limiter l'augmentation globale des coûts de la santé. Confrontons à présent le montant des primes mensuelles des modèles alternatifs aux subsides cantonaux à l'assurance-maladie par l'analyse d'un cas concret de trois pères de famille, Messieurs A, B et C de plus de 26 ans, voisins de palier à Yverdon-les-Bains (région 2), ayant des frais médicaux annuels inférieurs à 2'000 francs par an et ayant donc un avantage à avoir une franchise annuelle de 2'500 francs.

- Monsieur A est en proie à d'importantes difficultés financières, mais ne remplit pas les critères pour toucher un subside à l'assurance-maladie, il fait donc l'effort de souscrire à une assurance-maladie selon un modèle alternatif et paie une prime mensuelle de 263,50 francs qui intègre aussi l'assurance-accident. Il trouve d'ailleurs dix-huit autres offres qui proposent des modèles d'assurance alternatifs inférieurs à 336 francs. [Selon consultation du site comparis.ch le 10.01.2018, 2'500 francs de franchise.]*
- Monsieur B a des revenus faibles et bénéficie lui d'un subside à l'assurance-maladie correspondant à la prime cantonale de référence de 336 francs [Conseil d'Etat, Arrêté concernant les subsides aux primes de l'assurance-maladie obligatoire, 2018]. Il peut donc, sans contrainte, choisir un modèle standard de prime qui lui évite toute tracasserie, l'entier de son assurance étant pris en charge par le canton.*
- Monsieur C, bénéficiant d'un revenu d'insertion (RI), est dans le même cas que Monsieur B et*

n'a pas non plus d'intérêt financier à choisir un modèle alternatif. La prime cantonale mensuelle dont il bénéficie est de 372 francs [DSAS, Primes de références RI en 2018. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aides_allocations/fichiers_pdf/Primes_de_r%C3%A9f%C3%A9rence_RI_en_2018.pdf]. A noter que le canton préconise pour lui, quelle que soit sa situation de santé, la franchise la plus élevée : "Si vous êtes âgé de plus de 19 ans, la solution la plus simple pour réaliser cette économie consiste à choisir une franchise à option de 2'500 francs au lieu de la franchise de base de 300 francs. En cas de maladie, le RI prendra en charge cette franchise sur présentation de la facture originale de l'assureur." [Département de la santé et de l'action sociale, Information subsides 2018, Dépliant pour les personnes bénéficiaires du RI " comment adapter ma police d'assurance ?" https://vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aides_allocations/fichiers_pdf/Mep2_OV_Depliant_RI-2018.pdf]

- *En fonction des primes cantonales de référence, il n'y a pas d'incitation financière pour une certaine catégorie de bénéficiaires des subsides à l'assurance-maladie à choisir un modèle d'assurance alternatif qui réduirait les montants des subsides et limiterait l'engagement financier du canton. Monsieur A se trouve préterité dans ses choix par rapport à ses deux voisins de palier. Dans ce cadre, je pose les questions suivantes :*

Comment la prime cantonale de référence, qui conditionne l'ensemble des subsides à l'assurance-maladie donnés dans le tableau des barèmes des subsides [Barème indicatif pour les subsides 2018 https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/aides_allocations/fichiers_pdf/2018_Bar%C3%A8me_indicatif_pour_les_subsidies.pdf], tient compte de la possibilité pour les subsidiés de souscrire à un modèle alternatif d'assurance-maladie ?

Est-ce que le canton envisage d'encourager plus vivement auprès des subsidiés, l'adhésion à un modèle alternatif jusqu'à 25 % moins coûteux.

Réponses du Conseil d'Etat

En préambule, il apparaît utile au Conseil d'Etat de rappeler certains points relatifs aux modèles alternatifs et formes particulières d'assurance. La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) garantit, en cas de traitement ambulatoire, le libre choix de l'assuré entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie, et en cas de traitement hospitalier, le libre choix de l'assuré entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (art. 41, al. 1 et 1bis LAMal).

Les tentatives du Parlement et du Conseil fédéral pour réduire cette liberté de choix des assurés n'ont jamais abouti. La dernière proposition du Conseil fédéral de modifier la LAMal pour introduire, comme modèle de base standard, un réseau de soins intégrés impliquant une limitation des fournisseurs de prestation a été sèchement balayée par le peuple lors de la votation populaire du 17 juin 2011 (76% des Suisses et 91.2% des vaudois ont voté NON).

La LAMal permet toutefois aux assureurs de réduire les primes de l'assurance obligatoire de soins en proposant des formes particulières d'assurance, dont les modèles alternatifs (art. 62 al. 1 LAMal). En contrepartie du choix d'un modèle alternatif d'assurance avec une prime réduite, l'assuré accepte de limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art 41 al. 4 LAMal ; art. 99, al. 1 OAMal). Cette limitation peut être associée à d'autres contraintes, comme une consultation téléphonique préalable. Elle peut aussi être combinée avec une autre forme particulière d'assurance, à savoir le choix d'une franchise à option ou d'une assurance avec bonus (art. 62, al. 2 LAMal). Quelle que soit la combinaison des formes particulières d'assurance choisies, la réduction totale de primes ne peut excéder 50% de la prime du modèle standard avec risque accident de l'assureur considéré (art. 90c, al. 1 OAMal). Prises isolément, les

primes des modèles alternatifs d'assurance peuvent se situer au plus à 20% au-dessous des primes de l'assurance ordinaire de l'assureur considéré, lorsque des chiffres empiriques de la différence de coûts avec le modèle standard n'ont pas été établis durant au moins cinq exercices comptables (art. 101, al. 3 OAMal).

Pour les modèles alternatifs d'assurance, la législation précise que l'assureur n'a l'obligation de prendre en charge que les prestations " *prodiguées ou ordonnées par [les] fournisseurs [désignés par l'assureur]*"(art. 41, al.4, LAMal). A partir de là, les conditions particulières varient considérablement d'un modèle à l'autre et d'un assureur à l'autre.

En l'occurrence, la liste des fournisseurs de prestations désignés par l'assureur peut être plus ou moins restreinte et varier en cours d'année, qu'il s'agisse du médecin de premier recours ou des seconds prestataires. Certains assurés souhaitant bénéficier d'une réduction de prime devront même renoncer à leur médecin de famille si ce dernier ne figure pas sur la liste de l'assureur. Diverses autres contraintes peuvent s'ajouter, tel un choix très limité de pharmacies, de gynécologues, d'ophtalmologues et de pédiatres, ainsi qu'une restriction des moyens de délivrance de médicaments. En cas de maladie chronique, certains modèles incluent des mesures spéciales que l'assuré doit respecter. Parfois aussi la procédure à suivre en cas d'urgence, d'hospitalisation ou de recours à une autre prestation, comme des analyses ou des moyens auxiliaires, est particulièrement complexe et contraignante. De plus, des modèles peuvent imposer un centre de télémédecine comme premier recours, avec l'obligation pour l'assuré de suivre à la lettre les recommandations transmises par téléphone, comme le traitement prescrit et sa durée, ou le choix d'un médecin. Par ailleurs, si les conditions particulières d'assurance ne sont pas respectées par l'assuré, les sanctions peuvent être très sévères, allant jusqu'au refus de prise en charge de la prestation par l'assureur, l'exclusion de l'assuré du modèle alternatif choisi dans les 30 jours, avec le transfert automatique de l'assuré dans l'effectif de l'assurance de base ordinaire, assorti d'une facturation rétroactive des primes ordinaires dès le début de la période d'assurance.

Le choix d'un modèle alternatif adapté à la situation spécifique de chaque assuré n'est ainsi pas aisé, d'autant plus qu'il y a plusieurs dizaines de modèles différents avec des règles particulières qui changent d'année en année, et même en cours d'année. De plus, quand le rabais de prime est important, les contraintes sont en général multiples, avec des risques accrus que les assurés ne les respectent pas, souvent par manque d'information. Les assurés de condition économique modeste risquent de ne pas avoir suffisamment de ressources pour assumer les sanctions financières en cas de non-respect des contraintes d'un modèle. Ils viendront alors gonfler la population des assurés frappés d'un contentieux LAMal que le canton a l'obligation légale de prendre en charge.

Pour répondre à la première question, la réalité des chiffres montre qu'environ deux tiers des assurés vaudois ont opté pour un modèle alternatif, avec ou sans franchise à option (63% en 2016, selon les statistiques de l'OFSP). Le Conseil d'Etat a donc décidé de tenir compte du choix de cette majorité pour fixer le montant du subside des ménages, lors des modifications en lien avec la troisième réforme de l'imposition des entreprises. Ainsi, dès le 1^{er} septembre 2018, les primes moyennes de référence prises en considération pour déterminer le droit à un subside spécifique, en plus d'une franchise moyenne, intégreront également la possibilité de choisir un modèle alternatif, type " médecin de famille ", avec un nombre raisonnable de contraintes. Concrètement, la possibilité d'opter pour un modèle alternatif a été prise en compte avec un impact de 5% sur les primes de référence prises en compte pour le calcul du taux d'effort et du subside spécifique des adultes et des jeunes adultes. Les enfants ne sont pas concernés par cette mesure.

En réponse à la seconde question, le Conseil d'Etat précise que les assurés sont libres de choisir un modèle alternatif avec un choix limité de fournisseurs de prestations. Dans leur activité de conseil aux assurés, les agences d'assurances sociales et l'OVAM proposent certains modèles alternatifs d'assurance appropriés aux bénéficiaires de subsides en bonne santé, et pour autant que les conditions

ne soient pas trop restrictives et les sanctions pas trop sévères. Toutefois, il ne s'agit que de conseils et de propositions. Compte tenu du cadre légal actuel, l'Etat ne saurait imposer un tel choix aux assurés et bénéficiaires de subsides.

Pour terminer, le Conseil d'Etat tient à apporter quelques précisions sur les exemples présentés.

Lorsque les frais médicaux peuvent atteindre Fr. 2'000.- par année, comme dans le cas des trois Messieurs A, B et C, une franchise de Fr. 2'500.- ne représente pas un choix optimum. En effet, la législation précise que le rabais de prime ne peut pas dépasser 70% du risque encouru en prenant une franchise à option, à savoir Fr. 1'540.- par année (70% de Fr. 2'200.-). Ainsi, avec une franchise de Fr. 2'500.-, les frais de santé qui se situent entre Fr. 1'540.- et Fr. 2'200.- par année représentent pour l'assuré un coût supplémentaire qui n'est pas amorti par son rabais de prime. Monsieur A qui n'a droit à aucun subside, et Monsieur B qui a droit à un subside partiel, devront assumer pleinement ce risque et payer le coût supplémentaire de leur poche. Par conséquent, les assurés qui pourraient être concernés par des frais de santé supérieurs à Fr. 1'500.- n'ont aucun intérêt à choisir une franchise à option.

En outre, les subsides ordinaires partiels que touchent les assurés de condition économique modeste qui ne bénéficient pas du RI ou des prestations complémentaires à l'AVS ou à l'AI, dépendent de leur revenu déterminant unifié (RDU). Quand le revenu augmente, le montant du subside partiel ordinaire diminue automatiquement. Le subside de Fr. 336.- par mois que touche M. B correspond au subside maximum possible pour un adulte de plus de 25 ans vivant en famille. Avec deux enfants à charge, M. B ne peut toucher le subside maximum que si son RDU ne dépasse pas Fr. 13'000.- par année, ce qui est très bas. La situation de M. B est donc exceptionnelle, quand on sait que, pour avoir droit à un subside partiel, une personne vivant en famille devra justifier d'une forte mise à contribution de sa capacité de gain.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 27 juin 2018.

La présidente :

N. Gorrite

Le chancelier :

V. Grandjean