

## REPOSE DU CONSEIL D'ETAT

### à l'interpellation Thierry Dubois - Les patients touchant l'AVS et bénéficiant d'une assurance complémentaire : une population oubliée !

#### *Rappel de l'interpellation*

*Il est de notoriété publique que le coût des primes maladies pour l'assurance de base est exorbitant et n'est plus supportable pour une bonne partie de notre population. Des mesures drastiques sont mises en place pour aider les concitoyens qui ne peuvent plus faire face à une augmentation constante de ces primes. En effet, déjà cette année, les primes dépassant 12% du revenu seront prises en charge par l'Etat grâce à des subsides. Mais cette mesure n'aura aucune incidence sur l'augmentation des primes maladies qui vont continuer à augmenter.*

*Pour une partie importante de la classe moyenne qui arrête de travailler et qui subit donc de plein fouet une baisse importante de leur revenu, l'augmentation des primes aura des conséquences importantes sur leur prise en charge dans le domaine de la santé. Beaucoup de patients qui ont souscrit une assurance complémentaire de type privé ou semi-privé afin de pouvoir choisir librement leur médecin, leur clinique ou leur hôpital ne pourront tout simplement plus s'offrir ces prestations.*

*Cette situation me paraît particulièrement injuste pour des assurés qui ont cotisé plus de vingt-cinq ans pour s'assurer d'une bonne prise en charge à l'âge de la retraite. Il est regrettable que le canton n'entre pour le moment pas en matière pour instaurer un système moniste qui permettrait une diminution des primes maladies pour tous. Le Conseil d'Etat privilégie donc les subsides.*

*Il serait bon d'étudier la possibilité de subventionner les primes d'assurances complémentaires des patients à l'AVS qui ont cotisé au minimum vingt-cinq ans pour ce type d'assurance et dont les primes globales – assurance de base et assurances complémentaires – représentent plus de 15% de leur revenu.*

*Mais avant d'avancer dans cette direction, je prie le Conseil d'Etat de répondre aux questions suivantes :*

- *Combien d'assurés touchant l'AVS ont supprimé leur assurance complémentaire ces cinq dernières années ?*
- *Le pourcentage d'annulation d'assurance complémentaire est-il différent entre la classe « Adulte » et la classe « AVS » durant ces cinq dernières années ?*
- *Quelles seraient les incidences financières sur le budget en introduisant ce type de subvention ?*
- *Quel est le pourcentage d'assurés qui bénéficient encore d'une assurance complémentaire ?*

## Réponse du Conseil d'Etat

### Préambule :

Le Conseil d'Etat tient d'abord à souligner que la mesure visant à renforcer les subsides LAMal des ménages a été acceptée par le peuple lors de la votation cantonale du 20 mars 2016, dans le cadre du volet vaudois de la réforme de l'imposition des entreprises (« RIE III »). A partir du 1er janvier 2019, la charge financière des primes LAMal sera limitée à 10% du revenu des ménages. Cette solution a été plébiscitée par la grande majorité des assurés du canton, afin de diminuer le poids des primes des classes moyennes, comme des personnes avec un revenu plus modeste.

Avec cette mesure, plusieurs milliers de nouveaux ayants droit bénéficieront de subsides pour leur prime d'assurance-maladie ou verront leur subside augmenter. En 2017, 29.7% des assurés du canton de Vaud étaient bénéficiaires de subsides LAMal. Cette part devrait atteindre entre 34% et 38% en 2019.

Concernant l'augmentation annuelle des primes des bénéficiaires de subsides partiels, dès 2019 l'essentiel sera amorti par la hausse des subsides. En effet, la loi précise que le taux d'effort des ménages restera limité à 10% du revenu. Par conséquent, les primes de référence, qui déterminent la prime maximum prise en compte dans le calcul du taux d'effort, seront indexées annuellement.

### • Les statistiques de l'assurance complémentaire pour l'hospitalisation en privée et en semi-privé

Contrairement à l'assurance de base, très peu de statistiques sont publiées sur les assurances complémentaires, qui sont régies par le droit privé.

L'enquête suisse sur la santé (ESS) est une des seules sources qui donne quelques informations sur les bénéficiaires. Il s'agit d'une enquête nationale par échantillonnage, menée tous les cinq ans par l'Office fédéral de la statistique. La dernière année d'enquête dont les résultats ont été publiés date de 2012. Les résultats de l'enquête 2017 ne seront publiés qu'en février 2019.

L'ESS comprend exclusivement des données rapportées par les personnes interrogées, avec les biais que cela peut induire, et non des données administratives, issues des assureurs ou d'autres sources fiables.

#### *A. Combien d'assurés touchant l'AVS ont supprimé leur assurance complémentaire ces cinq dernières années ?*

A notre connaissance, il n'existe pas de statistiques publiées sur les résiliations de contrats d'assurance complémentaire en privé et en semi-privé par catégorie d'âge.

#### *B. Le pourcentage d'annulation d'assurance complémentaire est-il différent entre la classe « Adulte » et la classe « AVS » durant ces cinq dernières années ?*

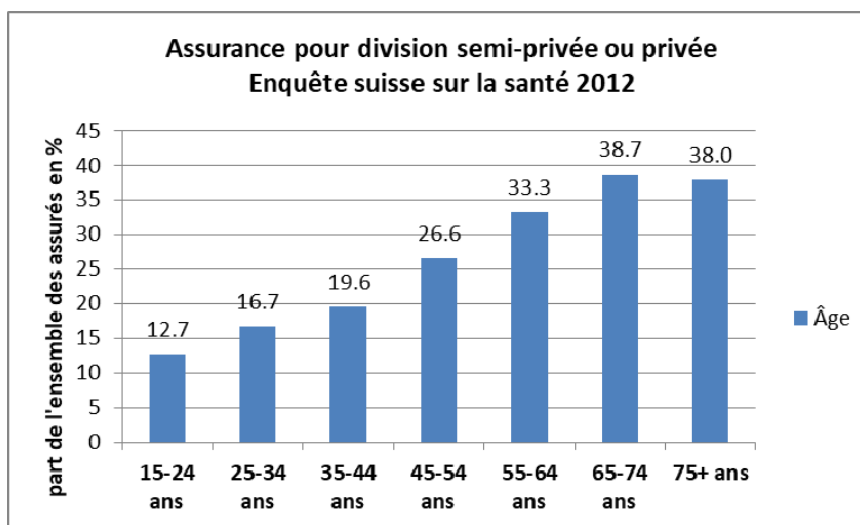
Les données manquent pour répondre à cette question également. Il faut cependant souligner qu'en 2012, la part d'assurés en âge AVS avec une assurance complémentaire pour une hospitalisation en privé ou en semi-privé était nettement plus importante que la part d'assurés adultes entre 18 et 64 ans.

#### *C. Quel est le pourcentage d'assurés qui bénéficient encore d'une assurance complémentaire ?*

En 2012, 18% des assurés en Suisse rapportaient être au bénéfice d'une assurance pour une hospitalisation en semi-privé, 7.5% en privé et 1.3% pour un autre modèle d'hospitalisation. Même s'il existe quelques petites différences entre régions linguistiques, les taux en Suisse romande sont très proches de ceux de l'ensemble de la Suisse.

Une autre différence à relever est celle qui se dessine entre niveaux de formation. Si 36.1% des assurés avec un niveau de formation tertiaire possèdent un contrat d'assurance complémentaire pour l'hospitalisation en privé ou en semi-privé, cette part baisse à 25.5% pour les assurés avec un niveau de formation secondaire et à 13.6% pour ceux avec un niveau primaire. Le niveau de formation est étroitement corrélé avec le revenu.

L'analyse par classe d'âge montre que les personnes de 65 ans à 74 ans sont 38.7% avec une assurance complémentaire de type privé ou semi-privé, contre moins de la moitié (16.7%) dans la classe 25-34 ans et 26.6% dans la classe 45-55 ans. Ces résultats montrent clairement que la part d'assurés avec une assurance complémentaire en privé ou semi-privé croît avec l'âge.



Source : enquête suisse sur la santé 2012, OFS

#### D. Quelles seraient les incidences financières sur le budget en introduisant ce type de subvention ?

Les assurances complémentaires pour l'hospitalisation en privé et en semi-privé sont régies par le droit privé et soumises aux règles de la loi sur les contrats d'assurance (LCA) et au Code des obligations (CO). Elles sont donc soumises aux lois du libre marché, dans lequel le Conseil d'Etat n'a pas vocation à intervenir, en particulier en versant des subsides. Les pouvoirs publics sont tenus à l'écart des négociations sur les coûts, souvent fort élevés, des prestations couvertes et n'ont aucun moyen d'intervenir sur les tarifs.

De plus, les prestations couvertes ne sont pas les mêmes pour tous. Elles varient selon l'assureur, mais aussi selon les caractéristiques des assurés (âge, antécédents médicaux, etc.). Des restrictions dans les soins remboursés peuvent être imposées à certains assurés, quand d'autres se voient refuser une affiliation, par exemple s'ils ont eu un cancer ou un infarctus. Le Conseil d'Etat ne peut pas cautionner, en versant des subsides, une inégalité de traitement selon les caractéristiques individuelles des assurés. Le Conseil d'Etat ne peut pas non plus entrer en matière sur la possibilité de subsidier un type de produit que seule une part limitée de la population peut s'offrir au départ. Et le Conseil d'Etat considère qu'il est abusif de verser des subsides pour l'accès à une hôtellerie haut de gamme lors des hospitalisations.

Les subsides versés par l'Etat concernent exclusivement l'assurance-maladie obligatoire de base, qui est régie par le droit public et soumise aux règles de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). L'assurance obligatoire couvre les prestations de soins (diagnostic et traitements), qu'elles soient pratiquées en ambulatoire, ou bien en stationnaire dans des hôpitaux agréés avec une hôtellerie standard et des repas équilibrés. Les prestations assurées sont les mêmes pour tous, quels que soient l'assureur, l'âge ou l'état de santé de l'assuré. La qualité et l'économicité des prestations sont garanties par la loi. Le libre choix du médecin l'est également sauf si l'assuré a choisi un modèle particulier d'assurance qui limite ce libre choix. Il est donc trompeur de suggérer que l'assurance obligatoire de soins n'assure pas « une bonne prise en charge à l'âge de la retraite ». Finalement, il faut souligner que les pouvoirs publics sont impliqués dans les négociations concernant le périmètre et le coût des prestations, ainsi que dans la surveillance de la mise en œuvre. Ils peuvent proposer des mesures pour contenir les coûts.

Pour conclure, le Conseil d'Etat ne souhaite pas entrer en matière sur le principe d'un subside des assurances complémentaires pour une hospitalisation en privé et en semi-privé.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 19 décembre 2018.

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*