

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Gérard Mojon – Le Conseil d'Etat soutient l'initiative pour le remboursement des soins dentaires ; mais jusqu'où ?

### **Rappel de l'interpellation**

*"Dans l'exposé des motifs et projet de décret (334), le Conseil d'Etat souligne qu' " une loi d'application devra être élaborée définissant plus précisément la notion de soins dentaires de base ".*

*Dans leur texte, les initiants précisent qu'ils souhaitent l'instauration d'une assurance obligatoire pour les soins dentaires de base ainsi que d'un réseau de policliniques dentaires et qu'une partie du financement devait, pour les personnes ne cotisant pas à l'AVS, être assuré par la politique sanitaire cantonale. Ils ont également rappelé, durant les débats parlementaires, que les soins orthodontiques devraient, entre autres, faire partie des soins de base.*

*Autant de propositions que de sources de coûts susceptibles, suivant les choix retenus, d'atteindre des montants à même d'affecter très significativement, même les espérances budgétaires les plus optimistes.*

*Conformément aux propos tenus par M. le conseiller d'Etat Maillard lors de la séance du Grand Conseil du 12 décembre dernier, en réponse à diverses questions orales portant sur la même thématique, j'ai l'honneur de poser au Conseil d'Etat les questions suivantes :*

*Comme le Conseil d'Etat a déclaré qu'il soutenait — dans sa majorité — l'initiative, qu'envisage-t-il d'intégrer dans la législation d'application y relative, quels en sont les coûts et quelle part de ceux-ci se retrouverait à charge de l'Etat ?*

*La question se pose particulièrement, mais non exhaustivement, en matière de policliniques, créées " ad nihilo " ou basées sur les structures actuelles, en matière d'orthodontie, intégrée ou non dans les soins de base, en matière de politique sanitaire et sociale cantonale, par l'augmentation des cotisations sociales " employés " des personnes ne cotisant pas à l'AVS, prises à charge par l'Etat, voire en matière de masse salariale, l'Etat employeur étant le premier affecté par l'augmentation des cotisations " employeur " proposée par les initiants.*

*Compte tenu du fait que la votation populaire sur cet objet a été fixée par le Conseil d'Etat au 4 mars 2018, il serait " élégant " que ce dernier fournisse une réponse, si ce n'est immédiate, tout au moins très rapide à la présente interpellation, afin que le peuple vaudois puisse se prononcer en toute connaissance de cause."*

## **Réponse du Conseil d'Etat**

En préambule, il convient de rappeler que l'initiative " Pour le remboursement des soins dentaires " avait fait l'objet d'un contre-projet du Conseil d'Etat présenté en février 2017. Par son contre-projet, le Conseil d'Etat a montré sa volonté de trouver une solution à la prise en charge des soins dentaires des Vaudois-e-s.

Le contre-projet ayant été rejeté par le Grand Conseil en novembre 2017, la population se prononcera uniquement sur l'initiative. L'initiative propose l'introduction d'une assurance dentaire obligatoire pour les soins dentaires de base, un dispositif de prévention en santé bucco-dentaire, la mise en place d'un réseau de polycliniques dentaires régionales et un financement de l'assurance par un prélèvement analogue à celui de l'AVS pour les personnes cotisantes à l'AVS, respectivement par la politique sanitaire cantonale pour les autres.

En fonction de l'accueil de l'initiative dans les urnes, un projet de loi élaboré par le Conseil d'Etat sur la base du texte de l'initiative et des arguments développés lors de la campagne sera présenté au Grand Conseil. Une option consisterait à ce que le projet de loi initial du Conseil d'Etat (EMPL 350), dont le traitement parlementaire en commission est actuellement suspendu, puisse servir de base de travail à la législation d'application de l'initiative. Sur la base du texte qui lui sera soumis et en cas d'entrée en matière, il appartiendra alors au Grand Conseil de définir l'ampleur et les modalités de l'assurance dentaire vaudoise. C'est cette loi qui détaillera les modalités précises d'application telles que la liste des prestations remboursables, le montant de la cotisation, le financement, les franchises, etc. Elle sera soumise au référendum facultatif.

Dans un tel contexte, la réponse du Conseil d'Etat à cette interpellation tout comme aux interpellations Dubois (17\_INT\_082) et Richard (17\_INT\_086) ne peut que proposer quelques hypothèses générales de travail pour le projet de loi qui serait présenté, cas échéant, au Grand Conseil et soumis au référendum facultatif. Conformément à la question posée par l'interpellation, il est donc répondu ci-après à la question de savoir quel serait le scénario envisagé par le Conseil d'Etat dans l'hypothèse où l'initiative venait à être acceptée lors de la votation populaire du 4 mars 2018.

En effet, à l'heure actuelle, ni le Conseil d'Etat, ni les initiant-e-s, ni les opposant-e-s ne sont en mesure de connaître le résultat de la loi sur l'assurance dentaire qui ressortira des travaux du Grand Conseil.

**Comme le Conseil d'Etat a déclaré qu'il soutenait (dans sa majorité) l'initiative, qu'envisage-t-il d'intégrer dans la législation d'application y relative, quels en sont les coûts et quelle part de ceux-ci se retrouverait à charge de l'Etat ?**

A la question posée, il est répondu ci-après en deux temps, en décrivant d'abord quel pourrait être le scénario de mise en œuvre de l'initiative par le Conseil d'Etat en cas d'acceptation populaire (1<sup>ère</sup> section), puis les aspects de coûts et la part à charge de l'Etat dans un tel cas (2<sup>ème</sup> section).

**1. Qu'est-ce que le Conseil d'Etat envisage d'intégrer dans la législation d'application y relative ?**

En l'état actuel du dossier, et en cas d'acceptation de l'initiative par le peuple le 4 mars prochain, le Conseil d'Etat proposerait d'envisager une législation d'application basée sur les hypothèses générales de travail suivantes :

### Types de prestations couvertes

Concernant les prestations à couvrir par l'assurance dentaire, proposition serait faite d'appliquer le référentiel cantonal des prestations dentaires admises qui découle de la convention du 26 mars 2007 concernant le traitement dentaire passée entre le Département de la Santé et de l'Action Sociale (DSAS) et la profession dentaire vaudoise [*Le référentiel cantonal (version 2017) et*

la liste des prestations admises peuvent être consultés ici : [https://www.md-conseil-vd.ch/mdc\\_home/mdc\\_professionnel\\_sante/mdc\\_medecin\\_dentiste.htm](https://www.md-conseil-vd.ch/mdc_home/mdc_professionnel_sante/mdc_medecin_dentiste.htm)]. Ce référentiel cantonal s'applique actuellement à la prise en charge des frais dentaires dans le cadre des régimes sociaux cantonaux (RI, PC AVS/AI, PC familles, etc.).Elaboré par un groupe de travail associant des représentants de la Société Vaudoise des Médecins Dentistes (SVMD), de la Société Swiss Dental Science (SDS), des principales polycliniques privées exerçant leur activité dans le Canton et des représentants du Médecin-dentiste conseil de l'administration cantonale vaudoise, le référentiel est révisé annuellement par un groupe de travail ayant la même composition.

Par analogie avec l'art. 32 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), les traitements pris en charge dans le cadre du Référentiel cantonal vaudois doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

On précise encore que dans le cadre des prestations complémentaires pour les familles (PC familles), l'article 33, alinéa 1 lettre a) du Règlement d'application (RLPCFam) prévoit que "*les frais de traitement dentaire sont soumis à une procédure d'estimation et de remboursement fixée par le département. Le remboursement des frais de traitement dentaire (y compris les frais de prothèses dentaires) peut être soumis à l'acceptation préalable d'une estimation d'honoraires par le médecin-conseil de l'Administration cantonale. Les frais de traitement orthodontique sont remboursés exclusivement pour des personnes mineures et sur la base de l'acceptation préalable d'une estimation d'honoraires par le médecin-dentiste conseil ; exceptionnellement, des traitements commencés sans présentation d'une estimation d'honoraires préalable peuvent faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sous réserve d'une acceptation du traitement effectué et de la facture par le médecin-dentiste conseil*".

Dans le cadre actuel de prise en charge des patients bénéficiaires des Prestations complémentaires AVS/AI (PC AVS/AI) ou des Prestations complémentaires pour les familles (PCFam), dont le modèle serait probablement applicable dans le cadre de la mise en œuvre de la loi d'application de l'initiative, les patients peuvent choisir de réaliser un traitement différent de celui admis par le médecin-dentiste conseil (pour autant que le but visé soit le même) et prendre à leur charge la différence de coûts.

En cas d'acceptation de l'initiative, l'application de ce référentiel cantonal fait particulièrement sens. En effet, se baser sur un catalogue de prestations préexistant permettra de ne pas avoir à recréer *ex nihilo* une liste détaillée de prestations admises, contribuant ainsi à un objectif de simplification administrative. De plus, ce référentiel fournit un cadre connu et familier des acteurs concernés, lequel fait ses preuves tant sur le plan administratif que médical. A l'heure actuelle, ce référentiel constitue un outil pour garantir des soins efficaces, adéquats et économiques tout en conservant la maîtrise médicalisée des dépenses.

Par ailleurs, sur le modèle de ce qui est accepté dans le cadre des prestations complémentaires, cela signifierait que le choix d'un traitement ne serait pas restreint ou dicté par le médecin-dentiste conseil mais que la garantie de prise en charge financière se limiterait à celle prise en charge dans le cadre d'un traitement efficace, approprié et économique.

Sur la question de la prise en charge des soins orthodontiques, le Conseil d'Etat avait initialement retenu la position suivante dans le cadre du contre-projet présenté en février 2017 : "*Par contre, les traitements orthodontiques sont exclus de la mesure de remboursement. Les traitements d'orthodontie graves sont déjà pris en charge par l'assurance invalidité (AI). Dans le cas des régimes sociaux, les traitements orthodontiques non pris en charge par l'AI mais répondant à certains critères précis d'indice de gravité font l'objet d'une prise en charge. Par ailleurs, les résultats de l'enquête M.I.S. Trend commandée par le DSAS en août 2016 indique un taux de couverture asséculoologique des enfants de 0 à 18 ans de près de 67% s'agissant de l'orthodontie. Dès lors, le Conseil d'Etat*

*estime qu'il n'y a pas lieu de mettre en place des mesures de soutien financier spécifique concernant l'orthodontie, raison pour laquelle cette prise en charge a été exclue des mesures de remboursement du projet de loi.* " (EMPL LSB, section 2.2.3, p. 44). Il était par ailleurs prévu un soutien à la couverture asséculogique dans le contre-projet, visant en particulier à encourager la couverture pour les soins d'orthodontie.

Dès lors que le contre-projet n'a pas été retenu, le scénario de mise en œuvre du Conseil d'Etat pourrait couvrir les soins d'orthodontie mais dans les limites régissant la prise en charge actuelle dans les cadre des régimes sociaux cantonaux (normes RI, ch. 2.3.4.13 ; pour les PC familles, voir art. 33, al. 1, lettre a. RLPCFam) qui incluent sur le principe les traitements orthodontiques pour les personnes de moins de 18 ans, sous réserve de couverture par une assurance maladie complémentaire, de prise en charge LAMal ou AI et sous réserve d'adéquation avec un indice de gravité défini, par exemple encombrement dentaire important, absence de canine définitive, décalage important entre la mâchoire inférieure et supérieure, non-occlusion entre les dents supérieures et inférieures.

#### Remboursement des prestations de prévention

Les travaux précédemment conduits dans le cadre du contre-projet du Conseil d'Etat ont tous démontré l'importance de la prévention et de la prophylaxie en matière de santé bucco-dentaire, raison pour laquelle plusieurs mesures étaient initialement prévues à cet effet. A noter que le texte d'initiative prévoit également le principe général de mise en place d'un dispositif de prévention.

En cas d'acceptation de l'initiative, le Conseil d'Etat pourrait envisager l'hypothèse selon laquelle ce dispositif de prévention se traduise par le remboursement d'un examen bucco-dentaire et d'un détartrage une fois par année, proposé à toute la population vaudoise et cela tout au long de la vie. Une telle mesure serait bénéfique car elle permettrait de garantir l'accès de tout un chacun aux prestations de base en matière de santé bucco-dentaire, en particulier pour détecter le plus tôt possible les risques et anticiper voire éviter par ce biais l'émergence de pathologies bucco-dentaires. Aucune franchise ne serait appliquée pour le contrôle et détartrage annuels, de telle manière à favoriser l'accès le plus large possible à la prévention.

#### Remboursement des prestations de soins

Les travaux précédemment conduits dans le cadre du contre-projet du Conseil d'Etat ont souligné la thématique du renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières, raison pour laquelle des aides financières pour les enfants et les adultes étaient prévues.

En cas d'acceptation de l'initiative, le Conseil d'Etat travaillerait sur l'hypothèse générale que l'assurance rembourse les soins dentaires admis dans le cadre du référentiel cantonal, tout en appliquant des éléments de franchises à différencier entre les soins pour les enfants et les soins pour les adultes. A l'instar des assurances de soins en général, l'application d'une franchise permet d'introduire une part de responsabilité individuelle adéquate (" ticket modérateur "). En l'occurrence, une franchise fixe de 100 francs par année serait prévue pour les mineurs et une franchise fixe de 300 francs par année pour les adultes.

#### Tarifs des prestations couvertes

S'agissant des aspects tarifaires et en lien avec les types de prestations décrites précédemment, proposition serait faite d'appliquer un tarif cantonal régulé à l'instar de ce qui est actuellement pratiqué dans le cadre des régimes sociaux cantonaux.

Concernant le montant du tarif à appliquer, une valeur du point à 3.10 CHF avait été retenue pour les aides financières prévues dans le cadre du contre-projet, tout en prévoyant un outil conventionnel pour convenir notamment des aspects tarifaires entre l'Etat, les médecins-dentistes conventionnés et les autres prestataires concernés. Cas échéant, un tel mécanisme pourrait être repris dans la législation d'application de l'initiative " Pour le remboursement des soins dentaires ".

### Types de prestataires (policliniques dentaires)

En cas d'acceptation de l'initiative, les modalités concrètes d'organisation et de gestion du réseau de policliniques dentaires régionale devront être définies dans le cadre des travaux parlementaires liés à la loi d'application de ladite assurance.

Les données disponibles dans le cadre de la prise en charge des frais dentaires dans les régimes sociaux indiquent qu'il faut environ 45 ETP de médecins-dentistes pour couvrir le dispositif existant (qui concerne environ 10% de la population du canton). Ramené à l'ensemble de la population vaudoise, le nombre de médecins-dentistes (ETP) nécessaires pour couvrir les soins serait de l'ordre de 450. A priori, l'offre médicale actuelle disponible semble suffisante pour couvrir les prestations médico-dentaires prévues dans le projet d'initiative.

S'agissant des hypothèses du Conseil d'Etat concernant le réseau de policliniques dentaires prévu par l'initiative, le scénario privilégié pourrait consister à développer un partenariat-public-privé (PPP) avec le réseau de policliniques dentaires et/ou les cabinets et cliniques dentaires privés déjà existants dans la mesure où des conventions pourraient être conclues. A cet effet, on rappelle qu'un certain nombre de cliniques dentaires orientées sur les enfants scolarisés et la jeunesse existent déjà dans certaines régions du canton, à l'instar de la clinique dentaire de la jeunesse de la Ville d'Yverdon-les-Bains, la clinique dentaire scolaire de la Ville de Renens ou les cliniques dentaires scolaires itinérantes (caravanes dentaires) dans le Gros-de-Vaud ou le district de Nyon. Cas échéant, la collaboration de ces structures pourraient également être sollicitée dans le cadre du partenariat public-privé évoqué précédemment.

La solution portant sur l'ouverture de nouvelles structures type policliniques serait à envisager si des partenariats ne pouvaient être développés. Elle serait également à développer si certaines régions ou populations ne pouvaient être suffisamment couvertes.

Naturellement, il importe de relever que les coûts de ces policliniques seraient couverts par la facturation, de sorte qu'ils ne sauraient être cumulés avec les estimations des coûts des traitements évoqués dans la réponse à la présente interpellation.

Pour le surplus, le Conseil d'Etat se permet de renvoyer aux éléments contenus dans sa réponse à l'interpellation Dubois (17\_INT\_082).

### Impacts sur la politique sanitaire et sociale cantonale et pour l'Etat employeur

S'agissant d'impacts financiers, prière de se référer aux éléments contenus dans la section 2 ci-après.

## **2. Quels en sont les coûts et quelle part de ceux-ci se retrouverait à charge de l'Etat ?**

### Estimation du coût global de l'initiative (selon scénario de mise en œuvre du Conseil d'Etat)

Pour répondre à la question, le DSAS a, dans le courant du mois de janvier 2018, conduit des travaux complémentaires visant à estimer les coûts de réalisation de l'initiative en fonction d'un scénario de mise en œuvre et des hypothèses générales de travail décrites précédemment à la section 1. Le paramétrage suivant a été retenu :

- Données de la population du canton de Vaud en 2016 : 778'251 habitant-e-s (607'549 adultes et 170'702 mineurs).
- Prévention (contrôle + détartrage) : application des taux de recours suivants pour les mineurs (0-18 ans) (coût unitaire de la prestation : 100 francs) : 0% pour les 0-2 ans ; 50% pour les 3-4 ans ; 90% pour les 5-15 ans ; 70% pour les 16-19 ans ; aucune franchise. Application des taux de recours suivants pour les adultes (19 ans et plus) (coût unitaire de la prestation : 150 francs) : 70% pour les 20-64 ans ; 50% pour les 65 ans et plus ; aucune franchise n'est appliqué pour la prévention.
- Soins dentaires : application d'un taux de recours et d'un coût moyen des soins tels qu'observés dans les régimes sociaux. Application d'une franchise fixe de 100 CHF pour les enfants et

de 300 CHF pour les adultes.

- Frais administratifs inclus (5% de l'estimation de base, exclus frais administratifs actuels via régimes sociaux).
- Taux de recours au dispositif de remboursement par l'assurance dentaire : 100% pour les personnes dont la projection considère qu'ils auront recours à des soins dentaires.

En retenant les paramètres ci-dessus, le coût global de réalisation d'un tel modèle d'assurance dentaire s'élèverait à **239 millions de francs** dans le canton de Vaud. Il se décompose comme suit :

- Contrôle + détartrage annuel pour tous : 72.6 mios CHF
- Remboursement des soins dentaires : 156.2 mios CHF
- Frais administratifs : 10.2 mios CHF

### Répartition du coût global entre les sources de financement

En préambule, on rappelle le principe de financement posé dans l'initiative : le financement de l'assurance dentaire est assuré par la cotisation paritaire employeur-employé (cotisation) pour les personnes cotisant-e-s à l'AVS et par la politique sanitaire cantonale (Etat) pour les autres, à savoir les personnes qui ne cotisent pas à l'AVS.

Dans le débat actuel entre partisans et opposants de l'initiative, deux hypothèses concernant la définition de " personnes non-cotisantes à l'AVS " ont pu être évoquées.

Pour les uns, des personnes ne cotisant pas actuellement à l'AVS ne seraient pas forcément à prendre en charge par l'Etat et la politique sanitaire cantonale dès lors que ces personnes pourraient justifier d'avoir précédemment cotisé. Selon cette interprétation, l'Etat aurait essentiellement à assumer l'assurance dentaire pour les bénéficiaires des régimes sociaux. Avec ce scénario, la part des soins à charge de l'Etat serait semblable à ce qu'elle est aujourd'hui, soit environ 30 mios CHF (estimation 2017) et la cotisation globale à charge des employeurs et des employés serait de 0,7% pour couvrir les 209 mios CHF restant (0.35% pour l'employeur, 0.35% pour l'employé qui verserait ainsi une cotisation mensuelle de 20,75 francs pour un salaire mensuel de 5'930 CHF [*Salaire mensuel brut médian standardisé vaudois en 2014. (Source : Stat-VD, Annuaire statistique 2018, p. 91).*]), selon le modèle d'application envisagé dans les réponses aux interpellations du Grand Conseil.

Pour d'autres, une interprétation plus littérale devrait être retenue, considérant que l'ensemble des personnes ne cotisant pas à l'AVS à un moment défini devraient, sur le principe, être couvertes par la politique sanitaire cantonale et donc à la charge de l'Etat. Dans ce cas, le périmètre de population à considérer est plus large.

Dans ce second scénario, les personnes ne cotisant pas à l'AVS et pour lesquelles il s'agit de trouver une solution de financement afin de respecter le principe de l'équivalence sont réparties dans deux catégories principales : les mineurs et les jeunes adultes (jusqu'à 20 ans) sans activité lucrative d'une part et, d'autre part, les personnes à l'âge ayant atteint l'âge de l'AVS sans activité lucrative (art. 3 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)).

Pour mémoire, comme mentionné dans le cadre du contre-projet (EMPL LSB, voir commentaire de l'art. 30, al. 2 LSB), la marge de manœuvre du Canton pour le financement de l'assurance dentaire des personnes ne cotisant pas à l'AVS est limitée par le droit fédéral, notamment les principes généraux d'égalité de traitement et de généralité de l'impôt. Ainsi, le Tribunal fédéral a refusé un système mettant à charge des employeurs le financement des allocations familiales pour les personnes sans activité lucrative (ATF 132 I 153 et 2P.329/2001).

### Part à charge de l'Etat via la politique sanitaire cantonale

Les deux catégories principales des personnes ne cotisant pas à l'AVS sont :

- les mineurs (et les jeunes adultes jusqu'à 20 ans sans activité lucrative) ;

- les personnes ayant atteint l'âge de l'AVS sans activité lucrative (rentiers AVS) [*Selon, l'art 3 LAVS, les personnes sans activité lucrative sont tenues de payer des cotisations à l'AVS, à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la date à laquelle elles ont eu 20 ans ; cette obligation cesse à la fin du mois où les femmes atteignent l'âge de 64 ans, les hommes l'âge de 65 ans (art. 3 LAVS). Concernant le cas spécifique des pendulaires sortants (actifs domiciliés dans le canton de Vaud mais travaillant dans un autre canton), leur nombre est équivalent au nombre de pendulaires entrants. Pour ces deux catégories de personnes, une solution analogue au système mis en place au niveau des allocations familiales pourra être proposée dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative.*].

S'agissant des mineurs et des jeunes jusqu'à 20 ans, ils sont au nombre de 180'621 individus à fin 2016 (Stat-VD). Parmi les 15-20 ans, on dénombre 17'512 actifs contre 34'602 inactifs (33.6% vs. 66.4% de cette classe d'âge).

Le modèle d'assurance selon le scénario de mise en œuvre du Conseil d'Etat se base sur le principe que les mineurs et les jeunes seront couverts soit par leurs propres cotisations AVS (apprentis, ...) soit par le fait qu'ils vivent dans des ménages qui cotiseront à l'assurance dentaire. Sur le principe, l'Etat n'aura donc pas à assumer les coûts de l'assurance pour les mineurs et les jeunes.

S'agissant des personnes ayant atteint l'âge de l'AVS, on dénombre 128'143 personnes âgées de 65 ans et plus à fin 2016 (source : Stat-VD). Selon la même instance, on compte 111'668 sans activité lucrative parmi les 65 ans et plus (population résidente permanente, 2015). En soustrayant les quelques 20'000 retraités actuellement au bénéfice des prestations complémentaires (PC) et donc déjà couverts s'agissant des frais de traitement dentaires, l'on parvient à un peu plus de 90'000 retraités sans activité lucrative hors PC, lesquels devront être pris en charge par la politique sanitaire cantonale pour couvrir leur accès aux prestations de l'assurance dentaire. L'Etat aura donc à payer l'assurance pour ces personnes.

A ces personnes, il convient d'ajouter l'ensemble des des bénéficiaires des régimes sociaux RI, PC et PC familles-rente-pont (tous âges confondus), dont on part du principe (simplifié) que tous - près de 84'000 personnes en 2016 – se verraient prendre en charge par l'Etat s'agissant de l'accès à l'assurance dentaire.

Pour ces deux catégories de personnes (total : 175'631), tant les prestations de prévention (contrôle + détartrage annuels) que les prestations de soins seraient remboursées par l'assurance. Concernant les soins, une franchise modeste serait appliquée pour les retraités hors régimes sociaux (300 francs) mais aucune franchise pour les bénéficiaires des régimes sociaux vu leur situation socio-économique.

En fonction des paramètres présentés ci-dessus, le coût estimé est de 61 millions de francs à charge de l'Etat au titre de la politique sanitaire cantonale, 30 millions de francs étant déjà à la charge de l'Etat actuellement, ce qui mettrait donc le **surcoût net de l'initiative à charge de l'Etat aux environs de 30 millions de francs**. Comme évoqué précédemment, ce coût pourrait s'avérer sensiblement moindre si la définition de " personnes non-cotisantes à l'AVS " à retenir s'avérait plus restrictive en excluant les personnes pouvant justifier d'une période antérieure de cotisation suffisante, lesquelles seraient alors couvertes par les cotisations salariales.

S'agissant du financement, il serait envisagé de réaffecter les près de 30 millions de francs annuels actuellement investis par l'Etat pour le remboursement des frais de traitement dentaires dans le cadre des régimes sociaux cantonaux. De plus, une hypothèse parmi d'autres de la loi d'application pourrait consister à reprendre la source de financement initialement proposée par le Conseil d'Etat dans le cadre du contre-projet en février 2017, à savoir la taxe sur les boissons sucrées. Bien entendu, une telle hypothèse dépendra de l'accueil que le Grand Conseil fera à cette proposition de financement. Si le législateur ne souhaitait pas aller dans ce sens, le montant concerné devrait ainsi être pris en charge par le budget de l'Etat. A noter que les recettes de la taxe sur les boissons sucrées avaient été estimées à

hauteur de 18 millions de francs environ. Cas échéant, 48 millions seraient ainsi disponibles.

Pour combler le différentiel restant (13 millions de francs), plusieurs solutions complémentaires pourraient être proposées par le Conseil d'Etat dans le cadre de la future loi d'application telle que des compensations via les économies de coûts qui seront réalisées suite à l'amélioration de la santé bucco-dentaire et donc de la santé générale de la population vaudoise (qu'il s'agirait d'évaluer précisément) ou d'éventuelles réallocations internes de ressources budgétaires au sein de l'enveloppe dédiée à la politique sanitaire cantonale.

En outre, on relèvera encore que le taux de recours théorique au dispositif de l'assurance dentaire retenu dans les estimations ci-dessus est de 100%. Dans la réalité de tout dispositif d'aide ou d'assurance sociale, on sait toutefois que le taux de recours effectif n'atteint jamais l'intégralité des ayants-droits, sans parler du fait que certaines catégories de la population pourraient renoncer à un remboursement via l'assurance dentaire pour différents motifs personnels (revenus jugés suffisants, souhait de traitements hors référentiel, médecin-dentiste de la personne non-conventionné, renoncement à entreprendre des démarches administratives pour un remboursement lorsqu'il dépasse très légèrement la franchise, etc.).

#### Part à charge de la cotisation paritaire employeurs-employés

Vu la part à charge de l'Etat estimée à 61 millions de francs, le coût à charge de la cotisation paritaire employeurs-employés est estimé à un montant d'environ **178 millions de francs** (239 - 61 millions de francs).

Vu la masse salariale vaudoise estimée à 31 milliards de francs en 2017, le taux de cotisation paritaire devrait ainsi s'élever entre 0.5 et 0.6% (0.25 à 0.3% à charge de l'employé et 0.25 à 0.3% à charge de l'employeur) pour réaliser l'initiative selon le scénario de mise en œuvre et les hypothèses de travail mentionnées précédemment. A titre d'exemple, une personne active au bénéfice d'un salaire mensuel de 5'930 CHF [*Salaire mensuel brut médian standardisé vaudois en 2014. Source : Stat-VD, Annuaire statistique 2018, p. 91*]. J'aurait à verser 15 CHF par mois au titre de sa cotisation d'employé.

#### Impacts pour l'Etat employeur

Cette information figure déjà dans l'EMPD 334 au chapitre des conséquences financières : en cas d'acceptation de l'initiative, l'Etat comme employeur pourrait avoir à honorer des cotisations jusqu'à env. 20 mios CHF annuels si la cotisation paritaire était fixée à 1%, soit 0.5% à charge de l'employeur et 0.5% à charge de l'employé (masse salariale Etat de Vaud/périmètre large d'env. 4 milliards CHF, donc y compris CHUV, UNIL et HES).

Réactualisée, l'estimation correspond en 2018 à quelques 21 millions de francs pour une masse salariale de 4.2 milliards de francs et un taux paritaire fixé à 1%.

Toutefois, avec les hypothèses de mise en œuvre évoquées par le Conseil d'Etat, l'augmentation de la part employeur de l'Etat serait moindre car le taux paritaire de cotisation serait, comme expliqué précédemment, fixé entre 0.5 et 0.6% (0.25 à 0.3% à charge à charge de l'employeur) soit **entre 10,5 et 12,5 millions de francs**.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 31 janvier 2018.

La présidente :

*N. Gorrite*

Le chancelier :

*V. Grandjean*