canton de vaud
LIBERTÉ PATRIE

GRAND CONSEIL

SEPTEMBRE 2026 **RC-25_MOT_72**
(maj.)

RAPPORT DE MAJORITE DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE chargée d'examiner l'objet suivant :

Motion Fabrice Moscheni et consorts - LAMal, pour une prime de référence équitable

1. PREAMBULE

La commission thématique de la santé publique s'est réunie le 13 février 2026 et le 20 mars 2026.

Présent·e·s : Mmes Sylvie Podio (présidence), Florence Bettschart-Narbel, Chantal Weidmann Yenny (le 13.2.26), Sandra Pasquier, Rebecca Joly (le 13.2.26), Nathalie Jaccard (en remplacement de Rebecca Joly le 20.3.26), Géraldine Dubuis, Marion Wahlen (en remplacement de Olivier Petermann le 13.2.26), Josephine Byrne Garelli (en remplacement de François Cardinaux le 20.3.26), MM. Gérard Mojon, Olivier Petermann (le 20.3.26), Michael Demont (le 20.3.26), François Cardinaux (le 13.2.26), Fabien Deillon (le 13.2.26), Sébastien Cala, Stéphane Balet, Yann Glayre (en remplacement de Michael Demont le 13.2.26), Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier, Pierre-François Mottier (en remplacement de Chantal Weidmann Yenny le 20.3.26), Yann Glayre (en remplacement Fabien Deillon le 20.3.26).

Excusé e·s : le 13.2.26: MM. Michael Demont, Olivier Petermann; le 20.3.26: Mmes Chantal Weidmann Yenny, Rebecca Joly, MM. François Cardinaux, Fabien Deillon,

Ont participé à ces séances : M. Fabrice Moscheni (motionnaire), Mme Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat, Cheffe du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), MM. Fabrice Ghelfi, Directeur général de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et Olivier Guignard, Directeur de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM).

Mme Fanny Krug, secrétaire de commission, a établi les notes de séance.

2. POSITION DU MOTIONNAIRE

Le motionnaire a déposé, avec l'appui de ses collègues, cette motion qui concerne la manière dont on calcule les subsides partiels à l'assurance maladie.

Nous avons depuis quelques années un système qui dit que si les primes à l'assurance maladie dépassent 10% du RDU (revenu déterminant unifié), la différence est payée par le canton. Un des points essentiels est comment ces 10% sont calculés. Pour payer ces 10%, on utilise une prime cantonale de référence. Pour chaque type de personnes (jeunes ou adultes) en fonction des régions et en fonction de leur RDU, on va avoir une prime cantonale de référence.

Le motionnaire remet un document (placé en annexe du présent rapport) et le commente ainsi :

- p.1 : A gauche, les RDU jusqu'à CHF 62'500.00
- Puis les RDU de CHF 62'500.00 à CHF 70'000.00
- Puis les RDU au-dessus de CHF 70'000.00

La prime cantonale de référence est en fonction de ces RDU. Elle se monte par exemple à CHF 563.00 pour un RDU adulte qui gagne jusqu'à CHF 62'500.00 dans la région 1.

Selon le motionnaire, on se trouve aujourd'hui dans une situation où les personnes qui touchent le subside partiel à l'assurance maladie ont droit à des modèles beaucoup plus larges - typiquement avec le libre choix du médecin - que des modèles qui visent plus d'efficience : par exemple les modèles HMO ou médecin de famille.

Donc la motion veut une équité entre les personnes qui touchent les subsides à l'assurance maladie et les personnes qui les payent. C'est à dire que ceux qui touchent les subsides à l'assurance maladie fassent aussi un effort au niveau des modèles qu'ils utilisent, et utilisent les modèles les plus efficients au niveau des coûts. Il s'agirait donc aujourd'hui de ne plus utiliser les primes de référence actuelles mais de les adapter en utilisant les modèles HMO et médecin de famille. Dans le but d'avoir une équité entre les personnes qui touchent les subsides à l'assurance maladie et les personnes qui les payent. En résumé, l'idée est que les personnes qui touchent les subsides ne voyagent pas en 1ère classe alors que celles qui les paient sont souvent en 2e classe.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

La motion est un objet éminemment politique, mais aussi éminemment technique. La DGCS a donc préparé une présentation détaillée qui vise à :

1. Expliquer clairement de quoi il s'agit (prime de référence).
2. Visualiser les impacts financiers potentiels si la motion est adoptée.
3. Distinguer ce qui relève du "subside spécifique" (cible de la motion) du "subside PC" et de l'"aide sociale (RI)" qui sont hors sujet ici.

Une présentation de la problématique des subsides avait déjà été donnée dans le cadre de la CTSAP. Mais on touche ici à des aspects dont les effets financiers peuvent être très importants pour les personnes concernées. Le souhait est donc que la commission puisse avoir tous ces éléments pour pouvoir mener le débat et décider.

Le Directeur général de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) livre donc une présentation détaillée de la problématique des subsides. La présentation est placée en annexe du présent rapport.

4. DISCUSSION GENERALE

La présentation donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent :

Selon compréhension du tableau en p. 18, si la personne a déjà fait l'effort d'optimiser sa prime maladie en prenant un modèle HMO qui est à CHF 508.00 par mois, la baisse va être nulle, il n'y aura aucune différence avec la motion. Cette compréhension est-elle correcte ?

Pour autant que la personne ait bien une franchise de CHF 1000.00 et pas une franchise de CHF 300.00. Le problème est que l'on s'adresse à une partie de la population qui a des moyens financiers très faibles et on sait que cette population ne peut pas couvrir une franchise élevée (CHF 2500.00). Le modèle part en effet sur une franchise de CHF 1000.00 francs, mais on doit aussi proposer une solution aux personnes pour une alternative avec franchise à CHF 300.00.

A la question de savoir si aujourd'hui, dans le cadre des subsides partiels, il n'y a pas de subsides versés à des personnes ayant une franchise à CHF 300.00, il est répondu que l'on ne tient pas compte de la franchise. Le principe est une franchise à CHF 1000.00. Comme le subside ne s'adapte pas à toutes les situations (maladie, pauvreté), le choix du Conseil d'État à l'époque a été de mettre la franchise à CHF 1000.00, ce qui permet de transiger en fonction des RDU.

Une personne ayant une prime à CHF 495.00 ne sera pas impactée. En revanche, une personne ayant une prime à 542.00 sera impactée.

Selon compréhension de la présentation, la motion implique que des modèles de franchise et des modèles d'assurance ne seront plus possibles pour les personnes assurées subsidiées. Est-ce correct ?

Ils seront possibles mais impliqueront de grosses parts à charge pour ces personnes.

Les franchises à CHF 300.00 sont prises par beaucoup de personnes qui n'ont pas les moyens pour de plus hautes franchises ou des personnes souffrant de maladies chroniques. Avec le système proposé par la motion, la part à charge de la personne assurée avec une franchise à CHF 300.00 devra largement augmenter ?

Aujourd'hui, plus de 80% des gens utilisent des modèles alternatifs ou des systèmes de franchises diverses et variées. Plus les revenus augmentent, plus les gens choisissent ce type de modèle.

Il y deux exceptions dans le monde des personnes subsidiées :

- les bénéficiaires PC qui eux ne sont pas du tout incités à prendre des franchises élevées car ce sont souvent des rentières et rentiers AI ou AVS avec des problèmes de santé qui commencent à arriver.
- les bénéficiaires du RI avec des problèmes de santé : le système interne les met à la franchise à CHF 300.00 car c'est économiquement meilleur pour l'État qu'avec une franchise à CHF 2'500.00.

A l'exception de ces deux groupes, pour le reste des assuré·e·s vaudois·e·s, la franchise à CHF 300.00 est effectivement rarement choisie. Quand elle l'est, c'est effectivement par des personnes qui ont des difficultés de santé.

Donc aujourd'hui, les personnes subsidiées modestes hors PC et hors RI qui font choix de la franchise à CHF 300.00 parce qu'elles sont malades, assument en contrepartie une part à charge supérieure. En effet, si leur prime avec CHF 300.00 de franchise les met au-dessus de la prime de référence, cette différence est pour elles.

Avec la motion, cette différence va augmenter. Elle sera même supérieure à la différence d'env. CHF 40.00/ 50.00 mentionnée dans le tableau p.18 de la présentation, surtout si les modèles alternatifs que ces personnes pourraient choisir les rend difficilement éligibles. Car si elles doivent prendre des traitements et que leur médecin traitant ne figure pas dans la liste des médecins, s'il n'est pas dans le HMO ou est trop loin de leur domicile (impliquant trop d'efforts), alors ces personnes ne pourront pas choisir ces modèles. Elles devront rester là où elles sont avec la sanction supérieure de la différence de part à charge.

Un·e commissaire relève donc que la motion est donc clairement une attaque contre les personnes vivant avec une maladie chronique.

La prime de référence dont on parle ici ne concerne pas la prime de référence des bénéficiaires PC-AVS-AI. Cette dernière est-elle toujours plus élevée que la prime de référence qui concerne l'ensemble de la population subsidiée, sachant qu'il y a encore une autre prime de référence pour le RI ?

- Les primes pour les bénéficiaires PC sont de compétence fédérale uniquement.

  Alors que le subside à l'assurance-maladie pour un adulte en région 1 avec la prime de référence pour le subside spécifique sera de CHF 563.00, le subside PC pour un adulte en région 1 sera de CHF 698.00

- Pour le RI, la commission est informée que la logique est une franchise à CHF 2'500.00 car le système rembourse la franchise.

  Lorsqu'une personne sort du RI, il y a une période de transition. La participation aux coûts, notamment la franchise, va être prise en compte jusqu'à la prochaine échéance pour revoir sa prime d'assurance-maladie. Cela permet à la personne de revenir ensuite à une franchise supportable et adaptée à sa nouvelle situation de revenus.

  Pour les personnes au RI souffrant d'une maladie chronique, il ne sera pas pris une franchise à CHF 2'5000.00 car cela coûte trop cher.

A ce stade plusieurs commissaires s'opposent à la motion pour les raisons suivantes :

- Le modèle proposé par la motion est d'abord une atteinte directe à l'accessibilité aux soins pour les personnes qui sont précarisées. Ce n'est pas plus d'équité qui est proposé par la motion, mais l'émergence d'une inégalité structurelle d'accès aux soins et un risque accru d'émergence d'une médicine à deux vitesses. En effet, comme l'a montré le Directeur général de la DGCS dans sa présentation, avec la prime de référence proposée par la motion, un nombre extrêmement restreint de modèles d'assurance est possible.

Les personnes à revenus élevés auront le droit de choisir leur modèle d'assurance. Les personnes aux revenus plus modestes seront contraintes de choisir des modèles d'assurance-maladie moins chers, qui demandent parfois de débourser des frais en avance (avant remboursement) ce qui est extrêmement compliqué pour des personnes ayant des revenus modestes. En outre, les modèles alternatifs vers lesquels la motion souhaite tendre sont des modèles qui sont - comme l'a rappelé le Directeur général de la DGCS - des modèles complexes à mettre en œuvre.

- Les bénéficiaires de subsides sont des personnes à bas revenus, avec souvent une santé plus précaire, un taux de maladie chronique plus fréquent, des situations professionnelles instables et parfois des difficultés administratives ou linguistiques.

  Pour les personnes précarisées, les contraintes qui seront mises en place avec la motion sont importantes. Elles vont mettre en place de vraies barrières d'accès aux soins, ce que nous ne voulons pas car cela augmente le risque de renoncement aux soins.

  En Suisse, environ une personne à bas revenu sur cinq renonce à des soins pour des raisons financières, ce qui engendre une augmentation des coûts sur du moyen et long terme. Les retards de consultation, les aggravations de maladies et les hospitalisations plus lourdes qui en résultent seront in fine à la charge de la collectivité, quoi qu'on en dise.

- La motion est une attaque contre les personnes vivant avec une maladie chronique.

- Des doutes sont aussi exprimés sur l'économicité qui en ressortirait. Cela paraît être une machine complexe à mettre en place.

  Le fait d'avoir par exemple une franchise basée sur le revenu du ménage et non pas une franchise standardisée à CHF 1000.00 ne va-t-elle pas augmenter les contraintes administratives ?

- Concernant spécifiquement la franchise.

  - Franchise pour les enfants :

    La dernière phrase de la motion dit « Il est tenu compte de la franchise, celle-ci devant être adaptée aux revenus des bénéficiaires ». Or l'article 18a, al.2 de la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal) parle d'une franchise standard de CHF 1000.00 pour les adultes et d'une franchise gratuite pour les enfants.

    Dans la demande de la motion, la gratuité pour les enfants n'est pas visible ; le motionnaire l'a enlevée. Qu'est-ce que cela signifie ? Cela veut-il dire que dans le mécanisme de subside, on doit réfléchir à envisager des franchises pour les enfants ? Si tel est le cas, les coûts présentés vont être un peu différents.

    C'est la question de fond, la franchise à zéro pour les enfants permet un accès sans barrière aux soins pédiatriques, ce qui, en termes de santé publique, est un indispensable. Dans les familles précarisées, les enfants ayant des difficultés de santé sont potentiellement moins suivis (les parents ayant moins de temps pour prendre soin de leurs enfants, ont souvent des métiers plus précarisés, des difficultés financières quotidiennes, …), ce qui engendre des retards de suivi pédiatrique.

    Que le futur modèle impose en plus le paiement de franchises pour les enfants suscite une vraie inquiétude en matière de santé publique, parce que l'on pourrait avoir une aggravation des inégalités de santé dès l'enfance. Ce que probablement personne ne souhaite ici.

  - Franchise pour les personnes souffrant de maladie chronique :

    Déjà maintenant le système ne tient pas compte des spécificités. Une personne souffrant d'une maladie chronique ne peut pas gérer une franchise à CHF 2'500.00. Ou alors, elle ne se soigne pas, c'est l'autre option.

    Ne serait-ce qu'économiquement, la franchise à CHF 2'500.00 n'est pas viable pour une personne souffrant d'une maladie chronique. Même la quote-part ne peut plus être payée à partir du milieu de l'année en raison des importants frais de santé qui s'accumulent.

- Franchise pour les personnes à revenus modestes :

  Très peu de personnes ayant ce type de revenus ont la capacité de payer CHF 2'500.00 en urgence pour traiter un problème de santé. L'épargne en Suisse, pour des revenus modestes, est quelque chose de difficile à entreprendre. C'est aussi pour ce motif que cette moyenne de franchise à CHF 1'000.00 a une raison d'être simplement pratique.

- Complexité du système de franchise et de son suivi administratif :

  Augmenter la franchise de base en fonction des revenus paraît être un élément complexe à mettre en place, qui nécessiterait aussi une administration, un suivi administratif des personnes subsidiées extrêmement élevé.

- Le motionnaire semble partir du postulat que les personnes subsidiées ont accès des meilleurs modèles que la population générale. Il ressort de la présentation de la DGCS que ce postulat est erroné.

  Avec le mode actuel de calcul de la prime de référence, les personnes subsidiées vont déjà vers des modèles alternatifs car elles ne peuvent pas se permettre des franchises plus élevées. Déjà aujourd'hui, les personnes subsidiées se dirigent vers des modèles alternatifs pour se rapprocher de la prime de référence (qui n'est pas la prime réelle qu'elles paient), pour que la part réelle à leur charge soit la moins élevée possible, tout en continuant à pouvoir bénéficier d'accès à la santé.

  Donc dans la vraie vie, il n'est pas juste de dire que les personnes qui touchent les subsides voyagent en 1ère classe alors que celles qui sont non-subsidiées sont en 2e classe.

  Aujourd'hui, les personnes subsidiées ne bénéficient pas de meilleurs modèles que la population générale. Elles font le même calcul que la population générale, soit une pesée d'intérêts entre les contraintes sur leur accès à la santé en fonction de ce qu'elles peuvent se permettre (selon leur état de santé prévisible et les frais de santé prévisibles qui en découlent [1]) et les contraintes économiques qu'elles peuvent se permettre de faire aussi.

  On fait tous le même calcul au mois d'octobre, en tenant compte de l'augmentation des primes, de leur poids sur le budget du ménage, de la franchise, des frais de santé prévisibles, des propositions alternatives. Les personnes subsidiées font le même calcul que le reste de la population, et se dirigent plus que le reste de la population vers des modèles contraignants. C'est ce que dit graphique de la présentation de la DGCS.

Le motionnaire répond aux quelques questions/remarques comme suit :

- Si les personnes subsidiées avaient recours à des modèles optimisés/HMO/médecin de famille, il n'y aurait pas de subsides partiels.

  Si une personne paie une prime de CHF 400.00 au lieu des CHF 563.00 (cf présentation, on passerait de CHF 563.00 à CHF 509.00 avec la motion - région 1). Si la personne a choisi par exemple un modèle HMO, médecin de famille, il n'y a aucun changement pour elle avec la motion.

  Si aujourd'hui toutes les personnes subsidiées utilisaient des modèles optimisés, le subside partiel à la LAMal ne serait pas de CHF 513 millions, mais il serait de zéro.

- La dernière phrase de la motion a été introduite pour dire que l'on veut garder la même approche que celle utilisée aujourd'hui. A savoir que les subsides sont définis par rapport au RDU.

  Cette approche, qui est juste, n'a aucun impact sur les franchises des enfants et le motionnaire confirme que l'idée est de garder la même approche.

  Mais au lieu d'avoir un calcul qui est fait sur les primes avec des modèles qui sont de première classe, la motion vise à aller vers des modèles qui optimisent l'efficience de la médecine. Le motionnaire conteste le fait de dire que ces modèles baissent la qualité de la médecine. Ils essaient plutôt d'amener une certaine efficience dans la médecine et permettent aussi de baisser les coûts. A son avis, ils sont

[1] Un certain nombre de personnes attendent parfois le mois de janvier suivant leur examen de santé, sachant que le résultat pouvait être délicat, pour avoir changé leur franchise avant. Il y a aussi des cas documentés de retard de diagnostic et de prise en charge médicale de personnes qui cherchaient à avoir le temps de se payer les frais médicaux qui découlaient d'examen de santé.

amenés à se développer. Il utilise lui-même ces modèles et ne croit pas être moins bien soigné que quelqu'un qui a le libre choix du médecin.

A la position du motionnaire, un·e commissaire rétorque que :

- Cette motion est dans la lignée des dernières discussions budgétaires et des différents dépôts qui ont été faits ces dernières années.

  Après les trois derniers budgets, il y a eu des propositions d'amendements sur les subsides. Nous avons eu la motion Gross - toujours en discussion - sur les temps partiels de complaisance, comme la droite aime à le relever. Nous avons maintenant la motion Moscheni qui s'attaque encore une fois à ce projet des 10% qui était le fruit d'un compromis avec la RIE 3 vaudoise. Ces attaques multiples sur ce modèle questionnent sur le bien-fondé du compromis.

  En résumé, on s'attaque aux vaudois et vaudoises les plus précaires et à la classe moyenne. Ce sont env. CHF 75 millions qui vont passer de la poche de la classe moyenne et des plus précaires du canton aux hauts revenus, puisque dans le même temps, on a baissé les impôts, et que ces baisses d'impôts profitent essentiellement aux plus hauts revenus du canton.

  Donc avec une motion comme celle-ci, on prend dans la poche de ceux qui ont plus de difficultés pour mettre dans la poche de ceux qui n'ont pas de difficultés. C'est un choix politique clair qui doit être assumé. Il est à espérer qu'il sera aussi assumé devant le Grand Conseil le moment venu. Parce que concrètement, c'est de cela qu'il s'agit.

En lien avec le chiffre évoqué par le motionnaire de CHF 513 millions pour le subside partiel à la LAMal, il est demandé quel est le coût réel de la mesure dite spécifique des 10% pour le canton ?

Le système de subside ne va pas passer à zéro. L'économie sera de CHF 75 millions. Le subside dépend du revenu des gens. Le système de subsides passe à zéro si les revenus de toute la population sont augmentés massivement et qu'il n'y a ainsi plus de contribuables modestes.

Si la prime de référence diminue :

- 13'000 personnes subsidiées perdraient leur droit au subside spécifique (cf présentation p.23). Ce sont les personnes ayant un certain niveau de revenu[2] qui perdraient le droit à un subside partiel.
- Toutes les autres auront moins de subside[3].
- L'enveloppe des subsides passerait de CHF 252 millions à CHF 175 millions.
- Il y aura toujours un subside spécifique car il dépend du revenu des gens.
- Les subsides ordinaires sont peu impactés.

Plusieurs éléments sont ajoutés par des personnes opposé·e·s à la motion :

- Les limitations des modèles d'assurance alternatifs sont déjà aujourd'hui une réalité, elles sont multiples et concrètes :
  - Problèmes de la médecine à deux vitesses, d'accessibilité des soins comme par exemple :
    - Présence de médecins qui n'exercent plus depuis longtemps sur la liste de médecins d'une assurance.
    - Sur la liste de médecins d'une assurance, aucun ne prend de nouveaux·elles patient·e·s. Une conséquence peut être la nécessité de faire de longs trajets pour trouver un médecin disponible.

      Ces problèmes actuels de notre système ne seront pas résolus, ils seront même aggravés par la motion.

[2] Sont évoqués les revenus entre CHF 70'000.00 et 80'000.00

[3] Elles ne rentreraient plus dans la règle des 10% (le calcul ne serait plus de 10% avec CHF 563.00, mais 10% avec CHF 510.00 par exemple, ce qui fait baisser les chiffres).

- Impacts économiques négatifs sur certains acteurs du système de santé :
    - Par exemple, des assurances proposent d'acheter des médicaments, soit via des plateformes internet, soit via des pharmacies franchisées, pour faire des économies. Ce type de mécanisme impacte négativement les pharmacies indépendantes. Alors qu'il y a une volonté globale de permettre à ces pharmaciennes et pharmaciens de pouvoir continuer à fonctionner et à faire leur métier sans être affiliés à des grands groupes.

- La dernière phrase de la motion est très claire : elle dit « Il est tenu compte de la franchise, celle-ci devant être adaptée aux revenus des bénéficiaires ». Cette phrase ne mentionne rien d'autre que les revenus des bénéficiaires.

  Par cette phrase, la gratuité sur les franchises des enfants disparaît.

  La motion demande une modification légale avec un texte qui a cette teneur et sur lequel le vote portera. Il n'y a donc pas de marge de manœuvre[4] sur ce qui est demandé par la motion, par rapport à ces franchises. La demande de la motion est une adaptation au revenu des bénéficiaires. Peut-être que l'adaptation sera de convenir que les enfants n'ont pas de revenu propre, donc la franchise est à zéro. Toutefois la motion enlève quand même une sécurité par rapport à cette accessibilité des soins pour les enfants.

- Contrairement à ce qui est dit dans les débats de manière globale, les personnes qui touchent des subsides paient des impôts. Il est discriminant de faire croire que l'entier de la population vaudoise offre les subsides à ces personnes subsidiées. La majorité des personnes qui touchent des subsides paient aussi des impôts, elles contribuent au paiement global à travers l'impôt. Il faut arrêter de discriminer les personnes qui perçoivent ces subsides en disant qu'elles ne paient pas d'impôt, et ne participeraient donc pas à l'effort collectif de fonctionnement de notre État.

- Compte tenu de la proposition de la motion, des spécificités liées aux personnes bénéficiant des PC, AVS, AI et RI, et sachant qu'aujourd'hui 40% de la population touche un subside :
    - Les personnes qui seront impactées par la motion sont essentiellement celles qui paient des impôts. Les autres ne seront pas impactées par cette proposition.

- Le compromis de la RIE 3 a été voté a été accepté à 87% par la population.

  Dans la brochure de votation de 2016, le modèle des subsides et du plafonnement des 10% est complètement décrit avec notamment la franchise à CHF 1000 francs qui est spécifiquement inscrit dans cette brochure. C'est donc sur ce modèle que la population s'est prononcée.

  Il semble délicat de revenir ici avec une motion, de modifier quelque chose qui a été validé à 87% par la population et qui aurait un impact non négligeable sur les personnes qui aujourd'hui bénéficient de la mesure. Cela nécessiterait au moins de repasser devant la population parce qu'il n'est pas acceptable d'avoir validé le modèle à 87% de la population et ensuite, derrière, remodifier le modèle.

Le motionnaire fait référence à la présentation du DSAS lors de la séance du 13.2.26 (analyse d'impact). Il rappelle quelques chiffres pour recontextualiser la discussion et interpelle la commission :

- La prime de référence aujourd'hui pour une franchise de CHF 1'000.00 est de CHF 563.00 suite aux différentes décotes, calculée en partant d'une franchise de CHF 300.00 donnée par l'OFSP.
- Selon des comparateurs, pour une franchise de CHF 1'000.00, la prime se situe entre CHF 497.00 et CHF 502.00.
- Donc on passerait de CHF 563.00 à environ CHF 500.00.
- La discussion en commission a porté sur l'idée que les personnes qui touchent ces subsides ne peuvent pas se permettre une franchise à CHF 1'000.00 alors que le calcul fait par la DGCS par rapport à la prime cantonale de référence prend en compte ces 1'000.00 mais avec un modèle libre choix du

[4] Hormis peut-être au niveau des directives

médecin et non pas les primes effectivement payées dans le canton qui sont d'environ CHF 500.00. La prime est donc plus haute que celle payée dans le canton.

- Or la loi est très claire. L'article 18a, al.2 de la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal) dispose que :

> [2] S'agissant des bénéficiaires du subside spécifique au sens de l'article 17a, la prime de référence pour chaque catégorie d'assurés est au moins équivalente à la moyenne des primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique pour les assurés vaudois en tenant compte d'une franchise de 1'000 francs pour les adultes et les jeunes adultes et sans franchise pour les enfants.

  Pourtant, les primes effectivement payées pour une franchise de CHF 1'000.00 mènent aux modèles HMO médecin de famille à une prime de référence qui est d'environ CHF 500.00. Alors que le calcul fait par le DSAS mène à une prime de référence de CHF 563.00 parce que la base de départ est beaucoup plus haute en tenant compte de modèles qui ne sont pas des modèles optimisés.

  Alors pour le motionnaire, c'est une question d'équité par rapport aux contribuables et à ceux qui prennent des assurances, dont des contribuables qui payent leurs impôts pour que des subsides soient payés.

Le motionnaire interpelle la commission : Est-il normal que des gens qui ne touchent pas des subsides aient des modèles qui sont plus contrôlés que les gens qui touchent les subsides ? Il a son avis.

Un·e commissaire fait part de son avis sur cet aspect :

- Le modèle actuel permet une égalité. Il ne créé pas une médecine à deux vitesses. La proposition du motionnaire met en place une médecine à deux vitesses : le fait de ne pas avoir les moyens financiers permettant de payer les frais médicaux oblige à utiliser des modèles soi-disant optimisés. Il est choisi de demander un effort aux personnes qui touchent les subsides pour aller vers le modèle du médecin de famille, qui est déjà une limitation potentielle.
- Cette médecine à deux vitesses va à l'encontre d'une accessibilité à la santé qui doit être normalement garantie, en tout cas selon nos principes, nos valeurs (ce n'est pas encore légalement le cas aujourd'hui malheureusement). On doit pouvoir accéder à la santé, peu importe les moyens financiers à disposition des personnes.
- Avec cette motion, le paradigme est différent. Elle ne va pas créer plus d'équité. Elle va simplement réduire les subsides et fragiliser l'accès aux soins des personnes les plus modestes et donc amener une augmentation des coûts généraux pour la société.

  A titre d'exemple, les soins dentaires en Suisse ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Et donc, par manque de moyens, les gens repoussent et repoussent encore les soins dentaires dont ils auraient besoin, avec pour conséquence que les cas et la santé buccodentaire s'aggravent. Des études démontrent une dégradation de la santé buccodentaire, en partie parce qu'elle n'est pas intégrée à l'assurance obligatoire des soins.

  Et nous avons le même problème avec les lunettes.
- Notre système de santé étant plutôt sur un angle de traitement curatif que préventif, cela a un impact. Les subsides sont donc là pour ouvrir le plus possible les portes de la santé à des personnes qui n'ont pas les moyens nécessaires d'y accéder.
- Et accessoirement, les subsides sont là aussi pour amoindrir cette forme d'impôt que sont les primes d'assurance qui découlent de l'obligation légale de contracter une assurance, dans une optique de protection. Les personnes du côté gauche de l'hémicycle considèrent maintenant qu'il faudrait réfléchir à des primes en fonction du revenu, et non pas des primes par tête comme c'est le cas actuellement.

En réaction à ces arguments, le motionnaire précise qu'il est d'accord sur le fait qu'il ne faut pas créer une médecine à deux vitesses.

Le motionnaire s'interroge sur les chiffres en lien avec la prime de référence :

- Il répète les chiffres : si vous avez un modèle HMO médecin de famille, aujourd'hui les primes pour une franchise de CHF1'000.00 sont d'environ CHF 500.00, alors que pour une franchise de CHF 1'000.00, la prime de référence cantonale est de CHF 563.00, soit CHF 63.00 de plus.
- *Il pose la question suivante : la loi dit que la prime de référence doit être calculée sur une franchise de CHF 1'000.*00*, pourquoi y a-t-il CHF 63.00 de plus ?*

  L'OVAM lui répond en se référant au détail du calcul de la prime de référence de CHF 563.00 (cf présentation « Analyse d'impact », p.6) et l'effet des différentes décotes prises en compte.

  Les CHF 563.00 correspondent à la prime d'assurance la plus basse et pour les revenus les plus bas. On n'a pas la possibilité de faire varier ce montant en fonction du revenu ou des problèmes de soins de la personne. C'est donc le plancher pour les revenus qui sont à la limite du minimum vital, donc qui ne sont pas au RI.

  Après, en fonction des différents paliers de revenus déterminants, on voit que finalement, dans les revenus déterminants les plus importants, la prime de référence est de CHF 488.00, donc en-dessous des CHF 500.00 mentionnés par le motionnaire.

  Donc on a bien créé, par le biais de ce système de primes de référence, quelque chose qui s'adapte en fonction de la capacité financière des gens. S'agissant de la seule dimension à disposition, on n'a pas la possibilité d'y intégrer les aspects « besoins de soins », « maladies chroniques ». Et surtout, pour les personnes qui ont des revenus très faibles, le fait de ne pas pouvoir financer une franchise de CHF 2'500.00, même de CHF 1'000.00.
- Le motionnaire réagit à ces chiffres :

  Il a été mentionné que si le RDU augmente, la prime cantonale de référence descend et que lorsque le RDU augmente, la franchise passe à CHF 2000.00. Or sur un site de comparaison des prix[5], on est largement au-dessous des CHF 480.00 mentionnés, on est à une prime de CHF 400.00. Pour le motionnaire, la logique qu'il a mise en avant reste.

Un·e commissaire opposé·e à la motion relève plusieurs biais dans la motion dont un comporte un risque majeur (baisse de subside) :

- Un biais part du principe que des gens paient des impôts pour les gens qui ont un subside et que les gens qui ont un subside ne paient pas d'impôts, ce qui est totalement faux. On touche une catégorie de population qui paie des impôts.
- Ces subsides ont été validés par 87% de la population dans un compromis qui engageait notamment les partis gouvernementaux (RIE III).
- Un risque majeur derrière cette motion, si elle est acceptée, est une baisse de subside pour un certain nombre de personnes. Pour la compenser, certains vont prendre des franchises plus élevées et vont renoncer aux soins, simplement, parce qu'ils n'auront plus les capacités d'y accéder. Ces personnes vont coûter beaucoup plus cher à la société dans 3, 4, 5, 6 ans quand ils auront des problèmes de santé qui vont se dégrader parce qu'ils ne seront pas allés chez le médecin.

  C'est un autre biais qui doit être pris en considération. On paie des subsides, mais aussi des DRG, et on participera bientôt à l'ambulatoire avec la réforme du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS).

  On doit donc considérer la situation de manière globale. Il faut faciliter l'accès. Plus on facilite l'accès, plus on travaille sur la prévention et plus on réduit les coûts à terme pour l'assurance maladie.

Un·e commissaire signale aussi le problème de la mise aux poursuites des personnes qui ne seront plus en capacité de payer leurs primes.

[5] Comparis

Pour les personnes opposées à la motion, celle-ci présente aussi des difficultés sur l'aspect pratique :

- Les assurances proposent différents modèles : HMO, médecins généralistes et autres. Beaucoup de gens signent des contrats avec ces assurances sans se renseigner de savoir si les médecins généralistes affiliés à ces assurances ont des disponibilités. Ce n'est qu'après avoir signé le contrat d'assurance que des personnes réalisent que le médecin généraliste de leur choix est complet, sans disponibilité et ne peut pas les prendre comme patient. Ces personnes sont ensuite pénalisées par l'assurance et doivent changer leur modèle d'assurance et repasser à un modèle standard.
- Dans certaines régions, les médecins de famille / pédiatres n'ont plus du tout de place, il n'y a plus de disponibilité. Des assurances proposent des modèles de médecins de famille sans listing, qui impliquent pour les personnes assurées dans ces régions de se lever tôt ou de faire de nombreux kilomètres pour se rendre chez le médecin. Le système est dans une forme de pression assez importante. On ne peut donc pas toujours exiger certains mécanismes d'économie de la part des gens, car il n'y a pas la possibilité d'accéder à ce médecin de famille ou à d'autres types de modèles.

En outre :

- Le calcul de la prime de référence prévoit déjà une décote pour les modèles alternatifs :
- Si le motionnaire souhaite quelque chose de plus équitable, il faudrait définir à partir de quel âge il n'est pas réaliste d'avoir une franchise au-delà de CHF 300.00 parce qu'à partir de 65 ans on va chez le médecin régulièrement. La franchise est clairement une médecine à deux vitesses. Et pour les maladies chroniques, le modèle alternatif n'est pas terrible. Si le souhait est d'avoir quelque chose de totalement équitable, on fait une usine à gaz et on analyse la situation de santé de chaque personne, puis on fait un subside en fonction des particularités.

Le motionnaire souhaite rassurer s'agissant des modèles alternatifs. D'après la présentation faite à la commission, on voit déjà que 75% des assuré·e·s vaudois·e·s sont dans des modèles alternatifs, soit des modèles de soins plus efficients. Les problèmes relevés touchent maintenant 25% des gens puisque déjà 75% sont dans des modèles alternatifs. Le motionnaire a lui-même un modèle alternatif et ne se sent pas moins bien soigné qu'une personne qui dispose du libre choix du médecin.

Ce à quoi un·e commissaire répond que l'on ne peut pas juste articuler ce chiffre de 75% d'assuré·e·s vaudois·e·s dans des modèle alternatif pour dire qu'il n'y a pas de problème :

- Ce 75% tel quel, comporte des modèles où l'assuré·e peut simplement d'abord téléphoner à l'assurance, ce qui n'implique pas les médecins généralistes.
- Si le pourcentage de personnes impacté·e·s pour trouver un·e généraliste est quand même relativement important, on ne peut pas juste dire que ce sont les 25% restants.

Un·e autre commissaire favorable à la motion relève qu'il y a effectivement d'autres modèles que celui du médecin de famille qui permettent de réduire les primes. Des modèles comme celui du téléphone préalable que tout le monde peut faire. C'est certes une contrainte mais quel que soit le système d'assurance, si on est malade il faudra bien aller voir un médecin généraliste, pour lequel il est en effet difficile d'obtenir un rendez-vous. Il faut prendre toutes les alternatives et essayer de jouer là-dessus. Le fait est que l'augmentation de l'ensemble de ces subsides doit de toute façon nous interpeller. On ne peut pas faire cette fuite en avant *ad aeternam*, au bout d'un moment on doit trouver des solutions. Elles sont peu agréables pour tout le monde, du moment qu'il faut réduire ou donner plus, etc. C'est pour cela que l'on doit trouver une solution.

Un autre problème mis en évidence est que :

- Si on l'on diminue la prime de référence de CHF 563.00 à CHF 500.00, les personnes qui vont être particulièrement touchées sont celles qui bénéficient du subside pour que la prime soit limitée à 10% du revenu déterminant, tel que voté par la population. C'est l'accord de la RIE III, avec un système qui fait que la population ne paie pas plus de 10% de son revenu pour la prime d'assurance. Revenir maintenant sur cette prime de référence, c'est revenir sur cet accord que les autorités ont eu avec la population. Cela pose un réel problème alors que l'on est déjà dans une période où la confiance dans les institutions est passablement érodée.

A ce problème, un·e commissaire favorable à la motion rétorque que :

- Certes, on a voté, mais on ne s'est pas rendu compte de l'impact financier que cela allait avoir sur le canton. Les estimations à l'époque parlaient de CHF 400-500 millions et on est aujourd'hui à CHF 1 milliard.
- Alors aujourd'hui, il faut peut-être que l'on trouve des solutions pour un petit peu tasser cet élément budgétaire.

  Dans sa pratique professionnelle, le·la commissaire constate que des personnes en difficulté financière n'apprennent pas tellement à faire leur propre budget. Il y a encore de la marge d'amélioration. Il·elle pense qu'avant de faire certaines dépenses de santé, on devrait faire un carnet de lait, une petite enveloppe à mettre dans son budget avant de faire d'autres dépenses qui ne sont peut-être pas des dépenses essentielles.

En lien avec ce chiffre articulé de CHF 1 milliard, un·e commissaire demande quel est le montant exactement que représentent les subsides visant à limiter les primes d'assurances-maladie à 10% du revenu (subsides à 10%) ? On entend toujours parler de ce milliard de francs qui semble erroné, et l'idée est d'avoir le chiffre exact pour qu'il apparaisse dans le rapport de commission.

Ce budget total des subsides (environ 1 milliard) comprend une bonne partie des subsides prévus par la loi fédérale pour les personnes au RI et aux PC, le subside ordinaire (prévu dans la loi fédérale et chaque canton l'applique) et le subside spécifique.

Le subside spécifique renvoie aux fameux subsides à 10%. Il pèse environ CHF 250 millions sur le près d'un milliard de francs qui correspond au budget total des subsides.

Le système appliqué aux autres types de subsides - l'ordinaire – est-il le même que le subside spécifique ?

Pour les subsidiés partiels, on calcule un revenu déterminant pour l'entier du ménage. Sur la base de ce revenu déterminant, on octroie le subside ordinaire. C'est le subside de base qui existe depuis 1996. Il est octroyé en fonction uniquement de la composante du revenu.

On fait ensuite un deuxième calcul en regardant quelles sont les primes effectives du ménage. Si ces primes effectives sont supérieures aux primes de référence, on les plafonne. Si cela dépasse les 10% du revenu, déduction faite du subside ordinaire (déterminé précédemment), alors on verse le complément.

Il faut donc voir le subside spécifique comme un complément au subside ordinaire lorsque le rapport prime-revenu dépasse les 10%.

Le subside ordinaire et les subsides aux personnes au RI et aux PC sont prévus par la législation fédérale. Ce n'est pas une volonté cantonale. La volonté cantonale, c'est le fameux 10% (subside spécifique) et ces CHF 250 millions.

Les subsides partiels (en fonction du revenu) (ordinaires et spécifiques) représentent environ CHF 550 millions. Soit environ CHF 300 millions pour le subside ordinaire et CHF 250 millions pour le subside spécifique (10%).

Lorsque l'on parle du coût des subsides d'un milliard, il faut savoir que la Confédération participe à hauteur de CHF 350 millions à ce milliard. Donc, finalement, le coût canton-communes des subsides est de CHF 650 millions.

Parler d'un milliard, ça en jette, mais ce n'est pas exact, c'est un raccourci qui n'est pas honnête intellectuellement. Il faut être de bonne foi quand on parle de cette ligne budgétaire qui a explosé.

Le subside spécifique correspond à un budget de CHF 250 millions. Quel montant représente le subside ordinaire ? Les CHF 350 millions de la Confédération s'ajoutent-ils au milliard ou en diminution ?

C'est CHF 250 millions pour les subsides spécifiques, CHF 300 millions pour les subsides ordinaires, donc CHF 550 millions pour les deux. Cela concerne les subsides partiels, à savoir les subsides calculés en fonction du revenu et de la fortune.

A cela, s'ajoutent les subsides aux personnes au RI et aux PC.

La contribution de la Confédération est une recette. Elle vient en déduction. Le coût réel pour le canton est donc de CHF 650 millions. Pour un·e député·e, cela n'apparaît pas clairement dans les comptes chaque année. Elle est encouragée à faire un commentaire aux prochains comptes pour une meilleure compréhension.

Les communes participent-elles aussi aux subsides spécifiques ou ce n'est que le canton ?

Les chiffres de subsides spécifiques purs en 2025 sont autour de CHF 240-250 millions. Ce ne sont pas encore les comptes définitifs (ils ne sont pas encore connus) mais l'ordre de grandeur est celui-là.

Les communes participent par la participation à la cohésion sociale à l'ensemble des dépenses de subsides sauf celle des bénéficiaires PC qui sont à charge à 100% du canton.

S'agissant des communes, un·e commissaire relève qu'au moment de la négociation de la RIE III en 2015 et selon les calculs présentés à l'époque pour les communes, il était prévu un coût supplémentaire pour les communes de CHF 14,3 millions par année entre 2018-2019 jusqu'à 2022. Si on prend CHF 250 millions et qu'on part du principe qu'un tiers du coût revient aux communes, cela fait CHF 83 millions. Entre la réalité aujourd'hui et ce qui a été présenté en 2015, c'est quand même un delta assez important. Sans remettre en doute la façon d'arriver au milliard, dont CHF 250 millions pour le subside spécifique, la·le commissaire affirme quand même que l'on nous a vendu un peu n'importe quoi en 2015 en disant que cela coûterait CHF 14 millions aux communes, alors qu'on est aujourd'hui à CHF 83 millions. C'est un peu problématique, même si l'on sait que la loi a changé, que la participation des communes a baissé et que la participation supplémentaire chaque année à partir de 2026 va être modifiée.

Un·e commissaire donne raison à ces propos, il y a un décalage clair… mais pourquoi ? Parce que qu'à l'époque, on s'est basé sur les chiffres connus à ce moment-là. Depuis lors, la population a cru, les primes d'assurance maladie ont largement augmenté, ce qui a créé ce delta. Mais de l'autre côté, pour les entreprises, c'était aussi un modèle dynamique : les chiffres qui ont été annoncés à l'époque comme recettes fiscales en moins qui étaient prévues étaient basés sur l'état actuel de l'économie en 2014-2015. Le PIB a largement cru ces dix dernières années et, de fait, le delta est aussi plus important. Ce sont des chiffres dynamiques. On s'est prononcé sur quelque chose avec les chiffres de l'époque, et comme c'est dynamique, cela évolue. Mais pour la·le député·e, cela évolue des deux côtés du partenariat et du compromis qui s'était construit à cette époque-là.

Au niveau des chiffres, le DSAS relève aussi qu'il ne faut pas oublier que la Confédération contribue au régime des subsides. Donc le calcul ne peut pas être fait comme cela. A l'époque, sauf erreur, la contribution de la Confédération était autour de CHF 200 millions. Maintenant, elle est autour de CHF 330 millions. La Confédération contribue donc au financement des subsides puisqu'elle diminue la part qui après est refacturée aux communes. Donc plus la Confédération met de l'argent, moins les communes en mettront. Il faut donc tenir compte de ce calcul.

Un·e commissaire donne raison au fait que le modèle est évolutif. Mais on parle d'un passage de CHF 20 à CHF 80 millions, soit une multiplication par 4. Si le PIB, pendant cette période-là, avait été multiplié par 4, on serait quand même très heureux. Ce n'est pas le cas, malheureusement. Si la croissance du pays avait été aussi extraordinaire, cela se saurait.

Comment sont calculés les subsides ordinaires ? Sur quelle base, les statistiques de l'OFSP ? Selon les données 2025, zone 1, la prime de référence pour un bénéficiaire du RI est de CHF 521.00 et pour un bénéficiaire PC AVS/AI elle est de CHF 671.-.

Pour les bénéficiaires PC AVS-AI, c'est une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur qui fixe par canton et par région de prime le montant du subside PC. En 2026, le montant est de CHF 699.00 pour un adulte en région 1. Ce montant est imposé par le droit fédéral, il n'y a pas de calcul en tant que tel.

Au niveau du RI, on utilise les primes des trois plus grands assureurs du canton avec une franchise à CHF 2'500.00 et la prime la plus basse. C'est un système un peu hybride : calcul avec le modèle de l'assurance de base (sans modèle alternatif), la franchise à CHF 2'500.00 et le risque d'accident. En 2026, le montant est de CHF 557.00 pour un adulte région 1. C'est un système plus dynamique et qui est revu chaque année par le Conseil d'État.

Pourquoi la franchise à CHF 2'500.00 ?

Car dans le cadre du RI, la participation aux coûts est prise en charge aussi par le canton. Pour les personnes au RI en bonne santé, qu'elles aient une franchise maximale avec une prime la plus basse est la solution la plus intéressante économiquement pour le canton.

On a ensuite un correctif pour des personnes qui sont des malades chroniques au RI, qui bénéficient d'un subside avec une franchise à CHF 300.00.

Pourquoi ne pas utiliser les modèles alternatifs pour ces primes-là ?

La prime de référence de CHF 557.- doit couvrir aussi tous les assureurs. On ne peut pas mettre tous les bénéficiaires du RI chez le même assureur. C'est donc toujours un subside moyen permettant à l'ensemble des bénéficiaires d'être couverts.

Cela ne veut pas dire que les personnes au RI ne prennent pas de modèle alternatif. Elles ont aussi 75% de modèle alternatif comme le reste de la population et n'ont pas toutes CHF 557.00 de subside. Ce montant est un subside maximum. On les incite aussi à optimiser leurs primes et la plupart des bénéficiaires du RI sont en-dessous des CHF 557.00. Ces derniers ne touchent pas d'argent, c'est leur assureur qui reçoit cet argent par le canton, jusqu'à hauteur de CHF 557.00 par personne.

Il faut savoir que 45% des bénéficiaires du RI entrent et sortent durant les 18 mois de présence au RI. Ce ne sont pas non plus des personnes que l'on peut accompagner pendant des mois et des mois pour appréhender une attitude face à l'assurance-maladie. Ils arrivent, bénéficient de mesures d'insertion ou du RI de manière intermédiaire, puis en sortent et on ne les voit plus. C'est aussi une population qui est extrêmement variable et changeante. On ne peut donc pas non plus leur faire des choix d'assurance maladie juste pour quelques mois, avant qu'ils ne reprennent une autonomie par rapport à l'ensemble des aspects.

Le DSAS pourrait-il transmettre une dynamique sur 5 ans de ces subsides partiels ordinaires et subsides partiels spécifiques ? (tableau, graphique – baisse, augmentation)

Cet historique peut être fourni, également si souhaité en intégrant les variables bénéficiaires et coûts.

Au niveau du subside ordinaire, on a surtout un effet nombre de bénéficiaires.

Au niveau du subside spécifique, on verra surtout l'effet augmentation des primes : pendant trois ans après que le système a été instauré, on avait une ligne assez plate et on tenait bien les hypothèses faites au moment de la votation RIE III. Et à partir du moment où les primes ont commencé à augmenter de manière très importante dans le canton de Vaud, forcément la conséquence a été une augmentation du nombre de bénéficiaires dans le système du subside spécifique. Mais c'est aussi cela qui a été vendu à la population.

A la fin de la discussion, le motionnaire confirme maintenir sa motion.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de ne pas prendre en considération cette motion par 8 voix contre 7, et 0 abstention.

Un rapport de minorité est annoncé.

Morges, le 27 septembre 2026.

La présidente :
(Signé) Sylvie Podio

Annexes :

- Document remis en commission par le motionnaire
- Présentation DGCS

Tableau des primes de référence mensuelles

	Une seule personne*		Plusieurs personnes* (ménage ou famille)		
	Jeunes adultes (19 à 25 ans)	Adultes (26 ans et plus)	Enfants (0 à 18 ans)	Jeunes adultes (19 à 25 ans)	Adultes (26 ans et plus)
	RDU** de 0.- à 62'500.-	RDU** de 0.- à 62'500.-	RDU** de 0.- à 86'300.-	RDU** de 0.- à 86'300.-	RDU** de 0.- à 86'300.-
Région 1***	390.-	563.-	121.-	390.-	563.-
Région 2***	366.-	527.-	112.-	366.-	527.-
	RDU** de 62'501.- à 70'000.-	RDU** de 62'501.- à 70'000.-	RDU** de 86'301.- à 96'600.-	RDU** de 86'301.- à 96'600.-	RDU** de 86'301.- à 96'600.-
Région 1***	366.-	538.-	121.-	366.-	538.-
Région 2***	342.-	502.-	112.-	342.-	502.-
	RDU** de 70'001.- et plus	RDU** de 70'001.- et plus	RDU** de 96'601.- et plus	RDU** de 96'601.- et plus	RDU** de 96'601.- et plus
Région 1***	318.-	488.-	121.-	318.-	488.-
Région 2***	293.-	452.-	112.-	293.-	452.-

* Correspond à l'unité économique de référence (UER) comprenant l'ensemble des personnes dont les revenus et fortunes sont pris en considération pour calculer le droit au subside

** Revenu déterminant unifié (RDU) avant une éventuelle déduction pour enfant(s) à charge *(lettre A dans le tableau sous point 1 de cette notice)*

*** Région 1 : Lausanne, l'Ouest lausannois, Nyon, La Côte, Lavaux, la Riviera
Région 2 : le Chablais, le Pays d'Enhaut, Oron, Cossonay, la Broye, le Vully, le Gros-de-Vaud, le Jura, le Nord vaudois

Calcul de la prime de référence

- Basé sur le coût moyen de la prime dans le Canton de Vaud assurance de base selon l'OFSP

- Une seule personne
  - RDU 0 – 62'500 CHF: franchise de 1'000 CHF
  - RDU 62501 – 70'000 CHF: franchise de 2'000 CHF
  - RDU > 70'001 CHF: franchise de 2'500 CHF

- Plusieurs personnes/ famille
  - RDU 0 – 86'300 CHF: franchise de 1'000 CHF
    - si enfant, franchise de 0 CHF
  - RDU 86'301 – 96'600 CHF: franchise de 2'000 CHF
    - si enfant, franchise de 0 CHF
  - RDU > 96'601 CHF: franchise de 2'500 CHF
    - si enfant, franchise de 0 CHF

Tableau des primes de référence mensuelles

	Une seule personne*		Plusieurs personnes* (ménage ou famille)		
	Jeunes adultes (19 à 25 ans)	Adultes (26 ans et plus)	Enfants (0 à 18 ans)	Jeunes adultes (19 à 25 ans)	Adultes (26 ans et plus)
	RDU** de 0.- à 62'500.-	RDU** de 0.- à 62'500.-	RDU** de 0.- à 86'300.-	RDU** de 0.- à 86'300.-	RDU** de 0.- à 86'300.-
Région 1***	390.-	563.-	121.-	390.-	563.-
Region 2***	366.-	527.-	112.-	366.-	527.-
	RDU** de 62'501.- à 70'000.-	RDU** de 62'501.- à 70'000.-	RDU** de 86'301.- à 96'600.-	RDU** de 86'301.- à 96'600.-	RDU** de 86'301.- à 96'600.-
Region 1***	366.-	538.-	121.-	366.-	538.-
Région 2***	342.-	502.-	112.-	342.-	502.-
	RDU** de 70'001.- et plus	RDU** de 70'001.- et plus	RDU** de 96'601.- et plus	RDU** de 96'601.- et plus	RDU** de 96'601.- et plus
Région 1***	318.-	488.-	121.-	318.-	488.-
Region 2***	293.-	452.-	112.-	293.-	452.-

Chiffre Comparis (45 ans, Lausanne, franchise 1'000 CHF)

- Atupri: modèle HMO: 502 CHF (-61 CHF)
- Assura: modèle médecin de famille: 500 CHF (-63 CHF)
- CSS: modèle Multimed: 497 CHF (-66 CHF)

Chiffre Comparis (45 ans, Lausanne, franchise 2'000 CHF)

- Atupri: modèle HMO: 447 CHF (-91 CHF)
- Assura: modèle médecin de famille: 446 CHF (-92 CHF)
- CSS: modèle Multimed: 443 CHF (-95 CHF)

Chiffre Comparis (45 ans, Lausanne, franchise 2'500 CHF)

- Atupri: modèle HMO: 419 CHF (-69 CHF)
- Assura: modèle médecin de famille: 419 CHF (-69 CHF)
- CSS: modèle Multimed: 416 CHF (-72 CHF)

Motion Moscheni et consorts (25_MOT_72): LAMal, pour une prime de référence équitable

Analyse d'impact

Fabrice Ghelfi, DG Direction générale de la cohésion sociale

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

La motion

Selon la motion

- Il existe une "profonde inéquité" entre ménages subsidiés et ménages non subsidiés :

  les personnes subsidiées peuvent conserver un modèle plus coûteux, tandis que les ménages non subsidiés doivent adopter un modèle alternatif moins cher pour réduire leur prime.

- Le système actuel revient à subventionner indirectement les modèles les plus chers, donc à payer plus d'argent que nécessaire aux caisses maladies.
- Afin de corriger ce problème, la motion demande de modifier l'article 18a, al.2 de LVLAMal en introduisant une **nouvelle règle de calcul de la prime de référence** :

  pour chaque catégorie d'assurés (…), la moyenne des 25% des primes les moins chères du canton (inférieure au premier quartile), des modèles alternatifs d'assurance inventoriés annuellement par l'Office fédéral de la santé publique pour les assurés vaudois. Il est tenu compte de la franchise, celle-ci devant être adaptée aux revenus des bénéficiaires.

Portée de la motion par rapport au système actuel

- Abaissement de la prime de référence pour chaque catégorie d'assurés selon âge (enfant, jeune, adulte), lieu de domicile (région 1, région 2) et niveau de revenus (classes 1, 2 et 3).
- Comme aujourd'hui, la franchise utilisée pour calculer la prime de référence augmente avec les revenus.
- Seul le subside spécifique (10%) est concerné car:
  - ❑ Subside PC : la prime de référence des bénéficiaires d'une PC AVS/AI est déterminée par le droit fédéral → aucune marge de manœuvre cantonale
  - ❑ Subside RI: l'Etat doit de toute façon couvrir les frais de santé des ménages dont les revenus sont inférieurs au minimum vital → marge de manœuvre cantonale très restreinte

1.

Effets de la prime de référence

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Rôle et principes de fixation de la prime de référence

- La prime de référence fixe la prime maximale reconnue pour le calcul des 10% (prime / revenu).
- Si la prime effective est inférieure à la prime de référence, la prime effective est utilisée.
- La prime de référence dépend de la région de primes (région 1, région 2), de la catégorie d'âge LAMal (enfant, jeune adulte, adulte) et du niveau de revenu.
- Elle est calculée sur la base de la prime moyenne sans assurance accident avec une franchise à 1000 frs pour les plus bas revenus, puis avec une franchise de 1'500 et 2500 frs pour les revenus supérieurs.
- Une décote est appliquée pour tenir compte du fait qu'il existe des modèles alternatifs utilisés par 75% des assurés.

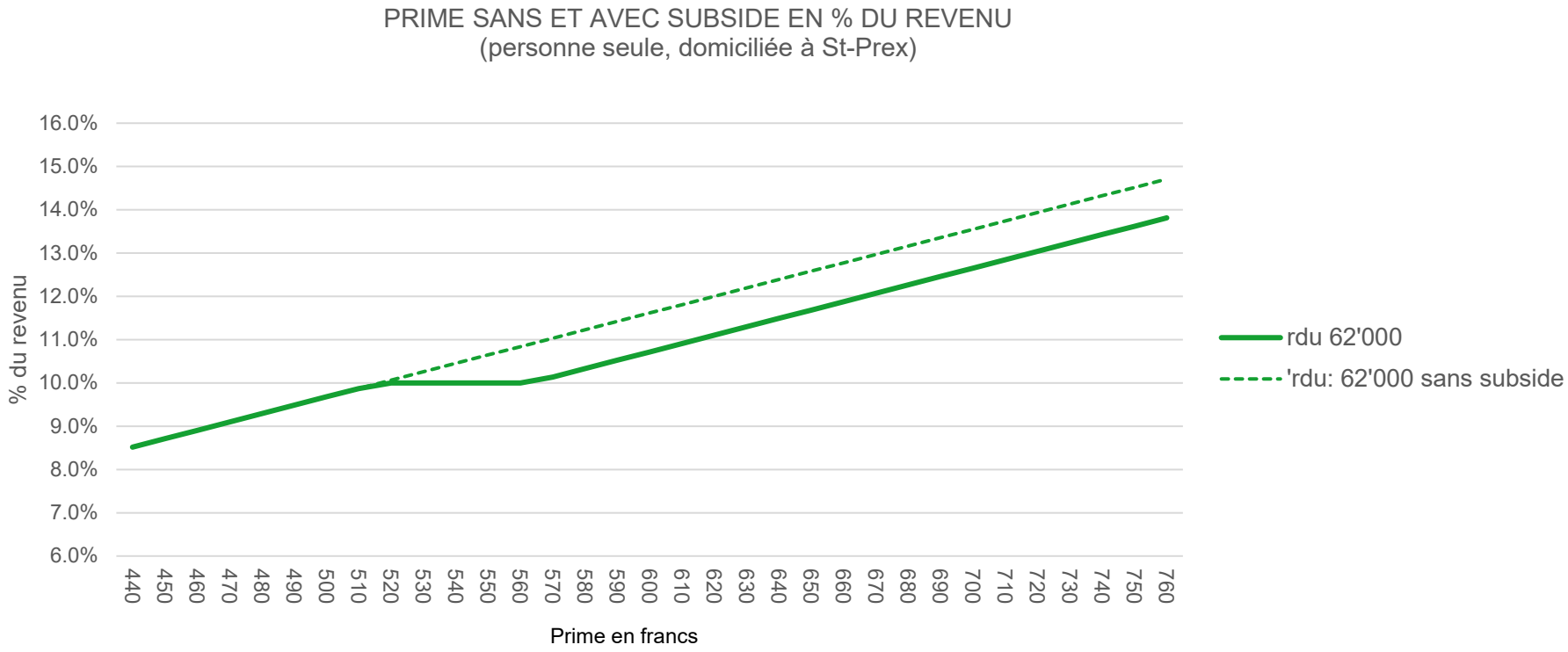
Fixation de la prime de référence selon le système actuel: exemple

Explication de sa fixation en 2026 pour un adulte en région 1 avec la tranche de revenus les plus faibles:

Prime standard mensuelle validée par l'OFSP: (franchise 300.- et avec le risque accidents, correspond aussi au subside PC)	698.90
./. prise en compte d'une franchise de 1'000.- (déduction maximale selon la LAMal)	-40.90
./. suppression du risque accidents: -7% (déduction maximale selon la LAMal)	-46.05
./. décote pour possibilité de choisir un modèle alternatif: -7.5%	-49.35
Prime de référence mensuelle	**563.--**

A titre de comparaison, prime moyenne payée par un adulte VD en 2026 selon l'OFSP: 527.10

Prime de référence et seuil des 10%



Actuellement, dans cet exemple:

- Jusqu'à environ 520 frs, la prime représente moins de 10% du revenu → aucun subside n'est octroyé.
- Entre 520 et 560 frs, la prime représente plus de 10% du revenu et est inférieure à la prime de référence → le subside limite à 10% l'effet de la prime = différence entre droite traitillée et pleine.
- Au-delà de 560 frs, la prime est au-dessus de la prime de référence → le subside ne tient plus compte de la prime réelle et donc l'effort financier augmente. Il reste plus bas que sans subside (droite traitillée).

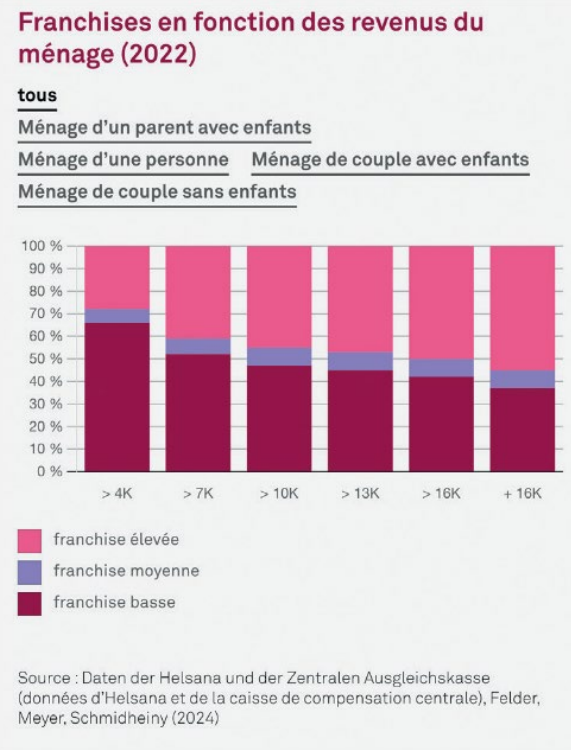
Application de la prime de référence

- Hormis les critères précédemment cités (région, catégorie d'âge LAMal, revenu), la même prime de référence est appliquée à tous.
- Ainsi, un adulte de 35 ans en pleine santé et dont le statut d'employé couvre son assurance-accident a la même prime de référence qu'une personne de 70 ans avec une malade chronique et des frais de santé importants, dont l'assurance-accident est comprise dans la prime effective.
- Par ailleurs, la disposition des assurés à s'exposer au risque financier de la participation aux coûts varie selon le revenu (voir dia suivante).
- La prime de référence doit donc permettre de refléter des réalités très différentes.

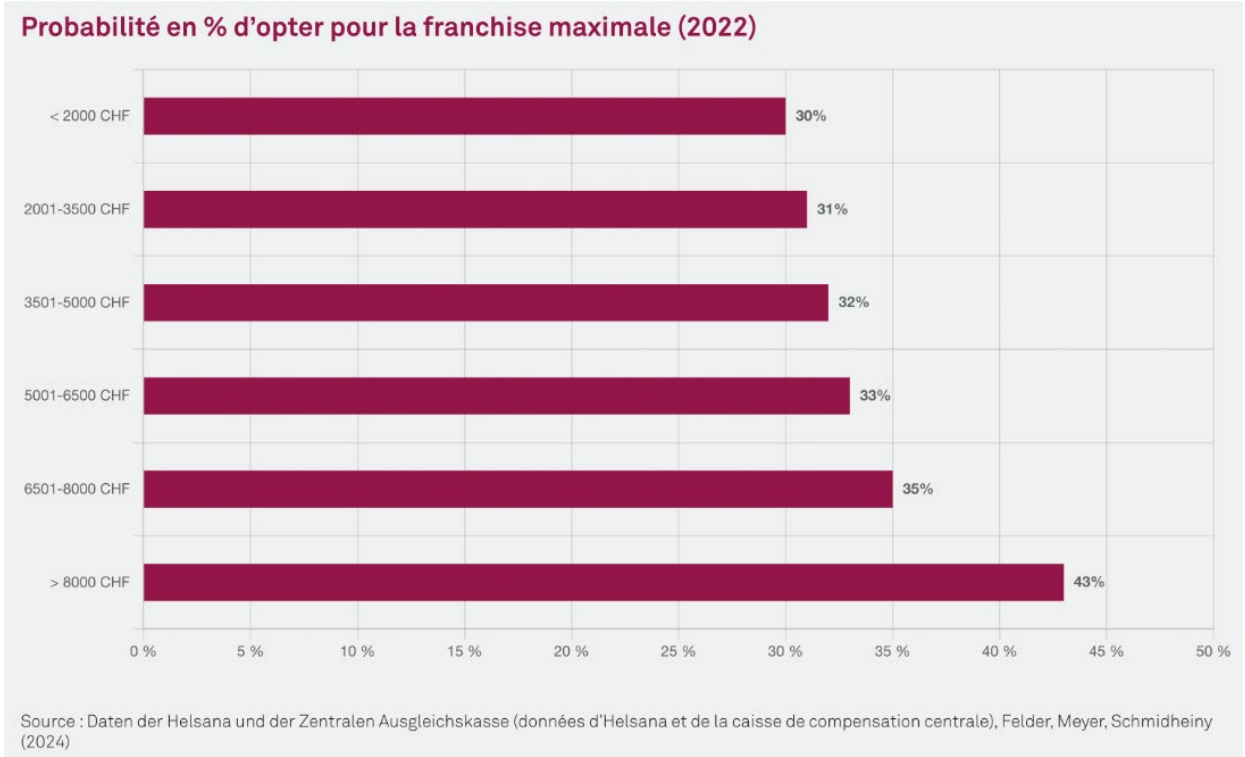
canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Choix de la franchise selon le revenu

- De manière générale, plus les ménages ont un revenu élevé, plus ils optent pour une franchise élevée. Ce constat s'est vu confirmé par l'étude menée par Helsana sur toute la Suisse, indépendamment du droit au subside.

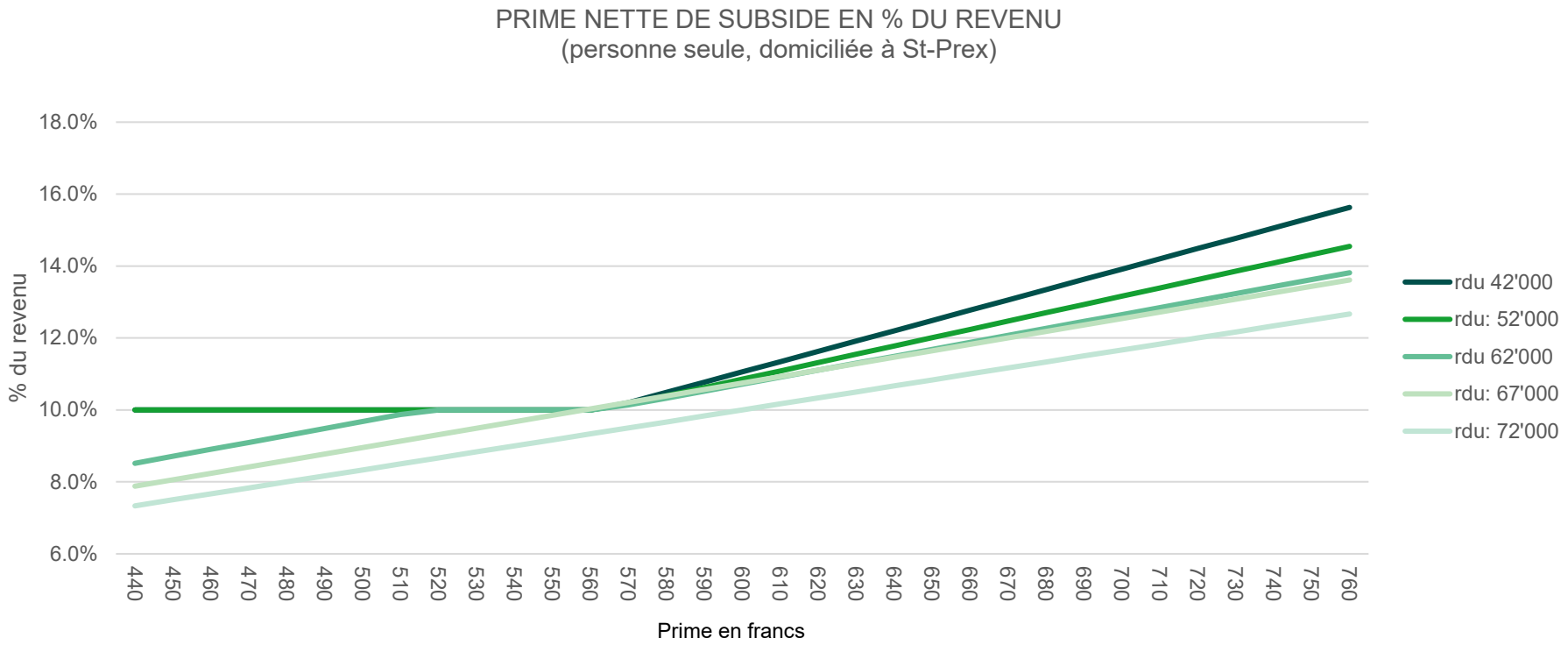


Franchise basse : 300 et 500 francs ; franchise moyenne : 1000 et 1500 francs ; franchise élevée : 2000 et 2500 francs



A partir d'un revenu supérieur à 8'000 frs, la probabilité d'opter pour la franchise maximale se situe à 43%. Pour un revenu inférieur à 2'000 frs, elle se situe à 30%.

Prime de référence et taux d'effort



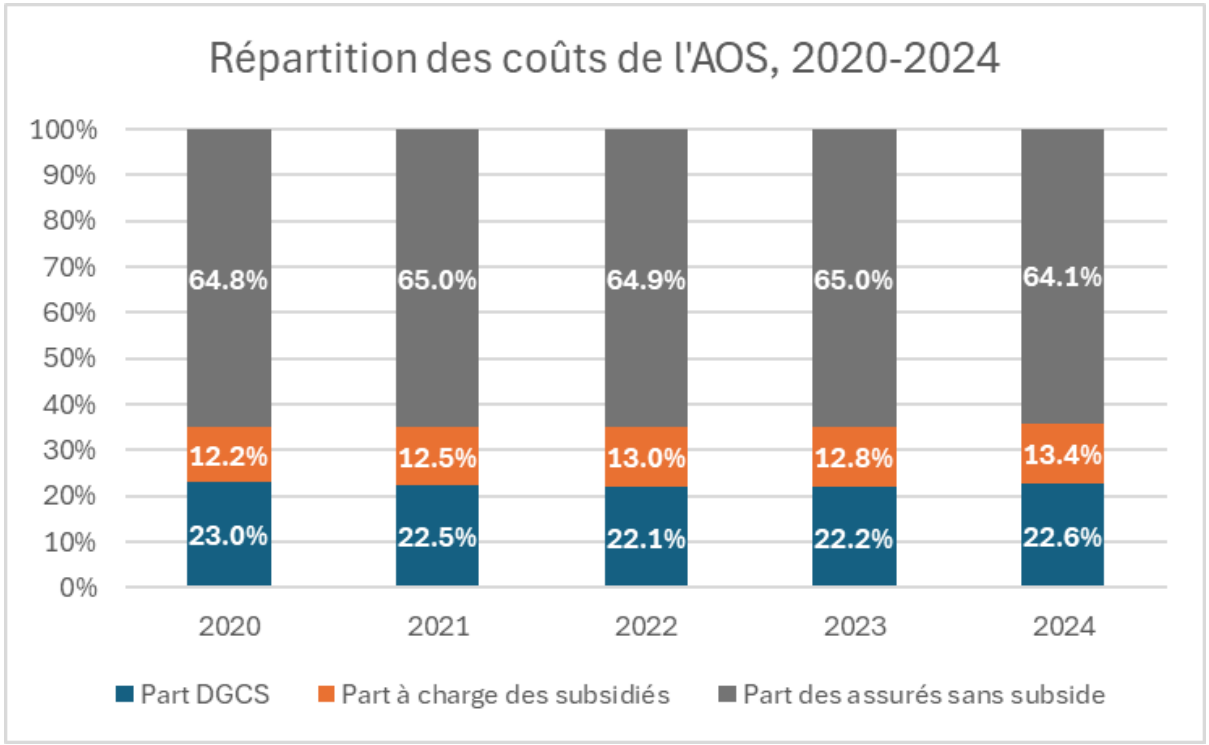
- Le subside ne s'enclenchant que lorsque le taux d'effort atteint 10%, pour une même prime, le taux d'effort baisse avec l'augmentation du revenu, que la personne soit bénéficiaire ou non d'un subside
- Par exemple,
  - pour une prime effective de 450 frs, le taux effort pour la personne avec un RDU de 42'000 frs est de 10% avec le subside et pour la personne avec un RDU de 72'000 frs, il est de 7.7%
  - pour une prime effective de 550 frs, le taux effort pour la personne avec un RDU de 42'000 frs est de 10% avec le subside et pour la personne avec un RDU de 72'000 frs, il est de 9.2%
  - pour une prime effective de 650 frs, le taux effort pour la personne avec un RDU de 42'000 frs est de 12.5% avec le subside et pour la personne avec un RDU de 72'000 frs, il est de 10.8%

2.

Effets de l’optimisation des primes

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Optimiser les primes: un jeu à somme nulle



- Les primes doivent couvrir les coûts (principe cardinal de la LAMal). Optimiser les primes est une stratégie individuelle mais ne fait pas diminuer les coûts globaux de l'AOS.
- Si les subsidiés optimisent leur prime, l'économie réalisée au budget de l'Etat se retrouve directement en augmentation des primes pour tous l'année suivante.

Optimiser les primes: un jeu à somme nulle

- En 2024, les primes ont augmenté très fortement, ce qui a amené beaucoup d'assurés (subsidiés ou non) à changer de modèle ou de franchise. Résultat:
  1. En 2024, la prime moyenne totale a ainsi moins augmenté que ce que les assureurs avaient prévu
  2. En 2025, un rattrapage a eu lieu pour couvrir le manque sur le total des primes payées en 2024
- Le changement massif d'assurés présente d'autres risques: Il est impossible pour les assureurs de maintenir une prime basse en cas d'afflux massif d'assurés. L'OFSP tient compte de l'obligation des assureurs de reconstituer des réserves.

Exemple: assureur KPT

	Prime standard	Variation annuelle	Effectif	Variation annuelle
2021	618		15'756	
2022	609	-1.5%	17'578	11.6%
2023	615	1.0%	60'110	242.0%
2024	646	5.0%	41'695	-30.6%
2025	717	11.0%	23'623	-43.3%
2026	746	4.0%	21'765	-7.9%

3.

Primes moyennes actuelles

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Données de base

- La prime moyenne (tout modèle d'assurance confondu) des bénéficiaires d'un subside partiel est inférieure à celle des assurés vaudois (population générale). C'est également le cas des bénéficiaires d'un subside spécifique.

	Prime moyenne en 2025
Bénéficiaires d'un subside partiel	400.9
Bénéficiaires d'un subside spécifique	412.3
Assurés VD (population générale)	420.8

Prime moyenne VD: https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-comparaison-des-primes
Voir *Primes moyennes cantonales mensuelles sur toutes les classes d'âge pour 2025/2026 de l'AOS incl. franchises à option et modèles*

- La prime moyenne des subsidiés partiels avec une franchise à 300.- est inférieure à celle de la prime standard des assurés vaudois (population générale).

		Adultes (25+ ans)	Jeunes (19-25 ans)
Bénéficiaires d'un subside partiel 2025	Nb avec franchise 300.-	76'010	12'629
	Nb total (tout modèle conf.)	150'322	20'571
	Part avec franchise à 300.-	51%	61%
	Prime moyenne (franchise 300)	562	428
	Prime moyenne VD 2025 (franchise 300, avec accident)	657	484

Prime moyenne VD: https://www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-comparaison-des-primes
Voir *Primes moyennes cantonales mensuelles pour 2025/2026 de l'AOS pour les adultes avec franchise 300 (enfants franchise 0) avec accident*

En conséquence

- Les subsidiés qui optent pour un **modèle qui s'écarte du standard** choisissent des solutions moins coûteuses que la population en général.

- Les subsidiés qui optent pour le **modèle standard** choisissent des assureurs moins chers que la population en général.

4.

Effets de la motion par rapport au système actuel

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Impact de la règle de calcul sur le montant des primes de référence

- Comparaison entre le modèle actuel basé sur l'arrêté 2026 et le modèle de la motion, par classe d'âge, région et classe de revenus

Classe 1: RDU < 86'300
(calcul avec une franchise de 1'000 fr.)

	Adultes	Adultes MOT	Différence	
Région 1	563	509	-54	-9.6%
Région 2	527	480	-47	-8.9%
	Jeunes	**Jeunes MOT**	**Différence**	
Région 1	390	358	-32	-8.2%
Région 2	366	344	-22	-6.0%
	Enfants	**Enfants MOT**	**Différence**	
Région 1	161	142	-19	-11.8%
Région 2	152	133	-19	-12.5%

Classe 2: 86'300 < RDU < 96'600
(calcul avec franchise à 1500 fr.)

	Adultes	Adultes MOT	Différence	
Région 1	538	481	-57	-10.6%
Région 2	502	453	-49	-9.8%
	Jeunes	**Jeunes MOT**	**Différence**	
Région 1	366	331	-35	-9.6%
Région 2	342	317	-25	-7.3%
	Enfants	**Enfants MOT**	**Différence**	
Région 1	161	142	-19	-11.8%
Région 2	152	133	-19	-12.5%

Classe 3: 96'600 < RDU
(calcul avec franchise à 2500 fr.)

	Adultes	Adultes MOT	Différence	
Région 1	488	427	-61	-12.5%
Région 2	452	398	-54	-11.9%
	Jeunes	**Jeunes MOT**	**Différence**	
Région 1	318	277	-41	-12.9%
Région 2	293	263	-30	-10.2%
	Enfants	**Enfants MOT**	**Différence**	
Région 1	161	142	-19	-11.8%
Région 2	152	133	-19	-12.5%

NB: il s'agit ici des limites RDU pour des ménages de plusieurs personnes. Les mites de RDU pour les ménages à une seul personne sont: classe1 : RDU < 62'500 frs; classe 2: > 62'501 et < 70'000 frs; classe 3: RDU > 70'001 frs.

- La prime de référence diminue dans chaque catégorie, dans une fourchette comprise entre 6% (pour un jeune domicilié en région 2 et classe 1) et 12.9% (pour un jeune domicilié en région 1 et classe 3).
- Conséquences pour les subsidiés:
  1. Dans la plupart des cas, baisse du montant du subside (la différence entre la prime de référence actuelle et celle de la motion se transforme en part à charge pour les subsidiés)
  2. Pour partie, pertes de droit au subside spécifique
  3. Limitation du choix en raison de la réduction drastique des modèles d'assurance inférieurs à la prime de référence

Nombre et types de modèles d'assurance avec prime inférieure à celle de la motion

- Seuls 8 à 12 modèles sur un total de 84 seraient disponibles pour les subsidiés recherchant une prime inférieure à la nouvelle prime de référence.
- Exemples:

Adultes (26+ ans), région 1 → 9 modèles

Versichere	Assureur	Kanton	Franchise	Prämie	Tarifbezeichnung
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	493.7	TelMed (Compact One)
0008	CSS	VD	FRA-1000	497.6	Multimed
1542	Assura	VD	FRA-1000	500.5	PharMed
0509	Vivao Sympa	VD	FRA-1000	501.2	FlexHelp 24
1562	Helsana	VD	FRA-1000	501.6	BeneFit PLUS Hausarzt R1
1562	Helsana	VD	FRA-1000	501.6	BeneFit PLUS Flexmed R1
0312	Atupri	VD	FRA-1000	502.8	HMO
1542	Assura	VD	FRA-1000	503.6	Qualimed
1386	Galenos	VD	FRA-1000	506.8	Combi Care

Adultes (26+ ans), région 2 → 9 modèles

Versichere	Assureur	Kanton	Franchise	Prämie	Tarifbezeic ung
1542	Assura	VD	FRA-1000	461.8	PharMed
1542	Assura	VD	FRA-1000	464.7	Qualimed
1535	Philos	VD	FRA-1000	472.1	SanaTel
0312	Atupri	VD	FRA-1000	473.8	HMO
1542	Assura	VD	FRA-1000	476.2	Gesundheitnetz
1568	sana24	VD	FRA-1000	476.5	Managed Care
0008	CSS	VD	FRA-1000	477.6	Hausarztversicherung Profit
0312	Atupri	VD	FRA-1000	477.9	TelFirst
1386	Galenos	VD	FRA-1000	479.2	Combi Care

Jeunes (19-25 ans), région 1 → 12 modèles

Versichere	Assureur	Kanton	Franchise	Prämie	Tarifbezeic ung
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	346.1	Hausarztmodell 1
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	346.3	TelMed (Compact One)
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	350.1	Hausarztmodell 2
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	350.1	Hausarztmodell 3
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	350.1	Hausarztmodell 4
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	350.3	MultiAccess
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	350.3	TelMed (CallMed)
0008	CSS	VD	FRA-1000	353	Multimed
0881	EGK	VD	FRA-1000	353.1	EGK-TelCare
0509	Vivao Sympa	VD	FRA-1000	355.7	FlexHelp 24
0881	EGK	VD	FRA-1000	357.6	EGK-Care
0312	Atupri	VD	FRA-1000	357.7	HMO

Jeunes (19-25 ans), région 2 → 8 modèles

Versichere	Assureur	Kanton	Franchise	Prämie	Tarifbezeic ung
1535	Philos	VD	FRA-1000	334.6	PrimaFlex
1542	Assura	VD	FRA-1000	336.9	PharMed
0343	Avenir	VD	FRA-1000	338.2	PrimaFlex
1542	Assura	VD	FRA-1000	339	Qualimed
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	342	Hausarztmodell 1
1555	Visana	VD	FRA-1000	342	Managed Care
1509	Sanitas	VD	FRA-1000	342.1	TelMed (Compact One)
0008	CSS	VD	FRA-1000	343.6	Hausarztversicherung Profit

Nombre et types de modèles d'assurance avec prime inférieure à celle de la motion

- Les 8 à 12 modèles alternatifs demeurant au-dessous de la prime de référence (selon modèle du motionnaire) comportent des limitations importantes :
  - Prestataires imposés mais pas forcément proches de l'assuré, voire inexistant en suisse romande (ex. réseau de pharmacies pour PharMed d'Assura, centre médical partenaire pour FlexHelp 24 de Vivao)
  - Passage obligé par un portail numérique (p. ex. Compact One de Sanitas ou SMARTMED d'Aquilana)
  - Liste très réduite de médecins ou de cabinets de groupe pour bénéficier du niveau de rabais le plus important (p. ex. BeneFit PLUS Hausarzt R1 ou Flexmed RI d'Helsana, Hausarztmodell 1 de Sanitas)
  - Liste restreinte de médecins ou de cabinets de groupe que l'assureur peut modifier unilatéralement (p. ex. possible surtout dans les centres urbains HMO d'Atupri ou Managed Care de sana24)
  - Assureurs avec très peu d'assurés vaudois: Vivao (6'109 en 2024), Galenos (4'893), EGK (4'974), Aquilana (613)

- Ils impliquent également certains risques:
  - Inadaptation aux caractéristiques d'une partie de la population subsidiée.
  - Contre-productivité sous l'angle de la maîtrise des coûts. Exemple: changement de médecin traitant car absent dans la liste prévue par le modèle, rupture de suivi, multiplication des rdv.

Modèles d'assurance avec des contraintes limitées

Modèles alternatifs recommandables selon le comparatif de la FRC et de la RTS (www.frc.ch/dossiers/dossier-primes/)

			avec risque accidents					
Assureur	modèle alternatif	Nom du modèle	300	500	1000	1500	2000	2500
Assura	Méd. fam.	Médecin de famille	588.90	*577.30*	**548.10**	**518.90**	489.80	460.60
Assura	Méd. fam.	PreventoMed	635.80	624.20	595.00	*565.80*	**536.70**	507.50
Assura	Méd. fam.	FeminaVita	635.80	624.20	595.00	*565.80*	**536.70**	507.50
Atupri	Tél. méd.	TelFirst	589.60	*578.00*	**548.80**	**519.60**	490.50	461.30
Avenir	Méd. fam.	PrimaCare	634.70	623.20	594.20	*564.70*	**535.70**	506.70
Avenir	Tél. méd.	SanaTel	638.30	626.80	597.80	*568.30*	**539.30**	**510.30**
Avenir	Tél. méd.	PrimaFlex	598.80	587.80	**560.30**	**532.30**	504.70	477.20
CSS	Tél. méd.	Callmed	638.70	627.10	597.90	*568.70*	**539.60**	**514.40**
Mutuel	Méd. fam.	PrimaCare	653.40	641.90	612.90	583.40	**554.40**	**525.40**
Mutuel	Tél. méd.	SanaTel	617.50	606.00	*577.00*	**547.50**	**518.50**	489.50
Mutuel	Tél. méd.	PrimaFlex	633.70	622.70	595.20	*567.20*	**539.60**	**512.10**
Philos	Méd. fam.	PrimaCare	683.70	672.20	643.20	613.70	584.70	**555.70**
Philos	Tél. méd.	SanaTel	626.40	614.90	585.90	**556.40**	**527.40**	498.40
Philos	Tél. méd.	PrimaFlex	657.00	646.00	618.50	590.50	*562.90*	**535.40**
sana24	Tél. méd.	Med Call	689.40	677.80	648.60	619.40	590.30	**561.10**
Sanitas	Tél. méd.	TelMed (CallMed)	628.50	616.90	587.70	**558.50**	**529.40**	500.20
Visana	Tél. méd.	Med Call	721.80	715.10	681.00	651.80	622.60	593.50

550.00 = cette prime mensuelle est entièrement payée par le subside RI (au maximum Fr. 557.-) en tenant compte de la redistribution des taxes CO2 (Fr. 5.15 par mois en 2026)

570.00 = avec cette prime la part à charge mensuelle ne dépasse pas Fr. 20.- en tenant compte de la redistribution des taxes CO2

670.00 = dans le cadre de l'action LAMal, cette prime mensuelle est entièrement payée par le subside déplafonné (685.-) en tenant compte de la redistribution des taxes CO2

- Les modèles d'assurance possibles (contraintes limitées) ne sont accessibles qu'avec la franchise à 1000 francs actuellement.
- Avec la motion, ils ne seraient accessibles qu'avec la franchise à 2500 francs.

Effets concrets de la motion sur les ménages

- Exemple

Couple de retraités, Aigle Revenu déterminant (RDU):	65'000			
2026 (selon modèle actuel)				
Primes LAMal par mois:	1'054.00			
Sans subside LAMal			**Avec subside 10 % (situation réelle actuelle)**	
Subside par mois : 0.-	0.00		Subside par mois : 46.- + 467.- (ordinaire + spécifique)	513.00
Charge primes LAMal :	1'054.00		Charge primes LAMal :	541.00
Taux d'effort :	19.5%		Taux d'effort réel avec la prime effective:	**10.0%**
2026 (selon motion Moscheni)				
Primes LAMal par mois:	1'054.00			
Sans subside LAMal			**Avec subside 10 % (situation selon motion Moscheni)**	
Subside par mois : 0.-	0.00		Subside par mois : 46.- + 373.- (ordinaire+ spécifique)	419.00
Charge primes LAMal :	1'054.00		Charge primes LAMal :	635.00
Taux d'effort :	19.5%		Taux d'effort réel avec la prime effective:	**11.7%**

- Si la motion était appliquée, la grande majorité des ménages subsidiés aurait un taux d'effort supérieur à la limite des 10%.

Impact financier en 2026 sur le dispositif des subsides

- Dépenses: en appliquant le modèle de la motion, l'économie minimale réalisée en 2026 sur les dépenses totales de l'OVAM serait d'environ CHF 75 mios.
- Nombre de bénéficiaires: au minimum 13'000 personnes perdraient leur droit au subside spécifique.

	Modèle actuel		Modèle de la motion		Différence	
Type de subsidiés	Montant	Nb subsidiés	Montant	Nb subsidiés	Montant	Nb perte de droit
Adulte (+ 26 ans) vivant seul	65'516'199.30	44'401	43'724'365.55	43'422	-21'791'833.75	-979
Adulte (+ 26 ans) en famille	140'865'046.60	79'436	101'605'155.80	72'696	-39'259'890.80	-6'740
Jeune (19 à 25 ans) seul	1'306'824.35	1'731	836'667.10	1'492	-470'157.25	-239
Jeune (19 à 25 ans) famille	17'132'884.70	12'231	10'759'321.15	10'486	-6'373'563.55	-1'745
Enfant (0 à 18 ans)	27'323'671.15	43'290	19'721'915.70	39'984	-7'601'755.45	-3'306
Total	252'144'626.10	181'088	176'647'425.30	168'079	**-75'497'200.80**	**-13'009**

NB: l'analyse se base sur l'effectif des bénéficiaires à fin 2025.

5.

Conclusion

canton de vaud
LIBERTÉ ET PATRIE

Remarques conclusives

- L'optimisation de la prime est une action individuelle. L'abaisser pour tous via la prime de référence ne permet pas de limiter les coûts de la santé et d'obtenir une baisse pérenne.
- L'économie potentielle sur le budget de l'Etat est importante: env. CHF 75 millions .
- Comme les coûts de la santé ne diminuent pas, cette économie sera reportée à charge des subsidiés, en particulier ceux ne pouvant pas effectuer d'arbitrage; pour le reste, les assureurs répercuteront le manque-à-gagner sur les primes générales l'année suivante.
- La motion entraîne des conséquences pour les ménages à conditions socioéconomiques modestes
  - Augmentation de la part à charge, cas échéant augmentation significative de celle-ci, en particulier pour les malades chroniques et les personnes âgées.
  - Réduction drastique des modèles d'assurance permettant de limiter la part à charge, pour les autres.

  NB: dans le système actuellement en vigueur, il est déjà impossible pour de nombreux assurés de trouver une prime avec une franchise à 300.- frs inférieure à la prime de référence, même avec le modèle médecin de famille.
- Ces effets risquent d'entrainer une hausse des impayés (contentieux) qui sont à la charge de l'Etat avec des conséquences pour les assurés concernés (poursuites, ADB).
- La mise en œuvre de la motion impliquerait des taux d'effort supérieurs à 10% pour la majorité des ménages au bénéfice d'un subside.