

L'essentiel en bref

Des soins de qualité et un financement social

Aujourd'hui, l'assurance-maladie obligatoire garantit à tous l'accès à des traitements de haute qualité adaptés aux besoins. Le financement de ces prestations est assuré par les primes individuelles, par la franchise et la quote-part des assurés et, pour un tiers, par des recettes fiscales (subventions cantonales aux hôpitaux). Les personnes de condition modeste, soit un tiers des assurés, bénéficient d'une réduction de prime adaptée à leur situation financière. Nombre d'entre-elles ne paient même pas de prime.

Que demande l'initiative?

L'initiative, lancée par le Parti socialiste suisse, demande essentiellement une refonte du financement de l'assurance-maladie obligatoire. Cette dernière serait financée par les primes des assurés et, ce qui est nouveau, par une augmentation du taux de la TVA qui pourrait assurer jusqu'à la moitié du financement. La prime par tête serait remplacée par une prime déterminée en fonction du revenu, de la fortune et des charges familiales. De plus, la Confédération se verrait attribuer des compétences de direction et de planification qui appartiennent aujourd'hui principalement aux cantons.

Texte soumis au vote de l'Initiative populaire fédérale «La santé à un prix abordable»

La constitution fédérale est modifiée comme suit:

Art. 117

¹ La Confédération édicte des dispositions sur l'assurance en cas de maladie et d'accident.

² L'assurance obligatoire en cas de maladie est effectuée par des établissements d'assurance d'utilité publique. Elle garantit à tous les assurés une assistance médicale de haute qualité, adaptée aux besoins et financièrement abordable.

³ L'assurance obligatoire en cas de maladie est financée notamment par:

- a. des recettes supplémentaires à affectation fixe provenant de la taxe sur la valeur ajoutée, dans une proportion déterminée par la loi;
- b. des cotisations payées par les assurés, dans une proportion au moins équivalente; ces cotisations sont fixées en fonction du revenu et de la fortune réelle, ainsi qu'en tenant compte des charges familiales.

⁴ Les établissements d'assurance-maladie reçoivent, pour chaque personne assurée, des contributions provenant des moyens financiers prévus par l'alinéa 3. Les différences de risques entre assureurs sont compensées. Les excédents seront ristournés aux assurés.

⁵ La Confédération et les cantons veillent à la maîtrise des coûts de la santé. La Confédération prend notamment les mesures suivantes à cet effet:

- a. Elle régleme la médecine de pointe et coordonne les planifications sanitaires des cantons;
- b. Elle détermine le prix maximum des prestations apportées dans l'assurance obligatoire en cas de maladie, en y incluant les médicaments;
- c. Elle édicte des dispositions concernant les autorisations accordées aux fournisseurs de prestations et veille à un contrôle efficace de la qualité;
- d. Lorsque le volume des prestations fournies est excessif, elle édicte par branche et par région des mesures complémentaires tendant à la maîtrise des coûts.

Les cantons peuvent prendre des mesures plus étendues dans le domaine de la planification sanitaire.

II

Les dispositions transitoires de la constitution fédérale sont complétées comme suit:

Art. 197, ch. 2 (nouveau)

2. Disposition transitoire ad art. 117 (Assurance-maladie et assurance-accidents)

¹ Les prestations de la Confédération et des cantons en faveur du secteur de la santé sont au moins égales aux montants de l'année 1997, après adaptation au renchérissement.

² Les moyens financiers prévus par l'art. 117, al. 3, de la Constitution doivent correspondre au moins au total des primes versées au titre de l'assurance obligatoire en cas de maladie durant l'année précédant l'entrée en vigueur de la législation d'application.

³ Si la loi d'application de l'art. 117 ne peut pas être mise en vigueur dans les trois ans qui suivent l'acceptation de l'article constitutionnel, le Conseil fédéral édicte les dispositions d'application des al. 3 et 5 de l'art. 117 par voie d'ordonnance.

⁴ Il tiendra notamment compte des principes suivants:

- a. pour le calcul des cotisations selon l'art. 117, al. 3, let. b, on appliquera une exonération de 20 000 francs sur le revenu et de 1 000 000 francs sur la fortune réelle;
- b. la part des cotisations des assurés calculées en fonction de la fortune réelle selon l'art. 117, al. 3, let. b, se montera au moins au quart du total des cotisations perçues selon ce même alinéa.

Conséquences de l'initiative

Le mode de financement proposé devrait, certes, faire baisser les primes d'assurance-maladie de nombreux assurés. A première vue, il serait plus social qu'aujourd'hui. Mais à première vue seulement, car l'augmentation considérable du taux de la TVA affecterait tout le monde et encore plus, en proportion, les personnes qui, aujourd'hui, bénéficient d'une réduction de prime ou ne paient pas de prime du tout. Il faudrait jusqu'à 3,6 points de TVA de plus, ce qui représenterait quelque 8,5 milliards de francs de recettes supplémentaires. Et à supposer que les cantons ne participent plus au financement des prestations couvertes par l'assurance obligatoire, il faudrait même jusqu'à 5 points de TVA supplémentaires. Calculées en fonction du revenu et de la fortune, les primes auraient l'effet d'un impôt supplémentaire sur le revenu et la fortune. L'initiative instaurerait un financement croisé des dépenses de santé entre les cantons. Les primes ne refléteraient pratiquement plus la consommation des prestations de santé, laquelle varie considérablement d'un canton à l'autre. La concurrence et la sensibilisation au problème des coûts s'en trouveraient fortement réduites.

Position du Conseil fédéral et du Parlement

Le Conseil fédéral et le Parlement jugent contestable le système de financement de l'assurance-maladie proposé par l'initiative. Ils estiment aussi que l'initiative n'apporte pas de réponse satisfaisante à la question, lancinante, de savoir comment mieux contenir la progression des coûts. Enfin, l'augmentation du taux de la taxe sur la valeur ajoutée pèsera beaucoup plus lourdement sur les assurés à bas revenu, qui ne paient aujourd'hui aucune prime.

Renseignements

- Fritz Britt, vice-directeur, Office fédéral des assurances sociales, Tel. 031 322 90 04

Informations supplémentaires

- Message du Conseil fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)» (<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2000/3931.pdf>)
- Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)» du 5 décembre 2002 (<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2002/7566.pdf>)
- Argumentaire DFI/ OFAS contre l'«initiative-santé»
- Questions et réponses DFI/ OFAS concernant l'«initiative-santé»

Arguments contre l' « initiative-santé »

L'initiative est antisociale.

Un relèvement de la TVA reporte la charge financière sur l'ensemble de la population, mais les personnes qui ont de bas revenus sont, proportionnellement, davantage mises à contribution que les autres puisque la TVA a une incidence régressive. A tout le moins, les assurés qui aujourd'hui, grâce au système des réductions de primes, ne paient pas de prime, devraient passer à la caisse. En effet, ces réductions ne seraient pas compatibles avec le nouveau système. A l'heure actuelle, un tiers des assurés bénéficient d'une réduction ciblée de leurs primes ; grâce au dispositif de réduction de primes, env. 400'000 personnes – dont les presque 210'000 bénéficiaires de PC – sont déchargées de l'entier de leur prime.

On peut se demander en outre dans quelle mesure l'initiative constituerait un moyen approprié pour alléger vraiment les charges pesant sur la classe moyenne. Compte tenu de l'exonération prévue de 20 000 francs sur le revenu et de 1 000 000 de francs sur la fortune, la moitié environ des assurés ne paieraient pas de prime. Ainsi, c'est à l'autre moitié des assurés qu'il reviendrait d'assumer seule la totalité de la part des coûts de la santé désormais financée par les primes, soit un montant d'au moins 8,5 milliards de francs (dans l'hypothèse où la TVA en financerait la moitié). L'initiative demande une imposition uniforme du revenu, ce qui se traduirait par une nette augmentation de la charge résultant de l'impôt fédéral pour les petits et les moyens revenus, alors qu'aujourd'hui, l'IFD est progressif et qu'il charge moins les contribuables modestes que les gros.

L'initiative introduit un impôt sur la fortune au niveau fédéral.

Le dispositif de calcul des primes en fonction du revenu et de la fortune prévu par l'initiative équivaut à un impôt supplémentaire sur le revenu et la fortune. Actuellement, cependant, la fortune n'est pas imposée au niveau fédéral. Le Conseil fédéral rejette cette forme de modification indirecte du système fiscal. Ce dernier fait partie intégrante d'une politique financière qui a fait ses preuves et il ne doit donc être modifié que de manière ciblée et coordonnée.

Sans compter que si l'on plafonne les taux de prélèvements sur le revenu et la fortune, p. ex. pour éviter l'évasion fiscale des personnes fortunées, cette mesure toucherait en premier lieu les couches moyennes.

La TVA n'est pas un self-service.

Selon l'initiative, la TVA peut financer au plus la moitié des coûts de l'assurance-maladie obligatoire. Ce qui demande des recettes supplémentaires de TVA d'environ 8,5 milliards de francs, soit un relèvement de la TVA d'environ 3.6 points. Mais l'initiative pourrait avoir pour résultat une disparition complète de l'actuelle participation des cantons au financement des prestations de l'assurance de base. Dans ce cas, l'apport supplémentaire de la TVA devrait être de quelque 12 milliards de francs, ce qui nécessiterait un relèvement de la TVA d'environ 5 points. Sciemment, le Conseil fédéral et le Parlement n'ont accepté d'augmenter la TVA que pour faire face à des dépenses bien précises, notamment le financement de l'AVS et de l'assurance-invalidité.

Compensation des coûts entre les cantons.

Aujourd'hui, les primes diffèrent notablement d'un canton à l'autre, parce que la consommation des prestations de santé n'est pas la même. L'initiative réduit considérablement, voire supprime tout à fait la possibilité de fixer des primes différentes d'un canton à l'autre. Il en résulte un financement croisé des coûts de la santé. Le système de financement proposé contraindrait les assurés de cantons présentant actuellement des coûts de la santé bas à cofinancer les assurés établis dans des cantons « chers ».

L'initiative provoque un surcroît de travail administratif

L'initiative demande que les primes soient fixées en fonction de la situation financière et des charges familiales des assurés. Pour y parvenir, il faudra que les données concernant le revenu et la fortune des assurés soient communiquées non seulement aux autorités fiscales, mais aussi à l'organe qui prélève les primes. Par ailleurs, il serait plus difficile de fixer et d'encaisser les primes. La procédure de répartition des fonds entre les différentes caisses serait particulièrement complexe et lourde. Dans l'ensemble, les frais administratifs risqueraient d'être plus élevés qu'aujourd'hui.

L'initiative produit une étatisation

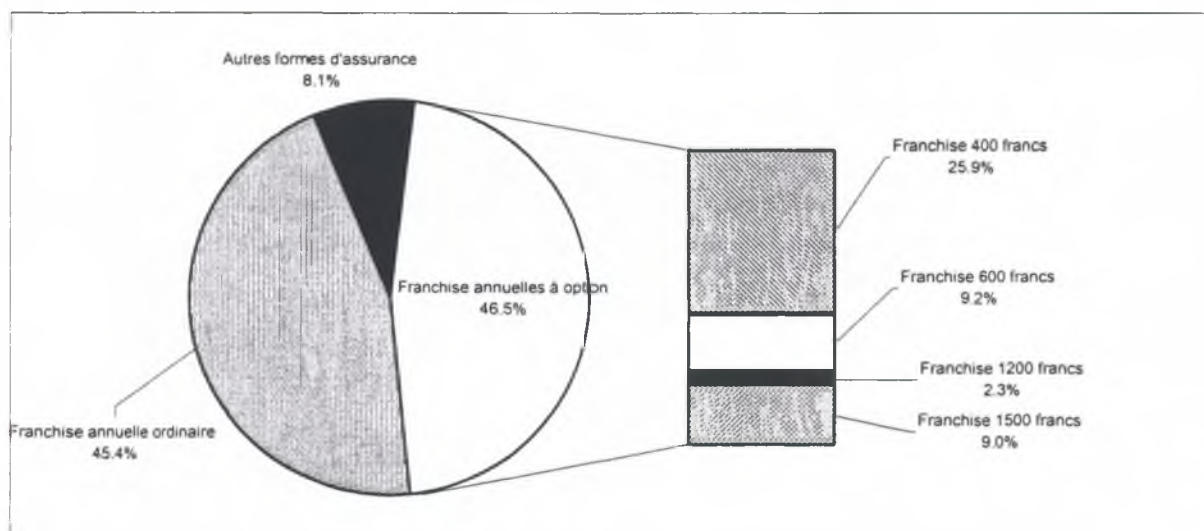
L'initiative prévoit d'attribuer à la Confédération des compétences supplémentaires en matière de contrôle des coûts. Cette dernière devrait assumer des tâches de planification et de pilotage relevant précédemment des cantons et fixer des prix plafonds. L'initiative exige des mesures dont certaines ont déjà été réalisées (prix des médicaments), ont déjà été discutées (planification de la médecine de pointe, conditions d'admission des fournisseurs de prestations) ou peuvent déjà actuellement être prises par les cantons (frein aux dépenses des hôpitaux et des établissements médico-sociaux). Il appartient aujourd'hui en premier lieu aux cantons de veiller à ce que, sur leur territoire, les personnes aient accès aux soins requis. Ils connaissent la situation et les besoins locaux. Les avantages que procure une telle proximité seraient perdus si les compétences étaient trop centralisées.

L'initiative affaiblit la conscience des coûts et la concurrence.

Le nouveau modèle de financement supprime quasiment toute concurrence entre assureurs et conduit à une centralisation poussée de l'assurance. Les caisses n'ont plus aucun intérêt à maîtriser les coûts de la santé.

Il deviendrait presque impossible de proposer des modèles « économiques » (franchises plus élevées, HMO, modèle du médecin de famille ou assurance avec bonus) offrant aux assurés, en échange de contraintes acceptées, la possibilité de payer des primes moins chères. De plus, en supprimant le lien entre les primes versées et les prestations consommées, on supprime aussi l'incitation pour les assurés à adopter un comportement conscients des coûts.

Graphique 1 : Répartition entre les formes d'assurances, adultes assurés en 2001



Renseignements

- Fritz Britt, vice-directeur, Office fédéral des assurances sociales, tél. 031 322 90 04

Coûts et financement du système de santé

Les coûts globaux du système de santé se sont élevés à plus de 46 milliards de francs en Suisse en 2002. Si l'on se place du point de vue du financement, les assurances sociales en assument la plus grande partie, soit 40 % ; mais on notera aussi que l'assurance-maladie obligatoire (ou assurance de base) assume 32 % des prestations à elle seule tandis que les 8 % restants sont répartis entre les autres assurances sociales. L'Etat – essentiellement les cantons – assume 15 % des coûts. La part des ménages au financement représente un tiers (33 %) des coûts. Elle se compose des paiements pour des prestations non couvertes par l'assurance-maladie (dites « out of the pocket »), soit essentiellement les soins en EMS, les soins dentaires, SPITEX et la participation aux coûts dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

Graphique 1 : Financement du système de santé

(en % du total 2002, estimé à 46,6 milliards de francs)

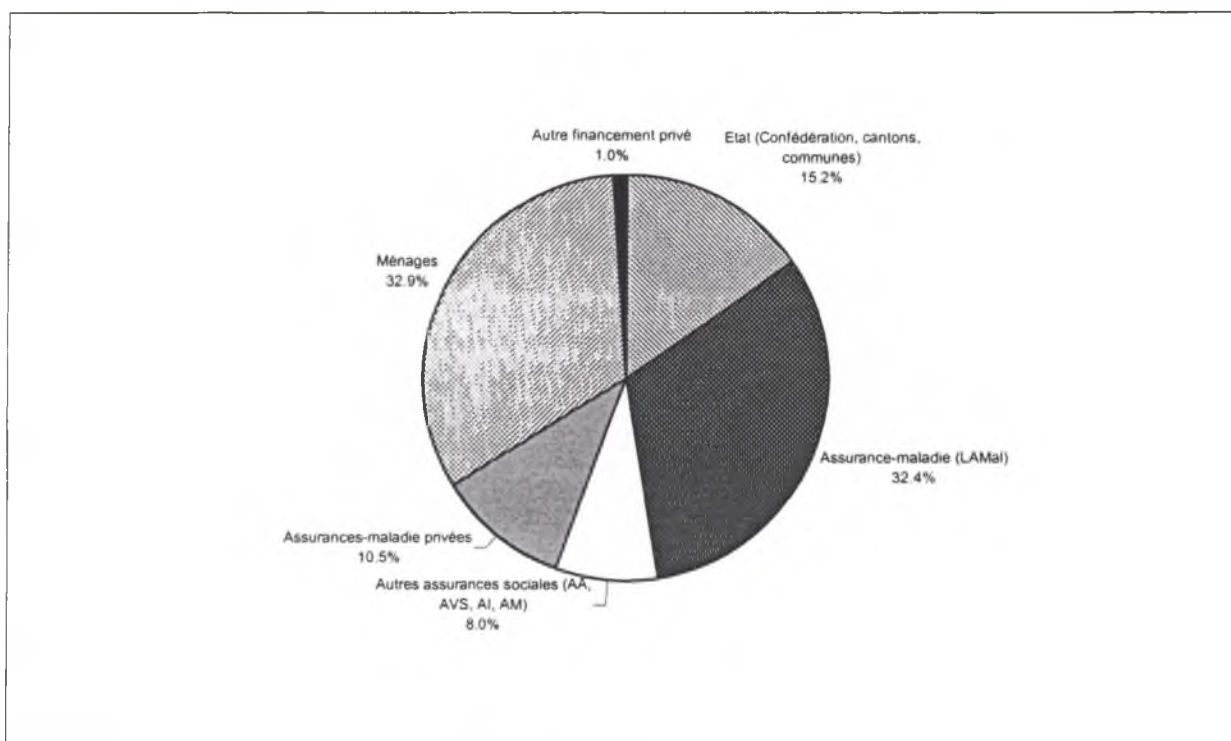


Tableau 1 : Prestations brutes de l'assurance-maladie obligatoire

en 2001 (total : 16,4 milliards de francs)

Les coûts des prestations fournies par l'assurance-maladie obligatoire se répartissent ainsi :

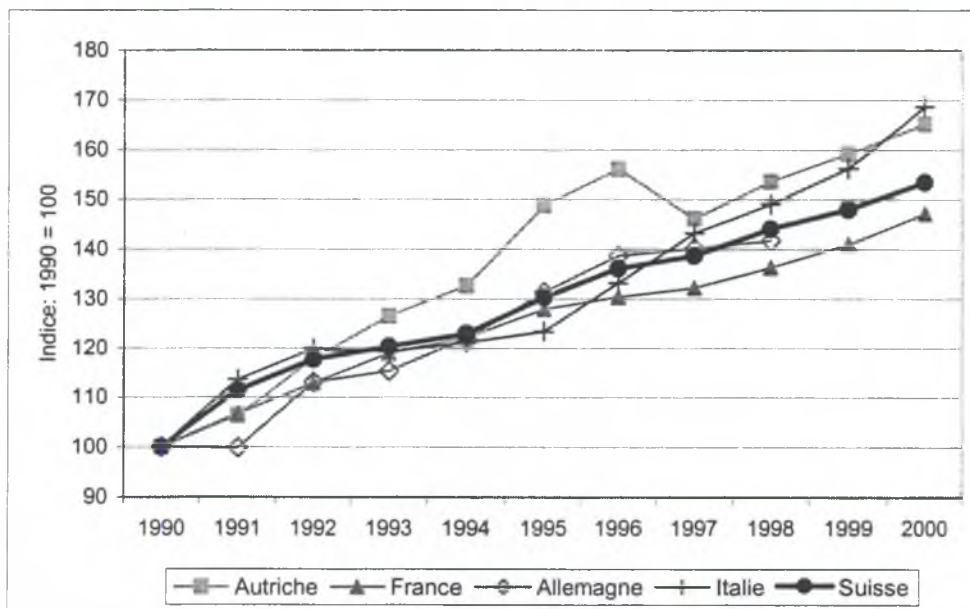
Groupe de coûts	Total	Part en %
Médecin (ambulatoire)	4'012	24.5%
Hôpital (séjours)	3'798	23.2%
Médicaments (pharmacie)	2'242	13.7%
Hôpital (ambulatoire)	1'926	11.8%
Médicaments (médecin)	1'271	7.8%
EMS + Spitex	1'528	9.3%
Physiothérapeutes	480	2.9%
Laboratoires	463	2.8%
Autres prestations	666	4.0%
Total des prestations	16'386	100.0%

La Suisse en comparaison internationale

En Suisse, comme dans tous les pays avoisinants d'ailleurs, les dépenses de santé par habitant ont connu une forte hausse depuis 1990. La hausse en Suisse est comparable à celle des pays voisins.

**Les dépenses de santé au sens de l'OCDE comprennent bien davantage de prestations que celles assumées par l'assurance-maladie obligatoire (p. ex. les coûts des traitements dentaires, ceux des médicaments achetés sans ordonnance ou encore les coûts hospitaliers assumés par les cantons).*

Graphique 3 : Evolution des dépenses de santé par habitant pour la période 1990-2000



Renseignements

- Herbert Känzig, Analyses fondamentales, Office fédéral des assurances sociales, tél. 031 322 91 48

Informations complémentaires

- Message du Conseil fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)» (<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2000/3931.pdf>)
- L'argumentaire contre l' « initiative-santé »
- Les questions et réponses concernant l' « initiative-santé »

Mesures prises par la Confédération, le Parlement et les cantons

Il est incontestable que le système d'assurance-maladie actuel présente encore des faiblesses auxquelles il s'agit de remédier. En particulier, il importe de réduire les charges que l'assurance fait peser sur les familles aux revenus moyens, qui aujourd'hui ne bénéficient pas des réductions de primes. Il faut également développer et affiner encore les instruments servant à la maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral et le Parlement s'efforcent d'optimiser la loi sur l'assurance-maladie dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal et des travaux engagés après la séance spéciale du Conseil fédéral du 22 mai 2002.

Mesures visant à décharger les familles

Grâce aux réductions de primes, la majeure partie des assurés de condition modeste sont entièrement ou partiellement délestés de la charge financière que représente pour eux l'assurance-maladie. Mais le fardeau des primes reste trop lourd pour les familles disposant d'un revenu moyen ; le système des réductions de primes doit donc être corrigé pour que ces familles puissent en bénéficier aussi. La Confédération et les cantons ont entrepris des efforts sur le plan de la législation et de l'application en vue de décharger en priorité les familles ayant un revenu moyen. Les corrections à moyen terme proposées dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal font actuellement l'objet des débats parlementaires.

Au cours de la session de printemps 2003, le Conseil des Etats, s'inspirant de la proposition du Conseil fédéral, a décidé que la charge maximale des primes d'assurance-maladie, pour les familles avec enfants, ne devait pas dépasser 2 à 10 % du revenu du ménage, selon son importance ; pour les autres assurés, elle pourrait atteindre entre 4 et 12 % selon les cas. Il est prévu en outre que la prime soit réduite de moitié pour le deuxième enfant et tout simplement supprimée pour les enfants suivants. Les subsides fédéraux destinés aux réductions de primes doivent être augmentés de 150 millions de francs dès 2004, passant à 2,534 milliards de francs, et par la suite être adaptés par le Conseil fédéral compte tenu de la situation financière.

Mesures visant à la maîtrise des coûts

Le Conseil fédéral entend juguler la hausse excessive des coûts de la santé par des adaptations du droit fédéral et une utilisation plus efficace des instruments offerts par le droit en vigueur.

Les acteurs du domaine de la santé sont encore trop peu familiarisés avec ceux qui sont prévus par la LAMal pour s'en servir efficacement. La principale raison pour laquelle la hausse des coûts des prestations de soins reste supérieure à celle du coût de la vie et à l'évolution des salaires tient à l'augmentation des quantités. Les offreurs de prestations sont toujours plus nombreux sur le marché de la santé, et la consommation de ces prestations (médicaments compris) s'accroît en parallèle. De ce fait, les coûts de la santé augmentent chaque année de plus de 5 %, alors que l'indice des prix ne connaît depuis 1994 que des hausses comprises entre 0 et 1 %.

Des **mesures à court terme** ont en partie déjà été réalisées. Par exemple, on demande plus souvent l'avis du médecin-conseil avant de recourir à certaines prestations médicales.

2^e révision partielle de la LAMal : Lors de la session de printemps 2003, le Conseil des Etats a adopté la révision, qui retourne devant le Conseil national. Elle prévoit un système plus simple et plus transparent de financement des hôpitaux, qui aura pour triple effet d'inciter les partenaires tarifaires à conclure des conventions modérant les coûts, de supprimer les éléments incitant les cantons à accroître les dépenses et de permettre de mieux maîtriser les coûts à long terme. Cet objectif sera atteint principalement grâce à un financement orienté sur les prestations et à une plus claire répartition des coûts entre l'assurance-maladie et les cantons. Sur la question essentielle de la suppression de l'obligation de contracter entre assureurs et fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire, le Conseil des Etats a adopté tacitement le nouveau modèle, qui prévoit que les cantons pourront fixer le nombre de fournisseurs de prestations (p. ex. de médecins des diverses spécialités) dont ils ont besoin sur le territoire, tout en étant tenus de prendre en compte l'offre des

cantons voisins. Chaque assureur-maladie pratiquant dans le canton ne pourra plus collaborer qu'avec au moins ce nombre de fournisseurs de prestations. Les contrats dureront quatre ans et pourront être résiliés dans un délai de 18 mois. Les fournisseurs de prestations qui pratiquent déjà à la charge de l'assurance-maladie sociale auront droit, à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, à un contrat de quatre ans. Enfin, la réglementation de la participation des assurés aux coûts a été revue. Les assurés qui optent pour des formes particulières d'assurance (p. ex. HMO), pour autant qu'elles soient proposées, continueront de payer une franchise de 10 %, mais celle-ci sera portée à 20 % pour tous les autres assurés. Le but de cette mesure est de promouvoir les réseaux. Le montant de la franchise annuelle de base (actuellement 230 fr.) doit être fixé par le Conseil fédéral.

Il existe encore, en dehors de ces premiers travaux législatifs, plusieurs projets qui devraient aussi avoir pour résultat une meilleure maîtrise des coûts.

- L'un de ces projets entend passer au crible les prestations médicales à la charge de l'assurance obligatoire des soins et en contrôler l'adéquation. Mieux **contrôler le volume et l'adéquation des prestations** constitue un objectif important. Il importe en particulier de renforcer chez les praticiens, par des moyens appropriés, la conscience de leur responsabilité lorsqu'ils appliquent des méthodes et des thérapies médicales. On pourra y parvenir par une approche partenariale, avec des lignes directrices et des systèmes experts, ou une voie contraignante, de type second avis médical ou carte de patient.
- Des efforts visant à freiner l'évolution des coûts en assurant la **garantie de la qualité** sont également en cours. Les organisations faïtières des hôpitaux et des assureurs-maladie sont en train de négocier une nouvelle convention en la matière. Celle-ci prévoit une mesure de la qualité dans tout le pays au moyen d'indicateurs. Par ailleurs, l'amélioration de la sécurité des patients fait l'objet d'un programme spécial impliquant des représentants des fournisseurs de prestations.

A propos d'une meilleure **planification et coordination de la médecine de pointe**, le message du Conseil fédéral concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) avance des propositions : il prévoit que la compétence de garantir l'accès à la médecine de pointe et aux traitements hospitaliers reste du ressort des cantons. Selon le message, ce domaine fera partie intégrante de la coopération intercantonale, avec une compensation des charges. Le Conseil des Etats a également repris ce thème dans la révision en cours de la LAMal. Il a suivi la majorité de la commission, selon laquelle les cantons sont tenus de planifier ensemble la médecine de pointe, la Confédération intervenant à titre subsidiaire s'ils n'entreprennent rien. Il a rejeté par contre la proposition de la minorité, selon laquelle le Conseil fédéral aurait pu édicter des principes en matière de planification cantonale.

Renseignements

- Theodor Laubscher, Domaine Maladie et accident, Office fédéral des assurances sociales, tél. 031 322 91 09

Informations complémentaires

- Analyse des effets de la LAMal (<http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/f/01121701.htm>)

Avis du Conseil fédéral

L'« initiative-santé » bouleverse le système de financement de l'assurance-maladie obligatoire. Elle entraîne une augmentation considérable du taux de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et a l'effet d'un impôt supplémentaire sur le revenu et la fortune. Elle désavantage de nombreux assurés à bas revenus. En outre, elle n'apporte pas de réponse satisfaisante à la question, pressante, de savoir comment mieux maîtriser les dépenses de santé. Elle réduit même fortement la concurrence et la sensibilisation au problème des coûts. Le Conseil fédéral rejette l'initiative, notamment pour les raisons suivantes :

La TVA n'est pas un libre-service

L'initiative ne dit pas quelles parts la TVA, les cotisations des assurés et la participation des cantons doivent représenter dans le financement de l'assurance-maladie obligatoire. Pour que l'initiative atteigne ses objectifs, il faut que les prestations assurées soient financées pour une grande part par la TVA. Si l'on admet que cette part est de moitié, il faut dégager environ 8,5 milliards de recettes supplémentaires, ce qui représente une augmentation du taux de la TVA de 3,6 points environ. Et à supposer, ce qui est envisageable selon le texte de l'initiative, que la participation des cantons au financement des prestations couvertes par l'assurance obligatoire soit tout simplement supprimée, il faudrait dégager jusqu'à 12 milliards de recettes supplémentaires à partir de la TVA, ce qui représenterait jusqu'à 5 points de TVA de plus. Or, le Conseil fédéral et le Parlement ont fait preuve jusqu'à présent d'une grande retenue en la matière et réservé délibérément les augmentations du taux de la TVA à des tâches particulières, en particulier au financement de l'AVS et de l'assurance-invalidité. Recourir à la TVA pour un oui ou pour un non pourrait créer une dynamique incontrôlable. Aussi le Conseil fédéral rejette-t-il le mode de financement proposé.

Il n'y a pas d'impôt fédéral sur la fortune

Le mode de détermination des primes proposé par l'initiative a l'effet d'un impôt supplémentaire sur le revenu et la fortune. Or, il n'existe pas, aujourd'hui, d'impôt fédéral sur la fortune. Le Conseil fédéral s'oppose à ce qu'il considère comme une intervention indirecte dans le système fiscal. Ce système fait partie intégrante de notre politique financière; il a fait ses preuves et ne saurait être transformé que de manière ciblée et coordonnée.

Les bas revenus seront désavantagés

L'augmentation du taux de la TVA touche tout le monde, mais pèse plus lourdement, en proportion, sur les personnes à bas revenus. Les assurés qui, grâce à la réduction des primes, ne paient pas de cotisation aujourd'hui devraient eux aussi passer à la caisse. Le nouveau mode de financement serait incompatible avec le système actuel de réduction des primes. Aujourd'hui, le montant des primes varie beaucoup d'un canton à l'autre parce que le volume de prestations consommées varie lui aussi selon les cantons. L'initiative réduirait fortement la possibilité de différencier les primes selon les cantons, voire la supprimerait. Il en résulterait un financement croisé des dépenses de santé entre ces derniers.

Le problème majeur ne sera pas résolu

Le problème majeur de l'assurance-maladie obligatoire est l'augmentation des dépenses de santé. Si les dépenses augmentent, c'est surtout parce que les prestataires de soins sont de plus en plus nombreux et que la consommation progresse parallèlement à l'offre. Ce n'est pas en bouleversant le système de financement et en prélevant plus d'impôts que l'on résoudra ce problème.

Pas de proposition convaincante pour maîtriser les coûts

Pour améliorer la maîtrise des coûts, l'initiative propose d'attribuer des compétences supplémentaires à la Confédération. Cette dernière devrait, pour l'essentiel, assumer des tâches de direction et de planification dévolues aux cantons et fixer des prix maximaux. L'initiative exige des mesures dont certaines sont déjà réalisées (prix des médicaments), qui sont déjà en discussion (planification de la médecine de pointe, dispositions sur l'admission des fournisseurs de prestations) ou que les cantons peuvent déjà mettre en place (frein aux dépenses des hôpitaux et des établissements médico-sociaux). Actuellement, la santé relève au premier chef de la responsabilité des cantons. Ils connaissent les besoins de leur population et les réalités locales. Si l'on centralisait les compétences à l'excès, on perdrait ce rapport de proximité. L'initiative n'apporte pas de solution convaincante au problème de la maîtrise des coûts.

Diminution massive de la concurrence et de la sensibilisation au problème des coûts

Le système de financement proposé supprime presque entièrement la concurrence entre les caisses et centralise dans une large mesure l'assurance-maladie. Les modèles plus économiques, dans lesquels les assurés acceptent certaines restrictions en contrepartie d'un rabais sur leur prime (franchise plus élevée, collectif médical HMO, modèle dit du médecin de famille, assurance avec bonus), ne seront guère réalisables avec le mode de calcul des primes proposé. Les assurés ne seront donc plus incités à se soucier des coûts et les caisses se montreront moins intéressées à maîtriser les dépenses. Les médecins, les hôpitaux et les industries du secteur médical ne seront plus, eux non plus, portés à convenir de prix ou de tarifs particulièrement avantageux. Et comme une augmentation des dépenses de santé entraînerait un relèvement de la TVA, les acteurs de la santé seront tous moins responsabilisés par rapport au problème du financement, ce qui ne fera qu'alimenter la spirale des coûts.

Extension du droit de regard sur les données relatives au revenu et à la fortune

L'initiative prévoit de fixer les primes en fonction de la situation financière et des charges familiales de l'assuré. Pour ce faire, il faudra que les données relatives au revenu et à la fortune soient communiquées non seulement aux autorités fiscales, mais aussi à l'organe qui perçoit les primes. De plus, la détermination et la perception des primes deviendront très compliquées. La répartition des montants entre les caisses, en particulier, soulèvera des difficultés. Par conséquent, le coût administratif risque d'être plus élevé qu'aujourd'hui.

La Confédération entend réduire les coûts dans le cadre du système actuel

La loi sur l'assurance-maladie garantit des soins de santé de qualité à toute la population. La réduction des primes apporte un correctif social au système de financement. Pourtant, les primes ne cessent d'augmenter et font peser une charge financière de plus en plus lourde sur les assurés. Le Conseil fédéral est conscient de cette situation, mais il estime qu'elle ne justifie pas une refonte contestable du mode de financement.

Il reste attaché au système actuel, qui est fondé sur la concurrence et incite tous les acteurs de la santé à adopter un comportement responsable en matière de coûts. Car son objectif prioritaire est d'améliorer la maîtrise des coûts. Soucieux, aujourd'hui comme hier, d'infléchir l'évolution des dépenses, il vient de proposer au Parlement un système de financement des traitements hospitaliers à la fois simple et transparent qui permettra, à terme, de mieux réguler les coûts. La Confédération a aussi lancé des projets destinés à garantir la qualité et à limiter les traitements superflus.

Le Conseil fédéral ne se contente pas d'agir sur les facteurs de coûts; il intervient aussi au niveau du budget des assurés. Pour rendre encore plus social le système de réduction des primes, qui allège déjà les charges des personnes disposant de faibles ressources, il entend décharger de façon plus ciblée les familles de condition économique modeste.

Au vu de ce qui précède, le Conseil fédéral et le Parlement vous recommandent de rejeter l'initiative « La santé à un prix abordable (initiative-santé) ».

Adresses, Informations

Comités

Préconisateurs

Association « La santé à un prix abordable »

Case postale 837

1701 Fribourg

Telefon 031 329 69 94

E-Mail: info@gesundheit-sante.ch

<http://www.gesundheit-sante.ch>

Opposants

Comité «NON à l'initiative du PS et à l'impôt sur la santé»

Case postale 6136

3001 Bern

E-Mail: info@gesundheitssteuer-nein.ch

<http://www.impotsante-non.ch>

«santésuisse»

Römerstrasse 20

4500 Solothurn

Tel: 032 625 41 41

E-Mail : info@santesuisse.ch

<http://www.santesuisse.ch>

Informations supplémentaires

- Message du Conseil fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)» (<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2000/3931.pdf>)
- Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)» du 5 décembre 2002 (<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2002/7566.pdf>)

Questions et réponses concernant l'«initiative-santé»

Informations de base

Quel est le but de l'initiative?

L'initiative a été lancée par le Parti socialiste suisse dans le but de modifier radicalement le système de financement de l'assurance-maladie obligatoire. Elle demande que les coûts de l'assurance soient payés à la fois par les primes des assurés et, ce qui est nouveau, par des recettes supplémentaires de TVA pouvant couvrir jusqu'à la moitié des coûts. Les primes seraient fixées sur la base du revenu, de la fortune et des charges familiales. Par ailleurs, un certain nombre de compétences en matière de planification et de pilotage seraient transférées des cantons à la Confédération.

Pourquoi la Confédération tient-elle à conserver le système actuel?

Si le Conseil fédéral préfère le système actuel, c'est que celui-ci fait une place à la concurrence et incite tous les acteurs à adopter des comportements responsables d'un point de vue financier, dans le but de maîtriser les coûts. Son objectif prioritaire est de mieux contrôler les coûts. Dans ce but, il a pris des mesures concernant les coûts et en prend encore : il a proposé au Parlement un système plus simple et plus transparent de financement des traitements hospitaliers, particulièrement onéreux. Cette mesure permettra de mieux maîtriser les coûts à long terme et supprimera les éléments incitant les cantons à accroître les dépenses.

Mais le Conseil fédéral ne prend pas seulement des mesures sur le front des coûts. Il agit aussi au niveau du porte-monnaie des assurés, puisqu'il veut rendre encore plus social un système de financement déjà doté de mécanismes de compensation à orientation sociale. Il entend ainsi décharger davantage encore, au moyen de la réduction de primes, les familles qui ont de bas revenus.

Financement

De combien de points la TVA devrait-elle être relevée si l'initiative était acceptée ?

Si l'on voulait financer la moitié des coûts de l'assurance-maladie obligatoire au moyen de la TVA, celle-ci devrait rapporter quelque 8,5 milliards de francs de plus, ce qui correspond à une augmentation de la TVA d'environ 3,6 points. Mais si, comme le permet la disposition constitutionnelle contenue dans l'initiative, les cantons ne devaient plus du tout participer au financement des prestations de l'assurance de base, la TVA devrait même rapporter près de 12 milliards de plus, ce qui correspond à une augmentation d'environ 5 points.

Même dans l'hypothèse où l'apport de la TVA ne représenterait que 25 % des coûts, le taux de la taxe devrait tout de même être augmenté de 1,8 à 2,5 points.

Le taux de TVA serait nécessairement relevé chaque fois que les coûts de la santé augmentent et les différents acteurs du système se préoccuperaient moins des problèmes de financement. En fin de compte, les coûts augmenteraient davantage encore.

Jusqu'ici, le Conseil fédéral et le Parlement ne recouraient pas volontiers à la TVA. Sciemment, ils n'ont accepté d'augmenter la taxe que pour faire face à des dépenses ciblées : le financement de l'AVS et de l'assurance-invalidité. Considérer la TVA comme la solution à tous les problèmes pourrait déclencher un processus aux conséquences incontrôlables.

Quels coûts de la santé sont aujourd'hui couverts par l'assurance-maladie obligatoire ?

Les prestations dispensées par un fournisseur de prestations dans le cadre d'un diagnostic ou du traitement d'une maladie, ou en cas d'infirmité congénitale, d'accident – dans la mesure où ce dernier n'est pas couvert par l'assurance-accidents obligatoire – ne sont prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire que si elles sont efficaces, appropriées et économiques. Des prestations sont en outre versées en cas de maternité.

Le montant total des coûts liés à l'assurance-maladie obligatoire s'élève à environ 24 milliards de francs (extrapolation pour 2002), ce qui équivaut à plus de la moitié des dépenses de santé globales (plus de 46 milliards de francs). Les 24 milliards de francs comprennent la part des cantons pour le financement des hôpitaux (environ 7 milliards), la participation des assurés aux frais (2,4 milliards) et les frais administratifs des assureurs (0,9 milliards). Les prestations nettes des caisses-maladie, à savoir l'ensemble des prestations de

soins remboursées par les caisses après déduction de la participation des assurés, se montaient en 2002 à près de 14 milliards de francs. Les prestations payées par les assurances complémentaires ne sont pas incluses dans ces calculs.

Que deviendra la part cantonale au financement des coûts de la santé ?

La participation des cantons au financement est remise en cause par la disposition constitutionnelle prévue par l'initiative. A l'heure actuelle, les cantons prennent en charge une partie des coûts hospitaliers relevant de l'assurance, pour un montant de quelque 7 milliards de francs par année. Ils pourraient réduire leur contribution, voire la supprimer, la chose n'est pas claire. L'initiative affirme que l'assurance doit être financée notamment par la TVA et par des primes payées par les assurés en fonction de leur revenu et de leur fortune. Nulle part il n'est question d'une participation cantonale. Dès lors, il est peu probable que les cantons maintiendraient leur contribution au niveau actuel.

Application

Qui fournira à ma caisse les données concernant mon revenu et ma fortune, dont elle aura besoin pour calculer ma prime ?

L'initiative demande que la situation financière des personnes et leurs charges familiales soient prises en compte dans le calcul des primes. Par conséquent, les données concernant le revenu et la fortune des assurés ne devront plus être communiquées aux seules autorités fiscales, mais également à l'organe qui prélève les primes. Ce rôle peut - mais ne doit pas forcément - être rempli par l'assureur-maladie. Si un organe central d'encaissement l'assumait en lieu et place de l'assureur, on ne voit plus très bien à quoi pourraient encore servir les caisses-maladie. Par ailleurs, il serait très difficile de fixer et d'encaisser les primes. La procédure de répartition des fonds entre les différentes caisses serait particulièrement complexe et lourde. Les charges administratives ne seraient assurément pas plus basses qu'aujourd'hui.

– Comment se présenterait le système à mettre en place ?

Quel que soit le système, la distribution aux assureurs-maladie de la part provenant de la TVA devrait être effectuée par un organe central. Mais ce n'est pas tout, puisque seul un organe central opérant au niveau suisse ou cantonal paraît raisonnablement en mesure de remettre aux assureurs-maladie la part de prime liée au revenu et à la fortune. En effet, si les assurés devaient verser directement leur part de prime à leur caisse, les assureurs auxquels sont affiliées davantage de personnes ayant de hauts revenus et une grande fortune seraient avantagés. Les assureurs seraient dès lors incités à attirer par tous les moyens les assurés

les plus riches.

– Et la protection des données ?

Le revenu et la fortune des personnes devraient être communiqués à un organe supplémentaire au moins. Le cas échéant, les autorités fiscales devraient certifier, à l'intention des assureurs-maladie, que les personnes entrent dans telle ou telle catégorie de revenu et de fortune. Certes, le problème de la protection des données pourrait être résolu au moyen d'une loi. Mais il n'en reste pas moins que les assurés se verraient contraints de faire part de leur situation financière à un tiers.

Primes

Les assurés de Suisse centrale devront-ils financer les primes des Genevois?

Puisque la TVA contribuera au financement du système, la charge ne sera plus aussi étroitement liée qu'aujourd'hui aux coûts de la santé dans les régions de primes. Mais il sera aussi difficile de faire des distinctions entre régions parce que les primes dépendront du revenu et de la fortune.

– Les primes pourront-elles encore être fixées en tenant compte des différences de coûts entre les cantons ou le nouveau système favorisera-t-il, à terme, l'introduction d'une prime unique dans toute la Suisse?

Actuellement, les primes varient selon les cantons, parce que la consommation de prestations n'est pas la même. Si l'initiative est acceptée, il sera impossible ou très difficile de continuer à appliquer ce principe.

Qu'advient-il des réductions de primes ? Seront-elles encore accordées?

La réduction de primes est incompatible avec le système proposé, qui prévoit de lier la prime au revenu et à la fortune. En effet, dans les deux cas, un même objectif est visé : tenir compte de la capacité économique des assurés.

Dans quelle mesure les assurés qui, aujourd'hui, ne paient plus de primes parce qu'ils bénéficient d'une réduction seront-ils mis à contribution ?

Le financement complémentaire faisant appel à la TVA reporte la charge sur l'ensemble de la population. Mais les personnes qui ont de bas revenus sont, proportionnellement, davantage mises à contribution que les autres. Ainsi les assurés qui aujourd'hui ne paient pas de primes parce qu'ils bénéficient d'une réduction de primes seraient mis quotidiennement à contribution à chaque achat de nourriture, de biens ou de services. Le nouveau système ne permet plus de réduire les primes des assurés.

– Combien d'assurés seraient concernés par ce changement?

On estime aujourd'hui qu'environ 400 000 personnes, dont près de 210 000 perçoivent également des prestations complémentaires (PC), ne paient pas de primes parce qu'elles

bénéficient de réductions de primes.

Au total, un tiers des assurés (2,38 millions de personnes) bénéficient d'une réduction de primes, d'un montant moyen de 1118 francs en 2001.

Le supplément de TVA que doivent payer les assurés qui bénéficient aujourd'hui d'une réduction de primes leur sera-t-il remboursé ?

Non.

Prestations

L'initiative a-t-elle un impact sur le catalogue des prestations prises en charge?

En principe, les mêmes prestations qu'aujourd'hui pourraient être prises en charge. Cela dit, si des prix plafonds sont fixés, il faudra établir une liste positive également pour les domaines dans lesquels il n'y a pas aujourd'hui de liste exhaustive (par ex. pour les traitements médicaux). Cette mesure pourrait entraîner une réduction du catalogue des prestations.

Maîtrise des coûts

Des modèles « économiques », incitant à tenir davantage compte des coûts et permettant de payer des primes moins chères pourront-ils encore être proposés ?

Il deviendra difficile d'offrir des modèles « économiques » imposant des contraintes aux assurés, mais leur permettant en même temps de payer des primes moins chères (franchises plus élevées, HMO, modèle du médecin de famille ou assurance avec bonus). En effet, surtout pour les assurés payant de petites primes, il pourrait s'avérer impossible d'élaborer des systèmes avec rabais qui restent attrayants, la moitié des coûts (au maximum) étant financés par la TVA et le revenu et la fortune étant pris en compte dans le calcul des primes. De ce fait les assurés n'auraient plus intérêt à adopter des comportements responsables concernant les coûts de leurs soins.

Participation des assurés aux coûts : quel impact sur la franchise ordinaire et sur la quote-part ?

L'initiative n'aborde pas ce thème. Les auteurs de l'initiative affirment que le modèle pourrait prévoir une participation aux coûts. A l'instar des primes, celle-ci pourrait dépendre du revenu et de la fortune. Mais un tel système accroîtrait aussi les charges administratives.

Quelles mesures de maîtrise des coûts l'initiative prévoit-elle ? Quelles sont les compétences réellement nouvelles ?

L'initiative prévoit d'attribuer à la Confédération des compétences supplémentaires pour contrôler les coûts. Cette dernière devrait assumer des tâches de planification et de pilotage

relevant précédemment des cantons, et fixer des prix plafonds. La Confédération devrait ainsi déterminer de manière contraignante toutes les prestations obligatoirement prises en charge par l'assurance-maladie, y compris les prestations médicales, et établir leurs prix plafonds.

Les autres propositions des auteurs de l'initiative

- soit ont déjà été réalisées (prix plafonds : liste des analyses, liste des médicaments avec tarif, liste des moyens et appareils, liste des spécialités, publication de dispositions à l'intention des fournisseurs de prestations concernant le contrôle de l'économicité et de la qualité),
- soit ont déjà été discutées, mais n'ont pas encore été mises en pratique (RPT : les cantons doivent continuer à avoir la haute main sur la planification de la médecine de pointe, mais il sont tenus d'entreprendre cette planification en collaboration avec d'autres cantons),
- soit doivent (planification hospitalière) ou peuvent aujourd'hui déjà être mises en œuvre par les cantons (mesures extraordinaires pour réduire l'augmentation des coûts comme les budgets globaux dans le domaine hospitalier ou les restrictions concernant l'admission des fournisseurs de prestations).

Selon le droit actuel, la Confédération ne peut, en règle générale, exercer qu'une influence indirecte sur la planification et le pilotage du système de santé effectués par les cantons, puisqu'elle ne peut agir qu'en sa fonction d'instance de recours appelée à trancher en cas de litiges portant sur les décisions prises par les gouvernements cantonaux en matière de planification (notamment dans le domaine hospitalier) et de tarifs (également d'approbation de tarifs faisant l'objet d'une convention).

Le Conseil fédéral a édicté une ordonnance concernant le gel des admissions des fournisseurs de prestations. Dans ce domaine, les cantons ont une certaine marge de manœuvre, puisqu'ils peuvent prévoir des exceptions.

La Confédération a une compétence réglementaire limitative dans les domaines des analyses, des médicaments et des moyens et appareils (tant en ce qui concerne l'obligation de prise en charge qu'en matière de prix / prix plafonds).

Toutes les prestations particulières relatives à la maternité, les soins à domicile et en établissement médico-social, les traitements dentaires, la physiothérapie et l'ergothérapie, le conseil nutritionnel ou pour diabétique, la logopédie, ainsi que les mesures préventives sont

déterminées au niveau fédéral (cela ne concerne toutefois pas les prix). Par ailleurs, les conventions tarifaires applicables dans toute la Suisse, ainsi que les structures tarifaires négociées à l'échelon national doivent être approuvées par la Confédération.

Contrôle des coûts : quelles compétences nouvelles attribuées à la Confédération sont-elles aujourd'hui du ressort des cantons ?

Il appartient aujourd'hui en premier lieu aux cantons de veiller à ce que, sur leur territoire, les personnes aient accès aux soins requis. Les cantons peuvent mettre à profit la connaissance qu'ils ont de la situation et des besoins de la population locale pour établir leurs planifications. Les avantages que procure une telle proximité seraient perdus si les compétences étaient trop centralisées.

Quelles mesures de maîtrise des coûts la Confédération a-t-elle prises depuis le dépôt de l'initiative en 1999 et quelles mesures sont en préparation ?

Les Chambres fédérales, mais également le Conseil fédéral, le Département fédéral de l'intérieur et l'Office fédéral des assurances sociales ont déjà mis en œuvre tout un éventail de mesures de maîtrise des coûts. Des mesures supplémentaires sont prévues à court, moyen et long terme.

Les mesures suivantes ont été adoptées dans le cadre de la 1^{re} révision partielle de l'assurance-maladie :

- Substitution par des génériques : le pharmacien peut remplacer des préparations originales par des génériques, à moins que le médecin n'exige expressément la remise d'une préparation originale. Les génériques sont des médicaments qui, au niveau de leur composition, de leur dosage et de leur quantité, équivalent à la préparation originale. Ils sont nettement moins chers que les préparations originales, parce qu'il ne faut pas rembourser des frais de recherche au fabricant.
- Le Conseil fédéral peut, pour une durée limitée de trois ans au maximum et s'il s'agit d'une mesure spéciale, faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission de fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral a fait entre-temps usage de cette compétence et édicté l'ordonnance correspondante.

Par ailleurs, les dispositions suivantes notamment ont été prises par voie d'ordonnance :

- Nouveau modèle de rémunération des pharmaciens (RBP), élargissement du groupe des pays de référence pour la comparaison des prix, accélération de l'examen de l'économicité et de la procédure d'admission ;
- Certaines prestations nécessitent désormais l'accord préalable du médecin-conseil.

L'éventail de traitements subordonnés à une autorisation préalable sera régulièrement élargi ces prochaines années après une évaluation précise.

- Directives pour améliorer la transparence dans la saisie des coûts et des prestations dans les hôpitaux et les EMS. La transparence des coûts résultant de la saisie des données sur une base unifiée est une condition essentielle pour améliorer la comparabilité et, partant, pour maîtriser les coûts.

Par ailleurs, l'OFAS a émis, à l'intention des assureurs-maladie, des directives visant à rendre plus efficace l'application du principe d'économicité des traitements.

Enfin, différentes mesures de maîtrise des coûts sont envisagées dans le cadre des prochaines révisions partielles de la LAMal, comme la promotion de la liberté contractuelle et du managed care, la modification du financement hospitalier par des mesures encourageant à maîtriser les coûts, une participation aux coûts plus ciblée et la restructuration du financement des frais de soins aussi bien dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier.

Assureurs

Quel serait l'impact de l'initiative sur les assureurs en matière de concurrence ?

Le nouveau modèle de financement supprime quasiment toute concurrence entre assureurs et entraîne de fait une centralisation poussée de l'assurance.

Pourquoi le système entraîne-t-il une centralisation ?

Le rôle de la Confédération en matière de pilotage, de planification et de coordination dans le domaine de la santé est nettement renforcé puisqu'elle est appelée à intervenir dans le domaine de la médecine de pointe, à coordonner les planifications cantonales, à fixer les prix plafonds et à établir des listes positives dans tous les domaines.

La création d'un organe central d'encaissement et la diminution de la concurrence devraient par ailleurs entraîner une réduction du nombre d'assureurs.

La création d'un organe central d'encaissement n'entraînera-t-elle pas à terme la création d'une caisse unique ?

L'existence d'une centaine d'assureurs se justifierait-elle encore?

Certes, l'initiative affirme textuellement que l'assurance obligatoire est effectuée par des établissements d'assurance d'utilité publique. Mais on peut penser à bon droit que l'initiative rendra la concurrence beaucoup moins intéressante pour les assureurs et accélérera de ce fait le processus de concentration.

Les négociations tarifaires, qui sont un des vecteurs de la concurrence, auront-elles encore un sens ? Dans quelle mesure les caisses auront-elles encore intérêt à exercer un contrôle sur les coûts ?

Les caisses n'auront plus intérêt à exercer un contrôle sur les coûts ni à négocier des tarifs ou des prix particulièrement avantageux avec les fournisseurs de prestations (médecins, hôpitaux, industrie pharmaceutique). Le taux de TVA étant forcément relevé chaque fois que les coûts de la santé augmentent, les acteurs du système se préoccuperaient moins des problèmes de financement, ce qui, en fin de compte, ne ferait qu'accentuer encore la hausse des coûts.

Réglementation transitoire

Quand la nouvelle réglementation entrerait-elle en vigueur si l'initiative devait être acceptée ?

La nouvelle réglementation ne s'appliquera que lorsque la loi d'application sera en vigueur. Si la loi d'application ne peut pas être mise en vigueur dans les trois ans qui suivent l'acceptation de l'article constitutionnel, le Conseil fédéral édicte les dispositions d'application nécessaires selon les dispositions transitoires de l'initiative. Compte tenu des remaniements du système, ce délai de trois ans est très court.

Le fait que le Conseil fédéral édicte les dispositions d'application nécessaires par voie d'ordonnance est problématique, étant donné la complexité et les conséquences matérielles d'un tel remaniement du système. Le Parlement devrait pouvoir se prononcer sur la part des coûts à financer au moyen de la TVA. Inversement, les dispositions d'ordonnance du Conseil fédéral pourraient être examinées par les tribunaux, ce qui pourrait retarder leur application et affecter sérieusement la sécurité juridique.

Quelles dispositions s'appliqueraient entre une éventuelle acceptation de l'initiative et l'entrée en vigueur de la loi d'application ?

Le droit en vigueur, y compris les éventuelles modifications, continuerait de s'appliquer. Selon les dispositions transitoires, les prestations de la Confédération et des cantons en faveur du secteur de la santé doivent être au moins égales aux montants de l'année 1997, après adaptation au renchérissement.

La participation effective de la Confédération et des cantons a toutefois nettement plus progressé depuis 1997 que le renchérissement. La 2e révision partielle de la LAMal prévoit en outre une nouvelle augmentation des subsides fédéraux.