

L'initiative du PSS en votation le 18 mai

L'initiative affaiblit la perception des coûts et la responsabilité personnelle

L'initiative populaire « La santé à un prix abordable », ou encore « initiative-santé », a été déposée le 8 juin 1999 à la Chancellerie fédérale avec quelque 108 000 signatures valables. L'initiative, qui avait été lancée par le Parti socialiste suisse (PSS), entend instaurer un financement de l'assurance-maladie par la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ainsi que par des primes calculées en fonction du revenu et de la fortune – ce qui revient pratiquement à un impôt sur la fortune. Le Conseil fédéral et le Parlement ont refusé l'initiative. Le peuple et les cantons voteront le 18 mai prochain sur cet objet.

L'initiative propose que l'assurance-maladie soit financée à parts égales au moyen de la TVA et des contributions des assurés, ces dernières calculées en fonction du revenu et de la fortune. Des dispositions transitoires prévoient que l'on applique une exonération de 20 000 francs sur le revenu et d'un million de francs sur la fortune et, par ailleurs, que la part des cotisations des assurés soit calculée en fonction de la fortune réelle et se monte au moins au quart du total des cotisations.

Les recettes tirées de la TVA devraient être versées dans la même caisse que les contributions des assurés, les assureurs-maladie touchant ensuite une certaine contribution par personne assurée. On prendrait ainsi en compte les divers risques assumés par les assureurs.

L'initiative, outre la partie consacrée au financement, comprend encore des dispositions visant à la maîtrise des coûts. Elles incluent des interventions de la Confédération comme la réglementation de la médecine de pointe, la coordination des planifications sanitaires dans les cantons ainsi que le prix maximum des prestations fournies dans l'assurance obligatoire.

Affaiblissement de la perception des coûts et de la volonté d'économie

Parmi les propositions de financement, on constate d'abord que la participation des assurés aux coûts, qui couvre aujourd'hui 15% des dépenses, n'est pas mentionnée. Cela signifie que les dépenses de l'assurance-maladie obligatoire, d'un montant de l'ordre de 17 milliards de francs, devraient être couvertes par les primes et les contributions tirées de la TVA. Ce sont 8,5 milliards de francs qui devraient être récupérés par la TVA ou près de 1200 francs par habitant. Même les personnes qui consomment relativement peu ressentiraient nettement la hausse de 4% de la taxe à la valeur ajoutée. Les assurés avec de faibles revenus qui sont aujourd'hui fortement déchargés par la réduction des primes devraient à l'avenir compter avec des dépenses plus élevées en raison de l'assurance-maladie.

D'un autre côté, pour les gens avec un revenu et une fortune élevés, l'initiative signifie un véritable impôt sur la richesse puisque les redevances sur la fortune devraient rapporter annuellement plus de deux milliards de francs. Il y aurait des assurés qui devraient compter avec une prime annuelle de plus d'un million de francs. Pour eux, l'évasion fiscale devrait devenir un sujet de discussion. Il est également question de l'obligation à l'assurance-maladie.

Le nouveau mode de financement aurait des conséquences sur le comportement des assurés. Si les primes, les participations

personnelles et les franchises tombent, ce sont également la conscience des coûts et la responsabilité qui disparaissent. La conscience des coûts serait encore davantage affaiblie puisque l'initiative traite les assurés dans les cantons à coûts relativement favorables comme ceux des cantons à coûts élevés. Concrètement, les gens de Suisse centrale, de Suisse orientale et les Argoviens devraient participer au financement des Romands, des Bâlois et des Tessinois.

Allégements ciblés plutôt que répartition unilatérale

L'initiative-santé touche certainement un point très sensible d'une grande partie de la population. Pourtant, le financement de notre système de santé n'est pas aussi antisocial que les promoteurs de



l'initiative le présentent. D'une part, les cantons prennent en charge une bonne partie des coûts des installations pour soins stationnaires et, d'autre part, les contributions pour la réduction des primes se montent à près de trois milliards de francs en faveur des assurés à petit revenu. Les primes d'assurance-maladie sont en revanche une lourde charge pour les familles à revenu moyen. Il est toutefois prévu dans le cadre de la 2^e révision de la LAMal de soulager cette partie de la population par une réforme du système de réduction des primes (détermination d'une limite de charge maximale) et l'augmentation des contributions aux réductions de primes. Cet allègement ciblé des assurés doit être préféré à une répartition unilatérale des primes qui conduirait à une perte de la conscience des coûts dans une grande partie de la population.

Oui à des assureurs-maladie autonomes

L'initiative-santé évoque à vrai dire des établissements d'assurance d'utilité publique comme assureurs, mais elle réduit fortement leur marge de manœuvre

et leur retire en particulier leur autonomie financière. Si non seulement les prestations, les tarifs et les prix sont fixés, mais que les assureurs doivent encore financer en puisant dans la même caisse, alors toute concurrence est pratiquement exclue. Sans concurrence, le besoin disparaît de réaliser des économies et de contrôler les coûts, tout comme l'intérêt de développer et de promouvoir des modèles différents d'assurance.

Bureaucratie planificatrice au lieu de frein aux dépenses

La seconde partie de l'initiative concerne la question de la maîtrise des coûts. Outre quelques mesures qui sont déjà prévues dans la LAMal actuelle ou pourraient être prises (comme la fixation de prix maximaux pour les médicaments et d'autres prestations, l'octroi d'autorisation pour les fournisseurs de prestations et des interventions extraordinaires lors de hausses exagérées des coûts) l'initiative compte d'abord sur la planification bureaucratique. Elle cite les planifications cantonales et la coordination de ces planifications.

Les économistes sont aujourd'hui d'accord sur le fait qu'il est pratiquement impossible d'adapter l'offre de prestations aux besoins de la population par le biais de la planification étatique et d'un réseau de règles et de mesures. Le pas entre les surcapacités, le rationnement et la médecine à deux vitesses est aisément franchi. Un exemple est fourni par le système de santé anglais avec ses graves retards dans la fourniture des soins stationnaires.

Ce qui nous manque dans notre système de santé, ce sont les incitations à un comportement économique. Ces incitations sont avant tout fournies par un renforcement de la concurrence, ce qui signifie ceci:

- Abandon de l'accès automatique de tous les fournisseurs de prestations à la caisse de l'assurance-maladie;
- Remplacement plus large du remboursement des prestations par des formes de budgétisation par tête, basée sur le nombre des assurés;
- Promotion de la responsabilité personnelle des assurés au lieu de l'abandon de leur participation aux frais comme le prévoit l'initiative.

Le Conseil des Etats, qui devra s'occuper le printemps prochain pour la deuxième fois de la révision de la LAMal, a la possibilité de mettre les aiguillages dans cette direction.

Non à « l'initiative-santé », oui à la révision de la LAMal

La réponse de santésuisse à « l'initiative-santé » est donc la suivante:

- Non à une assurance-maladie financée unilatéralement par la TVA et un impôt sur la fortune
- Non à la réglementation planifiée dans le domaine de la santé
- Oui à un allègement ciblé des assurés à faible revenu et des familles
- Oui à une réforme sur la base d'un renforcement de la conscience des coûts, de la responsabilité et de la concurrence. (WF)

L'initiative-santé a été déposée à la Chancellerie fédérale le 8 juin 1999, avec 108 000 signatures valables.

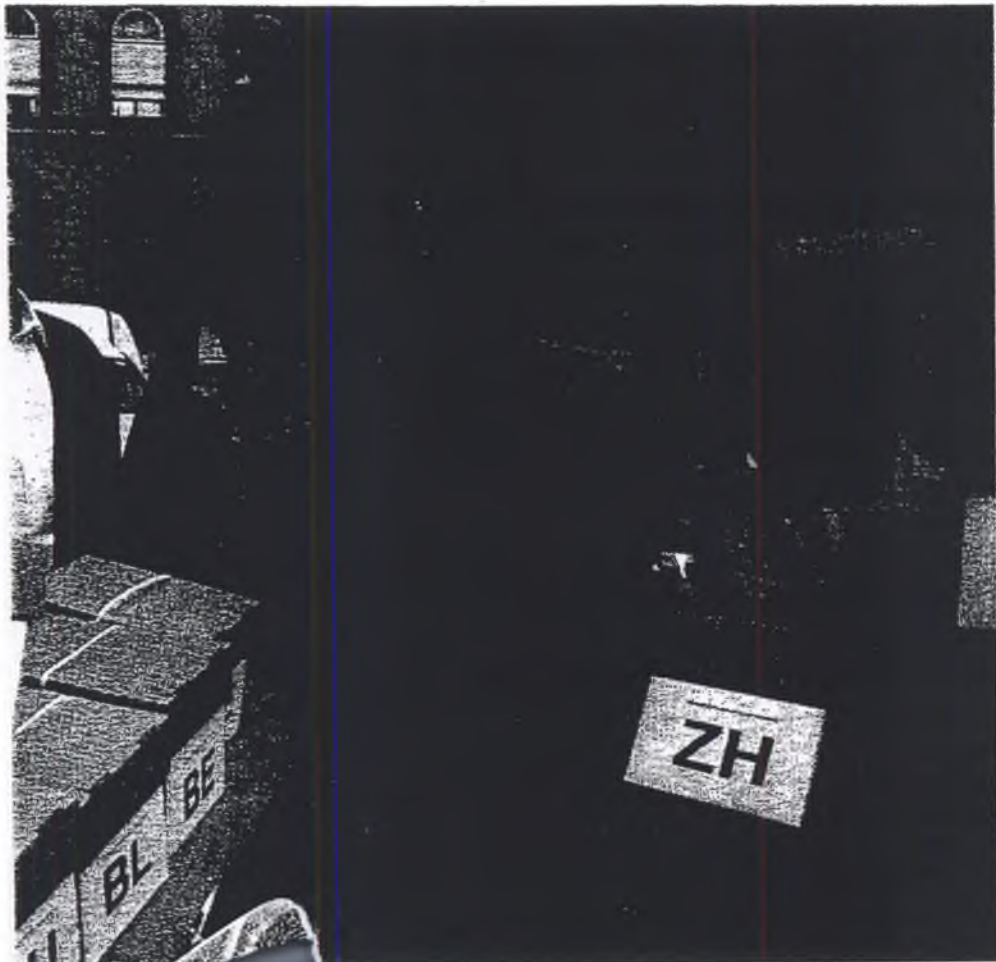


Photo: Keystone