

Argumentaire contre l'initiative "La santé à un prix abordable"

Non à de nouveaux impôts sur la santé

Non à un nouvel impôt sur le revenu et la fortune

Non à une augmentation de la TVA

Non au gaspillage des ressources des assurés

Non à une médecine à deux vitesses



Ca suffit!

NON

à de nouveaux impôts
sur la santé

LE 18 MAI

NON à l'«initiative-santé»

Le 18 mai prochain, le peuple et les cantons se prononceront sur l'initiative «La santé à un prix abordable», dite «initiative-santé», qui propose de modifier totalement le système de financement de l'assurance maladie obligatoire. En lieu et place de primes individuelles, l'assurance maladie serait financée par des prélèvements sur les salaires et la fortune et l'augmentation de la TVA. Un nouvel impôt direct serait donc instauré. Le relèvement de la TVA, par son effet sur les prix, pénaliserait les revenus les plus modestes.

L'initiative se contente de répartir différemment les coûts de la santé mais n'apporte aucun remède pour les faire baisser. Au contraire, elle aggrave les causes de la fièvre des coûts en supprimant les incitations à la modération. Ce n'est pourtant pas le moment de se désresponsabiliser. Les coûts de la santé atteignent déjà 43 milliards de francs. Les principaux facteurs responsables sont l'allongement de l'espérance de vie et l'explosion de la demande de soins mais aussi une offre de prestation croissante.

La solidarité est l'élément essentiel qui sous-tend la LAMal. Les personnes de condition économique modeste bénéficient d'une réduction ciblée des primes. Chaque année, l'Etat verse plus de 3 milliards de francs à cette fin. Plus de 2,3 millions de personnes en ont bénéficié en 2000. Cette réduction est le correctif social de la prime unique.

NON à de nouveaux impôts sur la santé

Et encore un impôt sur le revenu et la fortune

Avec l'«initiative-santé», au moins 50% des coûts de l'assurance de base, soit 8,5 milliards de francs, devraient être financés par des prélèvements sur le revenu et la fortune réelle. La prise en considération de la fortune réelle est un élément absolument nouveau et jusqu'ici totalement absent du système fiscal. Estimer les biens à leur valeur du marché pénalisera particulièrement les personnes propriétaires de leur logement et les artisans. De plus, donner à la Confédération

la compétence de prélever un impôt sur la fortune transgresse notre pratique fiscale et renforce le poids de la bureaucratie. Normalement, seuls les cantons et les communes sont habilités à le faire.

Les Suisses paient toujours plus d'impôts alors que la majorité des autres pays ont pu contenir cette augmentation. Notre économie souffre de cette voracité fiscale et les contribuables suisses sont lourdement ponctionnés, notamment dans les cantons romands. Cela suffit! Nous ne voulons pas de nouveaux impôts.

Non à l'augmentation de la TVA

Avec l'«initiative-santé», jusqu'à 50% des coûts de l'assurance de base, soit 8,5 milliards de francs, pourraient être financés par la TVA. Cela nécessiterait un relèvement de la TVA d'environ 3.5 points. Mais l'initiative pourrait amener les cantons à ne plus participer au financement des prestations de l'assurance de base. Dans ce cas, l'apport de TVA devrait être de quelque 12 milliards de francs, ce qui nécessiterait un relèvement d'environ 5 points. Cette augmentation se répercutera inévitablement sur les prix des biens de consommation. Cela n'a pas de sens d'alléger les charges des assurés pour reprendre le montant économisé via une augmentation des prix et des impôts.

En plus, les revenus modestes sont ceux qui ressentiraient le plus durement ce changement. Alors qu'ils ne paient actuellement pas ou peu de prime, celle-ci étant couverte par des subsides, ils seraient frappés de plein fouet par le relèvement de la TVA. Les initiants, conscients de la faiblesse de leur mode de calcul, proposent régulièrement de nouvelle version de financement. Cette attitude montre bien que l'initiative ne tient pas la route.

Actuellement, le taux de TVA inscrit dans la Constitution ne peut être augmenté sans l'accord des citoyens car cet impôt indirect n'est pas un puits sans fond dans lequel on peut se servir à sa convenance. Pourtant, l'initiative ne prévoit aucun plafonnement au relèvement et renonce au contrôle populaire.



NON au gaspillage des ressources des assurés

Compenser les «belles promesses» de l'initiative

L'initiative promet des baisses de charges pour 80% des assurés et supprime leur participation aux coûts ainsi que les primes pour les enfants et les jeunes. Des milliards de rentrées en moins mais toujours la même facture finale. Qui va payer la différence? La classe moyenne par le biais des impôts.

En plus, comme aucune mesure valable de frein aux coûts n'est proposée, ces derniers vont prendre l'ascenseur. Il faudra bien assumer en augmentant encore les impôts et la TVA.

Moins de transparence et de responsabilité individuelle

L'initiative est une mauvaise réponse à un vrai problème. Elle n'apporte en effet pas de solutions à l'évolution des coûts de la santé, au contraire. En éliminant la participation des assurés aux coûts et la franchise, elle supprime toute prise de conscience. En finançant le système par le biais des impôts, elle élimine aussi toute transparence. Dès lors, si le sentiment prédominant est que les coûts de la santé sont financés par les «autres», pourquoi se priver des prestations? Et pourtant, ce sont 43 milliards de francs qui sont déjà dépensés annuellement par les ménages et les pouvoirs publics. Il faut voir la réalité en face et prendre des mesures raisonnables et réalistes.

Des caisses-maladies transformées en caisses enregistreuses

Actuellement, les caisses-maladies ont la charge d'encaisser les primes et ont un rôle de contrôle des coûts important par la vérification des factures. Avec l'«initiative-santé», les caisses seraient transformées en simples payeurs et n'auraient plus à se soucier des ressources. Elles n'auraient donc aucune incitation à faire baisser les coûts de la santé qui ne manqueraient pas dès lors d'exploser. Nous ne pouvons pas nous permettre de prendre ce risque.

NON à une médecine d'Etat centralisée

La fin des modèles alternatifs

L'initiative veut uniformiser les tarifs et les prestations. Ni les assurés ni les médecins n'auraient donc d'incitation à rechercher des modèles plus économiques. Les modèles d'assurance novateurs avec un potentiel d'économie élevé, comme le modèle du médecin de famille ou HMO, seraient donc exclus. Près de 10% des assurés sont concernés.

Une médecine à deux vitesses

Les auteurs de l'initiative souhaitent que la responsabilité et la compétence soient transférées des assureurs privés à l'Etat et des cantons à la Confédération. La Confédération serait seule à décider des planifications hospitalières et pourrait fixer les tarifs et le nombre de médecin. Or, l'expérience montre que les cantons sont plus proches de leurs citoyens que la Confédération et sont moins bureaucratiques.

L'initiative met donc en place, à moyen terme, une médecine d'Etat centralisée. Les expériences à l'étranger montrent que les patients font les frais d'un tel système: rationnement, listes d'attente, en bref une médecine à deux vitesses.

NON le 18 mai

Non seulement l'«initiative-santé» propose une répartition des coûts qui ne tient pas la route mais en plus elle n'apporte aucune solution valable pour contrer leur augmentation. L'initiative se contente d'instaurer un nouvel impôt, encore un, sur le revenu et la fortune. Elle ouvre aussi la voie vers un système de santé centralisé et planifié, prélude à une médecine à deux vitesses. Ceux qui ont les moyens trouveront toujours des solutions. Les autres paieront et subiront les défauts du système.

DITES NON LE 18 MAI!

Sommaire

1. INTRODUCTION	3
2. LES ARGUMENTS EN BREF	4
2.1 NON À DE NOUVEAUX IMPÔTS SUR LA SANTÉ	4
2.2 NON AU GASPILLAGE DES RESSOURCES DES ASSURÉS	4
2.3 NON À UNE MÉDECINE D'ÉTAT CENTRALISÉE	4
3. LA SANTÉ EN SUISSE AUJOURD'HUI	5
3.1 LA LAMAL ET LES ASSUREURS	5
3.2 LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE	6
3.3 LES COÛTS DE LA SANTÉ PUBLIQUE	7
3.4 ÉVOLUTION DES PRIMES	9
5. INITIATIVE "LA SANTÉ A UN PRIX ABORDABLE"	11
5.1 L'INITIATIVE ET LES INITIANTS	11
5.2 DE QUOI S'AGIT-IL?	11
5.3 POSITION DU CONSEIL FÉDÉRAL ET DES CHAMBRES FÉDÉRALES	13
6. LES RAISONS DU NON	14
6.1 IMPÔT SUR LE REVENU ET LA FORTUNE	14
6.2 AUGMENTATION DE LA TVA	15
6.3 GASPILLAGE DES RESSOURCES DES ASSURÉS	16
6.4 VERS UNE MÉDECINE D'ÉTAT CENTRALISÉE	16
6. NON À L'INITIATIVE-SANTÉ	18
ANNEXE I	19
ANNEXE II.....	22
ANNEXE III.....	23

1. Introduction

L'initiative "La santé à un prix abordable" a été lancée à la fin des années 1990 sur fond de hausse constante des primes des assurances maladie. Les objectifs de la révision de la LAMal en matière de maîtrise des coûts n'avaient pas été atteints : la croissance des dépenses de santé était systématiquement supérieure à l'évolution des salaires et des prix.

La situation est strictement identique aujourd'hui et, confrontée à la progression des charges, la population réagit très vivement aux augmentations de primes. Pourtant, en Suisse, l'infrastructure fonctionne. Tout le monde est assuré et dispose d'une couverture de très bon niveau. Nous n'avons pas à attendre des mois pour une consultation médicale comme dans certains pays voisins. Les Suisses ne se privent d'ailleurs pas de consulter leur médecin, en moyenne huit fois par an. Cette qualité et cette consommation médicale ont un prix qui se traduit naturellement par les primes que nous payons chaque mois. Mais plus que le montant des coûts de la santé et des primes, c'est leur évolution qui est source d'inquiétude.

La hausse massive des coûts de la santé est un phénomène international dont les principaux facteurs responsables sont l'allongement de l'espérance de vie, l'explosion de la consommation médicale et l'offre croissante de prestations. Nous en sommes déjà à 43 milliards de francs par an, dont 17 milliards pour l'assurance obligatoire des soins.

Il convient maintenant de prendre le mal à la racine et de stabiliser cette hausse. Répartir différemment les coûts et ne prendre aucune mesure valable pour les stopper, comme le propose l'initiative, est irréaliste et dangereux. Irréaliste car il n'est pas possible de trouver 17 milliards d'impôt en taxant seulement une minorité et en promettant à la majorité des baisses de charges. Dangereux car l'initiative peut bien remplacer les primes par des impôts, elle n'empêchera pas ces derniers de grimper encore pour répondre à la hausse des coûts. En matière de politique de santé, il est temps maintenant d'être responsable.

2. Les arguments en bref

2.1 Non à de nouveaux impôts sur la santé

Et encore un impôt sur le revenu et la fortune

Avec l'initiative-santé, au moins 50% des coûts de l'assurance de base, soit 8,5 milliards de francs, devraient être financés par des prélèvements sur le revenu et la fortune réelle. Notre pratique fiscale s'en trouvera fortement modifiée. De plus, les contribuables suisses sont déjà lourdement ponctionnés, notamment dans les cantons romands. Cela suffit! Nous ne voulons pas de nouveaux impôts.

Non à l'augmentation de la TVA

Avec l'initiative-santé, jusqu'à 50% des coûts de l'assurance de base, soit 8,5 milliards de francs, pourraient être financés par la TVA. Cela nécessiterait un relèvement de la TVA d'environ 3.5 points. Cette augmentation se répercutera inévitablement sur les prix des biens de consommation. Cela n'a pas de sens d'alléger les charges des assurés pour reprendre le montant économisé via une augmentation des prix et des impôts

2.2 Non au gaspillage des ressources des assurés

Compenser les "belles promesses" de l'initiative

L'initiative promet des baisses de charges pour 80% des assurés alors que la facture finale reste la même. C'est la classe moyenne par le biais des impôts qui paiera la différence.

Moins de transparence et de responsabilité individuelle

En éliminant la participation des assurés aux coûts et en finançant le système par le biais des impôts, l'initiative supprime toute prise de conscience et transparence. Et pourtant, ce sont 43 milliards de francs qui sont déjà dépensés annuellement par les ménages et les pouvoirs publics. Il faut voir la réalité en face et prendre des mesures raisonnables et réalistes.

Des caisses-maladies transformées en caisses enregistreuses

Avec l'initiative-santé, les caisses seraient transformées en simples payeurs et n'auraient plus à se soucier des ressources ni à contrôler les factures. Elles n'auraient donc aucune incitation à faire baisser les coûts de la santé qui ne manqueraient pas dès lors d'exploser. Nous ne pouvons pas nous permettre de prendre ce risque.

2.3 Non à une médecine d'Etat centralisée

La fin des modèles alternatifs

En uniformisant les tarifs, l'initiative-santé supprime la raison d'être de modèles plus économiques. Les systèmes HMO ou médecin de famille seraient supprimés.

Une médecine à deux vitesses

Avec l'initiative, la Confédération serait seule à décider des planifications hospitalières et pourrait fixer les tarifs et le nombre de médecin. Or, les expériences à l'étranger montrent que les patients font les frais d'un tel système: rationnement, listes d'attente, en bref une médecine à deux vitesses.

3. La santé en Suisse aujourd'hui

3.1 La LAMal et les assureurs

L'assurance obligatoire des soins

Entrée en vigueur en 1996, la LAMal a séparé clairement l'assurance de base obligatoire des assurances complémentaires privées et a marqué le début de l'aide aux personnes dans le secteur de l'assurance maladie par le biais des réductions de prime. Les primes sont calculées en fonction des coûts totaux et non des risques. Elle n'est donc pas une assurance au sens strict.

L'élément essentiel qui sous-tend la LAMal est la solidarité qui découle de l'extension à toute la population suisse de l'assurance obligatoire des soins et de la fixation d'une prime unique par assureur et par région. La couverture garantie est très large et de bonne qualité. Le financement de l'assurance maladie est assuré par les primes individuelles, la participation aux coûts des assurés et une contribution des pouvoirs publics.

L'effet de maîtrise des coûts, second enjeu de la LAMal, n'a quant à lui pas été atteint, loin s'en faut.

Les différentes formes d'assurance

Il existe différentes formes d'assurance qui permettent aux assurés de soulager la charge que peut représenter la prime. Pourtant, seule une minorité de Suisses utilise ces possibilités.

- La franchise à option modifie la participation aux coûts des assurés mais pas la couverture des soins. En contrepartie, la prime est inférieure à celle exigée pour la franchise ordinaire de 230.-- francs.
- Le choix limité du médecin et de l'hôpital /HMO: l'assuré peut choisir de se faire soigner uniquement dans un collectif médical appelé HMO (Health maintenance organization) ou de consulter obligatoirement en premier lieu un "médecin de famille" qui décidera de l'adresser ou non à un spécialiste. L'assuré renonce au libre choix du médecin en contrepartie d'une diminution du montant de la prime.
- Assurance bonus: l'assuré peut obtenir une réduction progressive de sa prime chaque année où il ne sollicite aucun remboursement de la part de l'assureur.

Les caisses maladies

L'assurance maladie est gérée par une pluralité de caisses maladies dont le rôle ne se borne pas au remboursement des prestations fournies aux assurés mais aussi à la promotion de la santé.

Chaque assureur fixe les primes nécessaires pour couvrir ses dépenses. Il doit aussi constituer des réserves pour amortir les fluctuations des coûts et du nombre d'assurés. Le montant minimum des réserves correspond à 15% des primes à percevoir pour un assureur maladie important (+250'000 assurés). Les assureurs dont la charge financière est supérieure (plus de femmes et de personnes âgées) à la moyenne reçoivent des contributions financières des assureurs dont la charge est inférieure à la moyenne. C'est le système de compensation des risques.

3.2 Le financement de la santé publique

Ce sont les ménages qui assurent l'essentiel du financement du système de santé suisse, soit près de 66%. Les pouvoirs publics sont le deuxième grand contributeur avec 24% des coûts.

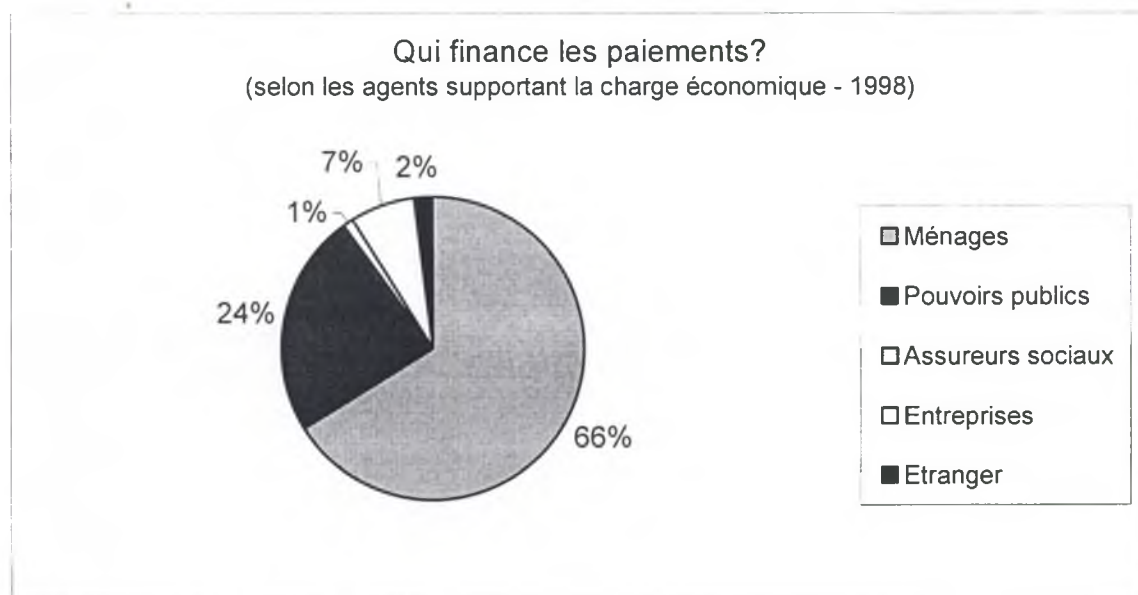
Les ménages

Les frais à la charge des ménages se compose de:

- la prime, identique quelque soit l'âge ou le sexe de l'assuré dans une même caisse et dans un même canton. Seule exception, les assureurs proposent un montant pour les enfants et les adultes en formation. Les primes ne dépendent pas du revenu de l'assuré mais elles varient d'un canton à l'autre et d'un assureur à l'autre;
- la participation aux coûts, soit la franchise et la quote-part de 10% aux frais qui dépassent le montant de la franchise. Cette quote-part est limitée à un montant annuel de 600 francs pour les adultes et de 300 francs pour les enfants et adolescents;
- prestations à leurs charges (auto-médication, prestations non remboursées par l'assurance obligatoire, etc)

La contribution publique

La plus grosse part des dépenses des pouvoirs publics est le fait des cantons qui doivent subventionner, par les recettes de l'impôt, les hôpitaux publics à hauteur de 50% au minimum. Les cantons et la Confédération participent aussi par le biais des subsides destinés à réduire les primes des assurés de condition économique modeste. Le reste des coûts est pris en charge essentiellement par les entreprises (assurances accidents) et les assureurs sociaux.



Source: *Système de santé suisse 2001/2002, Concordat des assureurs-maladie suisses*

3.3 Les coûts de la santé publique

L'évolution des coûts de la santé

Les coûts du système de santé suisse se montaient en 2000 à 43,3 milliards de francs. Par rapport à 1995 (36,2 milliards de francs), cela correspond à une augmentation de 19,7%. Depuis 1995, le taux annuel d'augmentation se situe entre 2,0 et 4,8%.

Une comparaison entre le PIB et l'indice des coûts de la santé montre également qu'entre 1995 et 2000 l'indice des coûts de la santé a augmenté de 20% contre 11% pour celui du PIB.

Les domaines les plus coûteux

Le domaine qui enregistre les plus fortes dépenses est sans conteste le secteur hospitalier qui est d'ailleurs l'un des rares à avoir connu des augmentations de prix. Il est suivi par les traitements ambulatoires. Dans ce dernier, l'augmentation de la part revenant aux médecins est importante. Celle-ci se manifeste par la progression continue d'ouverture de cabinets (environ 300 par an). Les médicaments et le secteur prévention/administration connaissent une progression modérée.

Evolution des prix

Depuis 1985, le renchérissement dans le domaine de la santé est à peine supérieur à celui de l'indice des prix à la consommation. Mieux encore, les prix ont baissé dans certains domaines comme les médicaments. La hausse des prix est également très raisonnable du côté des médecins. En revanche, le prix des séjours hospitaliers a connu un renchérissement important. L'évolution des coûts de la santé n'est donc pas imputable à l'évolution des prix, qui reste modérée. Mis à part dans le domaine hospitalier, il faut constater en effet qu'une action sur les prix n'apporteraient que des bénéfices mineurs.

Les raisons de la hausse des coûts

La hausse massive des coûts de la santé est un phénomène international. Les principaux facteurs responsables de cette hausse générale sont:

- l'allongement de l'espérance de vie
- la demande croissante de soins
- les innovations médicales et techniques
- la densité croissante des prestataires de soins
- les exigences supplémentaires envers la médecine
- l'explosion de la consommation
- les surcapacités et les doublons, surtout en ce qui concerne les hôpitaux.

Evolution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins

Année	Nombre de personnes assurées	Coûts bruts des prestations (en mios)	Augmentation des coûts par rapport à l'année antérieure
1996	7'170'504	12'393	-
1997	7'182'492	13'109	716 mios
1998	7'211'592	14'033	924 mios
1999	7'248'704	14'612	579 mios
2000	7'262'247	15'469	857 mios
2001	7'296'059	16'385	916 mios
2002	env. 7'300'000	* 17'360	975 mios
2003	env. 7'300'000	* 18'400	1'040 mios
2004	env. 7'300'000	* 19'400	1'000 mios

Source : *Institution commune LAMal*

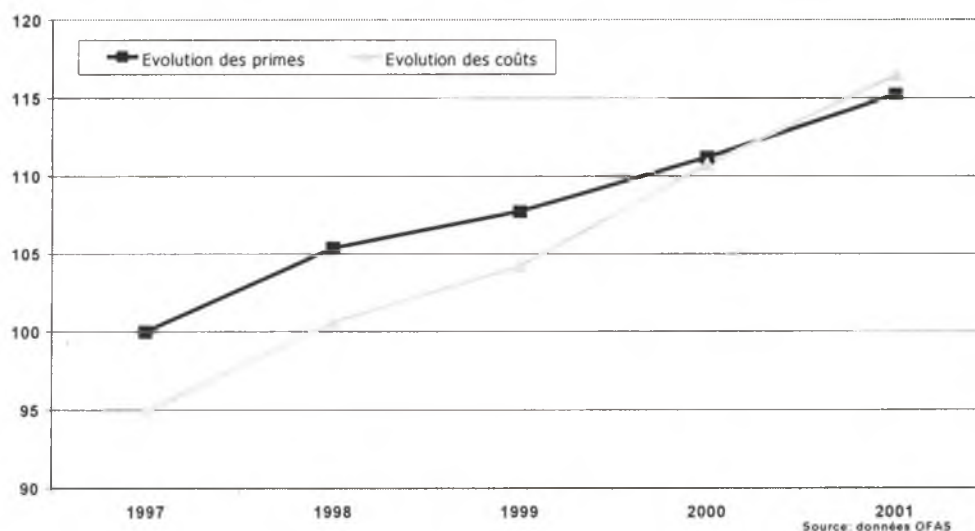
Référence : *Ensemble de la Suisse*

*projection

3.4 Evolution des primes

La prime moyenne 2001¹ de l'assurance de base en Suisse s'est élevée à Fr. 1920.- par assuré, soit une prime mensuelle moyenne de Fr. 160.-.

Dans les faits, la prime moyenne dissimule d'importantes variations notamment en Suisse romande, le canton de Genève étant le plus cher des cantons romands et celui du Valais le moins cher.



Comme les coûts n'ont cessé d'augmenter plus vite que la moyenne des primes, cela a débouché en 2001 sur une situation où les primes encaissées étaient inférieures aux coûts effectifs. Les caisses maladie ont donc dû puiser dans leurs réserves pour compenser cette différence.

Différents facteurs ont contribué à cette croissance des primes:

- le recul de la part de financement de l'Etat, principalement par le financement direct des cantons dans les établissements hospitaliers; ce sont les caisses maladie, donc les assurés, qui ont assumé ce retrait en tant que contributeurs directs;
- l'élargissement continu du catalogue des prestations de base;
- l'évolution démographique (nombre d'assurés jeunes en diminution, nombre de personnes âgées en augmentation).

Réduction de primes

La LAMal prévoit une réduction ciblée des primes des personnes de condition économique modeste. La réduction des primes, financée par les recettes fiscales, est le correctif social à la prime par tête qui ne tient pas compte de la capacité financière des assurés. La Confédération met à disposition de chaque canton une somme fixée selon la population, la capacité financière et le niveau moyen des primes, somme que les cantons sont tenus de compléter, au minimum pour un montant égal à la moitié des subsides fédéraux. Chaque canton est responsable de la mise sur pied de son système, de la définition du cercle des bénéficiaires et de son application. A l'heure actuelle, la Confédération assume

¹ Données OFAS

les deux tiers des dépenses et les cantons un tiers. Chaque année, l'Etat verse près de 3 milliards de francs aux assurés à revenu modeste. Plus de 2,3 millions de personnes en ont bénéficié en 1999.

Montants maximums des subsides fédéraux et aux cantons, en milliards			
Année	Confédération	Cantons	Ensemble
2000	2,213	1,106	3,319
2001	2,246	1,123	3,369
2002	2,280	1,140	3,420
2003	2,314	1,157	3,471

5. Initiative "La santé a un prix abordable"

5.1 L'initiative et les initiateurs

L'initiative fédérale "La santé à un prix abordable", dite "Initiative-santé", a été déposée le 9 juin 1999 par le parti socialiste auprès de la Chancellerie avec 108'000 signatures valables. Les syndicats, organisations et partis suivants sont membres de l'association "La santé à un prix abordable":

- Syndicat Industrie & Bâtiment (SIB)
- FTMH
- Association des médecins indépendants
- Parti socialiste suisse

Signatures par canton

Environ 18% des signatures proviennent de Suisse romande, un pourcentage conforme à la proportion démographique. Cependant, relativement à la population, de nombreuses signatures ont été récoltées dans les cantons du Jura et de Neuchâtel.

Cantons	Signatures valables	Cantons	Signatures valables
Zurich	20 887	Appenzell Rh.-Ext	385
Berne	19 087	Appenzell Rh.-Int	29
Lucerne	2 129	St-Gall	3 970
Uri	254	Grisons	2 412
Schwyz	1 161	Argovie	4 918
Obwald	136	Thurgovie	1 998
Nidwald	105	Tessin	1 5714
Glaris	266	Vaud	5 954
Zoug	682	Valais	2 441
Fribourg	2 859	Neuchâtel	4 140
Soleure	3 955	Genève	3 042
Bâle-Ville	4 862	Jura	1 449
Bâle-Campagne	3 885	Schaffhouse	1 361
Suisse	10 8081		

5.2 De quoi s'agit-il?

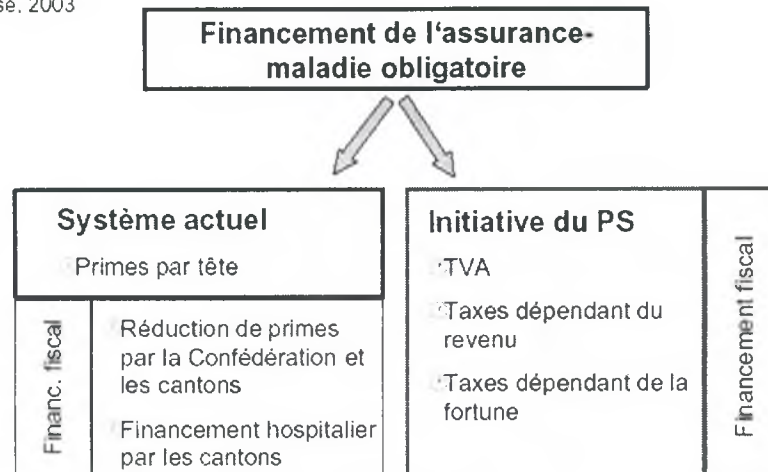
L'initiative veut modifier radicalement le système de financement de l'assurance maladie obligatoire. Elle demande que les coûts de l'assurance soient assumés à la fois par des cotisations des assurés et, ce qui est nouveau, par des recettes supplémentaires de TVA pouvant couvrir jusqu'à la moitié des coûts. Le montant des cotisations serait fixé sur la base du revenu, de la fortune et des charges familiales et non plus selon le système de primes par tête. Cela implique que les coûts de la LAMal, de l'ordre de 17 milliards de francs, devraient être couverts intégralement par des impôts directs et indirects.

Les initiateurs avaient tout d'abord proposé un financement à parts égales entre la TVA et l'impôt sur le revenu et la fortune. Réalisant que cette proposition coulerait irrémédiablement leur initiative, ils ont tenté de proposer, lors de leur conférence de presse du 11 février 2003, une variante du modèle de financement: il devrait être désormais assuré aux trois-quarts par les primes individuelles, calculées selon le revenu et

la fortune du ménage, et à un quart par la TVA. Ces tergiversations ne sont pas crédibles et montrent bien que l'initiative elle-même ne tient pas la route.

Outre l'aspect financier, l'initiative-santé transfère des compétences étendues des cantons à la Confédération. Cela concerne la médecine de pointe, les prix et les tarifs, l'autorisation des prestataires de service, le contrôle de la qualité ainsi que des mesures de réduction des coûts dans l'éventualité d'une croissance excessive.

Source: santésuisse, 2003



Financement par un impôt sur le revenu et la fortune ²

L'initiative veut mettre à contribution les assurés en fonction de leurs possibilités économiques. Au moins 50% du financement, soit 8,5 milliards de francs, devraient provenir d'un nouvel impôt sur le revenu et la fortune. Sur ces 50%, 75% au moins viendraient d'un impôt sur le revenu. Une exonération de 20'000 francs est prévue. Ce sont donc au moins 6 milliards de francs qui doivent provenir de ce nouvel impôt sur le revenu.

Les 25% restant, soit au moins 2 milliards de francs, seront fournis par un prélèvement sur la fortune dépassant une exonération d'un million. Les auteurs de l'initiative considèrent que les cantons sous-évaluent les valeurs fiscales de la fortune imposable. Ils prévoient donc de tenir compte de la fortune réelle, c'est à dire évaluée à sa valeur actuelle du marché.

Financement par la TVA

L'initiative prévoit que jusqu'à 50% du financement total, soit plus de 8,5 milliards, proviennent d'une hausse de la TVA. Cela représente une hausse de 3,5 points. Cet apport devra s'ajouter aux 8,5 milliards encaissés par les prélèvements sur le revenu et la fortune.

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 TVA devrait être de quelque 12 milliards de francs, ce qui nécessiterait un relèvement de la TVA d'environ 5 points.

² Pour plus de détails, voir annexe I

Les bénéficiaires de l'initiative

D'après les auteurs de l'initiative, le nouveau modèle profiterait à 80% environ de la population. En effet, les familles dont la fortune réelle est inférieure à 1 mio. fr. et le revenu inférieur à 100000 francs, bénéficieraient du nouveau système. La majorité des assurés verraient donc leur prime diminuer, selon les initiants.

Mesures de centralisation

L'initiative-santé entend aussi inscrire dans la Constitution le mandat de la Confédération et des cantons de veiller à la maîtrise des coûts de la santé. Elle transfère à la Confédération d'importantes compétences de coordination. Sont concernés les domaines suivants:

- médecine de pointe, par exemple celles des transplantations
- planification hospitalière des cantons
- prix maximum pour prestations médicales fournies dans le cadre de l'assurance de base, médicaments inclus
- admission des fournisseurs de prestations
- mesures tendant à la maîtrise des coûts lorsque le volume de prestations fournies est excessif.

5.3 Position du Conseil fédéral et des chambres fédérales

Les Chambres fédérales ont rejeté l'initiative par 84 non contre 60 oui au Conseil national et 35 non contre 5 oui au Conseil des Etats.

	<i>Date</i>	<i>Oui à l'initiative</i>	<i>Non à l'initiative</i>	<i>Abstentions</i>	<i>Personnes excusées</i>
<i>Conseil national</i>	<i>05.12.02</i>	<i>60</i>	<i>84</i>	<i>7</i>	<i>48</i>
<i>Conseil des Etats</i>	<i>05.12.02</i>	<i>5</i>	<i>35</i>	<i>--</i>	<i>--</i>

Le Conseil fédéral recommande aussi le rejet de l'initiative sans contre-projet.

En effet, la deuxième révision de la LAMal, considérée comme un contre-projet indirect, n'a pas passé l'épreuve du vote d'ensemble du Conseil national en décembre 2002. Cette dernière est donc retournée au Conseil des Etats.

« Le Conseil fédéral estime qu'il n'y a pas lieu d'envisager une refonte du système de financement de l'assurance maladie sociale telle que la souhaite l'initiative-santé. Il relève que le système des réductions de primes remplit correctement – pour l'essentiel – son rôle et les lacunes constatées peuvent être comblées par des corrections ponctuelles du système existant. Mais il estime par contre que la refonte exigée par l'initiative serait d'une envergure telle pour les budgets privés et publics que l'enjeu – éventuellement davantage de justice sociale – ne justifie pas un effort de cet ordre. D'autant moins d'ailleurs que le volet « justice sociale » serait pris en compte, pour autant que cela soit nécessaire, dans le cadre des améliorations apportées aux instruments déjà mis en place. » (FF 2000 4267)

6. Les raisons du non

6.1 Impôt sur le revenu et la fortune

Et encore un impôt!

Le modèle de financement proposé par l'initiative est assimilable à un nouvel impôt sur le revenu et la fortune.

Les taxes sur la fortune, à elles seules, dépasseraient largement les 2 milliards de francs par an. Certains assurés devraient s'attendre à devoir payer une prime annuelle de plus d'un million, ce qui est tout à fait absurde.

L'estimation réelle des biens de la fortune provoquerait de nombreux problèmes techniques et administratifs. Surtout, elle pourrait avoir d'importantes conséquences dans les domaines où l'estimation des biens joue un grand rôle (droit fiscal, droit des succession, droit du mariage, etc.).

"La prise en considération de la fortune réelle est un élément absolument nouveau et jusqu'ici totalement absent du système fiscal. Cette idée se heurte à des difficultés techniques certaines d'évaluations et d'appréciation. Non seulement elle n'est pas réalisable sans autre mais elle ouvre la porte à de multiples contestations en l'absence de dispositions légales précises" Yves Guisan, Conseiller national

Enfin, faire prélever par la Confédération un impôt sur la fortune déroge complètement à notre pratique fiscale. Seuls les cantons et les communes ont le droit de le faire.

Qui va payer?

Les initiants promettent des baisses de charge pour 80% des assurés. Alors qui va payer les 17 milliards nécessaires? La classe moyenne encore une fois.

Les initiants ont fixé lors de leur conférence de presse à 3.4% le taux de prélèvement sur les revenus nécessaires pour financer les coûts de l'assurance maladie obligatoire. Or, avec un tel taux, il manque encore 9 milliards de francs pour boucler la facture des coûts de la santé.³ Ils ont donc été contraints de relever ce taux dans un communiqué de presse du 25 février et nous proposent presque chaque semaine une modification de leur mode de calcul. Ces tergiversations montrent bien que l'initiative ne tient pas la route.

Une quote-part fiscale déjà étouffante

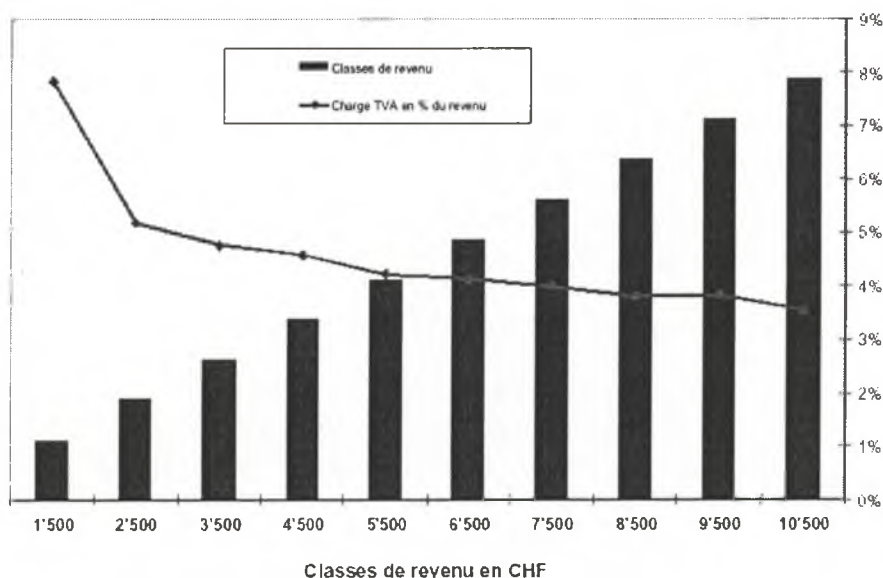
L'idée sous-jacente à l'initiative suppose que les dépenses de l'Etat peuvent être financées par des impôts n'induisant aucune distorsion. Instaurer de nouveaux impôts est censé maximiser à court terme les recettes. Pourtant, une fiscalité trop lourde nuit à long terme à la compétitivité des entreprises.

³ Voir annexe I

6.2 Augmentation de la TVA

Une initiative antisociale

D'après les estimations, le nouveau modèle de financement nécessiterait un relèvement de la TVA de 3.5 points, ce qui représente une charge supplémentaire pour tout le monde. En effet, contrairement à des augmentations de primes, l'augmentation de la TVA se répercute sur les prix et l'inflation. Les bas salaires sont ceux qui ressentiraient le plus durement cette nouvelle charge: une personne gagnant 30'000 francs, par exemple, ne paie en général aucune prime, celle-ci étant couverte par les subsides. Avec l'initiative-santé, elle subirait de plein fouet le relèvement de la TVA de 3.5 points qui serait nécessaire.



Source: Office fédérale de la statistique. Enquête sur les revenus et la consommation 1998

La situation pourrait être encore pire: avec l'initiative, les cantons auraient la possibilité de renoncer au financement des prestations de l'assurance de base. Dans ce cas, l'apport de TVA devrait être de quelque 12 milliards de francs, ce qui nécessiterait un relèvement d'environ 5 points.

Des charges supplémentaires en période de stagnation économique

Bien que la TVA ne doive être supportée que par le consommateur final, cet impôt entraîne des coûts directs et indirects élevés pour chaque entreprise.

Même les syndicats sont contre une telle mesure en temps de crise, car le relèvement de la TVA est nuisible à toute l'économie.⁴ En effet, le renchérissement des biens de consommation provoque un ralentissement de la demande et par là-même nuit aux entreprises. En période de conjoncture difficile, cette hausse n'est pas la bienvenue.

Un fardeau pour la Confédération

Avec le relèvement de la TVA, et le financement subséquent de l'assurance maladie par la Confédération, la quote-part de l'Etat serait encore augmentée. La situation est pourtant déjà inquiétante. De tous les Etats de l'OCDE, la Suisse est avec le Japon celui où la

⁴ Serge Gaillard, Le Temps, 14 janvier 2003

quote-part de l'Etat a le plus progressé depuis 1990. L'augmentation des dépenses publiques ne peut pas continuer au rythme actuel. La hausse des prélèvements fiscaux et sociaux qu'elle implique porte atteinte à la compétitivité de la Suisse.

Attention, relèvement sans limite

Le texte constitutionnel proposé ne fixe pas de limite supérieure définie pour le relèvement admis de la TVA. Ainsi, la contribution qui incombe à la TVA dépendrait de l'évolution des coûts de la santé et pourrait augmenter sans limite. A moins que l'on plafonne les dépenses de santé.

6.3 Gaspillage des ressources des assurés

Compenser les "belles promesses" de l'initiative

L'initiative promet des baisses de charge pour 80% des assurés et supprime leur participation aux coûts ainsi que les primes pour les enfants et les jeunes. Des milliards de rentrées en moins mais toujours la même facture finale. Qui va payer la différence? La classe moyenne par le biais des impôts.

En plus, comme aucune mesure valable de frein aux coûts n'est proposée, ces derniers vont prendre l'ascenseur. Il faudra bien payer en augmentant encore les impôts et la TVA.

Moins de transparence et de responsabilité individuelle

L'initiative est une mauvaise réponse à un vrai problème. Elle n'apporte en effet pas de solutions à l'évolution des coûts de la santé, au contraire. En éliminant la participation des assurés aux coûts et la franchise, elle supprime toute prise de conscience. En finançant le système par le biais des impôts, elle élimine aussi toute transparence. Dès lors, si le sentiment prédominant est que les coûts de la santé sont financés par les "autres", pourquoi se priver des prestations? Et pourtant, ce sont 43 milliards de francs qui sont déjà dépensés annuellement par les ménages et les pouvoirs publics. Ce montant se répercute sur l'évolution des primes. Il ne faut pas se déresponsabiliser.

De plus, 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 et une diminution accrue de la conscience des coûts.

Des caisses-maladies transformées en caisses enregistreuses

Actuellement, les caisses-maladies ont la charge d'encaisser les primes et ont un rôle de contrôle des coûts important par la vérification des factures. Avec l'initiative-santé, les caisses seraient transformées en simples payeurs et n'auraient plus à se soucier des ressources. Elles n'auraient donc aucune incitation à faire baisser les coûts de la santé qui ne manqueraient pas dès lors d'exploser. Nous ne pouvons pas nous permettre de prendre ce risque.

6.4 Vers une médecine d'Etat centralisée

La fin des modèles alternatifs

La disparition de la participation aux coûts et l'uniformisation des tarifs et prestations pourraient en outre menacer l'existence d'autres formes d'assurance particulière comme les modèles HMO ou médecin de famille et leur potentiel d'économie. Les assurés, qui n'auraient plus moyen de faire baisser leur prime, et les médecins, qui devraient subir des tarifs fixés, n'auraient plus aucune incitation à rechercher des modèles plus économiques.

Une médecine à deux vitesses

Les auteurs de l'initiative souhaitent que la responsabilité et la compétence soient transférées des assureurs privés à l'Etat et des cantons à la Confédération. La Confédération serait seule à décider des planifications hospitalières et pourrait fixer les tarifs et le nombre de médecin. Or, les cantons sont plus à même de définir les besoins de leurs habitants que la Confédération.

De plus, les expériences faites à l'étranger montrent qu'une planification centralisée du système de santé se traduit par un rationnement des prestations, des listes d'attente et le passage à une médecine à deux vitesses. Les patients font toujours les frais d'un tel système. Comme en Grande-Bretagne, les plus fortunés pourront se faire soigner à l'étranger, les autres subiront les défauts du système et attendront.

6. Non à l'initiative-santé

- √ Non à de nouveaux impôts sur le revenu et la fortune
- √ Non à l'augmentation de la TVA
- √ Non au gaspillage des ressources des assurés
- √ Non à une médecine d'Etat centralisée

Annexe I

Le projet de financement de l'initiative n'est pas viable

Besoins financiers pour l'assurance maladie obligatoire (2002) en mio. CHF : **17 000**

Financement selon le texte de l'initiative

	Part	Mio.fr.	Equivaut à un taux d'imposition ⁵ de:
Impôt sur le revenu	37,5%	6 375	5,96%
Impôt sur la fortune	12,5%	2 125	0,83%
Taxe sur la valeur ajoutée	50%	8 500	3,70%
Total	100%	17 000	

Les initiants ont toujours prôné ce financement comme le démontrent les interventions de MM. Cavalli et Rennwald lors du débat parlementaire au Conseil national du 12 décembre 2000 (Source : Bulletin officiel) :

CN Franco Cavalli (SP TI)

« Notre initiative propose de diviser en deux ce qui n'est pas couvert par les subventions fédérales et cantonales : une moitié serait financée par une augmentation de la TVA qui serait de l'ordre de 3% ou plus, et l'autre moitié serait financée par des primes proportionnelles au revenu et à la fortune. »

CN Jean-Claude Rennwald (SP JU), 12.12.2000 :

« Bien sûr, la réalisation de l'initiative impliquerait un relèvement de la TVA de l'ordre de 3,5%. »

Mme Marianne Meyer, FRC, s'est également tenue à cette version lors de la conférence de presse du PS du 11 février, a contrario des autres intervenants.

La confusion règne chez les initiants

Le PS a proposé un nouveau modèle de financement lors de sa conférence de presse du 11 février, soit un taux de 25% de prélèvement via la TVA, 60% via un impôt sur le revenu et 15% via un impôt sur la fortune.

⁵ T.V.A. : recettes fiscales pour 1 point de pourcentage de TVA en plus : 2300 mio. CHF
Pour le calcul du revenu imposable déterminant (franchise 20 000 CHF) : 107 020 mio. CHF
Pour le calcul de la fortune imposable déterminante (franchise 1 mio. CHF) : 257 055 mio. CHF

Financement selon la conférence de presse des initiants du 11 février 2003

	Part	Le montant à couvrir en millions	Taux d'imposition annoncé par le PS	Recettes fiscales selon le PS en millions
Impôt sur le revenu	60%	10'200	3.4%	3'639
Impôt sur la fortune	15,0 %	2'550	0.3%	771
Taxe sur la valeur ajoutée	25%	4'250	1.5%	3'450
Total	100 %	17'000		7'860

Ce calcul est faux – du moins compte tenu des taux présentés par le PS –, car moins de la moitié des 17 milliards de francs nécessaires pour financer l'assurance maladie obligatoire pourrait être rassemblée ainsi sachant qu'il manquerait plus de 9 milliards pour couvrir les dépenses 2002. Pour couvrir l'ensemble des dépenses, il faudrait percevoir un impôt proportionnel de 9,53% (au lieu de 3,4%) sur les revenus imposables supérieurs à 20 000 francs, un impôt sur la fortune de 0,99% (au lieu de 0,3%) et la TVA devrait être relevée de 1,85 point de pourcentage (au lieu de 1,5 point de pourcentage). Les tergiversations des initiants montrent bien que leur initiative ne tient pas la route.

	Taux d'imposition annoncé par le PS	Manque à gagner en millions	Taux d'imposition qui serait nécessaire
Impôt sur le revenu	3.4%	6'561	9,53%
Impôt sur la fortune	0.3%	1'779	0,99%
Taxe sur la valeur ajoutée	1.5%	800	1,85%
Total	Total	9'140	

Les conséquences de l'initiative santé du PS

Impôt sur le revenu (1)		mio. CHF
Nombre de contribuables ayant un revenu supérieur à 20 000 CHF	2 661 287	
Revenu imposable des contribuables dont le revenu est supérieur à 20 000 CHF (mio. CHF)		160 246
déduction faite de la franchise de 20 000 CHF (2'661'287 * 20'000)		<u>-53 226</u>
Revenu déterminant (mio. CHF)		<u>107 020</u>
Impôt sur la fortune (2)		
Nombre de contribuables dont la fortune excède 1 mio. CHF	117 243	
Fortune nette supérieure à 1 mio. CHF		374 298
déduction faite de la franchise de 1 mio. CHF (117 243 * 1 mio.)		<u>-117 243</u>
Fortune déterminante (mio. CHF)		<u>257 055</u>
Taxe sur la valeur ajoutée (3)		
Recettes fiscales par point de pourcentage de TVA supplémentaire (mio. CHF)		<u>2 300</u>
Prestations brutes de l'assurance maladie obligatoire 2002 (4)		
Prestations brutes 2000		15 478
Hypothèse : accroissement de 5% par an		
Prestations brutes 2002 (mio. CHF) (mises à jour et arrondies)		<u>17 000</u>

Financement de l'assurance maladie obligatoire

PS avant le 15.02.2003

	Part	mio. CHF	équivalait à un taux d'imposition de
<i>Impôt sur le revenu</i>	37,5%	6 375	5,96% (calcul pour 107'020 mio. CHF de revenus déterminants)
<i>Impôt sur la fortune</i>	12,5%	2 125	0,83% (calcul pour 257'055 mio. CHF de fortune déterminante)
<i>Taxe sur la valeur ajoutée</i>	50,0%	8 500	3,70%
<i>Total</i>	100,0%	17 000	(calcul sur la base de 2300 mio. CHF par point supplémentaire)

Affirmations du PS depuis la conférence de presse du 15.02.2003

	Part		Taux d'imposition nécessaires	
<i>Impôt sur le revenu</i>	60,0%	10 200	9,53%	(calcul pour 107'020 mio. CHF de revenus déterminants)
<i>Impôt sur la fortune</i>	15,0%	2 550	0,99%	(calcul pour 257'055 mio. CHF de fortune déterminante)
<i>Taxe sur la valeur ajoutée</i>	25,0%	4 250	1,85%	(calcul sur la base de 2'300 mio. CHF par point supplémentaire)
<i>Total</i>	100,0%	17 000		

Taux d'imposition avancés	Recettes fiscales selon PS (mio. CHF)	Manque à gagner
3,4%	3 639	6 561
0,3%	771	1 779
1,5%	3 450	800
	7 860	<u>9 140</u>

Compte tenu des chiffres du PS, il manque 9,140 mrd CHF par année pour l'assurance maladie obligatoire !

Sources et explications :

(1) Impôt fédéral direct, période fiscale 1997/1998 : Administration fédérale des contributions

Suisse, sans le canton de BS : <<http://www.estv.admin.ch/data/sd/d/dbst/fremd/97-98/2k.pdf>>

Ct. BS : <<http://www.estv.admin.ch/data/sd/d/dbst/fremd/97-98/2k-bs.pdf>>

(2) Statistique suisse sur la fortune des personnes physiques : Administration fédérale des contributions

<<http://www.estv.admin.ch/data/sd/d/verstat/ver97.pdf>>

(3) Taxe sur la valeur ajoutée

L'augmentation proportionnelle de la TVA d'un point de pourcentage génère 2,3 mrd CHF de recettes fiscales supplémentaires.

Proportionnel signifie que les proportions entre les taux de TVA ne sont pas modifiés : quand le taux normal de 7.6% est relevé d'un point de pourcentage à 8.6%, le taux réduit passe à 2,7%, contre 2.4% actuellement. Information écrite de l'Administration fédérale des contributions du 31.1.2003.

(4) Prestations brutes de l'assurance maladie obligatoire : Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Statistique des assurances sociales 2002

<http://www.bsv.admin.ch/statistik/details/d/kv_00_d.pdf>

Annexe II

Texte de l'initiative

Les citoyennes et citoyens suisses soussignés ayant le droit de vote demandent, en vertu de l'art. 121 de la constitution fédérale et conformément à la loi fédérale du 17 décembre 1976 sur les droits politiques (art. 68s.), que

I. La constitution fédérale est modifiée comme suit:

- Art. 34bis
- 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 réglemente 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.
- Art. 24 (nouveau)
- 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'article 34bis, alinéa 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.
- Art. 25 (nouveau)
- 1 Si la loi d'application de l'article 34bis 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 alinéas 3 et 5 de l'article 34bis par voie d'ordonnance.
 - 2 Il tiendra notamment compte des principes suivants:
 - a. Pour le calcul des cotisations selon l'alinéa 3 lettre b, on appliquera une exonération de fr. 20'000 sur le revenu et de fr. 1'000'000 sur la fortune réelle.
 - b. La part des cotisations des assurés calculées en fonction de la fortune réelle selon l'alinéa 3 lettre b se montera au moins au quart du total des cotisations perçues selon ce même alinéa.

Annexe III

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)»

du 5 décembre 2002

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'art. 139, al. 5, de la Constitution⁶,
vu le ch. III de l'arrêté fédéral du 18 décembre 1998 relatif à une mise à jour de la Constitution fédérale⁷,
vu l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)», déposée le 9 juin 1999⁸,
vu le message du Conseil fédéral du 31 mai 2000⁹,
arrête:

Art. 1

1 L'initiative populaire du 9 juin 1999 «La santé à un prix abordable (Initiative-santé)» est valable et sera soumise au vote du peuple et des cantons.
2 L'initiative¹⁰, adaptée à la Constitution du 18 avril 1999, a la teneur suivante:

I

La Constitution 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'al. 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;

⁶ RS 101

⁷ RO 1999 2556

⁸ FF 1999 6586

⁹ FF 2000 3931

¹⁰ L'initiative a été déposée sous le régime de la constitution du 29 mai 1874 et ne se référerait donc pas à la Constitution du 18 avril 1999. Dans la version déposée elle demandait de modifier l'art. 34bis et de compléter les dispositions transitoires de l'ancienne constitution par les art. 24 et 25.

- 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 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.

Art. 2

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Conseil national, 5 décembre 2002
Le président: Yves Christen
Le secrétaire: Christophe Thomann

Conseil des Etats, 5 décembre 2002
Le président: Gian-Reto Plattner
Le secrétaire: Christoph Lanz