

Initiative pour une caisse maladie unique

## **Argumentaires pour un NON**

- Conseil fédéral / Office fédéral de la santé publique
- santésuisse



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Office fédéral de la santé publique (OFSP)**

---

## **Non à l'initiative populaire « pour une caisse-maladie unique et sociale »**

**Le 11 mars 2007, citoyennes et citoyens sont appelés à voter sur l'initiative populaire fédérale « pour une caisse-maladie unique et sociale ». Lancée par le Mouvement populaire des familles, cette initiative demande l'institution d'une caisse-maladie unique pour l'assurance de base. Elle exige aussi que les primes à l'assurance de base soient fixées en fonction de la capacité économique des assurés. Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent cette initiative, car le système actuel composé de plusieurs caisses-maladie présente des avantages évidents. Les coûts de l'assurance obligatoire des soins ne diminueront ni avec une caisse-maladie unique, ni par des primes fixées comme le demandent les initiants. Une caisse unique constituerait une lourde structure et mettrait fin à la concurrence. Des primes calculées en fonction du revenu et de la fortune affecteraient principalement la classe moyenne. En outre, la mise en place d'une**

## **caisse unique ne permettrait pas d'enrayer la croissance des coûts dans le domaine de la santé et bloquerait les réformes menées par le Conseil fédéral et le Parlement pour la maîtriser.**

Que demande l'initiative?

L'initiative lancée par le Mouvement populaire des familles est centrée sur deux exigences : d'abord, l'institution d'une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins ; ensuite, la fixation des primes en fonction de la capacité économique des assurés.

Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent cette initiative, car le système actuel présente des avantages évidents. Ni la mise en place d'une caisse unique, ni la fixation des primes en fonction du revenu et de la fortune ne permettront de freiner la croissance des coûts.

Quels sont les arguments qui plaident contre l'initiative ?

- Il ne sert à rien de tout changer.  
Le Conseil fédéral est d'avis qu'un système composé de plusieurs assureurs dans l'assurance de base présente des avantages évidents par rapport au monopole d'une caisse-maladie unique. Les assurés peuvent choisir librement leur caisse-maladie en ayant la possibilité d'en changer, si les primes ou les prestations de leur caisse ne les satisfont pas. Le système contient ainsi des éléments de concurrence non négligeables qui incitent à prendre des mesures de maîtrise des coûts pouvant se répercuter sur les primes. Le passage à une caisse unique ferait disparaître cette concurrence et diminuer la qualité des prestations. Avec le financement proposé par l'initiative, il serait plus difficile d'offrir des formes d'assurance présentant des rabais de primes et des incitations à économiser.
- La classe moyenne ne bénéficiera pas d'allègements.  
Le système actuel des primes par tête, un système basé sur la solidarité et qui fixe les primes indépendamment de la capacité économique des assurés, a fait ses preuves. La réduction des primes financée par la Confédération et les cantons corrige les inégalités sociales. Modifier le système des primes en les échelonnant selon la capacité économique des assurés reviendrait à créer un nouvel impôt qui affecterait particulièrement la classe moyenne. Il est pour l'instant difficile de dire qui verra sa charge augmenter avec cette nouvelle manière de calculer les primes et quelle sera l'ampleur de cette augmentation. Les assurés entièrement déchargés du paiement de leurs primes grâce à la formule actuelle de la réduction des primes ne seront pas mieux lotis avec le système que propose l'initiative.
- La structure de la caisse unique rendrait impossible toute décision rapide.

Avec ses 7,5 millions d'assurés, la caisse-maladie unique aurait vite un appareil administratif surdimensionné. La direction tripartite que propose l'initiative empêcherait de prendre des décisions rapides, voire risquerait de tout bloquer. Un tiers du conseil d'administration serait aux mains des prestataires de soins (parmi lesquels figurent les hôpitaux, les médecins et les pharmaciens). Dans les négociations tarifaires, ceux-ci participeraient à la fixation de leur propre revenu.

- Le problème de l'augmentation des coûts n'est pas réglé.  
Le principal problème de l'assurance de base réside dans l'augmentation des coûts. L'initiative réforme la structure et le financement de l'assurance de base, mais n'incite aucunement à faire des économies. Elle ne permet donc pas de mieux faire face à la hausse des coûts et des primes. L'absence de concurrence et d'incitations à maîtriser les coûts risquent de faire augmenter davantage les coûts de la santé.
- Les frais d'administration ne diminueront pas.  
Avec une caisse unique, les frais d'administration ne diminueraient pas forcément. En 2005, ceux-ci représentaient à 5,4 % des dépenses des caisses-maladie pour l'assurance de base. Ces frais découlent notamment des contrôles effectués sur les factures des assurés. Une vérification attentive des factures permet d'économiser des coûts. Pour poursuivre correctement ces contrôles, la caisse unique aurait besoin de tout autant de personnel. Par ailleurs, elle devrait disposer d'une infrastructure adéquate et de systèmes informatiques performants. Et même une caisse unique doit conseiller ses assurés et mener des négociations tarifaires.
- Le transfert intégral de la fortune des caisses n'est pas garanti.  
La fortune des caisses-maladie consiste en des réserves et des provisions. Les réserves permettent aux caisses de disposer de suffisamment de ressources dans l'éventualité d'événements extraordinaires. Le Conseil fédéral a décidé de réduire progressivement ces réserves, et cette mesure prend effet dès 2007. Quant aux provisions, elles servent à payer ultérieurement des factures de cas non liquidés des années précédentes.  
Avec la nouvelle organisation que nécessiterait l'initiative, les caisses-maladie devraient transférer la totalité de leur fortune d'assurance de base à la nouvelle caisse unique. L'initiative ne garantit pas que cette fortune reste intacte durant la phase transitoire. Et s'il restait de la fortune, les caisses pourraient exiger un dédommagement. Cela entraînerait de longues controverses juridiques et une réalisation très coûteuse. Une caisse unique serait elle aussi obligée de constituer des réserves pour faire face à des événements extraordinaires.

Demande concernant: [kv@bag.admin.ch](mailto:kv@bag.admin.ch)

Office fédéral de la santé publique (OFSP)



## Fiche d'information

Date :

22 décembre 2006

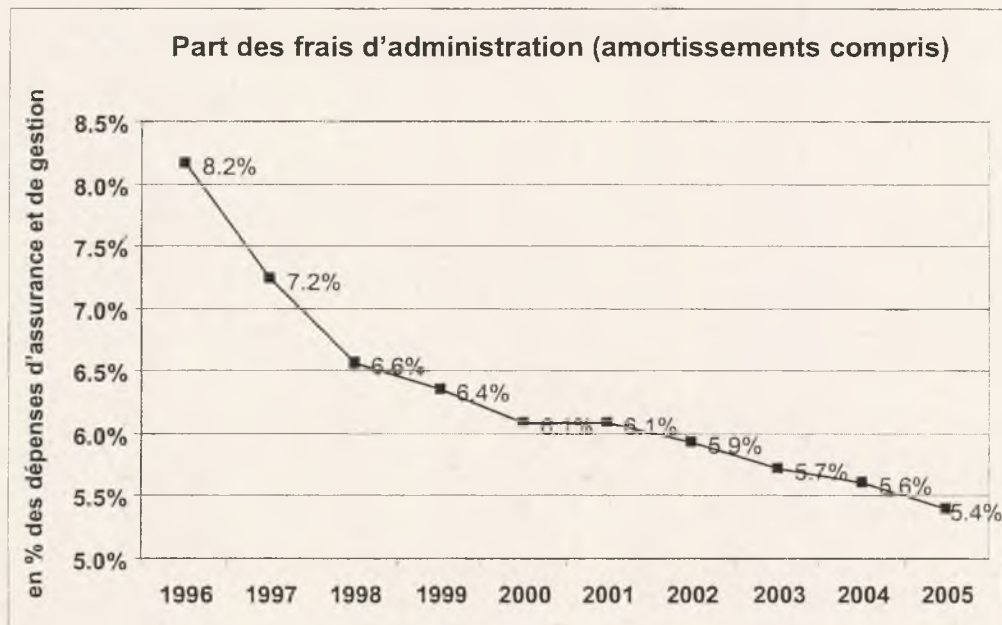
### Assurance-maladie obligatoire

## Les frais d'administration des assureurs-maladie

### Frais de gestion

Les frais d'administration des assureurs-maladie sont les coûts d'exploitation effectifs générés par l'application de l'assurance-maladie sociale. Les assureurs-maladie remplissent un mandat public dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Une gestion économique des primes de cette assurance est essentielle. Aux termes de l'art. 22 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs doivent limiter les frais d'administration de l'assurance-maladie sociale aux exigences d'une gestion économique. Ils sont également tenus de contrôler ces coûts, ce qui a permis de réaliser des économies bénéfiques à l'ensemble du système. Il est donc judicieux d'affecter des ressources dans ce domaine.

Les frais d'administration représentent un pourcentage minime des dépenses totales :



Source: Statistique de l'assurance obligatoire des soins, OFSP

Pour de plus amples renseignements :

Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Assurance maladie et accidents, téléphone +41 31 323 70 66. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, la part des frais d'administration de l'AOS au total des dépenses (d'assurance et de gestion) n'a cessé de diminuer, passant de 8,2 % en 1996 à 5,4 % en 2005.

Par rapport aux primes, les frais d'administration représentent 5,3 % des primes payées. La prime mensuelle moyenne (calculée sur l'ensemble des formes d'assurance et des groupes d'âge) était en 2005 de 207 francs, dont 11 seulement ont été consacrés aux frais d'administration.

### Frais des assureurs-maladie, en tout et par personne assurée

Année	Prestations payées en francs (coûts nets)		Frais d'administration, en francs	
	En tout	Par personne assurée	En tout	Par personne assurée
1996	10,8 milliards	1498	959,8 millions	133
1997	11,4 milliards	1575	893,2 millions	124
1998	11,9 milliards	1645	854,9 millions	118
1999	12,4 milliards	1711	854,2 millions	118
2000	13,1 milliards	1815	863,3 millions	119
2001	14,0 milliards	1910	908,9 millions	124
2002	14,6 milliards	1983	923,6 millions	125
2003	15,3 milliards	2074	949,1 millions	128
2004	16,3 milliards	2198	987,4 millions	133
2005	17,4 milliards	2327	999,1 millions	134

Source: Statistique de l'assurance obligatoire des soins, OFSP

En chiffres absolus, les frais d'administration ont légèrement augmenté de 1996 à 2005, passant de 960 à 999 millions de francs, soit une hausse de 3,93 %. Dans le même temps, les frais d'assurance (prestations payées) ont passé de 10,8 à 17,4 milliards de francs, soit une augmentation de plus d'un tiers (37,87 %).

Les frais d'administration comprennent les frais de personnel et d'équipement, les frais immobiliers et informatiques, les primes d'assurance et les cotisations aux fédérations, mais aussi les frais de publicité et les amortissements. Une enquête auprès des assureurs-maladie a montré que ces derniers versent de moins en moins de provisions lorsqu'ils concluent une assurance AOS, voire que certains n'en versent plus du tout. Dans l'établissement des comptes, l'OFSP exige la transparence sur la répartition des frais de marketing et de publicité, provisions incluses, entre assurance de base et assurances complémentaires.

L'autorité de surveillance vérifie, pour tous les assureurs-maladie, le volume des frais d'administration et la clé de répartition, et elle intervient en cas d'irrégularité. A cette fin, l'OFSP examine l'évolution des frais d'administration de tous les assureurs sur plusieurs années, et il regroupe les assureurs par taille et structure comparables, afin de repérer dans ces groupes les frais d'administration disproportionnés. Les organes de révision vérifient que ces frais se limitent aux exigences d'une gestion économique de l'assurance-maladie sociale et l'attestent à l'OFSP.

Toujours dans l'esprit de l'art. 22, al. 1, LAMal, l'OFSP veille à ce que des frais d'administration servant aux assurances complémentaires ne soient pas imputés l'assurance-maladie sociale, et il accepte aussi pour l'assurance de base une clé de répartition plutôt favorable. Le point essentiel est que tous les assureurs-maladie doivent avoir une clé de répartition transparente et plausible de leurs frais

Pour de plus amples renseignements :

Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Assurance maladie et accidents, téléphone +41 31 323 70 66, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

d'administration, afin de justifier cette répartition et de permettre à l'autorité de surveillance d'en vérifier la conformité à la loi.

### **Optimiser les frais d'administration**

Il est permis de supposer que les assureurs n'ont aucun intérêt à avoir des frais d'administration élevés, qui se répercuteraient sur leurs primes. Le système de concurrence prévu par la LAMal incite les assureurs à ne pas laisser leurs frais d'administration dépasser la mesure nécessaire à une gestion économique de l'assurance-maladie sociale.

Le Conseil fédéral estime que les dispositions légales actuelles et les mécanismes de contrôle existants permettent de garantir une imputation correcte des frais d'administration.



## Fiche d'information

---

Date :

22 décembre 2006

---

Assurance-maladie obligatoire

### Réduction des primes

#### Subvention globale

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), en vigueur depuis janvier 1996, précise que toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie (obligation de s'assurer). Les primes d'assurance, individuelles, sont fixées par les caisses-maladie sur la base de tarifs établis indépendamment du revenu. C'est pourquoi la LAMal comprend comme correctif social l'obligation de réduire par des subsides fédéraux et cantonaux les primes des assurés de condition économique modeste.

L'art. 65 LAMal prévoit que les réductions de primes sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération et des cantons soient en principe versés intégralement. Chaque canton est autorisé à diminuer de 50 % au maximum la contribution à laquelle il est tenu, si la réduction des primes des assurés de condition économique modeste est garantie. En 2005, les personnes assurées en Suisse ont versé environ 18,5 milliards de francs à l'assurance de base. La Confédération et les cantons versent un montant global de 3,2 milliards affectés à la réduction de ces primes.

#### Prestations de la Confédération et des cantons

L'application de la réduction des primes relève des cantons. Il appartient à chacun d'eux de définir les ayants droit, le volume de la réduction, la procédure et les modalités de versement. Vu les grandes différences qui existent entre les systèmes cantonaux, il est difficile de comparer ceux-ci. C'est pourquoi l'efficacité de la réduction des primes est périodiquement examinée par des experts externes.

En 2005, le montant maximum disponible était de 3,6 milliards de francs, dont 3,2 milliards en tout ont été versés au titre de la réduction des primes. Cette somme a été financée à raison de 64,4 % par la Confédération et de 35,6 % par les cantons. En Suisse, 2 262 160 personnes, soit 30,4 % des assurés, ont bénéficié d'une réduction des primes. En moyenne, 1415 francs ont été versés par personne, ou 2633 francs par ménage.

Pour les personnes tributaires de l'aide sociale, le montant total de la prime de l'assurance de base est inclus dans les besoins de base. Le service cantonal chargé de la réduction des primes rembourse chaque année les dépenses effectuées à ce titre par les autorités d'aide sociale (commune ou canton). En 2005, 194 315 personnes (8,6 % des bénéficiaires) ont vu leur prime intégralement prise en charge par l'aide sociale.

Dans le régime des prestations complémentaires, la prime (moyenne) d'assurance-maladie est également comptée dans les besoins de base. 266 861 personnes (11,8 % des bénéficiaires des réductions de primes) ont été concernées en 2005.

#### Pour de plus amples renseignements :

Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Assurance maladie et accidents, téléphone +41 31 323 70 66, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)



En comparaison annuelle (de 2002 à 2005), le montant global des primes à encaisser augmente plus fortement que les subsides à la réduction des primes, si bien que le pourcentage des subsides par rapport aux primes diminue légèrement. De plus, les cantons ont adapté leurs systèmes, de sorte que la limite au-delà de laquelle la réduction n'est plus accordée a en moyenne été abaissée. Le nombre de bénéficiaires de la réduction a légèrement diminué, mais les prestations se sont concentrées sur cette catégorie, si bien que le subside moyen par personne et par ménage a augmenté.

### **Un instrument efficace**

La réduction des primes est en soi un instrument efficace, qui tient compte des différences cantonales et constitue un correctif social adéquat à la prime unique (par assureur). Pour adapter les subsides en proportion des primes à encaisser, le Parlement a voté une rallonge budgétaire de 100 millions de francs par an pour 2006 et 2007, ce qui devrait permettre de réduire de moitié au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation des familles de revenu faible à moyen.

### **Annexe**

Résumé des données de la réduction des primes de 2002 à 2005.



	Année de relevé			
	2002	2003	2004	2005
<b>Total des primes à encaisser</b>	15'355 millions de fr.	16'820 millions de fr.	18'029 millions de fr.	18'496 millions de fr.
<b>Prestations octroyées (Confédération et cantons)</b>	2892 millions de fr.	3066 millions de fr.	3170 millions de fr.	3202 millions de fr.
Nombre d'assurés	7'344'632	7'372'505	7'383'574	7'435'865
Nombre de bénéficiaires de la réduction des primes (RP)	2'433'822	2'427'518	2'361'377	2'262'160
Nombre de ménages subventionnés	1'289'405	1'287'365	1'245'875	1'215'989
<b>Taux de bénéficiaires</b>	33.10%	32.90%	32.00%	30.40%
Montant moyen de la réduction par bénéficiaire	1188 fr.	1263 fr.	1342 fr.	1415 fr.
Montant moyen de la réduction par ménage	2243 fr.	2381 fr.	2544 fr.	2633 fr.
Pourcentage des primes à encaisser couvert par la RP	18.80%	18.20%	17.60%	17.30%
Pourcentage de bénéficiaires de PC sur les bénéficiaires de la RP	10.10%	8.50%	10.70%	11.80%
Pourcentage de bénéficiaires de l'aide sociale sur les bénéficiaires RP	5.80%	4.90%	7.60%	8.60%
Pourcentage des 0 à 18 ans sur les bénéficiaires de la RP	29.40%	29.20%	28.80%	28.60%
<b>Nombre de ménages subventionnés, selon la taille</b>				
1 personne	58.20%	58.20%	58.90%	59.50%
2 personnes	16.50%	16.70%	16.70%	16.70%
3 personnes	8.09%	8.30%	8.20%	8.30%
4 personnes	10.85%	10.50%	10.40%	9.90%
5 personnes et plus	6.34%	6.20%	5.90%	5.60%
dont familles monoparentales	7.33%	7.50%	8.00%	8.30%
<b>Plafond du revenu déterminant, moyenne suisse, en francs</b>				
Personne seule/Famille monoparentale				
Sans enfant	31'142.-	31'274.-	32'288.-	30'689.-
1 enfant	43'242.-	43'611.-	45'525.-	43'016.-
2 enfants	51'197.-	51'769.-	54'240.-	50'537.-
3 enfants	58'938.-	60'956.-	63'549.-	59'131.-
Couple marié				
Sans enfant	51'566.-	52'791.-	51'289.-	51'358.-
1 enfant	61'041.-	61'003.-	60'600.-	59'770.-
2 enfants	69'143.-	69'609.-	68'486.-	67'089.-
3 enfants	76'759.-	78'164.-	76'903.-	74'833.-

# Mesures de l'assurance-maladie

## 1. Loi sur l'assurance-maladie LAMal

### Paquet de 7 messages :

#### 2004:

- Projet 1A : Stratégie et points urgents
- Projet 1B : Liberté de contracter
- Projet 1C : Réduction des primes
- Projet 1D : Augmentation de la quote-part à 20 %
- Projet 2A : Financement hospitalier
- Projet 2B : Managed Care

#### 2005:

Message relatif au nouveau régime de financement des soins

#### Réalisé :

- Projet 1A : Prolongation de la compensation des risques ; gel des tarifs des soins ; prolongation du gel des autorisations ; carte d'assuré ; art. 59 : sanctions à l'encontre des fournisseurs de prestations

Adopté par le Parlement en octobre 2004 ; en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005

- Projet 1C : Nouveau régime de réduction des primes pour les enfants et les jeunes adultes en cas de revenus faibles ou moyens ; art. 64a : conséquences du non-paiement de primes – changement possible seulement après l'acquittement des arriérés de paiements.

Adopté par le Parlement en mars 2005 ; en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006

#### En suspens au Parlement :

- Projet 1B : pas encore traité par les Chambres ni par les commissions
- Projet 1D : adopté par le Conseil des Etats à l'automne 2004 ; actuellement au Conseil national (CSSS-N)

- Projet 2A : modèle de compromis adopté par le Conseil des Etats en mars 2006 ; le projet a été modifié par la commission du Conseil national (CSSS-N) et viendra devant le Conseil national au cours de la session de printemps 2007
- Projet 2B : il a été discuté par la commission du Conseil des Etats (CSSS-E) et viendra devant le Conseil des Etats au cours de la session d'hiver 2006
- Projet financement des soins : le projet modifié a été adopté par le Conseil des Etats au cours de la session d'automne 2006 ; actuellement au Conseil national (CSSS-N)

## 2. Ordonnance sur l'assurance-maladie OAMal (ordonnance du CF)

### Réalisé :

#### 2003:

- Augmentation de la franchise de 230 à 300 CHF
- Augmentation du montant maximal de la quote-part de 600 à 700 CHF
- Unification des taux de réserve pour les petits et moyens assureurs : 20 % pour les assureurs comptant jusqu'à 250 000 assurés ; maintien à 15 % pour les assureurs qui comptent plus de 250 000 assurés
- Mesures destinées à lutter contre les abus dans le domaine des laboratoires

Toutes les mesures sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004

#### 2004:

- Libéralisation des franchises annuelles (augmentation jusqu'à 2500 CHF)
- Prescriptions relatives au rabais pour les franchises annuelles en vue de renforcer la solidarité

Toutes les mesures sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005

#### 2005:

- Prolongation de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie („gel des autorisations“) de juillet 2005 à juillet 2008
- Modifications d'ordonnances au 1<sup>er</sup> janvier 2006. Revêtent une importance particulière : compétence accordée au DFI (délégation de compétence) pour fixer une quote-part différenciée pour les médicaments

Introduction d'une quote-part différenciée (10% pour les génériques, 20% pour les préparations originales) le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Effet d'économies : SFR 100 à 150 millions par année

## **2006 :**

- Assouplissement du principe de territorialité : autorisation de projets pilotes concernant la possibilité de recourir à des prestations à l'étranger
- Adaptation des dispositions concernant l'examen et la fixation du prix des médicaments (mise en œuvre de l'accord avec l'industrie pharmaceutique)
- Exonération de prime pour les recrues à partir du 1<sup>er</sup> jour de service
- Mesures destinées à accroître la transparence et prévenir la sélection des risques
- Baisse des taux de réserve minimaux des assureurs : 10% pour les caisses comptant plus de 150 000 assurés ; 15% pour celles comptant de 50 000 à 150 000 assurés ; 20% pour les assureurs comptant moins de 50 000 assurés. Application progressive à partir de janvier 2007

Toutes les mesures sont entrées en vigueur en mai 2006

## **En préparation :**

- Modifications d'ordonnances (OAMal) au 1<sup>er</sup> mars 2007 : principes de l'aménagement des tarifs, conséquences des retards de paiement, etc.
- Ordonnance concernant la carte d'assuré (OCA) pour le 1<sup>er</sup> mars 2007 ; introduction de la carte d'assuré à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008

### *3. Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS (ordonnance DFI)*

## **Réalisé :**

### **2004:**

Adaptation des tarifs-cadres dans le domaine des soins au 1<sup>er</sup> janvier 2005

### **2005:**

- Suppression de la médecine complémentaire du catalogue des prestations au 1<sup>er</sup> juillet 2005 ; économies réalisées : 80 millions de francs par an
- Reconnaissance des transplantations de foie d'un donneur vivant comme prestation obligatoire - limitation à deux centres (Genève et Zurich)
- Quote-part différenciée pour les médicaments au 1<sup>er</sup> janvier 2006 : 10 % pour les génériques, 20 % pour les préparations originales. Effet d'économies : SFR 100 à 150 millions par année
- Réduction de la valeur du point de 1 francs à 90 centimes au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour les analyses de laboratoire ; économies réalisées : 60 millions de francs par an

- Réduction de 10% des montants maximaux de remboursement pour les moyens et appareils au 1<sup>er</sup> janvier 2006 ; économies réalisées : 25 millions de francs par an

#### 2006 :

- Adaptation des dispositions concernant l'examen et la fixation du prix des médicaments (mise en œuvre de l'accord avec l'industrie pharmaceutique)
- Reconnaissance de l'obligation de prestation pour certains vaccins
- Nouvelle réglementation pour le remboursement des psychothérapies au 1<sup>er</sup> janvier 2007 ; économies pas encore chiffrables

#### En préparation :

- Mesures concernant le secteur des médicaments au 1<sup>er</sup> juillet 2007
- Révision de la liste des analyses au 1<sup>er</sup> juillet 2007
- Révision LiMA au 1<sup>er</sup> janvier 2008
- Réexamen du catalogue des prestations en permanence

#### 4. *Autres mesures*

- 2003 : Votation populaire du 9 février 2003 : adoption de la loi fédérale urgente sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitalier dispensés dans le canton
- 2003 : Votation populaire du 18 mai 2003 : rejet de l'initiative-santé du PS
- 2003 : harmonisation des régions de primes au 1<sup>er</sup> janvier 2004 ; objectif : accroître la transparence et la comparabilité des primes
- 2005 : nouvelles règles concernant les rabais dans divers domaines au 1<sup>er</sup> janvier 2006 ; objectif : renforcer la solidarité
- 2005 : message du Conseil fédéral concernant l'initiative sur la baisse des primes de l'UDC ; discuté actuellement par le Conseil national (CSSS-N)
- 2005 : message CF sur l'initiative Caisse unique ; traité par le Parlement ; votation : 11 mars 2007
- 2006 : mise en œuvre de l'accord avec l'industrie pharmaceutique : baisse du prix des médicaments et encouragement des génériques ; économies au moins 250 millions par an
- 2006 : message du Conseil fédéral relatif à l'initiative sur la médecine complémentaire ; discuté actuellement par le Conseil national (CSSS-N)



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

## Office fédéral de la santé publique (OFSP)

---

### Questions fréquentes

A combien reviendraient les frais d'administration d'une caisse unique ?

En 2005, les coûts d'administration représentaient 5,4 % des dépenses totales de l'assurance-maladie obligatoire. Les initiants promettent des économies importantes dans ce domaine avec une caisse unique. Rien n'est moins sûr, puisqu'une caisse unique pour 7,5 millions d'assurés sup-pose aussi des frais de gestion (encaissement de primes, décompte des prestations, contrôle des coûts ou service à la clientèle pour les assurés). Il n'est donc guère vraisemblable que la part des frais de gestion puisse être encore réduite.

A quoi servent les réserves des caisses-maladie ?

Pour les caisses-maladie, les réserves sont des ressources propres leur permettant de garantir leur solvabilité. Le but des réserves est avant tout de couvrir le risque économique de l'entreprise (fluctuation d'effectif, erreur d'estimation budgétaire ou chute des valeurs en bourse), ainsi que les risques spécifiques au domaine d'activité (épidémies ou nombre exceptionnel de cas lourds, par ex.). Dans une certaine mesure, une caisse unique devrait aussi disposer de réserves.

Comment l'assurance de base serait-elle financée ?

L'initiative règle uniquement la part du financement four-nies pas les primes d'assurance, et de manière rudimen-taire : les primes seraient fixées en fonction de la capacité économique des assurés. Les règles de détail, sont laissées au soin du législateur. Personne ne sait encore qui payera davantage, ni qui payera moins.

Comment serait organisée la caisse uni-que ?

La forme juridique et la structure administrative de la caisse unique sont encore à définir. Mais l'initiative fixe la composition des instances de direction, en prévoyant un conseil d'administration et un conseil de surveillance. Un nombre

égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des organisations de défense des assurés siégerait dans ces deux conseils.

Pourquoi le Conseil fédéral veut-il conserver le système actuel ?

Le Conseil fédéral est d'avis qu'un système composé de plusieurs assureurs dans l'assurance de base présente des avantages évidents par rapport au monopole d'une caisse-maladie unique. Les assurés peuvent librement choisir leur caisse-maladie, en ayant la possibilité d'en changer si les primes ou les prestations de leur caisse ne les satisfont pas. Le système contient ainsi des éléments de concurrence non négligeables qui incitent à prendre des mesures de maîtrise des coûts pouvant se répercuter sur les primes. Le passage à une caisse unique ferait disparaître cette concurrence et diminuer la qualité des prestations. Avec le financement que l'initiative propose, il serait plus difficile d'offrir des formes d'assurance présentant des rabais de primes et des incitations à économiser.

Pourquoi une assurance-maladie a-t-elle besoin de provisions ?

Les provisions pour les cas d'assurance non liquidés servent à payer les frais des prestations médicales de l'année précédente qui n'ont pas encore été réglés (provisions actuarielles). Ces provisions sont absolument nécessaires, qu'il y ait une ou plusieurs caisses-maladie.

Que demande l'initiative ?

L'initiative lancée par le « Mouvement populaire des familles » est centrée sur deux exigences : d'abord, l'institution d'une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins ; ensuite, la fixation des primes en fonction de la capacité économique des assurés.

Quelles conséquences entraînerait une réduction massive des réserves, comme les initiants le demandent ?

Une réduction massive des réserves mettrait en question la sécurité financière de la caisse unique et pourrait entraîner, selon les circonstances, une charge supplémentaire pour les contribuables.

Une réduction des réserves ne se répercuterait sur le montant des primes qu'au commencement de l'activité de la caisse unique. À condition encore que les réserves des caisses-maladie existantes soient transmises à la caisse unique.

Quelles prestations fournirait la caisse unique ?

Avec une caisse unique, il n'y aurait pas de concurrence. Les assurés ne pourraient ni choisir leur caisse-maladie ni en changer. Il ne serait plus possible d'offrir des prestations adaptées.

Qui gérerait l'assurance de base ?

Une caisse-maladie unique pour plus de 7,5 millions d'assurés.





santésuisse

## "Non à la caisse unique"

### Nos raisons de dire "Non à la caisse unique" !

Version "maxi" de l'argumentaire

**Non à des primes plus élevées et à la hausse des coûts. En effet, la caisse unique élimine toute incitation à économiser, donc elle augmentera les coûts:**

- **Comme tout monopole, la caisse unique n'a aucun intérêt à économiser:** les assurés disposent aujourd'hui d'un certain pouvoir sur le marché, que les assureurs-maladie, soumis à une réelle concurrence, ne peuvent ignorer. La caisse unique prive les assurés de leur liberté de choix et supprime la pression qui oblige les assureurs à maîtriser les coûts.
- **Choisir la caisse unique reviendra à payer des primes plus élevées:** la fin de la concurrence entre les assureurs-maladie conduira à l'augmentation des coûts et des tarifs. La caisse unique accentuera ainsi la hausse des coûts dans le domaine de la santé, ce qui se traduira par des augmentations de primes pour les assurés.
- **La caisse unique supprime le principe du "pollueur-payeur":** les assurés ne sont plus incités à prendre leurs propres responsabilités, ce qui entraînera une hausse des coûts et des tarifs. Si le recours aux prestations de santé est intégralement dissocié de leur paiement, toute incitation à faire preuve de retenue disparaîtra. De plus, les assurés n'auront plus aucune influence sur le montant de leur prime personnelle, comme c'était le cas jusqu'ici, par exemple lorsqu'ils choisissaient une franchise à option.
- **La caisse unique ne défendra plus les assurés dans les négociations tarifaires:** si des représentants des fournisseurs de prestations siègent au conseil d'administration et de surveillance de la caisse unique, les conflits d'intérêts sont programmés à l'avance. Il n'existera plus aucune incitation, ni de pression exercée par la concurrence pour négocier les tarifs les plus bas.

**Non à l'alourdissement des charges fiscales, à de nouvelles injustices sociales et à un surcroît de charges supportées par la classe moyenne. La classe moyenne devra payer les pots cassés, alors que l'assurance-maladie repose d'ores et déjà sur un mode de financement social:**

- **Non à l'accroissement des charges pour la classe moyenne:** pour éviter que les personnes financièrement aisées ne s'évadent vers des paradis fiscaux, la caisse unique établira certainement un plafonnement des cotisations sur la base du revenu, afin d'éviter l'instauration d'un impôt sur la richesse. Résultat: une fois de plus, c'est la classe moyenne qui devra payer les pots cassés et supporter des charges supplémentaires, comme le confirment des études menées par le spécialiste Stefan Spycher<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Codirecteur du Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS), à Berne, et expert auquel l'Office fédéral de la santé publique OFSP a souvent recours.

- **Non à des charges fiscales supplémentaires de l'ordre de 15 pour cent du revenu imposable.** Tel sera en effet le montant des primes calculées en fonction du revenu, en supposant que les cotisations seront plafonnées à un revenu imposable maximum de 120'000 francs.

Pour une famille domiciliée dans le **canton de Berne**, avec deux enfants, **100'000 francs de revenu annuel**, et sans fortune, l'hypothèse formulée par l'initiative aurait des conséquences sensibles, comme le montre l'exemple suivant.

Système actuel		En cas d'acceptation de l'initiative
9'312.-	Prime 2006	6'902.-
3'240.-	Réduction de primes	0.-
6'072.-	Prime nette	6'902.-

L'introduction d'une caisse unique aurait des répercussions **encore plus douloureuses** sur une famille de cinq personnes (dont un enfant âgé de plus de 18 ans), domiciliée dans le canton de Zoug et disposant d'un **revenu annuel de 70'000 francs**. Elle devra dépenser **1400 francs de plus**.

Système actuel		En cas d'acceptation de l'initiative
9'744.-	Prime 2006	2'320.-
8'820.-	Réduction des primes	0.-
924.-	Prime nette	2'320.-
250.-	Impôts pour la LAMal	250.-
1'174.-	Total	2'570.-

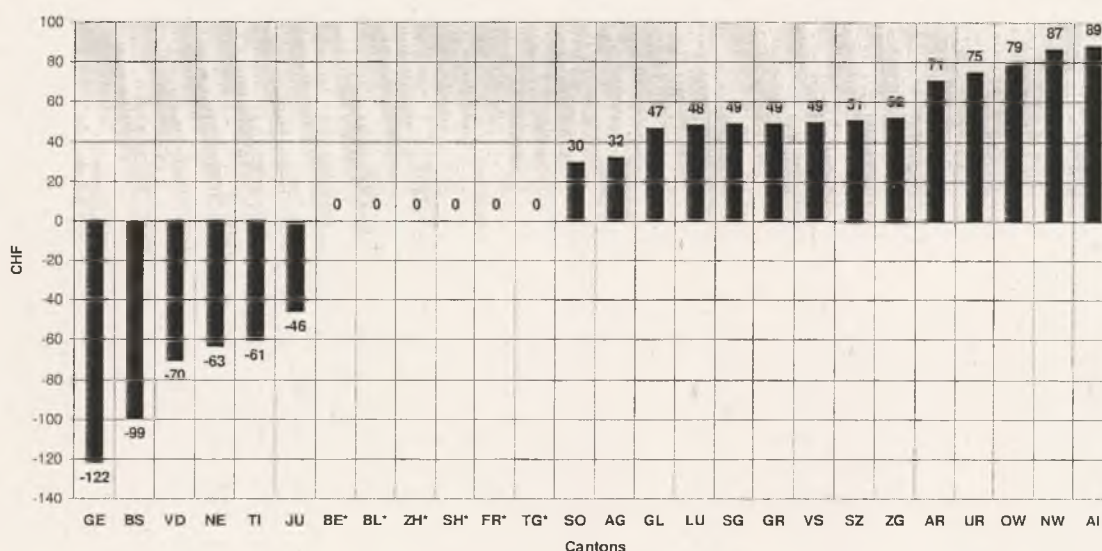
Par contre, une famille aisée domiciliée dans le canton de Zoug, avec 3 enfants (dont un âgé de plus de 18 ans), 10 millions de revenu annuel (y compris rendement sur la fortune) et 20 millions de fortune, ne ressentira guère de changements.

Système actuel		En cas d'acceptation de l'initiative
9'744.-	Primes 2006	14'500.-
0.-	Réduction de primes	0.-
9'744.-	Prime nette	14'500.-
240'000.-	Impôts pour la LAMal	240'000.-
249'744.-	Total	254'500.-

- **Non à des primes plus élevées dans des cantons où les coûts sont faibles:** dans les cantons où les coûts de santé sont bas (inférieurs à la moyenne), la majorité de la population devra payer des primes plus élevées qu'aujourd'hui, suite à l'introduction d'une caisse unique. En outre, la compensation des primes entre les cantons pénalisera

les soins de santé économiques planifiés par certains cantons et accentuera la hausse des coûts (effet de "race to the top"). Les cantons n'auront plus aucune motivation à essayer de maîtriser les coûts. Cette situation va à l'encontre du principe du "pollueur-payeur". On favorise l'irresponsabilité.

Augmentation ou diminution des primes mensuelles payées par un adulte avec franchise ordinaire, dans l'hypothèse d'une prime unique nationale de CHF 287.- (2006)

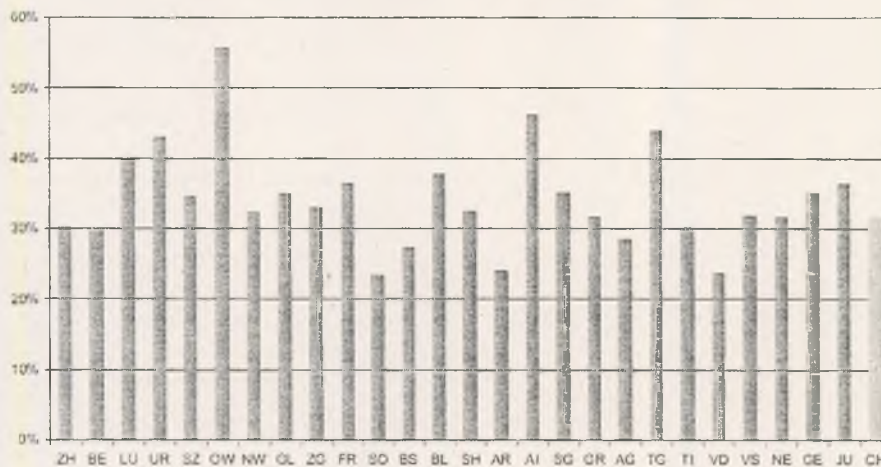


Source: santésuisse  
\*Disparités cantonales négligeables par rapport à la prime unique nationale

- **Une grande partie des coûts de santé est d'ores et déjà financée par les impôts:** l'assurance de base est financée à 60 pour cent par les primes et à 40 pour cent par les impôts. Une secrétaire paie donc, aujourd'hui, moins de primes d'assurance-maladie qu'un millionnaire.
- **L'effet des primes par tête est amorti par des mesures sociales:** la réduction individuelle des primes (RIP), financée par les impôts prélevés par la Confédération et les cantons, garantit déjà aujourd'hui une décharge des assurés disposant de revenus modestes. En outre, la révision LAMal en cours apporte une amélioration supplémentaire en étoffant la RIP. En effet, dès 2007, les familles avec enfants bénéficieront d'un plus fort allègement des charges (réduction des primes de 50% pour les enfants et les jeunes en formation).

## Part des assurés bénéficiaires de réductions de primes par

G 4b Kantonale Bezügerquoten für Prämienverbilligung 2004



Source: OFSP

**La caisse unique entraîne une baisse de la qualité des prestations pour les assurés couverts par l'assurance de base, sans assurance complémentaire:** les assurés qui bénéficient aujourd'hui de réduction de primes et dont la charge de primes serait éventuellement allégée à l'introduction de la caisse unique, vont devoir se contenter de prestations de moindre qualité. En effet, dans le cadre du système de la caisse unique, les soins de haute qualité seront réservés aux assurés qui pourront se permettre une assurance privée coûteuse.

**Non à des services de moins bonne qualité et à la suppression de la liberté de choix. Avec la caisse unique, la situation des patients et des assurés se dégradera. Et les modèles d'assurance innovants ne pourront plus être proposés:**

- **Caisse unique égale monopole:** les innovations d'avenir permettant d'économiser des coûts, telles que les modèles de soins intégrés (systèmes du médecin de famille, HMO, services de conseil par téléphone), ne peuvent pas se développer en situation de monopole. Le passage à une caisse unique empêche la croissance de tels modèles, optionnels pour les assurés.
- **La caisse unique implique la fin des franchises à option:** le système actuel permet aux assurés de prendre une plus grande part de responsabilité en matière de coûts, en choisissant une franchise plus élevée. 55 pour cent de la population a opté pour cette solution. Or, les franchises à option vont à l'encontre du système de la caisse unique qui repose sur des primes fixées en fonction du revenu. Elles seront donc impraticables.
- **La caisse unique supprime la liberté de choix:** 2 à 5 pour cent des assurés, soit environ 150'000 à 375'000 personnes, changent d'assureur-maladie chaque année. Cette liberté de choix permet non seulement aux assurés d'économiser des coûts, mais place aussi les assureurs-maladie sous pression, en les obligeant à proposer les primes les plus modérées possibles.
- **La caisse unique transforme les clients en quémandeurs:** les sondages confirment que la grande majorité des assurés suisses s'estiment satisfaits de leur assureur-maladie. Une caisse-maladie unique détentrice d'un monopole ne les traitera toutefois plus comme des clients, mais comme des quémandeurs.
- **La caisse unique diminue la qualité des services:** les assurés seront à la merci d'une caisse-maladie étatique. En tant que monopole, la caisse unique n'aura plus aucune raison d'offrir des services de haute qualité, d'une part, et sa position de force lui offrira, d'autre part, la possibilité d'opérer des discriminations en matière de traitements. Un

monopole est peut-être en mesure d'offrir de bons services, mais une saine concurrence garantit toutefois un bien meilleur service à la clientèle.

**Non au démantèlement d'un système qui fonctionne bien. Les assurés ne veulent pas d'une étatisation de la santé publique qui entraîne des déficits et instaure une médecine à deux vitesses:**

- **La concurrence apporte davantage qu'elle ne coûte:** la concurrence entre les assureurs-maladie a son prix. Les frais occasionnés par le changement d'assureur et les frais de publicité sont en ce sens inévitables. Toutefois, ces dépenses ne représentent qu'une partie minime de la totalité des frais administratifs des assureurs-maladie. Calculés sur la base des coûts totaux de l'assurance-maladie, les coûts générés par la concurrence ne dépassent pas la barre de 1%. Surtout, la concurrence permet de réaliser des économies: le contrôle systématique des coûts par les assureurs-maladie engendre une économie de plus d'un milliard de francs dans l'assurance-maladie de base.
- **Les assurés se déclarent satisfaits du système actuel:** des enquêtes régulières démontrent que les assurés sont non seulement satisfaits de notre système de santé, mais aussi des assureurs-maladie. Une caisse-maladie unique mettrait un terme au libre choix de l'assureur-maladie et supprimerait la liberté d'opter entre diverses formes d'assurance permettant d'économiser des coûts ou pour des franchises à option.
- **La caisse unique entraînera des déficits:** aujourd'hui, le système suisse de santé est financièrement sain, grâce aux réserves que les assureurs sont légalement tenus de constituer. La caisse unique est un premier pas vers l'étatisation du système de santé. Or, les systèmes étatisés favorisent les déficits, comme le démontrent tant la France que notre assurance-invalidité. Les dettes s'accroissent et mènent alors à la réduction des prestations.
- **La caisse unique instaure une médecine à deux vitesses:** la caisse unique devrait être financée par des primes calculées en fonction du revenu. Ce mode de financement impliquera un nouvel impôt, dont le montant sera fixé par le Parlement. Puisque l'évolution des coûts continuera même après l'instauration d'une caisse unique, le Parlement devra alors augmenter cet impôt chaque année. Cette solution n'est toutefois pas envisageable au niveau politique. Par conséquent, il faudra s'attendre à l'endettement de la caisse-maladie d'Etat ou au rationnement des prestations. La médecine à deux vitesses deviendra alors réalité, surtout si la croissance économique est faible et que la nécessité d'économiser s'accroît: quiconque souhaitera continuer à bénéficier de services de santé de haute qualité devra pouvoir s'offrir une assurance privée coûteuse.
- **La caisse unique mène à une centralisation:** l'initiative laisse la voie grande ouverte à la centralisation du système de santé. Il faudra alors oublier toute prise en compte des différences régionales ou cantonales.

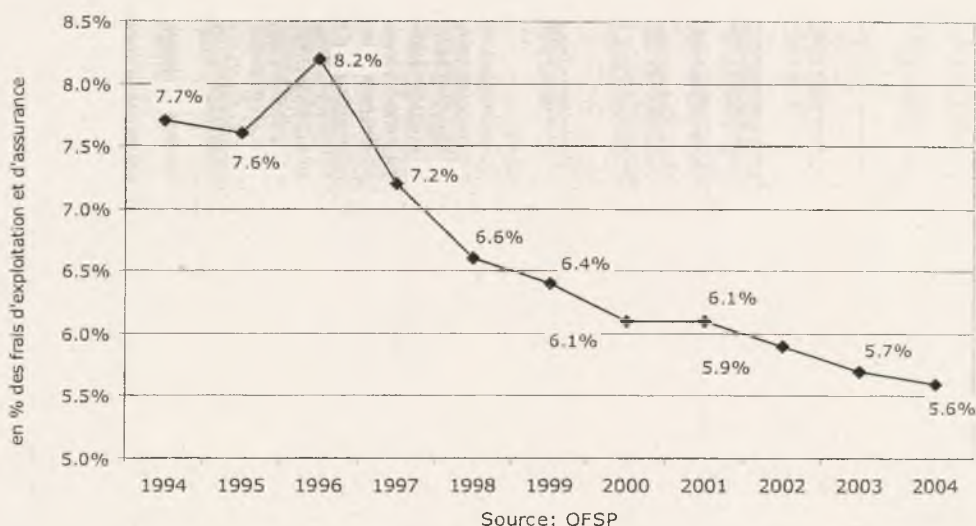
**Non à de pseudo-arguments populistes et à de nouveaux problèmes non résolus. L'organisation de la caisse unique ne profitera qu'aux fournisseurs de prestations – la caisse unique compliquera la combinaison entre assurance de base et assurance complémentaire:**

- **Les conflits d'intérêts entre les instances dirigeantes de la caisse unique sont programmés à l'avance:** conformément au texte de l'initiative, le conseil d'administration et le conseil de surveillance comprennent un nombre égal de représentants des fournisseurs de prestations, des pouvoirs publics et des organisations de défense des assurés. Cette direction, dite "tripartite", ne parviendrait qu'à se neutraliser, car chaque groupe poursuit des intérêts divergents. Il serait, par exemple, impensable d'obtenir des conventions plus avantageuses lors des négociations tarifaires. En effet, les fournisseurs de prestations siégeant aux conseils essaieront d'éviter que leurs confrères ne soient forcés d'accepter des concessions trop importantes.
- **L'assurance de base et l'assurance complémentaire ne seront plus gérées par le même prestataire:** 80 pour cent des assurés ont une assurance complémentaire. L'instauration d'une caisse unique forcerait donc la quasi-totalité des assurés à conclure leur assurance-maladie auprès de deux prestataires différents: l'assurance de base auprès de la caisse unique, bureaucratique, et l'assurance complémentaire auprès d'un assureur-maladie privé. Le système d'une caisse-maladie unique empêche tout encadrement auprès du même prestataire, alors que c'est pourtant cette solution que de nombreux assurés privilégient.
- **L'initiative ne répond pas à de nombreuses questions centrales. Le citoyen se lance donc dans l'inconnu:** réponses aux pseudo-arguments des promoteurs de l'initiative:
  - Les monopoles génèrent en général des frais administratifs plus élevés que les entreprises qui doivent se démarquer de leurs concurrents.

Assureurs-maladie	5,6% (source: OFSP)
Suva (accidents)	9,9% (source: Suva)
RC automobile	35-30% (source: OFAP)
Caisses de pension	10% (source: sec Suisse)
Caritas	7% (source: Caritas)

- Comparés aux autres assurances, les frais administratifs des assureurs-maladie sont minimes et, surtout, ne cessent de baisser par rapport aux dépenses totales. Grâce à la concurrence, un potentiel supplémentaire d'épargne est réalisé.

### Frais administratifs et amortissements dans l'assurance de base (aos)

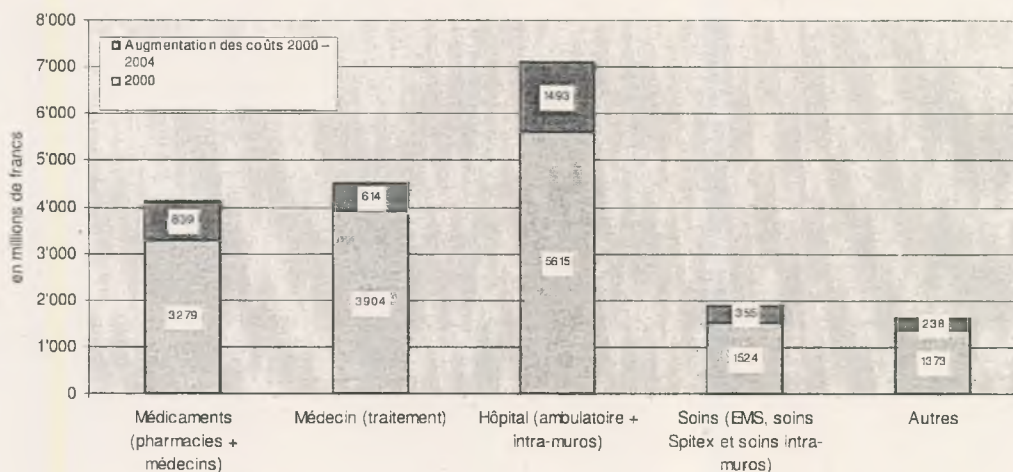


- Les clients ont besoin d'informations pour pouvoir choisir, et ils les obtiennent grâce à la publicité. Notons que les dépenses de publicité des assureurs-maladie sont comprises dans leurs frais administratifs et sont minimes par rapport au volume de primes. Du reste, la très étatique Suva fait, elle aussi, de la publicité.

**Attaquer le mal à la racine, plutôt que pallier les symptômes – les réformes proposées dans le cadre de la révision LAMal fixent les incitations nécessaires à un approvisionnement de santé économique, et favorisent la concurrence:**

- **Les réformes doivent attaquer le mal à la racine.** La hausse des primes n'est pas due aux assureurs-maladie, mais à l'augmentation générale des coûts de santé. Depuis l'introduction de la LAMal, en 1996, les coûts par assuré ont augmenté de plus de 50 pour cent. Le secteur hospitalier affiche la plus forte hausse, suivi par le secteur des médicaments, les médecins, et les soins aux personnes âgées. La mentalité des patients, qui considèrent que tout leur est dû, la croissance démographique et le progrès médical sont d'autres facteurs influant sur l'augmentation des coûts.

### Prestations brutes dans l'assurance de base 2000 – 2004



Source: santésuisse

- **Le système actuel fixe de mauvaises incitations financières:** la hausse effrénée des coûts est due non seulement à la croissance démographique et au progrès médical, mais surtout aux mauvaises incitations financières, notamment dans le secteur hospitalier. La révision LAMal doit et entend s'attaquer à ce problème, en instaurant des mécanismes de maîtrise des coûts.
- **Au lieu de supprimer la concurrence, il faut au contraire la renforcer:** il convient également de stimuler la maîtrise des coûts chez les fournisseurs de prestations en supprimant, par exemple, l'obligation de contracter ou en réformant le financement des hôpitaux.

**La caisse unique entraînera des coûts élevés, tout en fournissant des services de moindre qualité et, surtout, en supprimant la liberté de choix des assurés.**





**santésuisse**

## **Communiqué**

Soleure, le 15 décembre 2006

### **santésuisse clarifie le financement des activités d'information contre l'initiative en faveur d'une caisse unique**

**santésuisse a pris connaissance des reproches formulés par une expertise affirmant qu'elle s'engage à tort dans la campagne d'opposition à l'initiative pour une caisse unique. L'engagement des moyens est considéré par le Conseil fédéral comme proportionné. Comme l'expertise soulève néanmoins une série de questions qui réclament des éclaircissements, les assureurs suisses ont pris en conséquence des mesures provisionnelles et ont réglé de nouvelle manière le financement des informations contre l'initiative demandant une caisse unique.**

Le Conseil d'administration de santésuisse a pris connaissance, lors de sa séance du 13 décembre, de l'expertise de l'association de médecins Consano et a constaté ce qui suit:

1. santésuisse fonde ses activités informatives sur les prises de position du Conseil fédéral et du Parlement:
  - Le Conseil fédéral a reconnu a santésuisse, le 22 septembre dernier, dans sa réponse à une interpellation parlementaire, le droit de mener une activité politique dans l'intérêt de ses membres et, le cas échéant, de soutenir des activités politiques correspondantes. santésuisse, à cet égard, doit être mise sur pied d'égalité avec d'autres organisations professionnelles ou interprofessionnelles. Selon le Conseil fédéral, l'engagement de moyens à cette fin n'est pas inapproprié.
  - En 2005 déjà, le Conseil national avait refusé une initiative Rechsteiner relative à l'utilisation de fonds publics dans les campagnes de votation. Il s'est prononcé contre le fait d'interdire aux assureurs de participer au financement de campagnes précédant des votations populaires fédérales.
2. L'expertise Consano constate expressément que les assureurs-maladie ont droit de prendre position sur des sujets politiques. Selon cette expertise, la prise de position doit cependant être transparente et proportionnée à l'objet. Contrairement au Conseil fédéral, les experts considèrent que les moyens engagés, à savoir 50 centimes par assuré, sont disproportionnés.
3. Il faudra un certain temps pour savoir si l'engagement financier prévu est disproportionné au non. C'est à l'Office fédéral de la santé publique et au Conseil fédéral de répondre tout d'abord aux questions soulevées. Pour créer des conditions claires et assurer un financement irréprochable des activités d'information en vue de la votation, santésuisse est disposée, jusqu'à éclaircissement de ces questions, à geler les fonds issus du domaine de l'assurance de base. santésuisse engagera uniquement, pour la poursuite de ses activités

politiques relatives à la caisse unique, des moyens provenant d'autres sources de financement de l'association.

4. Les activités d'information de santésuisse contre la caisse unique seront aussi longtemps que nécessaire financées uniquement par les contributions des compagnies d'assurance tirées des assurances complémentaires. A cela s'ajoutent les moyens issus de la vente de prestations de santésuisse ainsi que les apports d'autres partenaires de l'économie.
5. Pour garantir à l'opinion publique et aux assurés qu'aucune somme tirée de l'assurance de base n'est utilisée en vue de la votation sur la caisse unique, santésuisse fera vérifier le financement des activités d'information par une société de révision.

santésuisse espère par ces mesures contribuer à éclaircir les questions posées et continuera de se défendre contre un système de santé étatisé et sans liberté de choix .

Pour des renseignements supplémentaires:

Nello Castelli

Délégué aux relations publiques

Tél. 031/ 326 63 61 / 078 653 50 16

[nello.castelli@santesuisse.ch](mailto:nello.castelli@santesuisse.ch)

Ce communiqué peut être téléchargé sur «[www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch)».