

## **Communiqué de presse du 25 février 2003**

# **Votation populaire du 18 mai 2003 : le Conseil fédéral ouvre la campagne de votation contre l' " initiative-santé "**

Le Président de la Confédération, M. Pascal Couchepin, a ouvert à Berne la campagne contre l'initiative populaire " La santé à un prix abordable ". L'initiative veut changer fondamentalement le système de financement de l'assurance-maladie obligatoire. Elle entend à cet effet augmenter la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et faire dépendre les cotisations des assurés de leur situation financière. En outre, elle veut transférer des compétences de direction des cantons vers la Confédération. Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent cette initiative parce qu'elle augmente la TVA pour tout le monde, parce qu'elle fait peser une charge plus lourde sur de nombreux assurés qui bénéficient aujourd'hui d'une réduction de primes, et parce qu'elle supprime presque entièrement toute incitation à adopter un comportement soucieux des coûts.

A l'occasion d'une conférence de presse, le Président de la Confédération, M. Pascal Couchepin, a ouvert la campagne contre l' " initiative-santé " et exposé les arguments du Conseil fédéral contre cette initiative du Parti socialiste.

Le Conseil fédéral est d'avis que l' " initiative-santé " bouleverse le système actuel de financement de l'assurance-maladie obligatoire. Elle entraîne une augmentation considérable du taux de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) - jusqu'à 5 points de plus - et équivaut à un impôt supplémentaire sur le revenu et la fortune. De plus, elle désavantage de nombreux assurés à bas revenu, puisque les réductions de primes selon le modèle actuel ne seraient plus possibles. Enfin, le Conseil fédéral pense que l'initiative n'apporte pas de réponse satisfaisante à la question, pressante, de savoir comment mieux maîtriser les dépenses de santé. Elle réduit même fortement la concurrence et la sensibilisation au problème des coûts.

Le Conseil fédéral préfère le système actuel, qui est fondé sur la concurrence et incite tous les acteurs de la santé à adopter un comportement responsable en matière de coûts. Soucieux, aujourd'hui comme hier, d'agir sur les coûts, il vient de proposer au Parlement un système de financement des traitements hospitaliers à la fois simple et transparent qui permettra, à terme, de mieux réguler les coûts. La Confédération a aussi lancé des projets destinés à garantir la qualité et à limiter les traitements superflus.

Du point de vue financier, le Conseil fédéral entend alléger davantage la charge de la classe moyenne. Des mesures appropriées sur le plan de la législation et de l'application permettront de décharger en priorité les familles ayant un revenu moyen, qui ne bénéficient pas aujourd'hui de réduction de primes.

DEPARTEMENT FEDERAL DE L'INTERIEUR  
Service de presse et d'information

**Renseignements :**

Tél. 031 / 322 80 16

Jean-Marc Crevoisier, chef de la communication  
Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Tél. 031 / 322 90 04

Fritz Britt, vice-directeur  
Office fédéral des assurances sociales

**Annexes :**

- Argumentaire contre l' " initiative-santé "
- Questions et réponses concernant l' " initiative-santé "

**Actualité - Communiqués de presse - Top**

---

Office fédéral des assurances sociales  
Effingerstrasse 20  
3003 Berne

Tél. 031/322 90 11  
Fax. 031/322 78 80  
Feedback

## **NON à l'initiative populaire « La santé à un prix abordable (initiative-santé) »**

Le 18 mai 2003, les citoyennes et les citoyens voteront sur l'initiative populaire « La santé à un prix abordable », l'« initiative-santé » du Parti socialiste suisse. Celle-ci entend modifier de fond en comble le financement de l'assurance-maladie obligatoire, qui serait en partie assurée par un relèvement de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), alors que les cotisations payées par les assurés dépendraient de leur revenu et de leur fortune, ainsi que de leurs charges familiales. En outre, des tâches de planification et de pilotage actuellement assumées par les cantons seraient transférées à la Confédération. Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent l'initiative, car elle augmente la TVA, elle fait peser des charges plus lourdes sur bon nombre d'assurés qui bénéficient aujourd'hui d'une réduction de primes et elle réduit presque à néant les incitations à un comportement conscient des coûts.

### **Que veut l'initiative ?**

L'initiative lancée par le Parti socialiste suisse 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 des primes par tête. Par ailleurs, des compétences en matière de planification et de pilotage de la politique de santé, jusqu'ici exercées essentiellement par les cantons, seraient transférées à la Confédération.

L'objectif visé par l'initiative – rendre le fardeau des primes supportable pour les assurés et améliorer la maîtrise des coûts – coïncide pour l'essentiel avec celui du Conseil fédéral et du Parlement. Par contre, les moyens prévus pour l'atteindre sont, de l'avis du Conseil fédéral, antisociaux, étrangers au système, étatistes et contradictoires, et manquent de clarté sur certains points de détail.

### **Quels sont les éléments qui parlent en sa défaveur ?**

- ▶ **L'initiative est antisociale : les revenus les plus bas seraient plus lourdement touchés par le relèvement de la TVA.**

Un relèvement de la TVA reporte la charge sur l'ensemble de la population, mais les personnes qui ont de bas revenus sont, proportionnellement, davantage mises à contribution que les autres. A tout le moins, les assurés qui aujourd'hui, grâce au système des réductions de primes, ne paient pas de prime, devraient passer à la caisse. En effet, ces

réductions ne seraient pas compatibles avec le nouveau système. Les dépenses supplémentaires dues au relèvement de la TVA ne pourraient pas non plus être remboursées au moyen d'une réduction de primes.

On peut se demander en outre dans quelle mesure l'initiative constituerait un moyen approprié pour alléger vraiment les charges pesant sur la classe moyenne. Compte tenu de l'exonération prévue de 20 000 francs sur le revenu et de 1 000 000 francs sur la fortune, la moitié environ des assurés ne paieraient pas de prime. De ce fait, l'entier de la part des coûts de la santé financée par les primes devrait être supporté par l'autre moitié. Même avec des primes échelonnées en fonction du revenu, la charge représentée uniquement par la prime devrait plutôt augmenter.

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

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

► **La TVA n'est pas un self-service.**

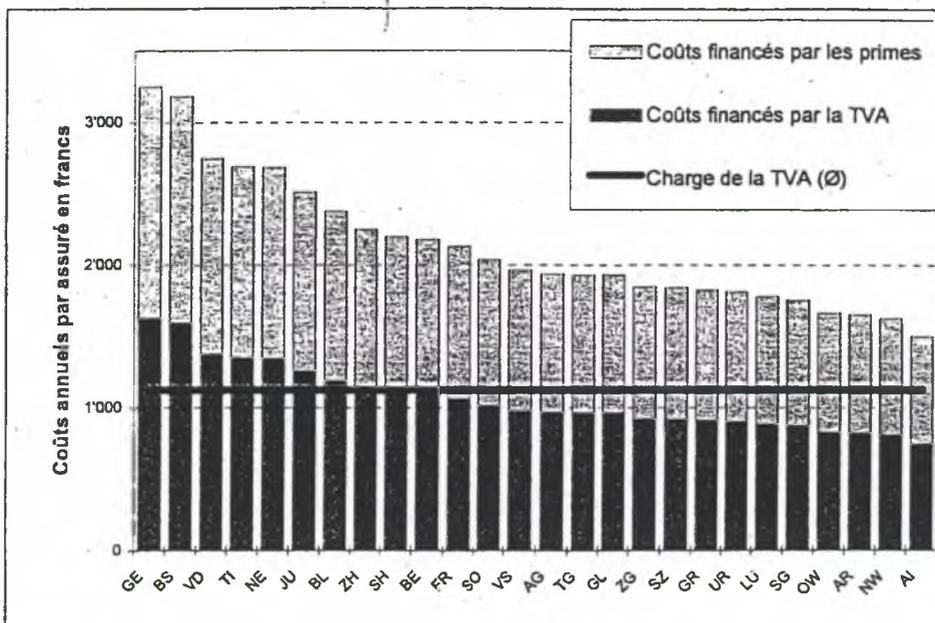
L'initiative ne dit pas dans quelles proportions l'assurance-maladie obligatoire serait financée par la TVA, les cotisations des assurés et les participations des cantons. Si l'on part de l'hypothèse que la moitié des coûts serait financée au moyen de la TVA, il faudrait que celle-ci rapporte quelque 8,5 milliards de francs supplémentaires, ce qui correspond à une augmentation de la TVA d'environ 3,6 points. Mais l'initiative pourrait avoir pour résultat une disparition complète de l'actuelle participation des cantons au financement des prestations de l'assurance de base. Dans ce cas, l'apport supplémentaire de la TVA devrait être de quelque 12 milliards de francs, ce qui nécessiterait un relèvement de la TVA d'environ 5 points. Jusqu'ici le Conseil fédéral et le Parlement se sont montrés très réservés à l'idée de recourir à la TVA. Sciemment, ils n'ont accepté de l'augmenter que pour faire face à des dépenses bien précises, notamment le financement de l'AVS et de l'assurance-invalidité. Faire de la TVA la panacée pourrait mettre en branle un processus aux conséquences incontrôlables.

► **Un financement partiel au moyen de la TVA produit une compensation des coûts entre les cantons.**

Aujourd'hui, les primes diffèrent notablement d'un canton à l'autre, parce que la consommation des prestations de santé n'est pas la même. L'initiative réduit considérablement, voire supprime tout à fait la possibilité de fixer des primes différentes d'un canton à l'autre. Il en résulte un financement croisé des coûts de la santé.

**Graphique 1 : Compensation des coûts entre les cantons**

(Hypothèse : coûts annuels cantonaux moyens par assuré (2001) financés par la TVA à raison de 50 %)



Le système proposé aurait pour effet que les assurés des cantons où aujourd'hui les coûts de la santé sont bas seraient obligés de participer au financement de la santé des assurés des cantons « chers ».

► **L'initiative provoque un surcroît de travail administratif.**

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

► **L'initiative produit une étatisation : des compétences en matière de planification et de fixation des prix, jusqu'ici largement réservées aux partenaires tarifaires et aux cantons, seraient transférées à la Confédération.**

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

que procure une telle proximité seraient perdus si les compétences étaient trop centralisées. En matière de contrôle des coûts, l'initiative n'apporte pas de solution convaincante.

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

Le nouveau modèle de financement supprime quasiment toute concurrence entre assureurs et conduit à une centralisation poussée de l'assurance. Il deviendrait presque impossible de proposer des modèles « économiques » (franchises plus élevées, HMO, modèle du médecin de famille ou assurance avec bonus) offrant aux assurés, en échange de contraintes acceptées, la possibilité de payer des primes moins chères.

En supprimant le lien entre les primes versées et les prestations consommées, on supprime aussi l'incitation pour les assurés à adopter un comportement conscient des coûts, et les caisses n'ont plus, de leur côté, d'intérêt à contrôler les coûts de la santé. Les médecins, les hôpitaux et l'industrie pharmaceutique ne verront plus, eux non plus, d'intérêt à négocier des tarifs ou des prix particulièrement avantageux. Le taux de la TVA serait forcément relevé chaque fois que les coûts de la santé augmentent et les acteurs du système se préoccuperaient moins des problèmes de financement. Tous ces facteurs ne feraient qu'accentuer encore la hausse des coûts.

Le système de financement proposé ne tiendrait plus compte des différences intercantionales en matière de coûts de la santé (qui résultent de différences de comportement à l'égard des prestations de santé). Il supprimerait du même coup un instrument important pour développer au niveau cantonal la conscience des coûts.

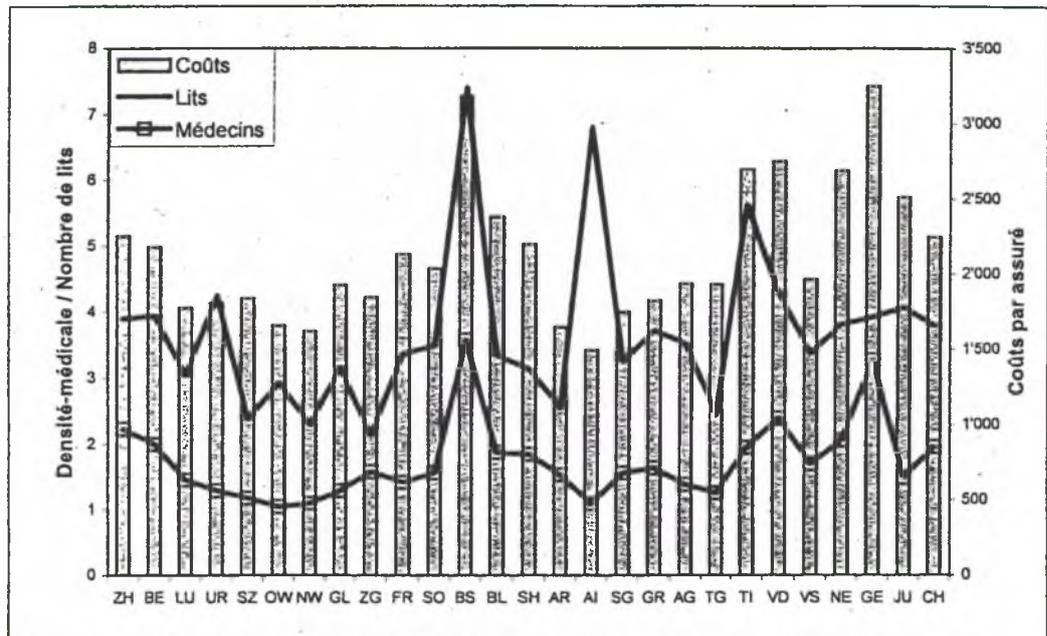
**Les correctifs apportés au système actuel par la politique sociale et l'économie de la santé, et les améliorations prévues**

Il est incontestable que le système d'assurance-maladie actuel présente encore des faiblesses auxquelles il s'agit de remédier. En particulier, il importe de réduire les charges que l'assurance fait peser sur les familles aux revenus moyens qui aujourd'hui ne bénéficient pas des réductions de prime, lorsque ces charges dépassent une part raisonnable du revenu du ménage.

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

frais supplémentaires imputables à l'inscription de nouvelles prestations dans le catalogue des prestations obligatoirement remboursées restent de l'ordre du pour-mille.

**Graphique 2 : Coûts, densité médicale et nombre de lits d'hôpital pour 1000 habitants**



*Le marché de la santé est un marché de l'offre. Les offreurs déterminent la demande dans une très large mesure du fait de leur position privilégiée en matière d'information ; de ce fait, la demande est presque illimitée. La densité de l'offre se reflète à son tour dans les coûts moyens générés par assuré.*

Le Conseil fédéral et le Parlement s'efforcent d'optimiser la loi sur l'assurance-maladie dans le cadre de la 2<sup>e</sup> révision partielle de la LAMal et des travaux engagés après la séance spéciale du Conseil fédéral du 22 mai 2002. Au terme de cette séance, le Conseil fédéral a annoncé vouloir réformer l'assurance-maladie en trois étapes.

- Des mesures à court terme ont en partie déjà été réalisées. Par exemple, on demande plus souvent l'avis du médecin-conseil avant de recourir à certaines prestations médicales.
- Les corrections à moyen terme proposées dans le cadre de la 2<sup>e</sup> révision partielle de la LAMal font actuellement l'objet des débats parlementaires. Au chapitre de la réduction des primes, le Conseil fédéral a chargé le Département de l'intérieur d'élaborer des propositions en vue de décharger davantage les familles. Par ailleurs, un système plus simple et plus transparent de financement des hôpitaux devrait avoir pour triple effet d'inciter les partenaires tarifaires à conclure des conventions modérant les coûts, de supprimer les éléments incitant les cantons à accroître les dépenses et de permettre de mieux maîtriser les coûts à long terme.
- Pour les réformes prévues à plus long terme, qui doivent trouver leur expression dans une nouvelle révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a lancé un projet

de grande envergure dans le cadre duquel des thèmes comme la suppression de l'obligation de contracter, le financement moniste des hôpitaux, les modèles de managed care, le financement des soins ou encore la maîtrise de la demande au moyen d'une modification de la participation aux coûts, seront étudiés de manière approfondie. Les résultats du projet et les propositions qui s'en dégageront seront présentés au Conseil fédéral à la mi-juin 2003.

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

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

A propos d'une meilleure **planification et coordination de la médecine de pointe**, le message du Conseil fédéral concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) avance des propositions : il prévoit que la compétence de garantir l'accès à la médecine de pointe et aux traitements hospitaliers reste du ressort des cantons. Ce domaine fera désormais partie intégrante de la coopération intercantonale, avec une compensation des charges. Il faudra donc élaborer une convention intercantonale sur la planification de la médecine de pointe et la répartition des tâches dans ce secteur. En revanche, le projet ne prévoit pas de prescriptions de droit fédéral en la matière.

### **Le système d'assurance-maladie en vigueur a ses avantages...**

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) garantit à tous les citoyens un accès égal à des soins médicaux de grande qualité grâce à l'obligation de s'assurer et à une prime indépendante de l'âge d'entrée dans l'assurance. Le nouveau système introduit en 1996 constituait une nette amélioration par rapport au précédent, qui connaissait des discriminations. Il est maintenant possible de changer d'assureur indépendamment de son âge et de son état de santé, et sans être désavantagé ; quant à

l'exclusion de l'assurance de base pour cause de non-paiement des primes, elle n'est plus admissible. Dans le domaine de l'assurance de base, les réserves relatives à des maladies présentes ou antérieures appartiennent désormais au passé.

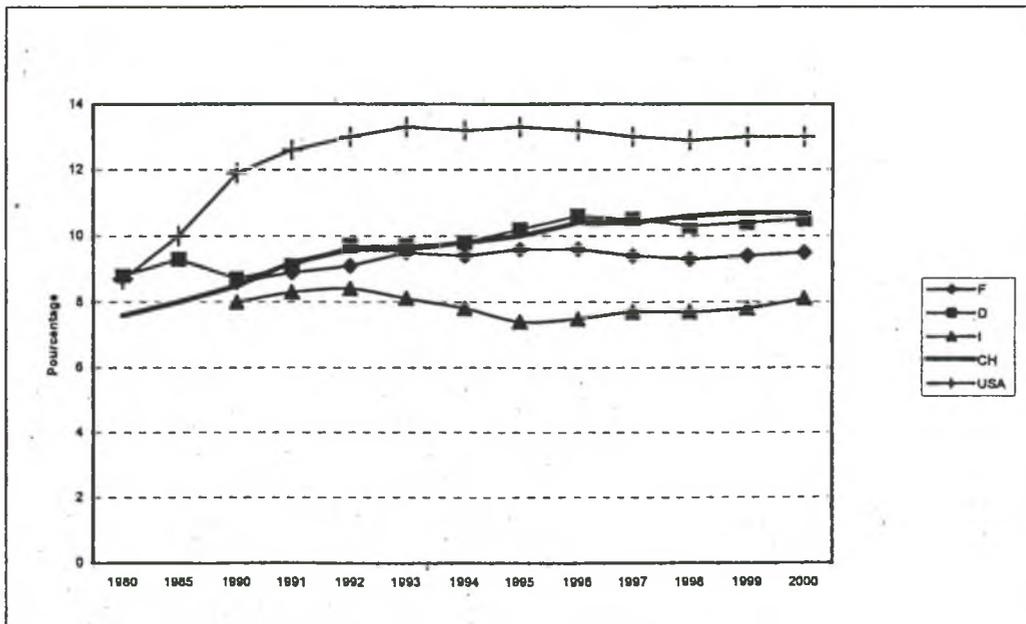
Grâce aux réductions de primes, la majeure partie des assurés de condition modeste sont entièrement ou partiellement délestés de la charge financière que représente pour eux l'assurance-maladie. Aujourd'hui, un tiers environ des assurés bénéficie d'une réduction de prime.

### ... et ses lacunes

Mais le fardeau des primes reste trop lourd pour les familles disposant d'un revenu moyen ; dans ce domaine, le système des réductions de primes doit être corrigé. La Confédération et les cantons ont entrepris des efforts sur le plan de la législation et de l'application en vue de décharger en priorité les familles ayant un revenu moyen.

Il s'impose également d'agir sur l'évolution des coûts, qui jusqu'ici n'a pas pu être freinée dans les proportions souhaitées. Le Conseil fédéral entend juguler la hausse excessive des coûts de la santé par des adaptations du droit fédéral et une utilisation plus efficace des instruments offerts par le droit en vigueur.

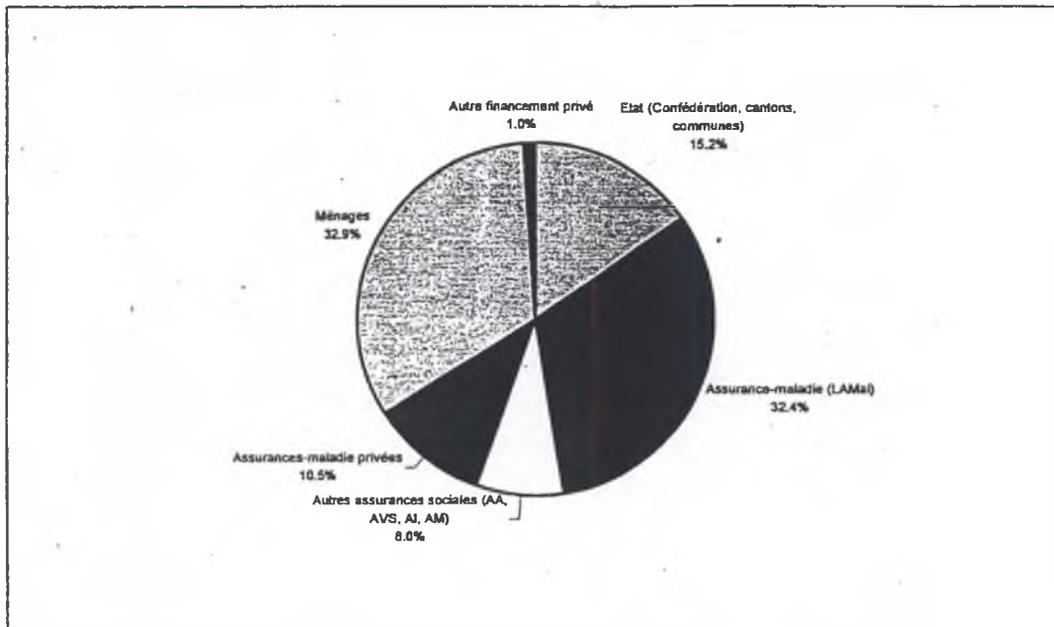
**Graphique 3 : Part des coûts de la santé au PIB (source : OCDE, données sur la santé '02)**



Une comparaison internationale montre que la part des coûts de la santé au produit intérieur brut (PIB) est un peu plus importante en Suisse que dans les pays voisins, mais nettement inférieure à ce qu'elle est aux Etats-Unis.

**Graphique 4 : Financement de la santé**

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



*La part des ménages, 32,9 %, se compose des participations des assurés aux coûts de l'assurance-maladie sociale et des assurances privées, ainsi que des sommes versées directement, sans passer par le système de l'assurance-maladie.*

## Questions et réponses concernant l'«initiative-santé»

### Informations de base

---

Quel est le but de l'initiative?

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

---

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

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

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

---

## Financement

---

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

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

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

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

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

---

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

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

## Application

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

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

- Comment se présenterait le système à mettre en place ?

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

- Et la protection des données ?

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

## Primes

<p>Les assurés de Suisse centrale devront-ils financer les primes des Genevois?</p>	<p>Puisque la TVA contribuera au financement du système, la charge ne sera plus aussi étroitement liée qu'aujourd'hui aux coûts de la santé dans les régions de primes. Mais il sera aussi difficile de faire des distinctions entre régions parce que les primes dépendront du revenu et de la fortune.</p>
<p>– Les primes pourront-elles encore être fixées en tenant compte des différences de coûts entre les cantons ou le nouveau système favorisera-t-il, à terme, l'introduction d'une prime unique dans toute la Suisse?</p>	<p>Actuellement, les primes varient selon les cantons, parce que la consommation de prestations n'est pas la même. Si l'initiative est acceptée, il sera impossible ou très difficile de continuer à appliquer ce principe.</p>
<p>Qu'advient-il des réductions de primes ? Seront-elles encore accordées?</p>	<p>La réduction de primes est incompatible avec le système proposé, qui prévoit de lier la prime au revenu et à la fortune. En effet, dans les deux cas, un même objectif est visé : tenir compte de la capacité économique des assurés.</p>
<p>Dans quelle mesure les assurés qui, aujourd'hui, ne paient plus de primes parce qu'ils bénéficient d'une réduction seront-ils mis à contribution ?</p>	<p>Le financement complémentaire faisant appel à la TVA reporte la charge sur l'ensemble de la population. Mais les personnes qui ont de bas revenus sont, proportionnellement, davantage mises à contribution que les autres. Ainsi les assurés qui aujourd'hui ne paient pas de primes parce qu'ils bénéficient d'une réduction de primes seraient mis quotidiennement à contribution à chaque achat de nourriture, de biens ou de services. Le nouveau système ne permet plus de réduire les primes des assurés.</p>
<p>– Combien d'assurés seraient concernés par ce changement?</p>	<p>On estime aujourd'hui que 160 000 ménages au moins ne paient pas de primes, parce qu'ils bénéficient de réductions de primes. Les montants octroyés pour chacun de ces ménages dépassent aujourd'hui 3600 francs par année (les quelque 210 000 personnes qui perçoivent des prestations complémentaires ne paient pas non plus de primes).</p>
<p>Le supplément de TVA que doivent payer les assurés qui bénéficient aujourd'hui d'une réduction de primes leur sera-t-il remboursé ?</p>	<p>Non.</p>

## Prestations

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

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

## Maîtrise des coûts

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

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

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

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

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

L'initiative prévoit d'attribuer à la Confédération des compétences supplémentaires pour contrôler les coûts. Cette dernière devrait assumer des tâches de planification et de pilotage relevant précédemment des cantons, et fixer des prix plafonds. La Confédération devrait ainsi déterminer de manière contraignante toutes les prestations obligatoirement prises en charge par l'assurance-maladie, y compris les prestations médicales, et établir leurs prix plafonds.

**Les autres propositions des auteurs de l'initiative**

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

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

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

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

Toutes les prestations particulières relatives à la maternité, les soins à domicile et en établissement médico-social, les traitements dentaires, la physiothérapie et l'ergothérapie, le conseil nutritionnel ou pour diabétique, la logopédie, ainsi que les mesures préventives sont déterminées au niveau fédéral (cela ne concerne toutefois pas les prix). Par ailleurs, les conventions tarifaires applicables dans toute la Suisse, ainsi que les structures tarifaires négociées à l'échelon national doivent être approuvées par la Confédération.

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

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

## Assureurs

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

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

Pourquoi le système entraîne-t-il une centralisation ?

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

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

La création d'un organe central d'encaissement n'entraînerait-elle pas à terme la création d'une caisse unique ?  
L'existence d'une centaine d'assureurs se justifierait-elle encore ?

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

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

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