

La santé à un prix abordable

Initiative-santé Argumentaire

(27 février 2003)

Votation du 18 mai 2003



**Association
„La santé à
un prix
abordable“**

Initiative-santé : argumentaire

Introduction : la santé à un prix abordable

A.	Les principaux problèmes de notre système de santé.....	5
1.	Pour beaucoup d'assuré-es, les primes constituent aujourd'hui une charge insupportable	5
2.	Les primes augmentent deux fois plus vite que les coûts.....	6
3.	L'Etat transfère les coûts aux assuré-es	7
4.	Nous payons les primes les plus élevées d'Europe	8
5.	L'abaissement des primes de l'assurance-maladie fonctionne mal.....	9
6.	De nombreux traitements sont inutiles, parfois même dommageables	11
7.	Trop de spécialistes = coûts trop élevés	12
8.	La médecine de pointe est mal planifiée et coûte trop cher.....	13
9.	L'industrie pharmaceutique renchérit les médicaments.....	15
10.	L'industrie pharmaceutique freine l'utilisation de génériques moins coûteux.....	16
11.	Les compagnies d'assurances s'enrichissent sur le dos des assuré-es	17
12.	Entre cantons qui jouent la concurrence, la collaboration reste largement insuffisante.....	18
B.	Bon pour votre santé : principaux arguments en faveur de l'initiative....	19
13.	L'initiative baisse les primes de la plupart des assuré-es.....	19
14.	L'initiative soulage les familles	21
15.	L'initiative introduit un système de financement équitable de l'assurance-maladie.....	22
16.	L'initiative garantit d'excellentes prestations de base pour toutes et pour tous	23
17.	L'initiative empêche une médecine à deux vitesses	23
18.	L'initiative stabilise les coûts de la santé	24
19.	L'initiative permet des prestations plus proches des besoins des assuré-es.....	25
20.	Grâce à l'initiative, les cantons pourront encourager les soins à domicile et la prévention	25
21.	L'initiative permettra de mettre en valeur plus rapidement les progrès de la médecine	26
C.	L'initiative dans la pratique : questions et réponses.....	27
22.	Quelle sera ma prime mensuelle après l'acceptation de l'initiative ?	27
23.	Pourquoi augmenter – même légèrement – la TVA, alors qu'il serait plus social de passer entièrement par une prime en fonction du revenu ?	29
24.	Pourquoi vouloir centraliser la planification alors que les cantons ont la compétence de la planification hospitalière ?	30
25.	Qu'entend-on par « fortune réelle »	30
26.	L'initiative ne désavantage-t-elle pas la Suisse alémanique ?.....	30
27.	Pourquoi le texte de l'initiative ne mentionne-t-il pas la suppression des primes pour enfants dont les initié-es font tant état ?	31
28.	La suppression de la prime pour enfants ne conduira-t-elle pas à un alourdissement de la charge des célibataires pauvres au bénéfice de familles riches ?	31
29.	L'initiative prévoit des économies importantes dans le système de santé. Ne met-elle pas ainsi en danger des emplois ?	32

D.	Cherchez l'erreur : les arguments des adversaires – nos réponses !.....	33
30.	Il suffirait de réviser la loi sur l'assurance-maladie en vigueur.....	33
31.	L'initiative mène à la caisse unique	33
32.	En demandant de tenir compte des fortunes réelles, l'initiative entraînera de graves difficultés d'application.....	34
33.	L'initiative entraînera une explosion des coûts.....	34
34.	L'initiative introduit un impôt sur la richesse.....	35
35.	L'initiative mène directement à la médecine d'Etat	35
36.	La planification hospitalière prévue par l'initiative mène à une économie selon le mode soviétique.....	36
37.	« Une grande partie de la population subira des charges supplémentaires (Parti radical) » / « La classe moyenne passera à la caisse » (UDC).....	36
38.	L'initiative provoquera un gonflement des effectifs de l'administration fédérale	36
39.	L'initiative entraînera une charge supplémentaire pour les petits revenus (TVA)	37
E.	Annexes.....	38
40.	Aspects formels : texte de l'initiative, délais	38
	A) Le texte de l'initiative	38
	B) Aboutissement.....	39
	C) Délais de traitement	39
41.	Conseils pratiques.....	39
42.	TVA et prime sur le revenu : tableau comparatif	40
43.	Office fédéral des assurances sociales : primes 2003 par canton et graphiques commentés relatifs à l'assurance-maladie.....	41

Introduction

Pour votre santé : OUI le 18 mai 2003

Ce fut un beau cadeau de Noël ! En décembre 2002, une faible majorité du Conseil national a refusé un geste pourtant bien modeste en faveur des familles : le Parlement renvoyait ainsi le projet de révision de la loi sur l'assurance-maladie à son expéditeur, et ce alors que des changements fondamentaux sont indispensables pour remettre notre système de santé sur les rails.

Notre système de santé est profondément malade. Pour assurer aux personnes les plus riches de Suisse des primes plus basses que dans l'ensemble des autres pays européens, plus de 80 pour cent des Suissesses et des Suisses ploient sous la charge de plus en plus lourde que constituent les primes de l'assurance-maladie obligatoire.

Il est grand temps que le peuple puisse décider lui-même s'il veut des primes plus équitables et plus avantageuses ou encore un système de santé bénéficiant d'un meilleur contrôle de qualité. L'initiative-santé modifie fondamentalement le système des primes et instaure enfin un financement juste et équitable.

- ? **Comme presque partout en Europe, les enfants seront assurés gratuitement**
- ? **L'initiative déchargera presque 80 pour-cent des assuré-es, en particulier les familles et les personnes dont le revenu dépasse tout juste la limite de revenu donnant droit à un abaissement de prime.**
- ? **Les personnes les plus riches du pays verront leur prime augmenter en fonction de leur capacité financière.**

L'initiative permet en outre d'améliorer la qualité du système de santé ; ainsi, elle prévoit notamment un contrôle des prix et une meilleure collaboration entre les cantons. L'on dépensera moins pour des traitements inutiles. L'initiative entraîne :

- ? une offre de base de bonne qualité pour tous les assuré-es
- ? l'introduction plus rapide d'innovations médicales utiles
- ? le développement de services appréciés tels que les soins extra-hospitaliers et la prévention

Pour un système de santé sain : votez OUI

Christiane Brunner, présidente du Parti socialiste suisse

Christine Goll, vice-présidente du Parti socialiste suisse

Paul Rechsteiner, président de l'USS

Colette Nova, secrétaire dirigeante de l'USS

Jean-François Steiert, président de l'association « La santé à un prix abordable »

Franco Cavalli, vice-président de l'association « La santé à un prix abordable »

A. Les principaux problèmes de notre système de santé

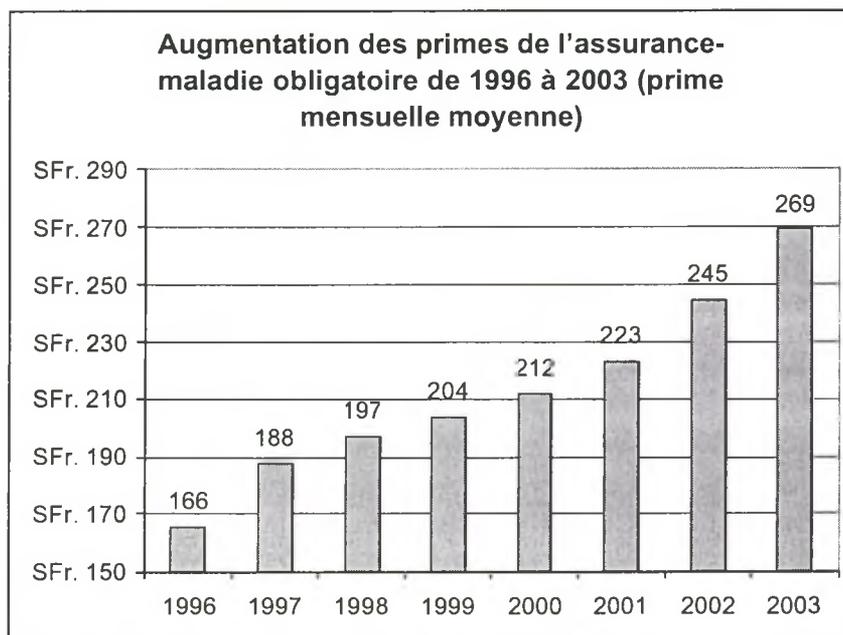
1. Pour beaucoup d'assuré-es, les primes constituent aujourd'hui une charge insupportable

La mauvaise nouvelle se répète chaque automne : les primes de l'assurance-maladie augmentent. Pour de nombreux assuré-es, l'assurance de base constitue aujourd'hui une charge insupportable, et seules les personnes les plus aisées pourront bientôt encore se permettre une assurance complémentaire. Les coûts élevés dont les assuré-es doivent s'acquitter mènent peu à peu vers une médecine à deux vitesses – et ce dans un pays où les dix pour cent des assuré-es les plus aisés ne paient pas un centime de plus que les autres pour leur assurance de base. En moyenne suisse, une personne adulte paie 269 francs par mois pour son assurance de base. Dans le canton de Genève, ce montant atteint 389 francs par mois, et plus de 100 francs pour un enfant !

Cette évolution place de plus en plus de familles dans des situations désespérées. Dans un sondage de l'institut GfS ; la majorité des assuré-es a déclaré avoir régulièrement ou occasionnellement des difficultés à payer ses primes d'assurance-maladie. La même enquête a montré que pour la première fois, les personnes qui ont de la peine à payer leurs primes sont plus nombreuses que celles qui ont des difficultés à payer leurs impôts. Enfin, il ne faut pas oublier que nous contribuons doublement au financement du système de santé : par nos primes à l'assurance-maladie, mais aussi par nos impôts qui financent une part des coûts de la santé.

Cette évolution malsaine n'est pas immuable. L'initiative-santé montre comment :

- ? abaisser les primes pour la grande majorité des assuré-es ;
- ? mieux planifier les dépenses du système de santé ;
- ? mieux maîtriser l'évolution des coûts de la santé ;
- ? développer l'offre de certaines prestations particulièrement importantes.



Source : OFAS, statistique suisse des assurances sociales

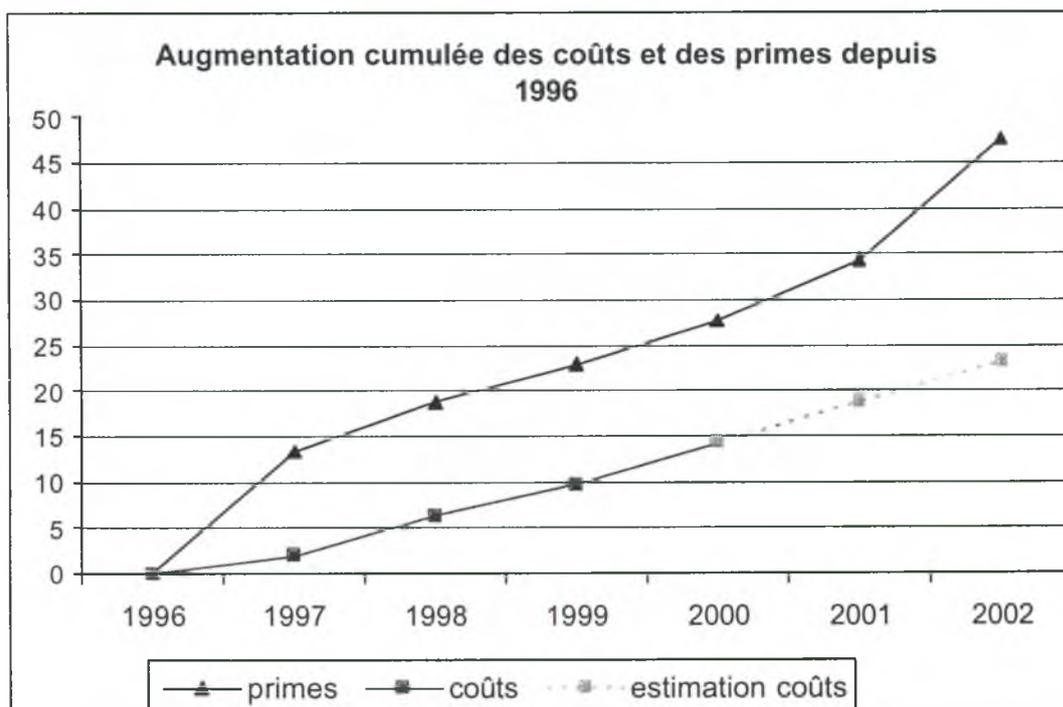
2. Les primes augmentent deux fois plus vite que les coûts

Les primes de l'assurance-maladie augmentent rapidement et régulièrement. Mais les coûts globaux pour l'assurance-maladie obligatoire augmentent deux fois plus lentement. Ainsi, par exemple, les primes ont-elles augmenté de 10 pour cent en 2003, alors que les coûts ne connaissaient qu'une augmentation de 5 pour cent. Comment est-ce possible ?

Dans l'assurance-maladie obligatoire, ce sont avant tout les coûts pour les médicaments, pour les établissements médico-sociaux et pour les soins ambulatoires qui ont augmenté. Ce sont les principaux facteurs de l'augmentation des coûts.

Les assureurs expliquent l'augmentation des primes deux fois plus rapide que celle des coûts par la nécessité de constituer des réserves. Mais cela n'explique même pas la moitié de la différence.

La principale explication réside dans le retrait des cantons, qui font des économies dans le secteur hospitalier et développent l'offre ambulatoire qu'ils ne sont pas tenus de subventionner. Ce sont les assuré-es qui font les frais de ces économies (v. page suivante).

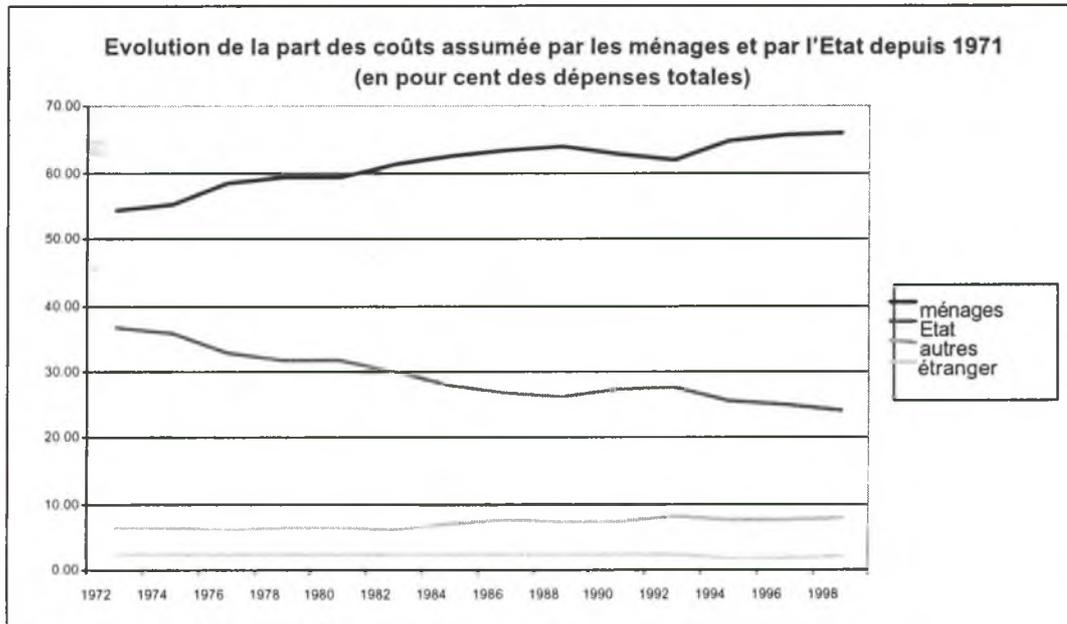


source : OFAS / Interpharma

3. L'Etat transfère les coûts aux assuré-es

Il y a dix ans, la Confédération et les cantons assumaient encore environ un tiers des coûts de santé; aujourd'hui, cette part n'atteint plus qu'un quart – et ce sont les ménages qui ont dû couvrir la différence, soit plusieurs milliards de francs par année! Ce sont notamment les cantons qui profitent de leur responsabilité dans la planification hospitalière pour transférer des coûts aux assuré-es.

Au cours des dernières décennies, l'Etat a réduit peu à peu sa part au financement et transféré ainsi des milliards de francs de coûts aux ménages:



source: Office fédéral de la statistique

Comme les cantons doivent assumer la moitié des coûts hospitaliers, c'est sur ce domaine qu'ils concentrent leurs efforts d'économies : ils ferment – partiellement ou entièrement - des hôpitaux, économisent sur le personnel hospitalier et réduisent ainsi leurs subventions hospitalières. Ce n'est pas un mal a priori, mais cela pose un problème lorsque les mêmes traitements sont ensuite effectués de manière ambulatoire, ce qui transfère simplement le coût aux assuré-es, dans la mesure où les soins ambulatoires ne sont pas subventionnés par les cantons.

REPARTITION DES COUTS pour le même traitement

Séjour à l'hôpital (traitement stationnaire) :

Etat 50% - caisse-maladie / assuré-es 50%

Traitement ambulatoire à l'hôpital ou chez un médecin

caisse-malade / assuré-es 100%

Les patientes et les patients passent aujourd'hui moins de temps à l'hôpital qu'autrefois, ce qui a de bons et de moins bons côtés : le transfert vers des traitements chez le médecin, des soins à domicile ou des opérations ambulatoires est bien sûr positif ; il pose toutefois aussi un problème, vu que les assuré-es doivent assumer la totalité des frais des soins ambulatoires (par le biais de l'assurance-maladie), alors que les frais hospitaliers sont subventionnés pour moitié par les cantons.

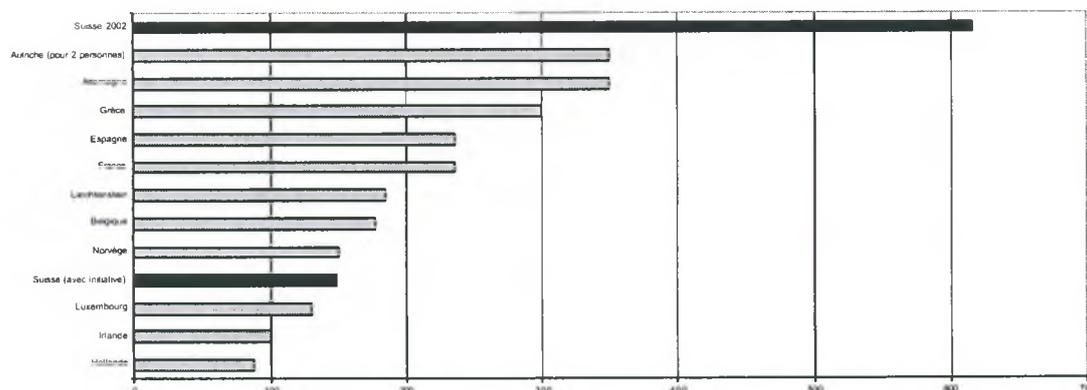
4. Nous payons les primes les plus élevées d'Europe

Nous payons les primes les plus élevées d'Europe et nous avons le système de financement le plus inéquitable. Les familles avec des revenus moyens souffrent tout particulièrement de cette situation, puisque leur charge financière dépasse largement ce qu'elle serait dans la plupart des autres pays européens. En revanche, la Suisse est le pays le plus avantageux pour les personnes les plus aisées...!

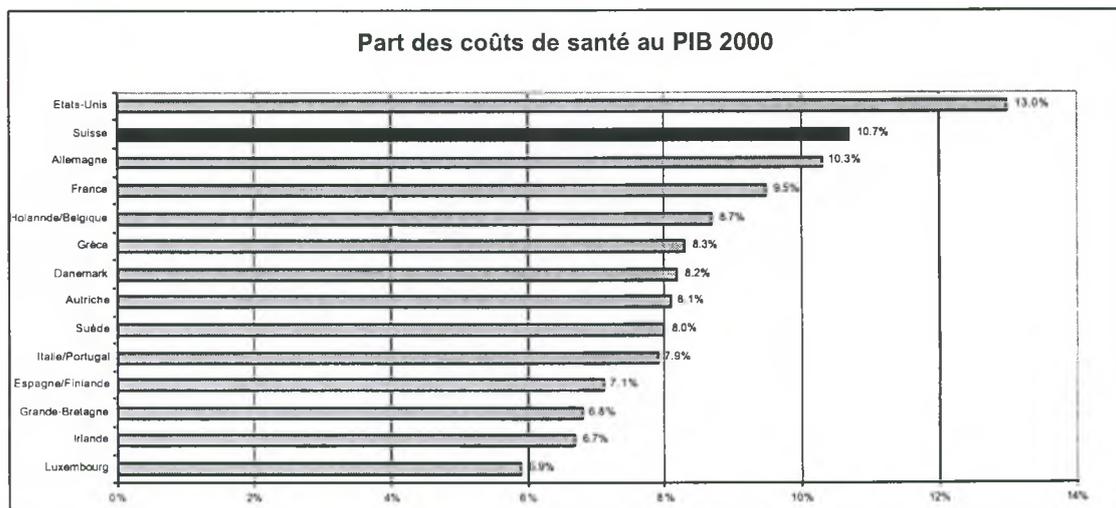
En Suisse, la prime de l'assurance-maladie obligatoire est la même pour tout le monde, que l'assuré-e compte parmi les plus pauvres ou les plus riches. Les autres pays européens ont des financements plus sociaux de leur assurance-maladie: les primes y dépendent du revenu. Ainsi, par exemple, l'Allemagne, la Grèce, l'Autriche et l'Irlande prélèvent des pour cent de salaire pour payer les primes, tout comme la France, l'Italie et le Luxembourg, où l'employeur prend en charge la totalité ou une part importante du financement des primes. Quant au Danemark, au Portugal et à l'Espagne, ils financent l'ensemble du système de santé par l'impôt. Seule la Suisse perçoit l'entier de la prime pour l'assurance-maladie obligatoire sous la forme d'une prime individuelle indépendante du revenu, et ce dans le système de santé le plus coûteux d'Europe. Avec des dépenses annuelles de 13 pour cent du Produit intérieur brut, les Etats-Unis ont le système de santé le plus coûteux au monde. La Suisse suit à la deuxième place avec 10,7 pour cent.

Participation mensuelle aux coûts pour une famille avec un revenu de 60'000 francs :
(dans la plupart des pays, déductions sur salaires, parfois avec assurance-maternité et assurance perte de gains)

Primes en Europe, situation en 2002



Part des coûts de santé au PIB 2000



5. L'abaissement des primes de l'assurance-maladie fonctionne mal

Le système actuel d'abaissement des primes ne remplit que partiellement son but, est injuste et, dans de nombreux cantons, lent et bureaucratique.

En principe, la moitié de la population devrait pouvoir profiter du système d'abaissement des primes – c'était du moins l'intention de la Confédération au moment de la mise en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie. Mais aujourd'hui, un tiers des assuré-es seulement bénéficient de l'abaissement des primes.

A l'origine, le Conseil fédéral souhaitait que le montant des primes payées par un ménage ne dépasse pas 8 pour cent du revenu fiscal. Dans douze cantons, le système d'abaissement des primes n'atteint pas ce but. A Zurich, Genève et au Tessin, de nombreuses familles, des célibataires et des retraité-es paient souvent plus de 10 pour cent de leur revenu pour leur prime à l'assurance-maladie obligatoire, et ce malgré l'abaissement des primes.

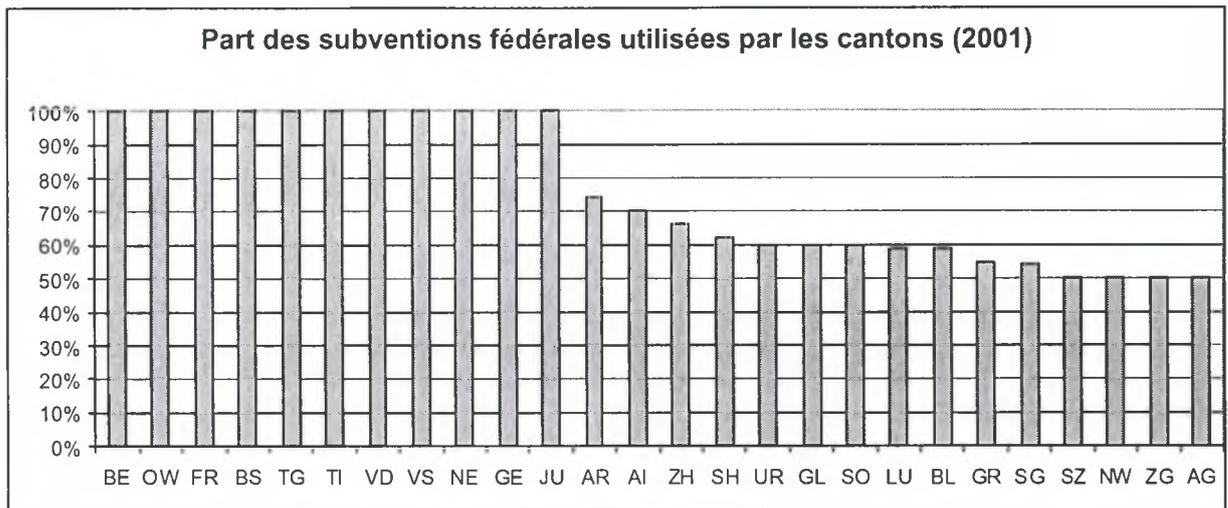
Le système en vigueur est injuste. Il n'y a pas de règle applicable à l'ensemble du pays pour déterminer qui a droit à l'abaissement de prime. Chaque canton fixe lui-même le revenu maximal et les conditions donnant droit à la subvention. Ainsi, les retraité-es avec un petit revenu bénéficient de l'abaissement dans certains cantons, mais pas dans d'autres. Il en va de même pour les familles avec des revenus moyens. C'est ce qu'a montré une étude de l'Office fédéral des assurances sociales¹ dans laquelle apparaissent aussi d'autres différences.

Certains cantons accordent automatiquement l'abaissement de prime sur la base de la déclaration fiscale. D'autres avertissent les assuré-es qui doivent alors simplement remplir un formulaire. D'autres encore demandent des indications précises et des moyens de preuve. Enfin, à Lucerne et à Bâle-Ville, les personnes intéressées doivent s'annoncer et commander les formulaires nécessaires. Ainsi, de nombreuses personnes qui auraient droit à un abaissement de prime n'en bénéficient pas, souvent parce qu'elles ne veulent pas être considérées comme des personnes à l'assistance.

La Confédération cofinance le système, mais détermine sa contribution en fonction du montant versé par chaque canton. C'est ainsi que certains cantons alémaniques font des économies sur le dos de leurs assuré-es : ils ne vont pas chercher le maximum de subventions fédérales auxquelles ils auraient droit pour leurs contribuables à revenus moyens et modestes – et ce afin d'éviter de devoir augmenter leur propre contribution. Il en résulte une perte de quelque 700 millions de francs par année pour les assuré-es de ces cantons (chiffres 2001).

Ensemble, la Confédération et les cantons dépensent 2,5 milliards de francs par année pour le système d'abaissement des primes. Proportionnellement, ce montant est toutefois inférieur aux subventions que la Confédération versait aux caisses-maladie il y a quinze ans ! De plus, les assuré-es paient de leur propre poche quelques 3 milliards de francs de franchises et de participations, un montant supérieur à l'ensemble des sommes consacrées à l'abaissement des primes !

¹ Andreas Balthasar: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, 2001



source : OFAS

6. De nombreux traitements sont inutiles, parfois même dommageables

Les experts en politique de la santé sont unanimes: 15 à 20 pour cent des prestations fournies dans notre système de santé sont inutiles.

Parmi les exemples les plus courants, on peut citer les analyses de sang, souvent confiées à des grands laboratoires. Quelques gouttes de sang suffisent aujourd'hui pour accomplir les principaux tests diagnostiques. Toutefois, de plus en plus souvent, les laboratoires effectuent de nombreux tests inutiles qu'ils facturent individuellement – quant aux commanditaires des tests, ils profitent de ces prestations supplémentaires sous forme de provisions et de rabais de la part des laboratoires.

Les prestations inutiles renchérissent le système de santé et peuvent parfois nuire à la santé des patient-es: la patiente ou le patient auquel son médecin prescrit un antibiotique pour chaque refroidissement risque de ne plus réagir à un antibiotique lorsqu'il en aura vraiment besoin.

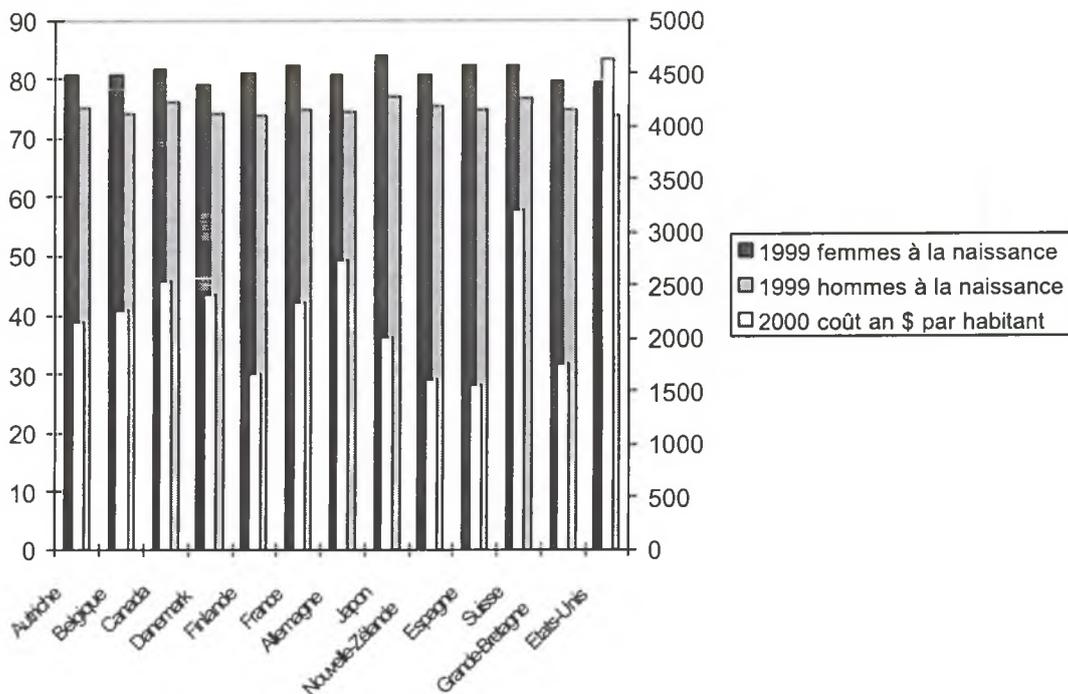
Le problème des prestations inutiles est particulièrement lancinant lorsqu'il s'agit de traitements fournis par des spécialistes ou d'exams médicaux effectués avec des installations particulièrement coûteuses.

De nombreuses opérations ne sont pas indispensables. Une étude a montré que les médecins effectuaient 30 pour cent d'opérations en moins auprès des membres de leur propre famille que chez leurs patients „normaux“:..... Questionnés sur ce sujet, des médecins ont admis qu'un tiers environ de leurs interventions n'est pas indispensable.

Ces dépenses inutiles ne contribuent pas à améliorer notre état de santé. Les comparaisons internationales montrent que l'augmentation des coûts de la santé supérieure à la moyenne n'induit pas une espérance de vie plus élevée.

Espérance de vie et coûts de la santé par tête en comparaison internationale:

En Suisse, le coût relatif est plus élevé que dans tous les pays comparables de l'Union européenne



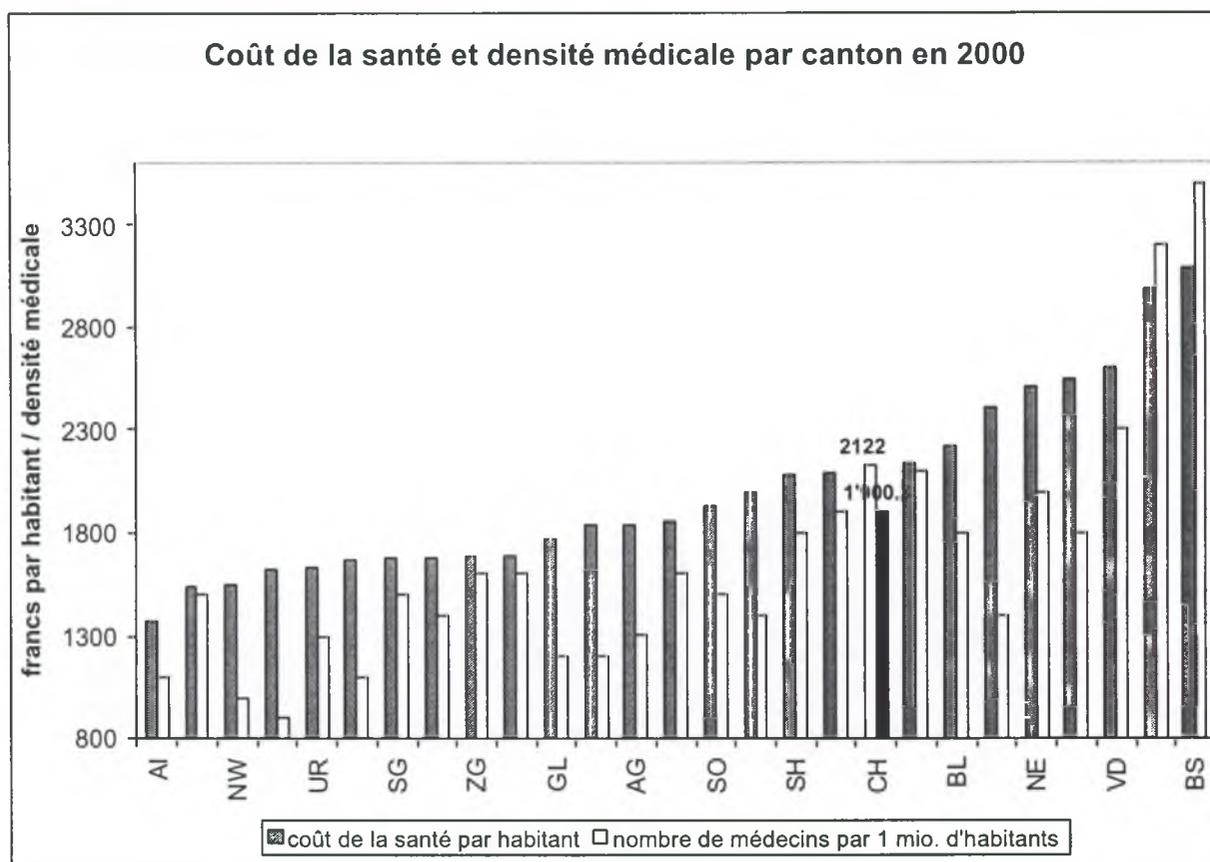
Source : OCDE

7. Trop de spécialistes = coûts trop élevés

D'un point de vue économique, la santé est un marché déterminé non pas par la demande, mais, dans une large mesure, par l'offre. Le nombre de prestations médicales effectuées dépend bien plus du nombre de prestataires (cliniques, cabinets médicaux, pharmacies, etc.) que de l'état de santé des patients et des patients d'une région donnée. Ce constat est particulièrement pertinent pour les spécialistes: pour un canton ou une région donnée, le coût de la santé par habitant dépend directement du nombre de spécialistes.

Un exemple: à Bâle-Ville, le nombre d'opérations des amygdales par habitant est deux fois plus élevé qu'aux Grisons, où il y a deux fois moins d'Oto-Rhyno-Laryngologues. Mais les personnes qui habitent les villes avec une forte densité de spécialistes ne sont pas en meilleure santé que celles provenant de régions bénéficiant d'une faible densité de médecins.

Le nombre de médecins pratiquants et bénéficiant d'un titre de spécialiste FMH influence directement le coût de la santé par habitant. Ce rapport est encore plus évident lorsque l'on limite l'analyse aux spécialistes.



Source : Santé suisse, FMH

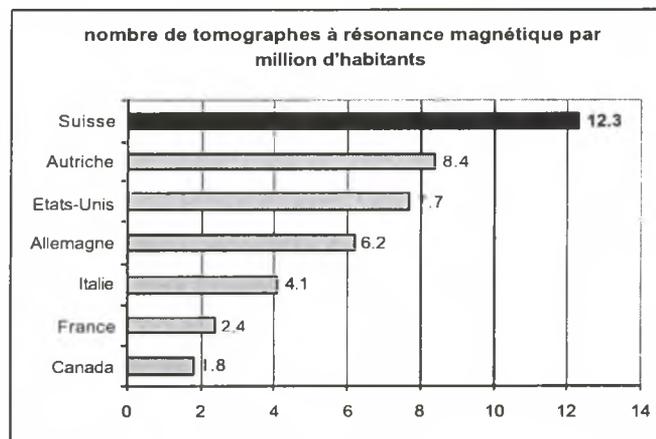
8. La médecine de pointe est mal planifiée et coûte trop cher

La médecine de pointe peut sauver des vies. Elle doit être accessible à toutes les personnes qui en ont besoin, ce que garantit l'assurance-maladie obligatoire.

Toutefois, de nombreuses prestations de la médecine de pointe de notre pays sont mal planifiées et l'acquisition de nouvelles technologies relève parfois plus de questions de prestige que de besoins réels. Cette manière de faire augmente inutilement le coût de la santé.

Dans les années quatre-vingt, les cliniques suisses se sont adonnées à une véritable course aux tomographes de la première génération ; dans les années nonante, les mêmes cliniques, à peu de chose près, ont acquis un nombre beaucoup trop élevé de tomographes à résonance magnétique (TRM). En 1999, la Suisse disposait de 100 TRM, dont 19 dans le canton de Zurich. Chacun de ces appareils coûte deux à trois millions avec les frais d'installation, et plusieurs centaines de milliers de francs par année pour l'entretien.

Souvent, une simple radiographie ou un examen aux ultrasons serait suffisant – mais comme il faut amortir le tomographe, la clinique ou le spécialiste doivent l'utiliser aussi souvent que possible, en facturant bien sûr les frais. L'examen coûte alors un multiple du prix qui aurait été facturé pour un même examen avec des techniques plus traditionnelles.



Source : OCDE. La comparaison effectuée par l'OCDE en 1998 est déjà dépassée pour notre pays : la Suisse dispose aujourd'hui de près de 15 tomographes par million d'habitants

Certains centres de médecine de pointe sont installés et développés pour des raisons liées au prestige et aux bénéfices possibles plus que pour des besoins médicaux. Tous les spécialistes s'accordent à dire que, pour les transplantations complexes (foie, cœur, cœur-poumons), deux centres suffiraient largement aux besoins de la Suisse. Cela permettrait aussi aux équipes médicales de disposer de la routine nécessaire pour de telles opérations délicates. Mais les grands hôpitaux et les cliniques privées se livrent une concurrence qui touche parfois à l'absurde et dépensent des millions de francs pour des infrastructures opératoires. Cette attitude gonfle inutilement la facture médicale, mais provoque aussi des risques supplémentaires pour les patientes et les patients.

Nous payons tous cette course à l'équipement par nos primes trop élevées. Cela ne peut plus continuer ainsi : la médecine de pointe doit être planifiée au niveau national.

2 centres de transplantation suffisent – La Suisse s'en permet 7 !

2 centres pour les transplantations du foie et du cœur sont amplement suffisants dans un pays comme le nôtre. Aujourd'hui, la Suisse dispose de 5 centres pour les transplantations du foie et de quatre pour le cœur.

Foie : Berne, Bâle, Genève, Lausanne et Zurich

Cœur : Berne, Genève, Lausanne, Zurich

9. L'industrie pharmaceutique renchérit les médicaments

L'industrie pharmaceutique a besoin de patientes et de patients qui consomment des médicaments de plus en plus chers en quantités toujours plus importantes. Elle prévoit d'ailleurs un taux de croissance de plus de huit pour cent pour les années à venir. Pour y parvenir, tous les travers du marketing moderne sont permis.

Ainsi, les grandes entreprises pharmaceutiques retirent de manière ciblée les médicaments à grand succès dont le prix a baissé avec les années, notamment suite à l'apparition de génériques. Elles remplacent ensuite ces produits par de nouveaux médicaments aux effets similaires qui coûteront dix, vingt ou cinquante fois plus cher !

Faire des bénéfices sur le dos des victimes de cancers

p. ex. L'Eticyclin était un médicament efficace, aux effets secondaires maîtrisables, pour des tumeurs telles que les cancers de la prostate, que le médecin pouvait prescrire pour des consommations régulières. Ce médicament peu coûteux a été retiré du marché. Les médecins doivent aujourd'hui réduire la production hormonale à l'aide d'injections et de tablette d'hormones « anti-masculines » - des moyens qui coûtent cinquante fois plus que l'Eticyclin !

Les multinationales des médicaments ont encore bien d'autres moyens pour stabiliser leurs bénéfices : ils augmentent par exemple la taille des emballages, de sorte que l'acquisition devient plus coûteuse et que la montagne de pilules non utilisées croît de manière exponentielle !

p. ex. : Le médicament **Sortis** destiné à abaisser le taux de cholestérol est désormais facturé au même prix pour chaque type d'emballage (10, 20 et 40 mg). Pour le plus petit emballage, l'augmentation est de 50% ! Or, les emballages à 10 mg représentaient la moitié des emballages vendus. En termes de ventes de médicaments, **Sortis** atteint le troisième rang en Suisse : avec un chiffre d'affaires annuel de 44 millions de francs, cette augmentation amène à elle seule 5 à 10 millions de francs de coût supplémentaire au système de santé.

D'autre part, l'industrie pharmaceutique pratique en Suisse des prix bien plus élevés qu'à l'étranger, où certains médicaments coûtent deux fois moins. Tant que les importations parallèles (qui ne passent pas par un importateur général officiel) resteront interdites, nous paierons un prix surfait pour les mêmes médicaments.

p. ex. : Le **Voltaren emulgel** (contre les troubles rhumatismaux et musculaires) et l'**histamine Zantic** coûtent deux fois plus cher en Suisse qu'en Allemagne. Le supplément de prix par rapport à l'Allemagne atteint 25 à 75 pour cent pour d'autres médicaments connus tels que le **Pulmicort** (contre l'asthme), le **Ponstan** (anti-douleur) ou le **Zocor** (fluidité du sang).

Il y aurait pourtant d'autres possibilités : la France lance un nouveau programme pour la maîtrise des coûts dans le domaine de la santé. Le ministre de la santé a annoncé :

- que 650 médicaments aux effets insuffisants ne figureraient plus sur la liste des médicaments remboursés ;
- que des mesures vont être prises pour encourager systématiquement l'utilisation de médicaments génériques (par le remboursement d'un forfait plutôt que du prix maximal).

(source : Hebdo, 24 décembre 2002)

10. L'industrie pharmaceutique freine l'utilisation de génériques moins coûteux

Dès qu'une patente sur un médicament échoit, d'autres entreprises peuvent produire ce médicament sous un autre nom. On parle alors d'un „générique“. En Suisse, les génériques pourraient remplacer jusqu'à 27 pour cent des médicaments non protégés par une patente. Pourtant, ils n'atteignent que quatre pour cent du chiffre d'affaires global des médicaments. La majorité des Suissesses et des Suisses souhaiteraient une utilisation accrue des génériques. Est-ce vraiment aux patientes et aux patients de devoir insister auprès de leur pharmacien ou de leur médecin pour obtenir un médicament moins cher ?

L'industrie pharmaceutique assure ses marchés : elle accorde des rabais substantiels aux hôpitaux, ce qui permet d'habituer les patient-es (et leurs médecins) à un médicament donné. On ne s'étonne dès lors pas de constater que les hôpitaux utilisent à 99% des médicaments de marque.

Les médecins sont appâtés par les entreprises pharmaceutiques à l'aide d'échantillons gratuits, de cadeaux, d'invitations à participer à des congrès à l'étranger ; parallèlement, les visites régulières des représentant-e-s assurent la prescription de médicaments de marque par le médecin « suivi » de la sorte.

La vente de médicaments plus coûteux est particulièrement attrayante pour les médecins dispensants, c'est-à-dire ceux qui peuvent vendre les médicaments directement à leurs patient-e-s. Ce sont ici surtout les prix pour les médicaments couverts par les caisses qui ont augmenté, avec un effet direct sur les primes.

p. ex. : Avec un chiffre de ventes annuel de 76 millions de francs, Antra Mups fait partie des médicaments les plus vendus en Suisse. Selon une étude allemande, il serait possible dans de nombreux cas d'atteindre les mêmes effets positifs avec des génériques pour un coût inférieur de 40 pour cent. La patente pour Antra Mups échoit cette année !

p. ex. : 100 Valium à 10 mg coûtent 36.90 fr.
100 Paceum à 10 mg coûtent 27.50 fr.

12 capsules de Ponstan coûtent 9.40 fr.
10 capsules de Mephalar coûtent 3.50 fr.

La comparaison est également intéressante pour les médicaments qui peuvent être achetés sans prescription , mais qui sont couverts par les caisses :

p. ex. : Solution à gargariser Betadine, 120 ml coûte 11.05 fr.
Solution à gargariser Jodoplex, 120 ml coûte 5.65 fr.

p. ex.: 20 tablettes de Dramamine coûtent 12.90 fr.
20 tablettes d'Antemin coûtent 3.90 fr.

p. ex. : 2 g de crème Zovirax coûtent 22.30 fr.
2 g de crème Acivir coûtent 13.90 fr.

Source : Thomas Voltz, Generikaführer für die Schweiz 2002
v. aussi : www.pro-generika.ch ; www.generika.ch

11. Les compagnies d'assurances s'enrichissent sur le dos des assuré-es

Les caisses-maladie les plus puissantes telles que la Helsana, la Concordia ou encore le Groupe mutuel n'ont plus grand chose en commun avec les caisses mutuelles d'origine qui visaient aux meilleurs traitements possibles à un prix abordable. Les grandes caisses versent à leurs managers des salaires qui frisent parfois l'indécence, elles investissent des dizaines de millions de francs dans des bâtiments représentatifs et dans des campagnes de publicité dont le seul but est de chasser les « bons risques » et de les reprendre aux autres caisses.

Ces grandes sociétés d'assurances se plaignent volontiers de l'extension des prestations. Elles souhaiteraient échapper au financement de prestations utiles telles que les frais de soins dans les homes, des soins à domicile ou de certaines physiothérapies prolongées, qui constituent souvent le meilleur moyen pour remettre un ou une assuré-e sur pieds.

Ces caisses veulent restreindre le libre choix du médecin et de l'hôpital pour pouvoir décider elles-mêmes où nous aurons encore le droit de nous faire traiter. Elles prétendent vouloir baisser les coûts pour faire baisser les primes. Leur véritable but est pourtant bien différent : elles cherchent à exclure certaines prestations du catalogue des prestations couvertes par l'assurance de base, afin de pousser un plus grand nombre d'assuré-es à conclure des assurances complémentaires. Pour ces dernières, les assureurs sont en effet libres de fixer les primes comme bon leur semble et d'exclure les assuré-es qui ne leur conviennent pas. Les moyens choisis sont souvent rudes : les personnes qui ont quelques jours de retard dans le paiement de leur prime se voient menacées d'exclusion. Les mêmes caisses attendent parfois plusieurs mois avant de rembourser à leurs assuré-es les montants que ces derniers ont payés directement à leur médecin.

Ce n'est ainsi pas un hasard si Santésuisse, qui représente les caisses-maladie de tout le pays, est présidée aujourd'hui par Christophel Brändli, qui représente l'UDC et le moins d'Etat systématique au Parlement fédéral. Ainsi, certaines grandes caisses n'hésitent-elles plus à demander publiquement d'exclure de l'assurance de base des groupes de personnes marginalisées, qui ne leur conviennent pas.

Dans le domaine de la santé, la recherche de bénéfices à tout prix peut tuer !

p. ex. : Certains assuré-es qui paient leur prime avec retard ne reçoivent plus leurs médicaments. La caisse Helsana a introduit une carte à puce qui permet de constater si un assuré n'a pas encore payé sa prime. Cette procédure peut empêcher des patients de toucher leur médicament dans certaines pharmacies. Pour certains malades, tels que les diabétiques, qui ont besoin d'insuline régulièrement, cela peut mener rapidement à un danger grave.

Source : Wochenzeitung, 19.12.2002

p. ex. : Le risque de décès est plus élevé de deux pour cent dans les cliniques à but lucratif que dans les hôpitaux d'intérêt public. C'est ce qu'a montré une étude américaine qui compare 26'000 hôpitaux privés – certains à but lucratif, d'autres d'intérêt public. Le risque supplémentaire dans les premiers correspond au risque de mourir d'un cancer de l'intestin, d'un suicide ou d'un accident de la route !

Source : BMJ 324, 8.6.2002, p. 1351

12. Entre cantons qui jouent la concurrence, la collaboration reste largement insuffisante

26 cantons planifient leurs hôpitaux de manière souvent isolée. Pire encore : des centaines de districts empêchent toute collaboration constructive avec les régions voisines. Si la proximité des prestations médicales est essentielle, la volonté de certains de garder les prestations les plus sophistiquées dans chaque microrégion est contraire aux intérêts des patientes et des patients. Cette attitude engendre des coûts importants qui contribuent aux primes élevées, et elle diminue aussi la sécurité du patient ou de la patiente lorsque certaines opérations ne sont pas effectuées assez souvent dans un petit hôpital régional. A l'échelle romande, les hôpitaux universitaires de Lausanne et de Genève se sont trop longtemps livrés une concurrence acharnée avant d'envisager un début de collaboration.

p. ex. : Les directions des deux hôpitaux haut-valaisans de Brigue et de Viège ont mené pendant de longues années une guerre de tranchées pour empêcher toute collaboration entre les deux hôpitaux – et ce alors que, depuis des décennies, les patient-e-s de toute la région choisissent leur hôpital en fonction de la qualité du traitement qu'ils estiment meilleur dans l'un ou l'autre des deux hôpitaux pour un traitement donné.

La cantonalisation du système de santé engendre de nombreux doublons qui coûtent des centaines de millions, voire des milliards de francs par année aux assuré-es. Elle rend aussi le système plus lourd et bureaucratique : pour un patient fribourgeois, il est aujourd'hui plus difficile de se faire traiter à Berne que pour un patient de Lisbonne de se faire traiter à Helsinki pour un mal particulier.

p. ex. : Avec la pression de l'Etat, la collaboration devient possible : Lorsque les cantons de Vaud et du Valais ont laissé le choix aux hôpitaux d'Aigle (VD) et de Monthey (VS) entre la fermeture et la collaboration, il a fallu une année pour que le premier hôpital intercantonal fonctionne. De même, les cantons de Fribourg et de Vaud ont poussé la création de l'hôpital intercantonal de la Broye sur la base des hôpitaux de Payerne (VD) et d'Estavayer-le-Lac (FR). Les cantons de Fribourg, Vaud, Valais, Neuchâtel et du Jura ont redéfini les tâches de leurs hôpitaux régionaux et de district et organisent les tâches de manière plus efficace pour investir au mieux l'argent des assuré-es.

p. ex. : Le canton d'Argovie a effectué une planification hospitalière en dépassant l'esprit de clocher qui anime d'autres cantons. En 1994, il a ainsi décidé de collaborer avec d'autres cantons pour la chirurgie cardiaque plutôt que de créer un propre service de ce type dans son hôpital cantonal. Il a agit de même pour d'autres traitements particuliers très coûteux. Dans l'autre sens, il a assuré au canton de Lucerne de prendre en charge les traitements de neurochirurgie des patient-es lucernois-es. Enfin, le canton a centralisé certaines tâches administratives des hôpitaux régionaux, ce qui dégage des moyens pour d'autres tâches médicales.

Pour les cas où les cantons tardent à collaborer, la Confédération doit pouvoir faire pression.

B. Bon pour votre santé : principaux arguments en faveur de l'initiative

13. L'initiative baisse les primes de la plupart des assurés-es

Avec le système actuel de primes individuelles antisociales, un milliardaire ne paie pas un sou de plus pour son assurance-maladie obligatoire qu'un manœuvre, une enseignante ou une vendeuse dans une grande-surface. Les solutions apportées par le système d'abaissement des primes sont largement insuffisantes – elles laissent ainsi complètement de côté les familles avec un revenu moyen.

L'initiative-santé introduit enfin un financement de l'assurance-maladie en fonction du revenu, comme tous les pays d'Europe le connaissent.

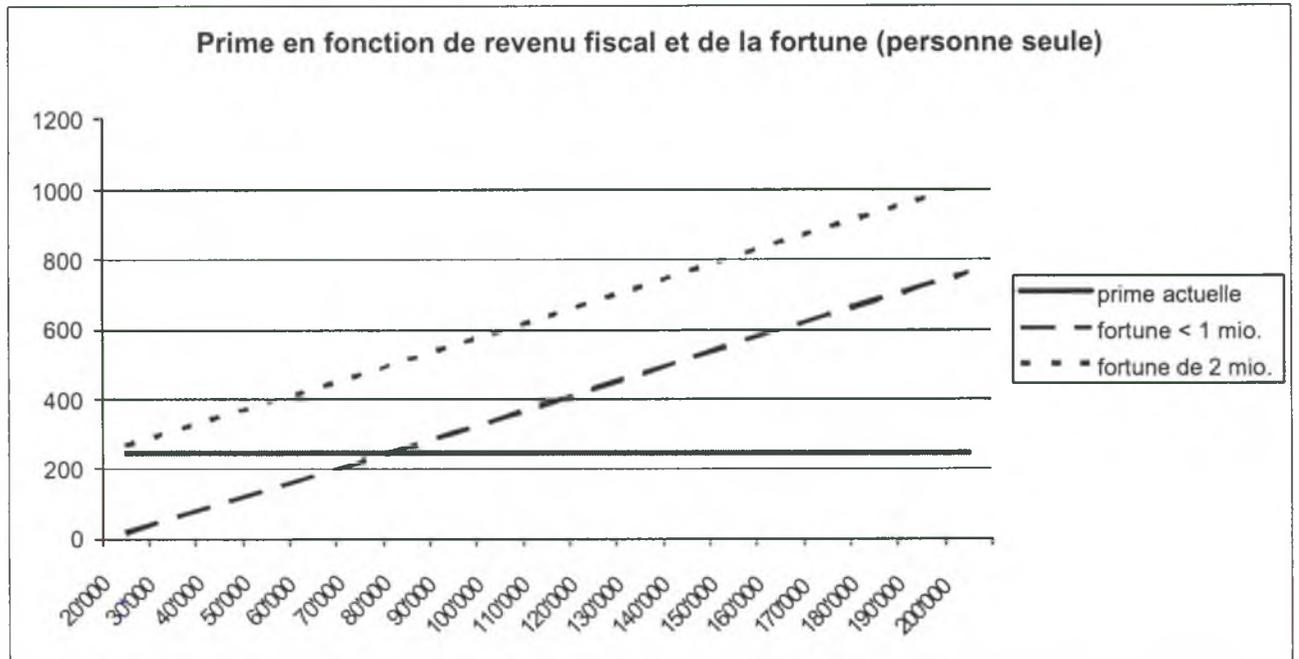
Ce changement de système permet d'abaisser les primes de presque 80 pour-cent des assurés-es :

- ? **les assuré-es adultes et célibataires seront, jusqu'à un revenu imposable de 75'000 francs par année (ce qui correspond à un salaire annuel de 90'000 à 100'000 francs net) déchargé-es (pour une fortune maximale d'un million de francs).**
- ? **Une famille avec deux enfants est déchargée jusqu'à un revenu imposable jusqu'à 190'000 francs par année (pour une fortune maximale d'un million de francs). V. tableau au point 14.**
- ? **Les multimillionnaires paient des primes plus élevées qu'aujourd'hui : comme partout en Europe, ils participent de manière plus solidaire au financement de l'assurance-maladie de base.**

L'initiative introduit enfin un financement social de l'assurance-maladie obligatoire, ce qui correspond au souhait d'une large majorité dans notre pays : des sondages ont montré que 72 pour cent des Suissesses et des Suisses demandent des primes calculées en fonction du revenu. 49 pour cent approuvent également des franchises calculées en fonction du revenu. L'initiative propose de financer la moitié au moins de l'assurance-maladie obligatoire par des primes calculées en fonction du revenu et de la fortune. Pour effectuer le calcul, les assuré-es peuvent déduire 20'000 francs de leur revenu et 1 million de francs de leur fortune, ce qui protège notamment les propriétaires de petites entreprises familiales.

La moitié au plus (un quart, selon la proposition des initié-e-s) sera financée par un supplément de TVA (v. les détails à la page suivante).

Aujourd'hui: la même prime pour tous, sans tenir compte des capacités financières
Demain : Primes calculées en fonction du revenu et de la fortune



14. L'initiative soulage les familles

En Suisse, une famille avec deux enfants paie en moyenne 676 francs par mois (primes en 2003) pour sa seule assurance-maladie de base – quel que soit son revenu. Les familles nombreuses n'ont droit à aucune réduction. En décembre 2002, le Conseil national a même refusé une révision de la loi sur l'assurance-maladie qui prévoyait de décharger légèrement les familles dès le deuxième enfant. Quant aux abaissements de primes en vigueur aujourd'hui, ils laissent de côté une grande partie des familles à revenu moyen, pourtant particulièrement touchées par les augmentations de primes des dernières années.

L'initiative-santé soulage tout particulièrement les familles.

Elle supprime notamment les primes pour enfants. Ces derniers seront en effet compris dans la prime de leurs parents. Ce système, en vigueur dans de nombreux pays européens, a fait ses preuves. Le texte de l'initiative prévoit que seules les personnes qui disposent d'un revenu ou d'une fortune imposable paieront des primes, ce qui libère les enfants jusqu'à l'aboutissement de leur formation.

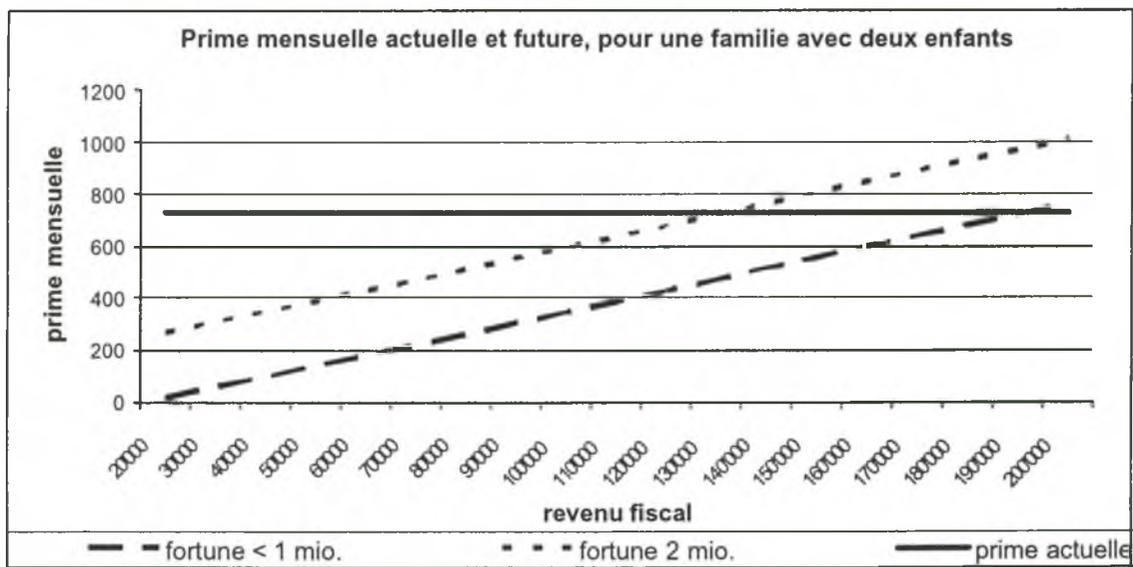
L'initiative conduit aussi à un abaissement des primes de toutes les personnes adultes au bénéfice de petits et de moyens revenus.

L'initiative-santé constitue une contribution importante en faveur des familles. Elle apporte un soulagement là où de nombreux parents touchent aujourd'hui à leurs limites financières, en abaissant la charge financière due aux primes élevées de l'assurance-maladie obligatoire.

Prime actuelle et future pour une famille avec deux enfants (dont un de plus de 18 ans)

Aujourd'hui : prime moyenne 2002, 2 adultes, 2 enfants : 725 francs par mois

Demain : 4.3 % de prime sur le revenu fiscal + supplément de TVA (v. aussi annexes)



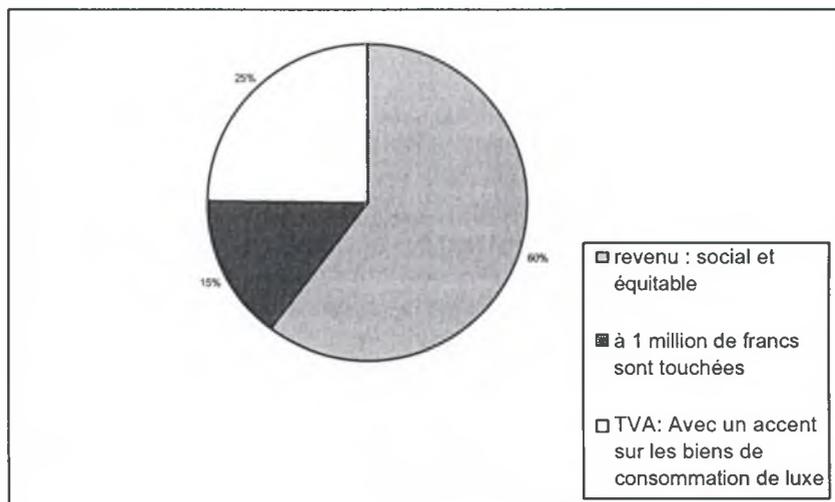
15. L'initiative introduit un système de financement équitable de l'assurance-maladie

Le comité d'initiative propose un financement qui abaisse les primes de quatre cinquièmes des assuré-es tout en restant réaliste et équitable.

1. Contrairement aux injustices engendrées par l'actuelle prime individuelle, la prime en fonction du revenu tient compte des capacités financières de chaque ménage. La réduction forfaitaire de 20'000 francs permet de décharger complètement les plus bas revenus. Le taux de 4.3% sur les revenus fiscaux qui dépassent ce seuil de 20'000 francs donnerait, pour une famille avec un revenu fiscal annuel de 50'000 francs, une prime mensuelle sur le revenu de 107 francs seulement – pour toute la famille s'entend!
2. Pour la part de la prime perçue sur la fortune, un montant forfaitaire d'un million de francs peut être déduit de la fortune fiscale. Les montants supérieurs à ce forfait sont taxés à un taux de 0,3% par année. Cette déduction protège notamment les familles propriétaires de leur logement ou les propriétaires de petites entreprises familiales. Pour le deuxième million, la prime mensuelle atteint 250 francs.
3. Une petite part de l'assurance-maladie obligatoire sera financée par une augmentation de la TVA de 1,5 pour cent. Là aussi, les effets sont bien plus sociaux qu'avec la prime individuelle actuelle. Les personnes aux revenus les plus bas dépendent l'essentiel de leur revenu pour des prestations non soumises à la TVA (loyer, assurances) ou au taux de TVA le plus bas (bien de première consommation, notamment dans l'alimentation, mais aussi les livres), de sorte qu'elles ne sont que très peu touchées. Ce sont surtout les personnes à forte consommation de bien de luxe qui financeront ce volet. L'initiative prévoit que la moitié au moins de l'assurance-maladie obligatoire devra être financée par des primes calculées en fonction du revenu et de la fortune, avec une part congrue pour le financement par la TVA. Le comité d'initiative propose de limiter à un quart la part à financer par la TVA. L'initiative prévoit d'ailleurs un droit de référendum pour le cas où le Parlement chercherait à fixer un taux de TVA trop élevé.

Aujourd'hui: Une vendeuse, un milliardaire et un employé de commerce paient au centime près la même prime pour leur assurance-maladie de base

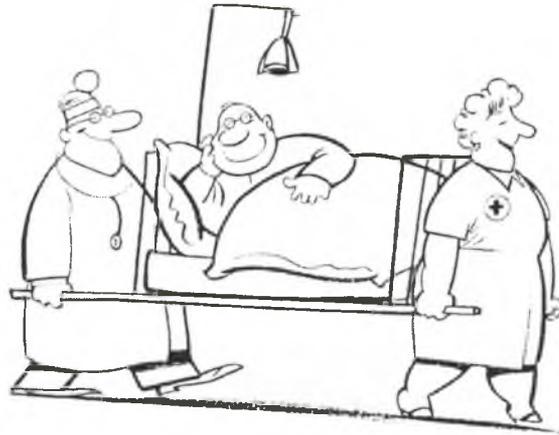
Demain: Les primes seront calculées en fonction du revenu et de la fortune et, pour une part congrue, en fonction de la consommation.



16. L'initiative garantit d'excellentes prestations de base pour toutes et pour tous

Les caisses-maladie tentent aujourd'hui par tous les moyens de réduire le coût de la santé. En tout premier lieu, elles veulent retirer du catalogue de l'assurance obligatoire certaines prestations, qu'elles ne seraient alors plus tenues de couvrir : on peut citer ici certains soins à domicile, la couverture de certaines formes de physiothérapies ou encore les soins fournis dans les homes pour personnes âgées.

Les personnes qui voudraient néanmoins assurer ces coûts devraient passer par une assurance complémentaire, ce qui coûte cher et n'est pas à la portée de tout le monde. L'initiative contrôle les coûts et abaisse la charge financière des primes pour la plupart des assurés-es, tout en garantissant les recettes nécessaires à une assurance-maladie de qualité. C'est la raison pour laquelle, avec l'acceptation de l'initiative, les caisses n'auraient plus de raison de vouloir réduire le catalogue des prestations couvertes par l'assurance obligatoire.



17. L'initiative empêche une médecine à deux vitesses

Il serait illusoire de vouloir empêcher toute augmentation des coûts de la santé: l'augmentation du nombre de personnes âgées, la part plus importante de malades chroniques ainsi que les évolutions technologiques et les nouvelles méthodes thérapeutiques sont des faits incontournables.

Nous devons assurer des soins de qualité pour tout le monde. Ce faisant, nous devons éviter les prestations superflues qui contribuent à l'explosion des coûts sans améliorer l'état de santé de qui que ce soit. Enfin, il est indispensable de modifier le système de financement qui permet aux primes d'augmenter deux fois plus vite que les coûts effectifs.

On peut déjà constater aujourd'hui une tendance à réduire certaines prestations médicales, par exemple pour les personnes âgées. Les mesures d'économies entreprises par les cantons dans les hôpitaux ont également des effets dans ce sens. Elles ont par exemple conduit l'hôpital universitaire de Zurich à repousser de plusieurs semaines certaines radiothérapies par manque de personnel, alors que les infrastructures coûteuses restaient sous-utilisées.

Dans le canton de Bâle-Campagne, le nouveau directeur de la santé publique a supprimé l'ancien droit à être traité à Bâle-Ville même avec une simple assurance de base. Le résultat : les hôpitaux de Bâle-Campagne doivent augmenter leurs capacités, ce qui occasionne des coûts énormes sur le dos des assurés !

L'idée émise par certains politiciens de la droite néo-libérale visant à augmenter une nouvelle fois les franchises est également dangereuse : elle force en effet les personnes aux plus bas revenus à renoncer à des prestations médicales indispensables – pendant que les

personnes les plus aisées réduisent leurs primes grâce aux franchises plus élevées. Cette démarche conduit directement vers une médecine à deux vitesses. Elle contribue à détériorer l'état de santé des personnes les plus pauvres, ce qui entraîne une augmentation des coûts à moyen terme : les médecins mentionnent fréquemment des coûts supplémentaires suite à des complications dues à des traitements trop longtemps repoussés.

Seul un financement tenant compte du revenu et de la fortune des assuré-es permet d'éviter une médecine à deux vitesses. Et seule une meilleure planification et un contrôle de qualité de haut niveau permettent de faire des économies là où elles sont possibles et judicieuses.



18. L'initiative stabilise les coûts de la santé

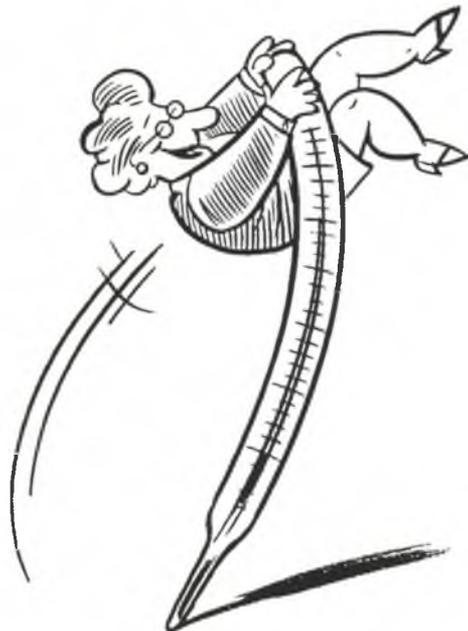
Notre système a besoin de mesures qui empêchent les coûts d'augmenter inutilement. Grâce à l'initiative, la Confédération pourra enfin planifier et coordonner les prestations médicales et en contrôler la qualité. A cet effet, l'initiative prévoit quatre paquets de mesures:

1. La médecine de pointe sera planifiée au niveau fédéral. La Confédération aura ainsi la compétence d'éviter de coûteux doublons tels que l'installation de trop nombreux centres de transplantations. Elle pourra aussi empêcher les investissements de prestige entrepris dans certaines régions.
2. Pour éviter les évolutions chaotiques qui prévalent parfois actuellement, les cantons seront tenus de coordonner avec leurs voisins leurs planifications sanitaires. Les cantons restent souverains, mais la Confédération peut intervenir lorsqu'un canton „oublie“ ce que font ses voisins.
3. La Confédération assure le contrôle de la qualité des prestations, mais aussi des prix. Ainsi, l'initiative permet-elle notamment à la Confédération de contrôler de manière plus efficace le prix des médicaments et d'éjecter de la liste des produits à rembourser les médicaments sans effets.
4. Lorsque les coûts augmentent trop rapidement suite à une augmentation massive du nombre de prestations médicales fournies dans un domaine donné, la Confédération pourra prendre des mesures supplémentaires. En différenciant selon les domaines et les régions concernées, elle pourra par exemple limiter le nombre de certains médecins spécialistes dans une région donnée ou encore prévoir des enveloppes budgétaires dans le domaine ambulatoire, par exemple pour inciter à une baisse du coût des médicaments.

19. L'initiative permet des prestations plus proches des besoins des assurés-es

Notre système de santé coûte quelque 43 milliards de francs par an. Avec une meilleure planification telle que la prévoit l'initiative, nous pourrions économiser à terme de quatre à six milliards de francs par année, et ce en évitant les prestations inutiles pour l'amélioration de l'état de santé des patient-es (opérations, analyses, médicaments et autres traitements). Cela devrait permettre des moyens nécessaires au développement de domaines importants pour le bien-être des patient-es, mais encore insuffisants : il s'agit notamment des soins à domicile, de l'aide aux personnes mourantes à domicile, de l'augmentation de l'offre psychothérapeutique ambulante et aussi des services de la médecine du travail et de la médecine préventive.

Le système de financement en vigueur aujourd'hui subventionne unilatéralement les hôpitaux (pour environ 50 %) et freine par conséquent de tels développements qui déchargeraient les hôpitaux, seraient moins coûteux et permettraient en outre aux patient-es de rester plus longtemps chez elles ou chez eux, ce qui correspond à un vœu largement partagé. Si la Confédération obtient des compétences supplémentaires en termes de planification, elle pourra libérer des ressources financières et les investir pour des améliorations de notre système de santé.



20. Grâce à l'initiative, les cantons pourront encourager les soins à domicile et la prévention

Grâce à l'initiative, les cantons disposeront de près de deux milliards de francs par année qu'ils utilisent aujourd'hui pour financer leur part des abaissements des primes. Avec l'introduction de primes en fonction du revenu et de la fortune, seul un petit solde de ce montant sera encore nécessaire pour soulager, par les budgets sociaux, les personnes aux revenus les plus faibles.

L'initiative demande que le solde de près de deux milliards de francs qui sera ainsi économisé par les cantons devra être utilisé pour financer les améliorations les plus urgentes du système de santé: il s'agit notamment de la prévention au travail, de l'éducation à la santé et surtout des services de soins à domicile, très demandés par les patient-es mais en nombre insuffisant, et qui permettront à de nombreuses patientes et de nombreux patients de s'épargner entièrement ou partiellement des séjours hospitaliers ou en EMS.

21. L'initiative permettra de mettre en valeur plus rapidement les progrès de la médecine

Le système de santé est non seulement coûteux, mais aussi horriblement compliqué et lourd : son évolution est déterminée par la Confédération, les cantons, les caisses-maladie, mais aussi par les fédérations hospitalières ou les médecins. L'introduction d'innovations salutaires est ainsi souvent retardée de plusieurs années, comme on a pu le constater par exemple pour le nouveau tarif médical Tarmed.

Il faut aujourd'hui un centre de compétence pour décider de manière plus rapide et efficace. L'initiative-santé permet de mieux organiser l'offre médicale et ainsi de faire profiter plus rapidement les patientes et les patients des innovations médicales et des améliorations qui peuvent être introduites dans les services de santé. Enfin la Confédération pourra aussi faire autre chose que d'approuver les augmentations des primes : elle devra piloter le système de santé, et elle en portera la responsabilité.

C.L'initiative dans la pratique : questions et réponses

22. Quelle sera ma prime mensuelle après l'acceptation de l'initiative ?

Le tableau de la page suivante vous permet de calculer le montant de la future prime mensuelle pour vous et votre famille.

Aujourd'hui déjà, vous pouvez comparer votre prime actuelle pour l'assurance-maladie obligatoire avec la prime que vous devriez payer après l'acceptation de l'initiative. Il vous faut les indications suivantes: prime actuelle pour l'assurance-maladie obligatoire (pour vous et, cas échéant, pour les autres membres de votre famille), votre revenu fiscal, votre fortune fiscale. Le résultat que vous obtiendrez correspond à une moyenne suisse. Il peut varier selon la caisse et la région. Enfin, vu les importantes différences entre les cantons en ce qui concerne l'abaissement des primes, il n'est pas possible d'en tenir compte ici. Si vous bénéficiez déjà d'un abaissement de prime, c'est le montant de la prime abaissée que vous devrez introduire sous « prime » ; si votre abaissement de prime est important et que le calcul de la page suivante vous donne une prime plus élevée qu'aujourd'hui, vous faites partie des assuré-es qui continueront à bénéficier d'une aide cantonale, et la différence entre votre prime actuelle fortement abaissée et votre nouvelle prime abaissée sera de zéro.

Comment calculer votre future prime ? (formulaire à remplir à la page suivante) :

1. Prime actuelle (case A)

Introduisez ici votre prime mensuelle actuelle pour l'assurance-maladie obligatoire (assurance de base). **Important:** l'initiative prévoit des primes par ménage; il vous faut donc introduire ici **la somme des primes de toutes les personnes** qui vivent dans votre ménage selon votre déclaration d'impôt.

2. Charge due à la part de financement par la TVA (case B)

La charge mensuelle pour l'assurance-maladie qui sera due à la part de financement par la TVA ressort du tableau ci-contre. Il s'agit de valeurs moyennes qui peuvent légèrement varier d'un ménage à l'autre, notamment en fonction des habitudes de consommation.

3. Part de prime sur le revenu et la fortune (case EIF)

Le revenu fiscal et la fortune fiscale sont les valeurs déterminantes. L'initiative prévoit des déductions sur le revenu (20'000.-) et sur la fortune (1 million de francs).

Inscrire votre revenu fiscal dans la case C, puis déduire 20'000.- fr. et multiplier le résultat par 0,00358. Inscrire la fortune fiscale à la case D et procéder comme pour le revenu.

4. Votre future prime pour l'assurance-maladie obligatoire:

Additionner les valeurs des cases B, E et F, puis calculer (G-A), ce que vous économisez par mois et par année.

TVA Charge supplémentaire	
Revenu fiscal annuel	TVA par mois (fr.)
20'000	17
30'000	23
40'000	26
50'000	31
60'000	36
70'000	40
80'000	46
90'000	53
100'000	58
110'000	64
120'000	70
130'000	77
140'000	84
150'000	92
160'000	98
170'000	104
180'000	108
190'000	113
200'000	117

Voir le tableau à la page suivante!

Quelle économie réaliserez vous avec l'initiative? Faites vos calculs!

Aujourd'hui Prime mensuelle de l'assurance de base pour toute la famille:
 (si vous n'en disposez pas: le tableau des primes qui figure en annexe donne un ordre de grandeur)

Demain Charge supplémentaire TVA (v. tableau) **B**

Revenu fiscal **C**
 Déduction prévue par l'initiative - 20'000.-

Revenu déterminant x 0,00358 = **E** Prime sur revenu
 Fortune fiscale **D**
 Déduction prévue par l'initiative - 1'000'000.-

Fortune déterminante x 0,00025 = **F** Prime sur fortune

Coût mensuel après acceptation de l'initiative (B+E+F)= **G**

Coût mensuel (G) – prime actuelle (A): différence de coût par mois:

Différence mensuelle x 12: économie par année

Exemple: famille, 2 adultes, 2 enfants, revenu fiscal de 80'000 francs, Bienne

Prime mensuelle actuelle (prime moyenne pour toute la famille):	658.-
Charge supplémentaire TVA (B) selon le tableau	36.-
Revenu fiscal de 80'000, moins 20'000 = revenu déterminant de 60'000 (x 0,00358) =	215.-
Fortune 500'000 – déduction de un million = 0 (x 0,00025) =	0.-
Coût mensuel (G)	251.-
Différence mensuelle: (A) 658 - (G) 251: 407 francs, économie annuelle 407 x 12 =	4884.-

Si le calcul vous semble trop compliqué, appelez-nous (031 / 329 69 94) ou donnez vos indications par courrier électronique (info@gesundheit-sante.ch). Nous calculerons volontiers la prime que vous devriez payer après acceptation de l'initiative.

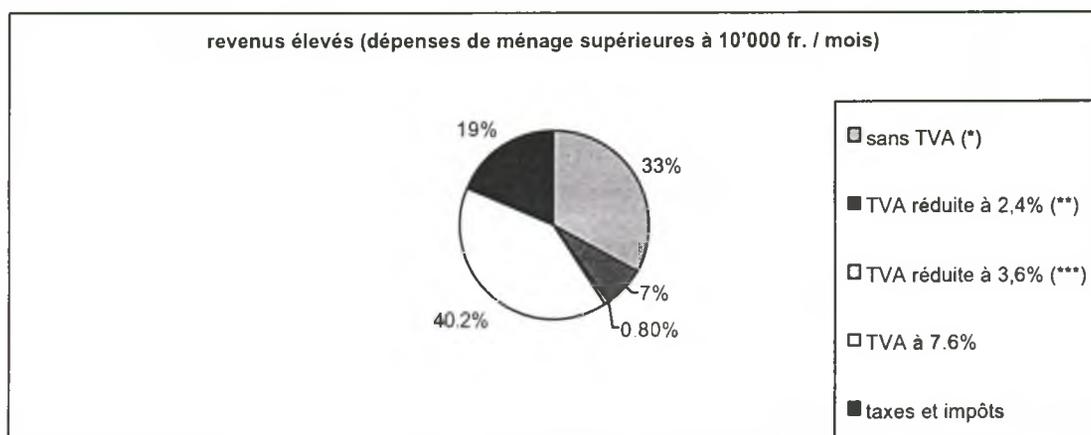
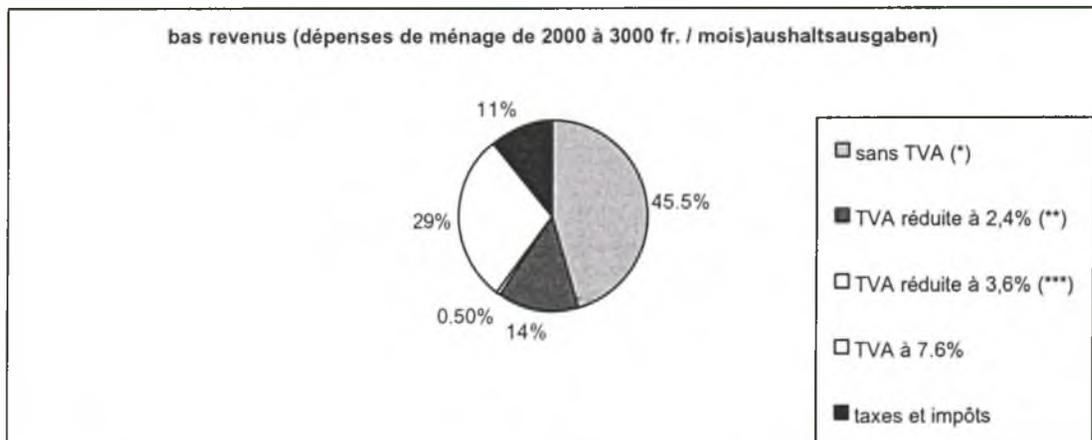
Faites calculer automatiquement votre future prime mensuelle (et la différence par rapport à votre prime actuelle) sur
www.gesundheit-sante.ch

23. Pourquoi augmenter – même légèrement – la TVA, alors qu'il serait plus social de passer entièrement par une prime en fonction du revenu ?

Pour déterminer l'effet social ou peu social de la TVA, il importe d'examiner ce que l'on remplace par des points de TVA. S'il s'agit de remplacer, partiellement ou intégralement, l'impôt fédéral direct par des points de TVA, l'effet est hautement antisocial, dans la mesure où cela déchargerait massivement les personnes les plus aisées au détriment des bas et des moyens revenus. Lorsqu'il s'agit de remplacer la prime individuelle actuelle par des points de TVA, cette dernière a un effet social: elle décharge les petits et les moyens revenus, qui paient moins de TVA que les revenus plus élevés.

Comment est-ce possible?

Les personnes seules et les personnes aux revenus élevés n'ont pas les mêmes dépenses de consommation que les familles à bas et moyens revenus. Ces dernières ont, dans leur budget de ménage, une plus grande part de dépenses non soumises à la TVA (loyer, assurances) et consomment une plus grande part de biens de première nécessité soumis au taux de 2,4% de TVA. Chez les personnes les plus aisées, la part des biens de consommation soumis au taux de 7,6% augmente fortement: pour les meubles, une voiture plus chère, les voyages, les repas pris au restaurant, etc. Ainsi, jusqu'à un revenu situé entre 100'000 et 200'000 francs par année, selon la situation du ménage, les dépenses de ménage pour la TVA sont à peu de choses près proportionnelles au revenu.



* logement, santé, assurances, formation, culture

** alimentation quotidienne, livres

*** tourisme, hôtellerie

Source : R. Strahm, sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique (EVE 98)

24. Pourquoi vouloir centraliser la planification alors que les cantons ont la compétence de la planification hospitalière ?

Aujourd'hui, la plupart des cantons font leur planification sans s'occuper sérieusement de leurs voisins. Comme les traitements extracantonaux doivent être payés séparément, les cantons tendent à maintenir ou à développer des surcapacités pour éviter de transférer des montants importants dans les cantons voisins.

La collaboration intercantonale n'en est encore qu'à ses balbutiements. Les rapports entre les cantons ont souvent été marqués par une concurrence effrénée qui a débouché sur des réalisations de prestige.

Le système de santé a besoin d'un centre de compétences qui garde la vue d'ensemble et qui peut intervenir lorsque des investissements inutiles et coûteux sont prévus. Dans ce contexte, la Confédération devra agir selon le principe de la subsidiarité : lorsque la coordination entre les cantons sera suffisante, il ne devra pas intervenir. En revanche, en cas de refus de collaboration, la Confédération doit pouvoir faire pression pour éviter des doublons dont le coût supplémentaire devrait être assumé par les assurés-es.

25. Qu'entend-on par « fortune réelle »

Pourquoi l'initiative introduit-elle des primes en fonction de la fortune „réelle“ et non pas en fonction de la fortune fiscale ?

En principe, il ne devrait pas y avoir de différence entre fortune „réelle“ et fortune „fiscale“. C'est d'ailleurs le cas pour la toute grande majorité des contribuables.

Le système des déductions fiscales, notamment en cas d'endettement, permet toutefois à des personnes très aisées d'échapper à l'impôt. La Suisse compte ainsi de nombreux millionnaires qui déclarent, souvent en toute légalité, des fortunes ou même des revenus de 0 fr. 0 ct. ! Parmi les mécanismes les plus appréciés pour parvenir à de tels résultats, l'on peut relever le surendettement sur des propriétés immobilières. D'autre part, les étrangers fortunés jouissent du privilège de l'imposition forfaitaire, largement inférieure à ce que doit payer un citoyen moyen !

A terme, les autorités fiscales devront empêcher ce genre d'abus. L'initiative tient compte de cette évolution, puisque la notion de « fortune réelle » permet aux cantons qui le souhaitent d'entreprendre les réformes nécessaires.

En un premier temps, les cantons pourront cependant s'appuyer sur les fortunes fiscales existantes, ce qui mènera à une imposition annuelle des fortunes fiscales de 0,3% - après déduction du premier million. Pour un revenu fiscal de 2 millions de francs, cela correspond à une part de prime mensuelle de 250 francs, ou encore 60 francs par personne dans une famille moyenne. Pour de telles fortunes, ce n'est pas un problème. Dans d'autres pays européens, la charge correspondante est d'ailleurs bien plus élevée.

26. L'initiative ne désavantage-t-elle pas la Suisse alémanique ?

L'initiative prévoit les mêmes primes pour toute la Suisse. On entend souvent que les assuré-es alémaniques sont plus économes dans leurs dépenses de santé. La Suisse romande, qui consomme près de deux fois plus de prestations de santé par personne, ne serait-elle pas injustement récompensée par un tel système ?

Les statistiques montrent certes des dépenses particulièrement élevées dans les cantons de Vaud et Genève. Mais il en va de même pour Bâle-Ville. Dans les faits, les différences sont moins dues à la langue qu'à la différence de coûts entre cantons avec et sans hôpital

universitaire, avec et sans cliniques privées nombreuses, avec taux de médecins par 1000 habitants bas ou élevé. Par ailleurs, le comité d'initiative prévoit que les primes puissent, selon les cantons, tendre à être différenciée (selon les coûts de la santé cantons y relatifs). D'autre part, sur la base de l'article 34bis, alinéa 4, le Parlement pourra différencier les primes selon les régions, ce qu'il ne manquera pas de faire pour éviter des injustices. A plus long terme, les propositions de l'initiative visant à une gestion plus efficace des dépenses de santé conduiront à un rapprochement. On peut d'ailleurs déjà observer de premières tendances qui vont dans ce sens, à quoi s'ajoute le fait que les cantons romands accomplissent de gros efforts en matière de planification hospitalière, des efforts qui porteront leurs fruits dans quelques années.

27. Pourquoi le texte de l'initiative ne mentionne-t-il pas la suppression des primes pour enfants dont les initiants font tant état ?

Le mot „prime pour enfants“ ne figure en effet pas dans le texte de l'initiative. Il en ressort cependant clairement qu'après l'acceptation de l'initiative, les parents ne paieront plus de primes pour leurs enfants. Le paiement de la prime en fonction du revenu et de la fortune se limitera en effet aux personnes soumises à l'impôt sur le revenu ou sur la fortune. Or, en Suisse, seule une infime minorité d'enfants disposent d'une fortune ou d'un revenu imposables. Ainsi, la prime pour les enfants est comprise dans celle de leurs parents. Cette règle décharge aussi les personnes adultes qui ne disposent d'aucuns moyens.



28. La suppression de la prime pour enfants ne conduira-t-elle pas à un alourdissement de la charge des célibataires pauvres au bénéfice de familles riches ?

Si l'on considère la prime pour enfants de manière isolée, c'est la conclusion à laquelle on peut aboutir. Mais en réalité, les célibataires touchant de petits et moyens revenus seront eux aussi déchargés par le passage à des primes calculées en fonction du revenu et de la fortune, alors que les familles les plus fortunées verront leurs primes augmenter.

29. L'initiative prévoit des économies importantes dans le système de santé. Ne met-elle pas ainsi en danger des emplois ?

Au contraire! L'initiative permet de réaliser des économies dans les prestations les plus coûteuses, comme par exemple les installations de médecine de pointe acquises en trop grand nombre pour des raisons de prestige, ou encore la prescription et la vente de médicaments trop coûteux. Elle permet de réduire le coût hospitalier là où les cantons ne font pas les efforts nécessaires. Avec les montants économisés, il sera possible de financer les améliorations indispensables dans les soins à domicile et les thérapies ambulatoires – des domaines qui génèrent plus de dépenses en personnel et moins de dépenses en matériel que les soins hospitaliers: pour un franc dépensé dans les soins ambulatoires, la part qui va aux salaires est supérieure de 20 pour cent à ce qu'elle représente dans les dépenses hospitalières. Ainsi, plusieurs centaines de millions de francs par année pourraient servir à financer la demande croissante de soins à domicile plutôt que des bâtiments, des appareils ou des bureaucraties superflues.

D. Cherchez l'erreur : les arguments des adversaires – nos réponses !

30. Il suffirait de réviser la loi sur l'assurance-maladie en vigueur

Faux : la révision a échoué. Nous ne pouvons pas compter sur le Parlement.

Tout espoir de voir la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) régler les problèmes s'est envolé en décembre 2002. Au Conseil national, une faible majorité de droite refusait la révision de la LAMal. Le débat a montré clairement que le Parlement n'est même pas disposé à prendre les mesures les plus nécessaires pour atteindre les buts sociaux du Conseil fédéral : ce dernier voulait limiter les charges des ménages à 8% du revenu fiscal, le Conseil national prévoyait 10 à 12% en un premier temps, et la droite dure a finalement décidé de ne rien faire du tout.

Pour la droite dure, même les primes pour enfants ne valent pas un geste : ainsi, au Conseil national, la proposition de supprimer la demi-prime dès le 2^e et la prime entière dès le 3^e enfant a-t-elle disparu lors du vote d'ensemble.

Même si le Conseil des Etats et le traitement des divergences entre les deux Chambres devaient encore permettre de sauver quelques éléments de la révision de la LAMal : l'on ne peut pas s'attendre à des solutions intéressantes de la part du Parlement. Ce dernier a clairement montré qu'il n'est pas disposé à s'attaquer au problème crucial du système de santé suisse : les primes antisociales qui doivent impérativement être remplacées par des primes en fonction du revenu.

C'est pourquoi le 18 mai, il importe que le peuple suisse prenne les choses en mains et décide d'introduire enfin un financement plus social du système de santé.

31. L'initiative mène à la caisse unique

Faux : l'initiative ne mène pas à la caisse unique, mais elle ne s'y oppose pas non plus. Son introduction serait possible, mais pas obligatoire.

Les cantons de Suisse occidentale ont lancé l'idée d'une caisse unique pour surmonter les très fortes disparités entre les cantons : on constate en effet que les primes minimales varient du simple au double entre les cantons les plus chers et les cantons les plus avantageux. Ainsi, pour l'assurance-maladie de base, une personne adulte paie en moyenne 380 francs à Genève, 339 francs dans le canton de Vaud, mais seulement 174 francs dans le canton d'Appenzell Rhodes-intérieures et 183 francs dans le canton de Nidwald. Ces différences ne s'expliquent pas uniquement par les différences de coûts d'un canton à l'autre. Une caisse unique pourrait permettre de mieux planifier les coûts et leur répartition.

L'initiative-santé n'introduit pas la caisse unique, et elle fonctionne en principe avec le système de caisses-maladie qui est en place. Les caisses qui réaliseront de bons résultats pourront verser à leurs assuré-es des ristournes de fin d'année.

Au cours des dix dernières années, le nombre d'assureurs a diminué de moitié, et la tendance à un nombre de plus en plus restreint de caisses de plus en plus grandes se poursuit.

L'initiative prévoit comment financer le système de santé – mais elle ne règle pas le nombre d'assureurs qui y participent. Avec les nouvelles compétences que lui conférerait l'initiative, la Confédération aurait toutefois plus de facilités si elle voulait introduire la caisse unique. Grâce à l'initiative, il serait aussi possible d'améliorer l'organisation actuelle et l'efficacité des caisses-maladie.

32. En demandant de tenir compte des fortunes réelles, l'initiative entraînera de graves difficultés d'application

Faux : il suffit d'appliquer la législation en vigueur et de tenir compte des fortunes réelles dans les futures démarches d'harmonisation fiscale.

En un premier temps, il suffira tout simplement de faire référence aux fortunes fiscales telles qu'elles sont définies dans les législations cantonales en vigueur. Cela permet d'éviter toute difficulté d'application, contrairement à ce que prétendent les détracteurs de l'initiative. Les cantons ont déjà la possibilité, lorsque le train de vie est manifestement très supérieur à ce qui ressort de la déclaration fiscale, de prendre des mesures visant à adapter le montant de la déclaration fiscale à la réalité. Il serait souhaitable qu'en cas d'abus manifestes, les cantons utilisent plus souvent cette possibilité.

A moyen terme, les lois fiscales cantonales devraient être revues de manière à limiter les trop grandes distorsions entre les fortunes réelles et les fortunes fiscales.

33. L'initiative entraînera une explosion des coûts

Si les primes sont encaissées par le biais de la facture fiscale, elles ne seront plus payées de manière consciente, ce qui aura le défaut d'affaiblir les mesures visant à réduire la consommation de prestations médicales.

Faux : l'initiative prévoit au contraire des mesures visant à limiter le financement des prestations utiles et nécessaires, de manière à assurer que la santé soit financièrement abordable pour toutes et pour tous.

Par son financement social, l'initiative garantit à toutes les personnes assurées les soins appropriés en cas de maladie. Malgré certains facteurs inévitables d'augmentation des coûts (évolution démographique, nouvelles thérapies), l'initiative réduit en outre l'augmentation de la facture de santé grâce aux instruments de maîtrise des coûts qu'elle prévoit.

Les participations importantes des patientes et des patients, par exemple sous forme de franchises élevées, peuvent certes permettre des réductions de prime, mais elles profitent surtout aux assuré-e-s les plus aisé-e-s qui peuvent se permettre d'assumer les risques de maladie et d'accident et les risques financiers importants que cela suppose.

L'assuré-e n'a qu'une faible influence sur l'évolution des coûts de la santé ; les facteurs décisifs résident dans les compétences des prestataires (médecins, hôpitaux), des assurances et de l'Etat.

L'assurance-accidents, dont les primes n'apparaissent pas ou sont payées sous forme de déductions sur le salaire, montre que l'hypothèse de l'augmentation des coûts est peu plausible : les coûts y augmentent en effet nettement moins vite que dans l'assurance-maladie. Lorsque les assureurs négocient directement avec les hôpitaux et les médecins, ils utilisent des instruments de maîtrise des coûts – surtout des contrôles – qui manquent actuellement dans l'assurance-maladie obligatoire.

34. L'initiative introduit un impôt sur la richesse.

Elle incitera tous les contribuables les plus riches du pays à quitter la Suisse, ce qui induira des pertes fiscales de plusieurs milliards de francs.

Faux : à l'étranger, les personnes aisées paient souvent des montants bien plus importants pour leur assurance-maladie !

L'initiative demande effectivement une redistribution des coûts. Pour remplacer les primes individuelles antisociales que nous connaissons aujourd'hui, l'initiative prévoit des primes calculées en fonction du revenu et de la fortune, ce qui permet une répartition plus équitable des charges. Alors que les primes actuelles chargent surtout les petits et moyens revenus, elles restent extrêmement modestes pour les personnes les plus aisées. L'initiative corrige ces effets antisociaux. Si les personnes avec des revenus et des fortunes élevées devront certes payer plus qu'aujourd'hui, leurs charges resteront relativement modestes en comparaison internationale.

D'autre part, l'ensemble de la charge fiscale est nettement plus élevée qu'en Suisse dans la plupart des Etats de l'Union européenne. La théorie des départs à l'étranger ne tient donc pas la route.

Et encore : aucun centime n'est perçu sur le premier million de fortune, ce qui protège notamment les propriétaires de petites entreprises familiales.

Enfin : deux tiers des fortunes réelles estimées en Suisse sont constituées de biens immobiliers. Il n'est pas évident de transférer ces derniers à l'étranger...

35. L'initiative mène directement à la médecine d'Etat

Faux : l'initiative n'étatise rien – et l'exemple des Etats-Unis montre que le principe du marché donne des résultats très peu convaincants dans le domaine de la santé !

Avec l'initiative, il n'y aura pas un médecin et pas un physiothérapeute de plus qui deviendra employé d'Etat. Les cliniques privées ne seront pas étatisées, et les caisses-maladie non plus.

Au contraire : comme partout en Europe, le montant des primes en fonction du revenu et de la fortune sera fixé par l'Etat et non pas par des caisses privées comme cela se fait aujourd'hui. Une saine concurrence entre les caisses reste possible. L'initiative prévoit que les caisses qui réaliseront de bons résultats pourront verser des ristournes annuelles à leurs assuré-es, ce qui leur donnerait un avantage.

Dans le domaine de la santé, la complémentarité entre les lignes directrices données par l'Etat et des prestataires partiellement privés a fait ses preuves. L'initiative n'y touche pas. Aucun pays ne connaît un système de santé exclusivement basé sur des mécanismes de marché. Le pays qui s'en rapproche le plus, les Etats-Unis, présente de loin les coûts de la santé les plus élevés au monde, avec 13 pour cent du Produit intérieur brut – et ce dans un contexte où une part importante de la population ne peut pas se payer une assurance.

Un système de marché à l'état pur ne peut pas fonctionner pour une autre raison : la quantité des prestations fournies est en effet déterminée par l'offre bien plus que par la demande. Ainsi, dans un système de santé déréglementé, les médecins spécialistes et les cliniques tendent à prescrire et à fournir de plus en plus de prestations, ce qui pousse à l'augmentation des coûts.

36. La planification hospitalière prévue par l'initiative mène à une économie selon le mode soviétique

Faux : La Confédération intervient de manière subsidiaire, lorsque cela s'avère nécessaire et lorsque les cantons ne réussissent pas à coordonner leurs actions

Dans le domaine hospitalier, les cantons ont déjà des systèmes proches de l'économie planifiée. Ils font de nombreux efforts, mais la coordination intercantonale reste souvent insuffisante. D'autre part, comme seul le secteur hospitalier est soumis à la planification, il y a une tendance à transférer des prestations vers le domaine ambulatoire.

Il est indispensable de mieux coordonner les planifications hospitalières cantonales et de réduire les disparités entre les cantons. L'initiative permet en outre d'introduire une planification dans le domaine ambulatoire si cela devait s'avérer nécessaire.

Les cantons restent cependant libres d'agir chez eux. La Confédération n'interviendra que si un canton connaît des augmentations des coûts massives – l'intervention sera alors dans l'intérêt des assurés-es.

37. « Une grande partie de la population subira des charges supplémentaires (Parti radical) » | « La classe moyenne passera à la caisse » (UDC).

Faux : Ce sont au contraire presque 80 pour cent des assurés qui seront déchargés, et seuls les 20 pour cent de ménages les plus aisés devront payer plus. Pour le restant des assurés, il n'y aura aucun changement.

Suivant la manière de mettre en vigueur le texte de l'initiative, plus de 80 pour cent des assurés pourront être déchargés par rapport à la situation actuelle. La charge supplémentaire sera imputée aux 10 à 15 % des personnes les plus aisées ; pour le solde, les coûts resteront à peu près les mêmes.

Un exemple : une famille avec deux enfants payerait moins qu'aujourd'hui jusqu'à un revenu fiscal annuel de 190'000 francs et jusqu'à une fortune d'un million de francs. Seules les familles avec un revenu ou une fortune supérieures devraient payer plus qu'aujourd'hui.

En résumé : l'assertion du Parti radical est fantaisiste – et celle de l'UDC montre qu'aux yeux de Christophe Blocher et des siens, la classe moyenne ne commence qu'au-dessus de 200'000 francs de revenu annuel.

38. L'initiative provoquera un gonflement des effectifs de l'administration fédérale

Faux : La Confédération et les caisses pourront réduire leurs appareils bureaucratiques.

La Confédération doit aujourd'hui accomplir des calculs hautement complexes pour établir les primes, canton par canton et caisse par caisse. A cela s'ajoute le système d'abaissement des primes que chaque canton doit organiser de manière autonome. Ces démarches extrêmement lourdes et bureaucratiques disparaîtront dans une large mesure, ce qui permettra d'éviter toute augmentation des effectifs malgré les compétences de planification que la Confédération devra exercer là où l'intérêt des patientes et des patients le demande. Les coûts administratifs des caisses devraient eux aussi baisser avec un système d'encaissement des primes bien plus simple et unifié.

39. L'initiative entraînera une charge supplémentaire pour les petits revenus (TVA)

Faux : l'initiative décharge les petits revenus de manière bien plus efficace que le système actuel des abaissements de primes.

L'initiative maintient la protection pour les très petits revenus, dans la mesure où aucune prime n'est due sur les revenus fiscaux jusqu'à 20'000 francs par an. Pour ces ménages, seule la charge due à la TVA doit donc être considérée.

Or, avec le système actuel, seules les personnes touchant l'aide sociale ont droit à un paiement de l'entier de leur prime par l'Etat. Ce soutien sera bien sûr maintenu, puisque l'initiative prévoit expressément que les cantons devront continuer à financer leur système de santé avec des moyens au moins égaux à ce qu'ils paient aujourd'hui. Vu la baisse des primes pour de nombreux assuré-es, ils pourront se contenter de soutenir les ménages les plus faibles sur le plan financier.

Ce système est bien plus juste que l'actuel système d'abaissement des primes, qui change d'un canton à l'autre et qui exclut souvent des pans entiers de la population (notamment de larges catégories de personnes âgées). Même le Conseil fédéral a admis dans son message que le système d'abaissement des primes ne remplit pas les buts de politique sociale dans tous les cantons.

D'autre part, dans le cadre de la révision de la LAMal, la majorité a proposé le plus sérieusement du monde que chaque ménage paie au moins 2% de son revenu pour l'assurance-maladie obligatoire – plus personne ne serait donc entièrement déchargé. Par rapport à de telles propositions, l'initiative empêche que la Confédération fasse passer à la caisse les assuré-es les plus pauvres.

E. Annexes

40. Aspects formels : texte de l'initiative, délais

A) Le texte de l'initiative

L'initiative « La santé à un prix abordable » (Initiative – santé) a été déposée le 9 juin 1999 par le Parti socialiste suisse (PSS). L'initiative a été déposée sous forme d'un texte entièrement rédigé et présente la teneur suivante :

I

La Constitution fédérale est modifiée comme suit:

Art. 34^{bis}

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

²L'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.

³L'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.

⁴Les 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.

⁵La 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.

II

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

Art. 24 (nouveau)

¹Les 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.

²Les moyens financiers prévus par l'article 34^{bis}, 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)

¹Si la loi d'application de l'article 34^{bis} 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 34^{bis} par voie d'ordonnance.

²Il 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.

B) Aboutissement

Par décision du 4 août 1999, la Chancellerie fédérale a constaté l'aboutissement formel de l'initiative « La santé à un prix abordable (initiative-santé) » avec 108 081 signatures valables (FF 1999 7308).

C) Délais de traitement

Selon l'article 29 alinéa 1 de la loi sur le rapport entre les conseils, les messages du Conseil fédéral doivent être présentés au plus tard une année après le dépôt de l'initiative.

En ce qui concerne les initiatives qui proposent une modification partielle de la Constitution fédérale et qui ont été déposée sous forme entièrement rédigée, l'Assemblée fédérale doit décider au plus tard trente mois après le dépôt de l'initiative (c.a.d. le 8.12.2001) si elle approuve l'initiative ou non (art. 27 al. 1 de la loi sur le rapport entre les conseils).

L'Assemblée fédérale peut prolonger ce délai d'un an si un Conseil au moins a pris un décision sur un contre-projet ou sur un décret lié étroitement à l'initiative populaire (art. 27 al. 5bis de la loi sur le rapport entre les conseils).

41. Conseils pratiques

Les listes de spécialistes, d'oratrices et d'orateurs, de sources et d'autres renseignements pratiques pour la campagne de votation seront envoyés aux personnes engagées ainsi qu'aux comités régionaux au fur et à mesure de l'avancement de la campagne.

42. TVA et prime sur le revenu : tableau comparatif

Prime mensuel de TVA et prime en fonction du revenu fiscal

Revenu fiscal	TVA suppl. par mois	Prime en fonction du revenu, par mois	TOTAL Prime nouvelle par mois
20'000	17	0	17
30'000	23	36	59
40'000	26	72	98
50'000	31	107	138
60'000	36	143	179
70'000	40	179	219
80'000	46	215	261
90'000	53	250	303
100'000	58	286	344
110'000	64	322	386
120'000	70	358	428
130'000	77	394	471
140'000	84	430	514
150'000	92	465	557
160'000	98	501	599
170'000	104	537	641
180'000	108	573	681
190'000	113	609	722
200'000	117	644	761

Charge supplémentaire TVA, explication :

Pour un revenu fiscal comparable, une famille avec plusieurs enfants ne paie pas significativement plus ou moins de TVA qu'un ou une célibataire. Cet état de fait est particulièrement vrai pour les petits revenus :

les personnes célibataires dépensent certes tendanciellement une plus petite part de leur revenu pour la consommation personnelle, mais une plus grande part de ces dépenses au taux de TVA standard de 7,6 pour cent (auquel viendrait s'ajouter un supplément de 1,5% avec l'initiative) alors qu'une grande partie de la consommation des familles est taxée au taux réduit (2,4 pour cent, supplément dû à l'initiative : 0,4 pour cent).

Enfin, avec un même revenu brut, une famille avec enfants atteint un revenu fiscal plus bas (notamment à cause des déductions pour enfants) et paie ainsi moins qu'une personne sans enfants pour sa part de prime calculée en fonction du revenu.

43. Office fédéral des assurances sociales : primes 2003 par canton et graphiques commentés relatifs à l'assurance-maladie

Assurance-maladie obligatoire: primes 2003

APERÇU

**Primes moyennes
par canton 2002/2003**

Explications du tableau

- Le tableau indique quel est le prix moyen payé par les assurés pour la prime mensuelle de l'assurance obligatoire des soins.
- Pour les années 2002 et 2003, les primes moyennes sont classifiées par canton et d'après les trois classes d'âge: adultes, jeunes adultes et enfants. Ce tableau présente également la modification en pour-cent entre les années 2002 et 2003.
- Base de calcul: primes y compris la couverture du risque accident et la franchise ordinaire (franchise de base de 230 francs).
- Comment ces chiffres sont-ils calculés?
Les primes par canton, région et classe d'âge sont pondérées par le nombre d'assurés correspondant. Cela permet de calculer une prime moyenne par canton et par classe d'âge.

Kantonale Durchschnittsprämien 2002/2003 der oblig. Krankenpflegeversicherung (mit Unfall)

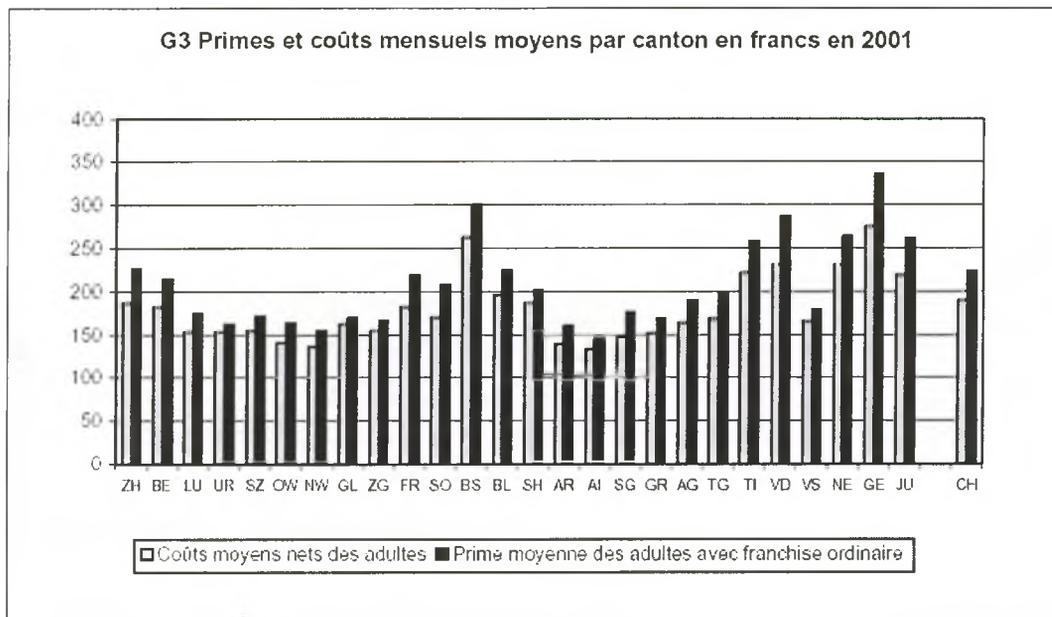
Primes moyennes cantonales pour 2002/2003 de l'assurance oblig. des soins (avec accidents)

Premi medi cant. per il 2002/2003 dell'ass. oblig. delle cure med.-san. (infort. compr.)

Kanton Canton Cantone	Erwachsene (ab 26) Adultes (dès 26) Adulti (da 26)		Veränderung Modification Aumento in/en %	Junge Erwachsene (19-25 Jahre) Jeunes adultes (19-25 années) Giovani adulti (19-25 anni)		Veränderung Modification Aumento in/en %	Kinder (0-18 Jahre) Enfants (0-18 années) Fanciulli (0-18 anni)		Veränderung Modification Aumento in/en %	Kanton Canton Cantone
	2002	2003		2002	2003		2002	2003		
ZH	249.25	275.28	10.44%	174.10	200.62	15.23%	63.43	69.53	9.63%	ZH
BE	236.52	260.22	9.58%	164.31	188.47	14.70%	62.34	68.85	10.45%	BE
LU	193.39	213.70	10.50%	132.45	155.03	17.04%	48.98	54.28	11.03%	LU
UR	179.01	198.11	10.67%	124.08	146.07	17.72%	45.11	51.53	11.74%	UR
SZ	192.22	213.83	11.24%	133.62	157.79	18.09%	49.17	54.93	11.72%	SZ
OW	177.73	189.20	6.45%	124.33	139.19	11.96%	45.84	49.25	7.44%	OW
NW	168.07	183.25	9.03%	117.40	134.14	14.26%	43.95	48.31	9.92%	NW
GL	190.28	213.61	12.26%	132.50	158.79	19.84%	49.42	56.23	13.78%	GL
ZG	186.00	209.54	12.65%	130.76	154.29	18.00%	45.35	54.65	13.04%	ZG
FR	237.40	253.22	6.67%	175.73	196.11	10.97%	61.39	65.28	6.35%	FR
SO	220.08	240.44	9.25%	151.09	175.07	15.87%	55.53	61.43	10.63%	SO
BS	326.16	355.57	9.02%	227.49	265.27	16.61%	82.67	90.22	9.13%	BS
BL	247.75	272.17	9.56%	173.19	201.32	16.24%	63.90	70.85	10.92%	BL
SH	234.57	256.67	9.42%	162.51	184.14	13.31%	59.14	64.75	9.54%	SH
AR	176.92	195.91	10.73%	124.74	144.57	15.89%	45.36	50.41	11.14%	AR
AI	158.90	173.63	9.27%	112.31	128.33	14.27%	40.67	44.77	10.10%	AI
SG	193.89	210.78	8.71%	126.97	155.69	13.67%	49.45	53.81	8.80%	SG
GR	190.36	215.97	13.45%	133.40	159.97	19.92%	49.12	55.58	13.13%	GR
AG	212.11	232.59	9.56%	145.18	171.21	15.54%	54.71	60.21	10.05%	AG
TG	225.26	250.04	11.00%	155.79	185.42	16.77%	58.29	64.79	11.15%	TG
TI	280.14	306.46	9.39%	199.00	238.92	20.06%	75.36	81.44	8.06%	TI
VD	309.12	338.72	9.57%	225.16	263.75	17.15%	85.73	91.80	7.09%	VD
VS	193.50	211.19	9.14%	143.86	164.25	14.18%	51.96	56.40	8.53%	VS
NE	293.70	319.03	8.53%	215.13	257.28	19.04%	75.35	81.66	8.36%	NE
GE	363.55	359.57	7.16%	268.60	303.52	13.00%	94.69	100.62	6.26%	GE
JU	285.08	300.93	5.56%	202.59	234.35	15.70%	72.34	76.57	5.85%	JU
CH	245.01	268.55	9.61%	172.20	198.72	15.40%	63.13	68.99	9.29%	CH

BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG

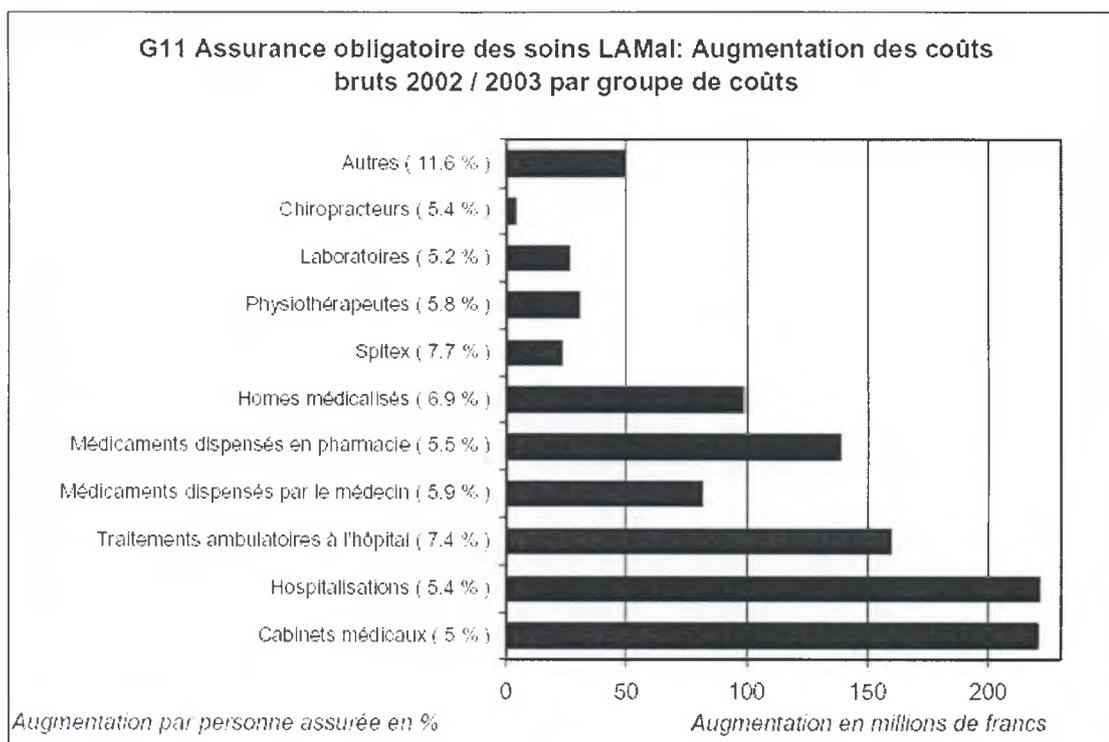
Primes et coûts moyens par canton



Sources : Compensation des risques / Institution commune de la LAMal (coûts moyens)
Procédure d'approbation des primes de l'assurance-maladie, OFAS (primes moyennes)

Le graphique illustre les différences de coûts moyens et de primes moyennes entre les cantons. Les coûts moyens nets sont les prestations des assureurs pour les adultes, déduction faite de la participation aux coûts des assurés. Les primes moyennes se réfèrent aux adultes ayant une franchise ordinaire. Les coûts représentent une part importante dans le calcul de la prime; mais les chiffres ne sont pas directement comparables. Il faut tenir compte des frais administratifs, des réserves et provisions, de la participation aux coûts et d'autres composantes actuarielles.

- La comparaison entre les cantons révèle en principe un lien clair entre les coûts et les primes: les cantons ayant des coûts moyens élevés ont aussi des primes moyennes plus élevées.
- Les différences de coûts (coûts moyens nets adultes) d'un canton à l'autre sont extrêmement importantes et ne s'expliquent pas uniquement par la structure de la population et le clivage ville-campagne. L'offre de soins différenciée selon les cantons (nombre de médecins, d'hôpitaux, etc.) joue aussi un rôle important dans ce contexte.
- Les cantons qui s'écartent d'une relation "normale" entre prime moyenne et coûts moyens sont ceux où le montant de la prime effectivement encaissée (par adulte) est inférieur à celui que reflète la prime moyenne. Dans ces cantons (par ex. VD et GE), on opte pour des formes d'assurance avec des franchises plus élevées dans une proportion supérieure à la moyenne. Les personnes concernées profitent d'un rabais sur leur prime et paient donc un montant inférieur à celui de la prime moyenne indiquée dans le graphique. En revanche, les coûts moyens se fondent sur la structure effective des assurés, c'est-à-dire que les coûts moyens tiennent déjà compte de la participation aux coûts plus élevée due aux franchises à option.
- Le cas particulier de BS s'explique par le fait que la caisse OeKK, dominante sur le marché, continue d'être subventionnée par l'Etat. Si l'on intègre cette subvention dans l'analyse, BS présente une relation "normale" entre les coûts et les primes.

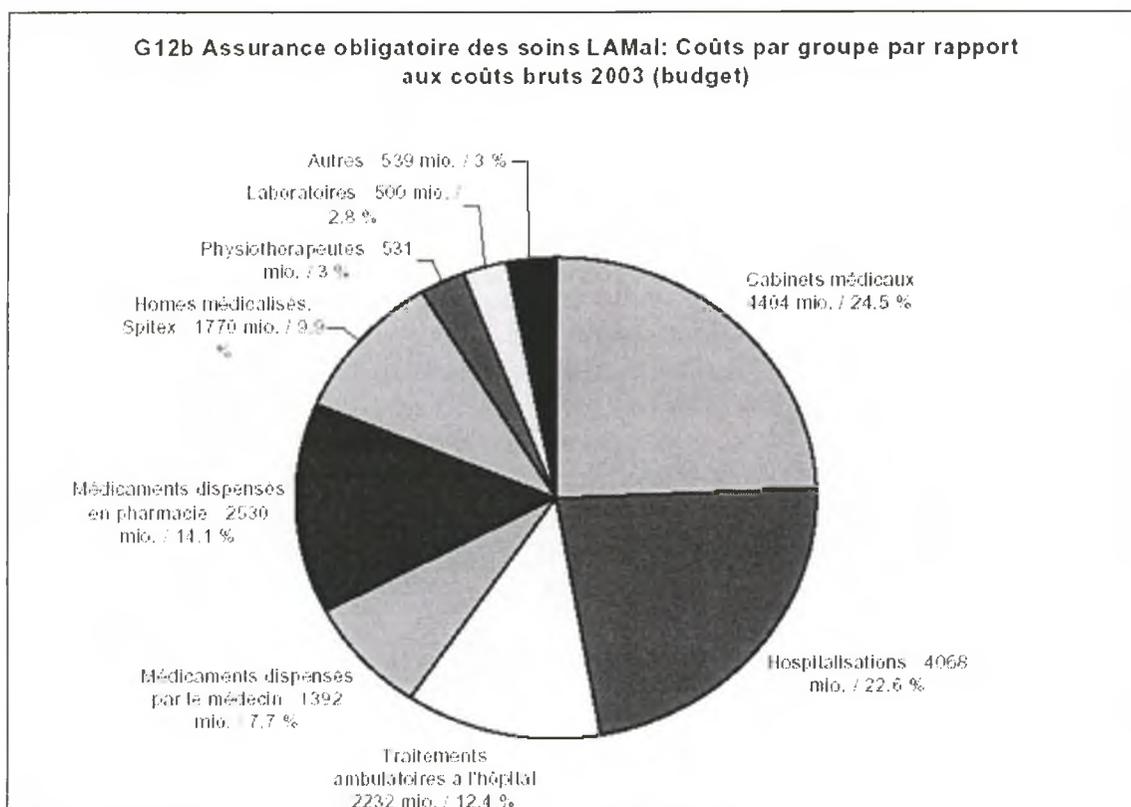


Source : Procédure d'approbation des primes de l'assurance-maladie, OFAS

Le graphique 11 montre l'augmentation prévue, en millions de francs, pour chaque groupe de frais entre 2002 et 2003. Les chiffres pour 2002 résultent d'une extrapolation fondée sur les résultats du premier semestre, ceux pour 2003 sont les valeurs budgétisées par les caisses. Ce pronostic (extrapolation / budget) est un élément important de la fixation des primes.

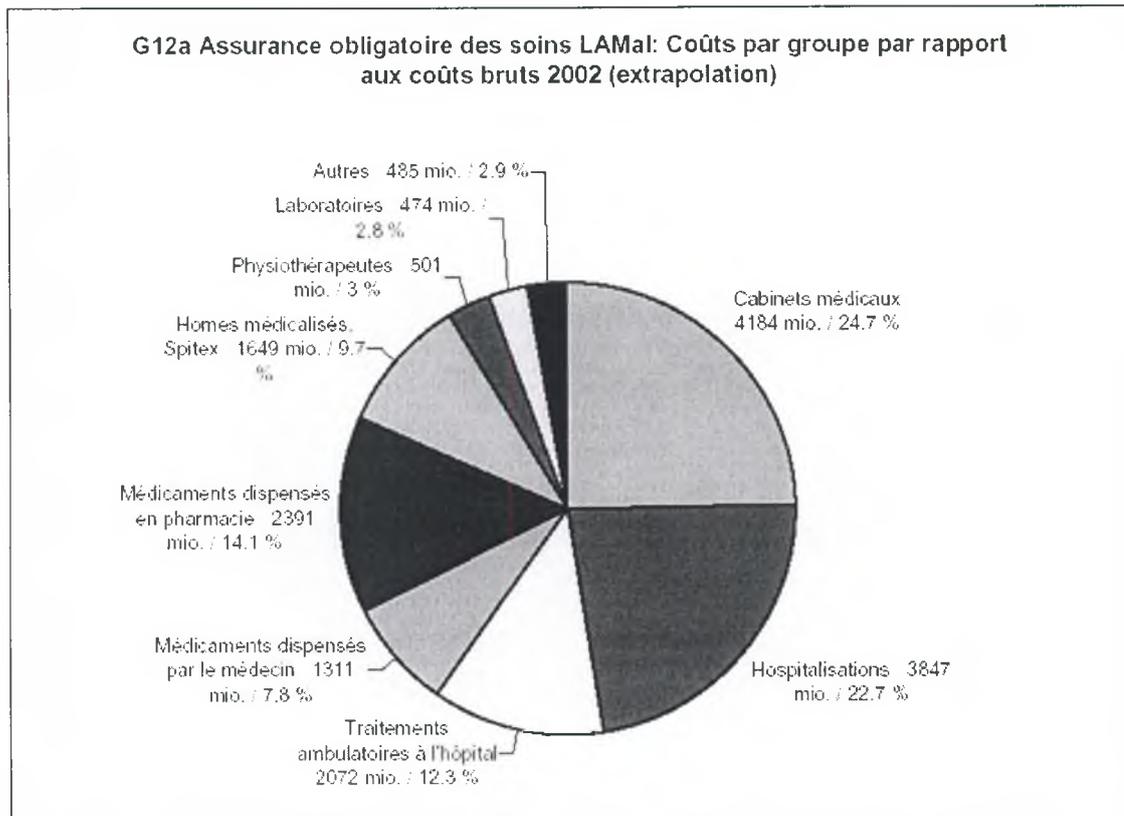
Le graphique 11 montre que dans l'absolu, l'évolution des coûts est déterminée en premier lieu par l'évolution prévue des cabinets médicaux (passage à 4.4 milliards de francs, soit + 220 millions de fr.) et des hôpitaux (hospitalisations et soins ambulatoires : passage à 6,3 milliards de francs, soit + 381 millions de fr.); s'y ajoutent les médicaments (dispensés par les pharmacies ou les médecins : passage à 3.9 milliards de francs, soit + 219 millions de fr.), les autres coûts (moyens et appareils, sage-femmes, logopédistes/ortophonistes, ergothérapeutes, diététiciens, entreprises de transport et de sauvetage, etc. : passage à 467 millions, soit + 50 millions). Au total, les coûts bruts devraient passer à 18.1 milliards de francs, ce qui équivaut à une hausse de 1 milliard de francs, soit 6 %.

Mais la hausse s'établit à 5.9% par personne assurée, une hausse inférieure à celle du volume des coûts, car les assureurs prévoient en effet une hausse de l'effectif des assurés en 2003. L'augmentation devrait être plutôt supérieure à la moyenne dans les domaines des soins ambulatoires prodigués dans les hôpitaux, ainsi que des homes médicalisés et Spitex. L'augmentation pourrait être inférieure à la moyenne dans les secteurs suivants : cabinets médicaux, hospitalisations, médicaments dispensés en pharmacie et laboratoires (cf. la partie gauche du graphique 11).



Source: Procédure d'approbation des primes de l'assurance-maladie. OFAS
Office fédéral des assurances sociales

10



Source: Procédure d'approbation des primes de l'assurance-maladie. OFAS

Berne, le 27 février 2003