

Que veut l'initiative ?

L'initiative Denner pour des coûts hospitaliers moins élevés propose un changement de cap radical de notre système d'assurance-maladie. Elle demande en particulier que l'obligation d'assurance se limite à la couverture des frais hospitaliers.

Texte de l'initiative

Le 10 septembre 1998, le Comité d'initiative du distributeur Denner SA a déposé l'initiative populaire «pour des coûts hospitaliers moins élevés». Le texte de l'initiative a la teneur suivante:

i

La constitution fédérale est modifiée comme suit:

Art. 34bis al. 2

La conclusion d'une assurance en cas de maladie n'est pas obligatoire, sauf pour la couverture de l'hospitalisation.

L'assurance pour l'hospitalisation peut être conclue dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ou, indépendamment de cette dernière, avec des institutions d'assurance privées soumises à la loi sur la surveillance des assurances. L'obligation de verser des primes à une caisse-maladie s'éteint dès que l'assurance privée prend effet.

Les cantons sont tenus de veiller, en collaborant au besoin avec d'autres cantons, à ce que leurs habitants disposent du nombre de lits nécessaire en division commune, demi-privée et privée.

Les assurés n'ont pas à participer aux coûts. Lorsqu'un assuré est hospitalisé en division commune, les cantons reçoivent de l'assurance-maladie ou de l'assureur privé, par jour et par personne, une indemnité de 250 francs, laquelle doit être indexée sur l'indice suisse des prix la consommation; elle comprend l'ensemble des prestations fournies par l'hôpital, telles que notamment les opérations, les médicaments, les radiographies et le transport du patient à l'hôpital.

Si l'assuré doit, pour des raisons médicales, recourir aux services d'un hôpital situé en dehors de son canton de domicile, ce dernier reçoit l'indemnité de 250 francs de l'assureur tout en demeurant libre de passer un autre accord avec l'hôpital ou le canton en question.

Lorsque les assurés séjournent dans des hôpitaux privés, les assureurs sont tenus de verser à ces derniers, en guise de participation aux coûts, les indemnités fixées pour les cantons.

ii

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

Art. 24 (nouveau)

Toute disposition légale ou réglementaire qui serait contraire à l'art. 34bis, al. 2, est abrogée.

Renseignements

- Sandra Schneider, cheffe de section, Office fédéral des assurances sociales, tél. 031 322 91 49, E-Mail: sandra.schneider@bsv.admin.ch

Autres informations

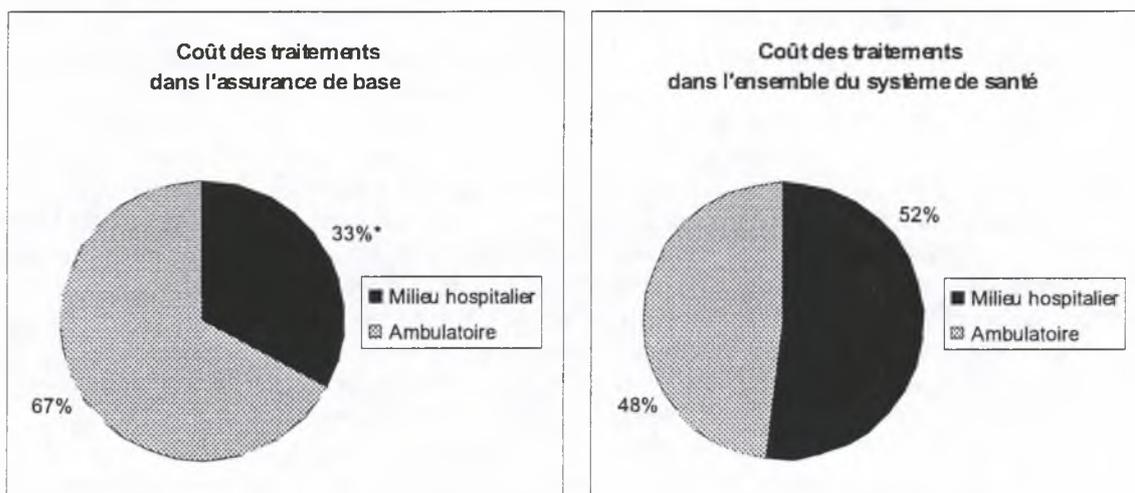
- Message concernant l'initiative populaire «pour des coûts hospitaliers moins élevés», FF 1999 9005.

L'initiative Denner fait augmenter les coûts hospitaliers

La part des coûts hospitaliers dans l'assurance de base et dans l'ensemble du système de santé

Les traitements médicaux effectués en milieu hospitalier à la charge de l'assurance de base sont financés au moins à raison de la moitié par les cantons. Les prestations de base fournies dans le cadre de structures ambulatoires sont pour leur part entièrement à la charge de l'assurance de base. Pour cette raison, la charge que représentent les soins hospitaliers est nettement inférieure dans l'assurance de base que dans l'ensemble du système de santé. Alors que les traitements hospitaliers représentent 33 % des coûts de l'assurance de base (traitements en milieu hospitalier 25 % et traitements prodigués dans des établissements médico-sociaux 8 %), ils forment 52 % des coûts de l'ensemble du domaine de la santé. Rapporté à une prime mensuelle moyenne, qui sert à financer non seulement les prestations d'assurance, mais aussi les frais administratifs, les amortissements et les provisions, le coût des traitements hospitaliers ne représente même que quelque 23 % des coûts de l'assurance de base.

*25% pour les traitements hospitaliers et 8 % pour les traitements effectués dans des centres médico-sociaux



Stabilisation des coûts hospitaliers grâce à la LAMal

Parallèlement à ces objectifs que sont le renforcement de la solidarité et la garantie, pour l'ensemble de la population, d'accéder à des soins médicaux de toute première qualité, la loi sur l'assurance-maladie vise principalement la maîtrise des coûts. Au niveau des cantons, la loi en vigueur prévoit plusieurs instruments destinés à maîtriser les coûts dans le domaine hospitalier, notamment l'élaboration de budgets globaux et, plus particulièrement, l'obligation pour les cantons d'effectuer une planification hospitalière. L'augmentation des coûts dans le domaine hospitalier est nettement inférieure à celle de l'ensemble des coûts de l'assurance-maladie obligatoire. Toutefois, cette constatation ne saurait amener à penser que les dépenses qui n'apparaissent plus dans les coûts hospitaliers constituent autant d'économies. En effet, une partie des coûts du secteur hospitalier a été reportée dans les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier ou encore dans le secteur des établissements médico-sociaux. En médecine, la tendance générale étant de développer des méthodes favorisant des traitements moins lourds dans des structures ambulatoires plutôt qu'en milieu hospitalier, cela a entraîné une surcapacité hospitalière. Par ailleurs, les autorités cantonales ont dû élaborer une planification visant à couvrir les besoins hospitaliers de la population et, sur cette base, dresser une liste des hôpitaux; les planifications hospitalières englobent également la réduction des surcapacités. Ce sont précisément ces deux facteurs qui sont à l'origine de l'actuelle évolution des coûts dans le domaine hospitalier.

Le secteur ambulatoire croît plus vite que le secteur hospitalier

Une assurance de base qui n'assumerait que les coûts des traitements hospitaliers, comme le proposent les auteurs de l'initiative, équivaldrait à une réduction considérable de la couverture d'assurance, celle-ci passant de 100 % à 25 %. Rapporté aux coûts de santé globaux d'une personne pour raison de maladie, d'accident, d'invalidité, etc., la couverture passerait de près de 40 % à 10 %. A l'avenir, cette réduction deviendrait encore plus importante, car le secteur ambulatoire connaît une croissance plus rapide que le secteur hospitalier. Ce constat vaut en particulier pour le secteur hospitalier, dans lequel le report de prestations au profit de soins ambulatoires a été particulièrement marqué ces dernières années. On sait que les coûts des soins semi-hospitaliers ont augmenté de 14 % en 1998, contre seulement 3 % pour les soins hospitaliers. En 1997, la progression a été de 6 % pour les soins semi-hospitaliers et de 2 % pour les soins hospitaliers.

Cette évolution revêt une importance toute particulière pour l'assurance de base, cela pour deux raisons: d'abord, les soins semi-hospitaliers concernent le plus souvent des cas de maladie à la charge de l'assurance de base. Toute augmentation des coûts dans ce domaine se répercute donc principalement sur l'assurance de base. Ensuite, l'assurance de base est tenue de prendre intégralement en charge les soins semi-hospitaliers, mais seulement la moitié, au maximum, des soins hospitaliers. L'effet de report se trouve ainsi accentué.

Risque d'augmentation des coûts hospitaliers avec l'initiative

Si les soins ambulatoires ne sont plus pris en charge par l'assurance de base, cela aurait pour conséquence non seulement de supprimer la grande majorité des prestations, mais aussi d'exclure la partie des soins dont les coûts iront croissant à l'avenir. Pareil système créerait également de mauvaises incitations, en favorisant une augmentation du nombre des hospitalisations. Une évolution de ce type va foncièrement dans la mauvaise direction, car les progrès de la médecine ouvrent précisément la voie à des traitements toujours plus performants grâce auxquels les hospitalisations, dans l'ensemble nettement plus coûteuses que les traitements ambulatoires, peuvent de plus en plus fréquemment être évitées. **Une assurance obligatoire qui ne couvrirait que les séjours hospitaliers aurait pour effet d'inverser un phénomène en soi positif et induirait une baisse du nombre des traitements ambulatoires et à nouveau une augmentation du nombre d'hospitalisations.** Seules les personnes qui pourraient s'offrir une assurance complémentaire couvrant les soins ambulatoires et adaptée au risque individuel de maladie échapperaient à ce phénomène. Considérant l'évolution récente dans le secteur des assurances complémentaires en rapport avec le risque de maladie des particuliers et compte tenu du fait que quatre personnes sur cinq tombent malades au moins une fois par an, il est permis de penser qu'une petite partie seulement de la population s'offrirait une assurance complémentaire pour soins ambulatoires couvrant des risques spécifiques de maladie.

Renseignements

- Daniel Wiedmer, Chef de division, Office fédéral des assurances sociales, tél. 031 324 07 37, e-mail: daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

Autres informations

- Message du 18 septembre 2000 relatif à la révision partielle de la LAMal
- OFAS, Statistique de l'assurance maladie, Berne 1999
- Office fédéral de la statistique, Coûts du système de la santé, Neuchâtel 1999

Protection d'assurance insuffisante pour les assurés

En cas d'acceptation de l'initiative Denner, environ trois quarts des prestations actuellement fournies (selon le critère de leur coût) ne seraient plus prises en charge par l'assurance obligatoire, car les prestations ambulatoires ne seraient plus du ressort de l'assurance. L'«assurance obligatoire d'hospitalisation» qui reste pourrait être conclue, au choix, auprès d'un assureur soumis à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ou d'un assureur privé.

Pas de protection d'assurance pour les prestations ambulatoires

Les prestations qui ne seraient plus couvertes par l'assurance obligatoire, notamment les prestations ambulatoires, les prestations à domicile et les prestations de soins, mais aussi les médicaments et les analyses – toutes étant des prestations selon la LAMal actuelle – ne pourraient être couvertes que par des assurances privées. Les assureurs seraient toutefois libres de refuser ou d'admettre avec une clause de réserve les assurés souffrant de maladies préexistantes ou ayant dépassé un certain âge. Cela constituerait un retour en arrière nettement plus loin que le système de l'ancienne loi sur l'assurance-maladie et accidents de 1911.

On peut admettre que les **personnes** de condition économique modeste et **souffrant de maladies chroniques** ne pourraient pas s'assurer en raison des réserves ou de l'énormité des primes. Il en irait de même des **personnes d'un certain âge** de condition économique modeste. En plus des coûts ambulatoires «classiques» (traitement dans les cabinets médicaux et médicaments), les autres coûts suivants ne seraient pas couverts par l'assurance obligatoire d'hospitalisation:

- les coûts ambulatoires ou semi-hospitaliers dans les hôpitaux (p. ex. opération ambulatoire de la cataracte; dialyse);
- les coûts des soins aux personnes dans les établissements médico-sociaux ou à domicile
- les coûts des moyens auxiliaires fournis aux patients (p. ex. béquilles, appareils d'inhalation, lunettes et lentilles de contact);
- les prestations prescrites par les médecins telles que la physiothérapie ou la diététique, etc.;
- les prestations de prévention et pendant la maternité (à l'exception du séjour hospitalier lors de l'accouchement).

Si de telles prestations ambulatoires étaient exclues de l'assurance obligatoire, bien des patients seraient ruinés sur le plan financier ou devraient renoncer à un traitement.

Exemples de traitements ambulatoires qui passeraient à la charge des patients

Monsieur F., 59 ans, magasinier, subit un infarctus du myocarde et est traité rapidement et de manière compétente dans l'hôpital régional le plus proche de son domicile. L'infarctus n'est pas gravissime de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'envoyer le patient en cure de convalescence dans une clinique. Il s'agit cependant de prévoir des mesures ambulatoires pour fixer les changements de comportement introduits à l'hôpital (Monsieur F. a un poids légèrement trop élevé et était un grand fumeur jusqu'à son infarctus) pour surveiller son rétablissement. En outre, il est nécessaire de lui administrer des médicaments pour faire descendre son taux de cholestérol (frais: env. 1500 francs l'année). Le programme de 4 semaines coûte 474 francs par semaine. Sans ces mesures, qui représentent en tout des frais de 3396 francs, il n'est pas sûr que Monsieur F. puisse reprendre son travail et il serait exposé à un grand risque de deuxième infarctus.

Madame M., 70 ans, souffre d'un diabète depuis 10 ans et doit prendre de l'insuline depuis 4 ans (deux doses par jour). L'insuline (800 francs par année), les seringues (50 francs par année), l'appareil de mesure pour les analyses du taux de sucre dans le sang à domicile (70 francs par année), les analyses hebdomadaires du taux de sucre dans le sang faites par la patiente elle-même (100 francs par année), les contrôles chez son médecin traitant toutes les 4 à 6 semaines (900 à 1200 francs par année y compris les contrôles du laboratoire) et les contrôles chez l'ophtalmologue (200 à 400 francs par année) entraînent des frais de l'ordre de 2500 francs par année. Les mesures précitées permettent une stabilisation satisfaisante du taux de sucre dans le sang. Pour éviter des complications comme par exemple des saignements possibles aux pieds ou un handicap de la vue (qui pourraient engendrer rapidement des besoins en assistance et en soins), il faut absolument maintenir le traitement dans son intensité actuelle. Madame M. ne dispose cependant que de la rente AVS et ne touche rien d'une caisse de pension.

Monsieur G. a 72 ans et souffre depuis 8 ans de la maladie d'Alzheimer. Il est soigné par son épouse à la maison, ces derniers temps pratiquement jour et nuit. Son transfert dans un home médicalisé devient urgent. Les frais s'élèvent à environ 4500 francs par mois, la caisse-maladie prenant en charge actuellement les frais des soins au sens étroit (env. 2100 francs par mois).

Madame X. a 52 ans et doit subir une dialyse deux fois par semaine. Une transplantation de reins n'entre pas en ligne de compte en raison de son état général affaibli. Elle est incapable de travailler et vit de l'aide sociale. Elle ne pourrait donc pas assumer les frais de dialyse s'élevant à 80 000 francs par année qui seraient en plus à la charge de l'aide sociale ou de l'assistance.

Anita, 13 ans, avait souffert d'asthme en bas âge, mais était libérée de la maladie ces dernières années. Depuis le déménagement de la famille de Davos à Coire, la maladie s'est à nouveau déclarée. Un examen pneumologique et allergologique (frais: env. 600 francs) a

confirmé une allergie aux acariens nécessitant le remplacement d'une moquette par du linoléum (le bailleur en a payé une partie et 500 francs sont restés à la charge de la famille) et l'achat d'une housse de matelas (actuellement prise en charge par l'assurance-maladie jusqu'à concurrence de 200 francs). Les frais des soins médicaux spécialisés y compris les médicaments s'élèvent à environ 800 francs par année et ce traitement permet d'éviter des crises d'asthme (nécessitant des consultations urgentes et parfois même une hospitalisation), de sorte que l'enfant présente les mêmes capacités que les autres enfants de son âge. Dans le rapport demandé par l'assurance au précédent médecin de famille, l'asthme de la fillette est mentionné comme une maladie de jeune âge. L'assurance n'est possible qu'avec une réserve pour les maladies asthmatiques pendant les cinq ans suivant la conclusion de la police.

Monsieur L., 68 ans, souffrait il y a six mois d'une occlusion intestinale et dut être opéré d'urgence. Depuis lors, il a un anus artificiel (stoma) et a besoin de matériel particulier (emplâtre sur la peau, sachets, etc.) coûtant environ 500 francs par mois. Au début, il lui fallait en outre l'aide et les instructions d'une infirmière communale (coût le premier mois: 400 francs, le deuxième mois: 100 francs). Vraisemblablement, l'ouverture sur l'abdomen pourra être refermée dans quelques mois et la situation redeviendra normale. Les frais des seuls soins postopératoires (sans les contrôles médicaux) se montent à environ 5000 francs.

En résumé, toutes ces personnes ne pourraient pas à cause de leur maladies préexistantes ou leur âge conclure une assurance complémentaire à primes abordables.

Pas de solidarité entre les assurés

L'initiative Denner ouvrirait «l'assurance obligatoire d'hospitalisation» aux assureurs privés; ceux-ci doivent cependant respecter exclusivement le droit sur la surveillance des assurances (LSA). Les assureurs privés pourraient – contrairement aux assureurs soumis à la LAMal – refuser d'assurer les personnes présentant des maladies préexistantes ou les admettre seulement avec des réserves comme tel est déjà le cas actuellement pour les assurances complémentaires. Les règles de l'assurance privée comportent aussi le système des primes en fonction des risques, c'est-à-dire des primes variant selon l'âge, le sexe et éventuellement d'autres critères. Cela aurait pour conséquence que les assureurs privés retireraient de l'assurance d'hospitalisation sociale les assurés jeunes et en bonne santé (sélection des risques). La structure des risques de l'assurance d'hospitalisation sociale s'en trouverait fortement détériorée et le niveau des primes de cette assurance monterait grandement.

Assurance d'hospitalisation sans solidarité

Les auteurs de l'initiative font miroiter une prime moyenne de 60 francs par mois pour «l'assurance obligatoire d'hospitalisation». En raison du passage inévitable à des primes en fonction des risques, la prime serait toutefois nettement plus élevée pour les personnes d'un certain âge et les personnes malades car le principe de la solidarité entre jeunes et vieux, homme et femme et en particulier personnes en bonne santé et malades ne s'appliquerait plus.

- En 1997, les personnes de plus de 65 ans ont occasionné environ trois fois plus de coûts hospitaliers (sans les frais d'établissement médico-social) que celles de moins de 65 ans. Les personnes d'un certain âge devraient s'attendre à des primes considérablement plus élevées dans l'assurance d'hospitalisation.
- En moyenne, 12 % de la population ont recours à des prestations hospitalières en une année. Plus les assureurs privés réussissent à estimer le risque d'un candidat à l'affiliation de séjourner à l'hôpital, plus la différence des primes sera grande entre les personnes en bonne santé et les malades. Il serait tout à fait possible que les primes de l'assurance d'hospitalisation sociale (où l'admission est obligatoire) soient trois fois plus chères que celles de l'assurance d'hospitalisation privée (sans obligation d'admission).
- En admettant que les frais d'accouchement soient répartis sur les femmes en âge de procréer selon le principe des risques, ces femmes devraient payer pendant 25 ans chaque mois des primes de 10 francs plus élevées que celles des hommes.

Conclusion: la prime de 60 francs que font miroiter les auteurs de l'initiative pour les prestations hospitalières constitue une valeur moyenne. L'ouverture de l'assurance d'hospitalisation aux compagnies privées entraînerait cependant une distinction entre les «bons» et les «mauvais» risques. Cette distinction entraînerait de grandes différences de primes entre les personnes en bonne santé et les malades et entre les personnes âgées et les jeunes. Pour des centaines de milliers de personnes, notamment les malades et les personnes âgées, la prime de l'assurance de frais hospitaliers serait un multiple de celle de 60 francs annoncée.

Renseignements

- Daniel Wiedmer, Chef de division, Office fédéral des assurances sociales, tél. 031 324 07 37, e-mail: daniel.wiedmer@ofas.admin.ch

Accroissement de la charge fiscale

Réglementation actuelle

Les tarifs ou les prix fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins constituent la base de la facturation par le fournisseur de prestations, c'est-à-dire du calcul de la rémunération des prestations fournies par les fournisseurs de prestations, d'une part, et de la prise en charge des coûts par l'assuré ou l'assureur, d'autre part. En règle générale, les tarifs ou les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations.

Les conventions tarifaires doivent actuellement être approuvées par le gouvernement cantonal compétent ou, si leur validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie si la convention tarifaire est conforme à la loi et à l'équité et si elle satisfait au principe d'économie. Cela signifie, d'une part, que le tarif doit être calculé sur la base des coûts (principe d'économie), tout en veillant à ce que les soins soient à la fois appropriés, de haut niveau et le plus avantageux possible, et d'autre part, qu'il doit y avoir une relation entre la prestation reçue et le tarif payé par le patient (principe d'équité).

En cas d'acceptation de l'initiative

L'initiative exige que la conclusion d'une assurance en cas de maladie ne soit obligatoire que pour la couverture des frais liés à l'hospitalisation. C'est dire qu'avec cette initiative, il n'y aurait plus d'assurance-maladie obligatoire pour les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers. Les personnes qui désireraient s'assurer pour ces traitements seraient par contre libre de le faire auprès d'assureurs privés.

Absence de contrôle des conventions tarifaires

Les conventions tarifaires dont la validité ne s'étend pas à l'ensemble du territoire suisse ne devraient plus être approuvées par le gouvernement cantonal compétent. Ce dernier veille actuellement au respect des principes d'économie et d'équité prévus dans la LAMal, notamment dans les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier, dans la mesure où ceux-ci sont exclus du champ de l'assurance-maladie obligatoire avec l'initiative. Cela signifie que les fournisseurs de prestations des secteurs ambulatoire et semi-hospitalier pourraient pratiquer des tarifs plus élevés qu'actuellement sans qu'une autorité de contrôle puisse intervenir, comme c'est déjà aujourd'hui le cas pour les dentistes. Exerçant dans le cadre du droit privé, ils jouiraient de la liberté contractuelle, soit de la liberté de fixer librement l'objet de leur convention, en l'espèce le prix, avec leurs partenaires tarifaires, sans devoir tenir compte des principes d'économie et d'équité de la LAMal. Pour ce qui est du domaine hospitalier, dans la mesure où l'initiative fixe forfaitairement et de manière péremptoire et unilatérale à 250 francs par patient le coût d'une journée d'hospitalisation, rien ne justifie la conclusion d'une convention tarifaire et, partant, un éventuel contrôle par un gouvernement cantonal.

S'agissant de la fixation de l'indemnité forfaitaire unique de 250 francs, les initiants ne font mention, ni des différences de coût de la vie entre les différentes régions du pays et de l'offre fournie en fonction du type d'hôpital, ni du fait que des hôpitaux sont subventionnés et d'autres pas. Le financement par l'assurance-maladie obligatoire de la journée d'hospitalisation passerait avec l'initiative du montant versé actuellement, estimé à 300 francs en moyenne*, toutes catégories d'hôpital confondues (soins aigus, réadaptation et psychiatrie) au montant proposé de 250 francs. L'Etat serait obligé de couvrir la différence entre l'indemnité fixée par l'initiative et l'indemnité actuellement versée, en sus de la part qu'il assume déjà. En effet, les pouvoirs publics financent aujourd'hui la moitié environ des coûts hospitaliers. En outre, en raison du fait que cette indemnité est fixe et seulement indexée sur l'indice suisse des prix à la consommation, il faut s'attendre à un décalage croissant entre cette indemnité et les coûts réels des traitements par journée qui augmentent dans une proportion plus grande, notamment en raison des progrès de la médecine.

* Estimation OFAS sur la base de chiffres tirés du classeur du CAMS, Taxes journalières des hôpitaux 1999.

Abandon du caractère obligatoire de l'assurance-maladie dans les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier

L'abandon du caractère obligatoire de l'assurance-maladie pour les traitements effectués dans les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier impliquerait que les assureurs pourraient fixer librement le montant des primes en fonction des risques. Les personnes âgées ou malades notamment se verraient imposer des primes très élevées, ce qui pourrait conduire certaines personnes à renoncer, pour des raisons purement financières, à la couverture, devenue facultative, des traitements ambulatoires et semi-hospitaliers.

Mise en place d'une offre en soins parallèle dans les secteurs ambulatoire et semi-hospitalier

Dans ces conditions, il se pourrait qu'une personne ne disposant pas de couverture d'assurance pour les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers soit obligée de faire appel à l'aide sociale pour la prise en charge de ceux-ci, dans la mesure où ils ne pourraient pas en assumer les coûts. Toutefois, en raison de l'obstacle psychologique que représente pour de nombreuses personnes le recours à l'assistance publique pour se faire soigner et comme la proportion de la population touchée par des problèmes d'accès aux soins serait loin d'être négligeable, l'Etat ne pourrait limiter son intervention à l'aide sociale. Il devrait probablement mettre en place une offre sanitaire parallèle au marché libre, par exemple sous la forme de services ambulatoires, avec les coûts que cela occasionnerait.

Davantage de traitements en milieu hospitalier

L'acceptation de l'initiative entraînerait aussi des coûts supplémentaires dans le domaine hospitalier. En effet, en limitant le régime obligatoire de l'assurance-maladie au seul secteur hospitalier, les patients qui n'auraient pas ou pas pu conclure une assurance facultative couvrant les prestations ambulatoires ou semi-hospitalières seraient enclins à avoir davantage recours à des traitements en milieu hospitalier, même pour des petites interventions qui pourraient sans problème être effectuées sans faire appel à des infrastructures hospitalières. Ce serait notamment le cas des patients nécessitant des traitements de longue durée qui pourraient être soignés à domicile ou dans des EMS. Cela aurait pour conséquence de déplacer un bon nombre d'interventions des secteurs ambulatoire et semi-hospitalier plus avantageux vers le secteur hospitalier plus coûteux. L'accroissement du nombre de journées d'hospitalisation qui en résulterait obligerait ainsi les cantons à investir davantage dans la construction ou l'agrandissement des hôpitaux nécessaires à la couverture de ces besoins nouveaux générés par l'initiative.

Plus d'impôts

Au vu de ce qui précède, il apparaît clairement que l'initiative engendrerait des charges supplémentaires pour les cantons, que ce soit au niveau de l'aide sociale, du financement d'une offre en soins parallèle ou d'un engagement financier plus important dans le domaine hospitalier. Ce qui ne serait plus financé par les primes serait donc à la charge du patient, par le paiement direct des prestations médicales qu'il reçoit et du contribuable par le truchement des impôts. Cette situation serait intolérable si l'on considère la situation actuelle des finances cantonales.

Renseignements

- Sandra Schneider, cheffe de section, Office fédéral des assurances sociales, tél. 031 322 91 49, e-mail: sandra.schneider@bsv.admin.ch

Autres informations

- Message concernant l'initiative populaire «pour des coûts hospitaliers moins élevés», FF 1999 9005.

La loi sur l'assurance-maladie LAMal

La loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal vise à réaliser trois buts:

- garantir l'accès à des soins médicaux de haute qualité,
- renforcer la solidarité entre les assurés,
- maîtriser les coûts.

La LAMal s'est dotée de principes de base pour atteindre ces buts:

Garantie d'accès à un réseau de distribution de soins de haute qualité

Tous les assureurs-maladie doivent fournir les mêmes prestations pour l'assurance-maladie obligatoire. Elles comportent en pratique:

- la totalité des examens, traitements et soins, dispensés sous forme ambulatoire (y compris les visites à domicile), en milieu hospitalier ou semi-hospitalier (voir la fiche «Protection d'assurance insuffisante pour les assurés»),
- un choix de mesures de prévention médicale.

Ceci à condition que toutes ces prestations soient fournies par des fournisseurs admis et répondent aux trois critères suivants: efficacité, adéquation et caractère économique *. Les prestations comprennent aussi les prescriptions sur ordonnance: analyses, médicaments ainsi que les moyens et appareils qui servent aux examens et au traitement. En cas de traitement en milieu hospitalier, l'assurance couvre les frais de séjour en division commune.

* **Efficace** signifie: la prestation permet d'obtenir l'effet diagnostique ou thérapeutique souhaité

Adéquat signifie: le bénéfice visé dépasse les risques ou les effets secondaires non désirés; ou encore: le rapport bénéfice/risques est au moins aussi bon ou meilleur que pour d'autres prestations entrant en ligne de compte.

Economique signifie: le résultat visé est recherché aux coûts les plus bas. Cela veut dire aussi qu'une prestation ne peut coûter plus cher qu'une autre prestation admise qu'à condition d'apporter plus de bénéfice.

Renforcement de la solidarité entre les personnes assurées

Obligation d'assurance et libre choix de la caisse-maladie

Toute personne domiciliée en Suisse doit en principe s'assurer pour les soins en cas de maladie (assurance-maladie sociale). Cette obligation est l'élément-clé de la liberté des assurés qui peuvent opter pour l'assureur de leur choix ou en changer à leur gré. C'est elle aussi qui garantit que les assureurs ne puissent faire aucune sorte de réserve lorsqu'ils acceptent de nouveaux assurés. Ni l'âge, ni l'état de santé ne peuvent entraver l'admission dans une communauté d'assurés.

Primes unifiées et participations aux coûts

Le financement de l'assurance-maladie sociale se fait par les primes et la participation des assurés aux coûts. La solidarité entre assurés âgés et jeunes, malades et en bonne santé est garantie au sein de chaque caisse-maladie et de chaque région. Les écarts de primes d'une région à l'autre et d'un canton à l'autre proviennent de la différence de coûts. Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Cette participation se compose d'un montant fixe (franchise s'élevant actuellement à 230 francs; les enfants ne paient pas de franchise) et d'une quote-part de 10% aux coûts qui dépassent la franchise, à concurrence de 600 francs pour les adultes et de 300 francs pour les enfants par année civile. Ce plafonnement renforce le lien de solidarité entre les assurés malades et ceux qui sont en bonne santé.

Réductions de primes

La situation économique des assurés n'a en principe aucune influence sur le montant des primes. Les cantons accordent toutefois des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Les cantons sont libres d'organiser le système des réductions de primes, mais ils doivent respecter certaines exigences de la Confédération. La Confédération contribue à la réduction de prime en allouant aux cantons des subsides calculés d'après leur population résidente et leur capacité financière. Un canton peut diminuer de 50% au maximum la contribution à laquelle il est tenu à condition que la

réduction de prime pour les assurés soit garantie. Le subside fédéral alloué à ce canton est alors réduit dans la même mesure.

Réductions de primes: Contributions de la Confédération et des cantons, par canton pour l'an 2000

Canton	Facteur de réduction en %	Subsides après réduction (en francs)			Taux des bénéficiaires en % 1999 (données prov.)
		Subsides fédéraux	Subsides cantonaux	Total	
AG	50	74'197'962	44'111'192	118'309'154	19.6
AI	30	3'401'195	981'197	4'382'392	60.0
AR	15	15'666'083	4'319'902	19'985'985	33.3
BE	0	347'560'251	102'828'807	450'389'058	36.4
BL	41.25	40'124'000	28'742'000	68'866'000	38.9
BS	0	49'598'885	46'337'852	95'936'737	28.8
FR	0	87'693'984	18'478'931	106'172'915	34.5
GE	0	117'716'403	81'996'644	199'713'047	39.9
GL	40	7'197'782	3'017'275	10'215'057	25.9
GR	46.44	32'311'866	12'600'000	44'911'866	37.2
JU	0	29'741'244	2'094'388	31'835'632	40.5
LU	50	55'758'256	20'447'795	76'206'051	37.6
NE	0	64'356'098	15'361'891	79'717'989	37.5
NW	50	4'302'012	3'585'593	7'887'605	33.9
OW	0	12'217'571	1'673'736	13'891'307	27.8
SG	46	74'182'795	32'924'870	107'107'665	34.6
SH	35.22	13'396'881	8'303'119	21'700'000	37.7
SO	40	45'044'479	20'948'193	65'992'672	32.8 ¹⁾
SZ	50	17'513'287	9'913'420	27'426'707	25.5
TG	0	68'237'158	32'827'297	101'064'455	48.2
TI	0	104'306'400	39'329'069	143'635'469	27.2
UR	38.7	7'060'620	2'362'641	9'423'261	39.8
VD	0	204'084'084	97'914'320	301'998'404	22.2
VS	0	114'048'805	7'662'685	121'711'490	35.2
ZG	50	7'540'433	13'271'726	20'812'159	28.8
ZH	50	143'129'241	140'410'745	283'539'986	31.1 ²⁾
Total		1'740'387'775	792'445'288	2'532'833'063	32.6

¹⁾ Sans les bénéficiaires de PC

²⁾ Sans les bénéficiaires de PC ni les bénéficiaires d'assistance

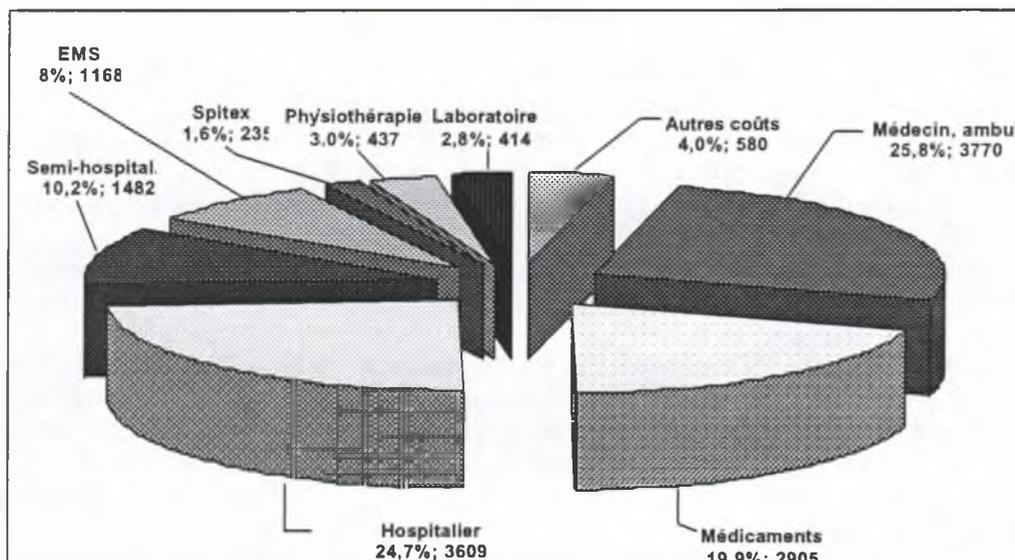
Protection des tarifs

Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente, et ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la loi sur l'assurance-maladie. Les fournisseurs de prestations doivent s'en tenir aux prix et tarifs fixés par convention ou par l'autorité compétente. Pour toute prestation prise en charge selon la loi sur l'assurance-maladie, ils ne sont pas autorisés à facturer d'autres montants. L'objectif de cette protection des tarifs est d'assurer l'égalité de traitement entre les assurés.

La maîtrise des coûts

A l'heure actuelle, les Suisses dépensent environ 40 milliards de francs en tout par année pour leur santé, ce qui représente quelque 10 % du produit intérieur brut. Environ la moitié de ces coûts sont financés par la loi sur l'assurance-maladie: les assureurs assument tout juste 15 milliards de francs, les cantons environ 5 milliards qui vont essentiellement au financement des hôpitaux.

Répartition des coûts dans l'assurance des soins par groupes, 1999 (prestations brutes, en millions de francs)



Le graphique donne une vue d'ensemble de la répartition des coûts pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire selon les types de prestation. Les tranches représentent les prestations brutes des caisses -maladie pour l'assurance obligatoire des soins, y compris la participation des assurés aux coûts.

Les instruments de contrôle des coûts

Ces instruments sont:

- du côté des **assureurs**: contrôle du caractère économique et la qualité des prestations (p.ex. par les médecins conseils), négociations tarifaires;
- du côté des **fournisseurs de prestations**: obligation de veiller à ce que la médecine pratiquée soit économique, adéquate et efficace; négociations tarifaires et contrôle de la qualité; veiller à la transparence des coûts;
- du côté des **cantons**: planification hospitalière et établissement d'une liste des hôpitaux et établissements médico-sociaux admis à fournir des prestations à la charge de l'assurance-maladie sociale; possibilité de fixer un montant global destiné au financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux (budget global); fixation et approbation des tarifs;
- du côté de la **Confédération**: approbation des primes; fixation des prix (médicaments, analyses), décisions sur recours, en particulier dans le domaine de la planification hospitalière et des tarifs; adaptation de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (prestations contestées, conditions);
- du côté des **assurés**: conclusions de formes spéciales d'assurance (franchise à option plus élevée ou limitation de la liberté de choix des fournisseurs de prestations associée à un rabais sur les primes);
- du côté des **commissions de recours et du Tribunal fédéral des assurances (TFA)**: admission définitive d'un médicament dans la LS ou radiation, et dernier avis concernant le prix et la limitation des médicaments de la LS; conditions pour la prise en charge des coûts des prestations en cas de litige; reconnaissance de l'équivalence des diplômes étrangers des personnes travaillant dans le domaine de la santé.

Caisses-maladie admises

L'assurance-maladie sociale est gérée par les caisses-maladie et les institutions d'assurances privées admises. Aujourd'hui, seules des caisses-maladie non axées sur la réalisation de bénéfices assument cette tâche. Mais en soi, des assurances privées peuvent aussi offrir l'assurance-maladie obligatoire. La Confédération réglemente les conditions d'admission et d'exécution (notamment en ce qui concerne les primes). L'objectif visé est de garantir la sécurité et la transparence pour les assurés.

Défis encore à relever

Deux des objectifs de la LAMal ont été largement atteints, soit:

- le renforcement de la solidarité entre les assurés,
- la garantie de soins de haute qualité.

En revanche, les coûts n'ont pas encore pu être maîtrisés dans la mesure souhaitée. Des efforts sont encore nécessaires. C'est aussi l'évaluation qu'en font les assurés *:

- Près de la moitié des personnes questionnées sont plutôt satisfaites ou tout à fait satisfaites du système actuel de la LAMal, un quart à peine ne sont pas satisfaites.
- De l'avis des assurés, la réglementation actuelle de la LAMal garantit une bonne prise en charge médicale, mais elle ne contribue pas à maîtriser les coûts.
- Les assurés estiment que les modifications apportées par la LAMal ont entraîné des hausses de primes – bien que celles-ci aient déjà augmenté avant l'entrée en vigueur de la LAMal – ainsi qu'une hausse générale des coûts.
- Les personnes concernées sont satisfaites de l'ampleur du catalogue de prestations. Près des deux cinquièmes d'entre elles sont même en faveur de son élargissement. Sur ce point, les différences sont nettes entre les régions linguistiques. Ce sont plutôt les assurés de Suisse alémanique qui trouvent bonne l'ampleur des prestations. Dans leur majorité, les assurés de Suisse romande plaident en faveur de l'élargissement du catalogue des prestations. Personne n'est en faveur d'une diminution.

* L'étude menée dans le cadre du programme «Analyse des effets de la LAMal» se base sur deux questionnaires successifs par téléphone, représentatifs pour toute la Suisse (2036, puis 2152 personnes interrogées), enquête réalisée par l'institut de sondages d'opinion IPSO. Le rapport de recherche complet sera disponible en décembre 2000

Renseignements

- Theodor Laubscher, chef de section, Office fédéral des assurances sociales, tél.: 031 322 91 09
e-mail: theodor.laubscher@bsv.admin.ch

Autres informations

- Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a.M. 1996
- Gebhard Eugster, «Krankenversicherung», *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit*
- OFAS, «Où en sommes-nous après deux ans de LAMal?», *Sécurité sociale*, 1/98
- OFAS, «Le financement hospitalier en plein bouleversement», *Sécurité sociale*, 4/99

Améliorations: Première révision partielle de la LAMal

Les principales modifications de la LAMal qui permettront de mieux réaliser les buts de la loi:

Garantie d'accès à un réseau de distribution de soins de haute qualité

Les frais relatifs aux soins accordés à un nouveau-né en bonne santé et à son séjour à l'hôpital en même temps que sa mère figurent expressément au rang des prestations de maternité à la charge de l'assureur de la mère. Cet assureur sera donc tenu de les assumer (sans participation aux coûts).

Renforcement de la solidarité entre les assurés

Obligation d'assurance et libre-passage

Les modifications concernent en particulier les conditions de **changement d'assureur**

- Le délai de préavis d'un mois, pour changer d'assureur, sera désormais applicable dès que l'assureur informe l'assuré de sa nouvelle prime que celle-ci soit supérieure, identique voire inférieure à la précédente.
- En cas de changement d'assureur pour l'assurance obligatoire des soins, l'ancien assureur ne peut plus contraindre les assurés à résilier les contrats d'assurances complémentaires qu'ils avaient auprès de lui.
- La position de l'assuré est renforcée pour les litiges survenant lors de changements d'assureur. Si l'assureur initial entrave le changement, il devra rembourser le dommage en résultant, par exemple la différence entre les deux primes.

Primes et participation aux coûts

- Les assureurs pourront désormais renoncer à ce que les jeunes assurés (18 à 25 ans) soient en formation pour leur accorder une prime moins élevée que celle des adultes.
- Lorsqu'une personne sera soumise à la loi fédérale sur l'assurance militaire pour une certaine durée (p. ex. en cas de service militaire prolongé), l'assurance-maladie selon la LAMal sera suspendue pour la durée du service.
- L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) définit les régions de primes selon des critères uniformes..
- Lorsque le Département fédéral de l'intérieur retirera l'autorisation de pratiquer à un assureur pour certaines parties du rayon d'activité territorial, l'assureur devra céder une part de ses réserves. Le montant de ces réserves sera réparti entre les assureurs qui reprendront les assurés touchés par la limitation du rayon d'activité
- La loi interdit expressément d'assurer le risque consistant à devoir assumer une participation aux coûts dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.
- Certaines mesures de prévention désignées par le Conseil fédéral et effectuées dans le cadre de programmes organisés sur le plan national ou cantonal ne seront plus soumises à la franchise.

Réduction des primes

- Le Conseil fédéral peut étendre le cercle des personnes tenues de s'assurer au sens de la LAMal ayant droit à la réduction des primes.
- Lorsqu'ils déterminent le droit à la réduction de primes, les cantons tiennent toujours compte des données les plus récentes sur le revenu et la situation familiale.
- Les réductions des primes doivent être versées de sorte que les assurés les reçoivent lorsqu'ils doivent payer leurs primes et non pas longtemps après.
- Les cantons doivent régulièrement informer les assurés au sujet de la réduction de primes.
- Les assureurs devront collaborer avec les cantons.
- La Confédération peut recueillir auprès des cantons l'ensemble des données qui lui sont nécessaires pour juger de l'efficacité de la réduction de primes.

La maîtrise des coûts

Instruments de maîtrise des coûts

- Le pharmacien pourra remplacer des préparations originales par des génériques meilleur marché, à moins que le médecin n'exige la délivrance d'une préparation originale. Il informera le médecin lorsqu'il opérera cette substitution.
- Une base légale qui admet les pharmaciens comme fournisseurs de prestations également dans leur activité de conseil et qui permet ainsi le changement de leur mode de rémunération par une séparation des prestations spécialisées du prix du médicament a été créée. En effet, le système des marges qui repose sur un pourcentage fixe du prix du médicament n'est pas une incitation économique favorable.
- Le Conseil fédéral pourra, comme mesure extraordinaire et pour une durée limitée à 3 ans au plus, subordonner à une clause de besoin l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.

Caisse-maladie reconnues: La surveillance est renforcée

- L'OFAS peut procéder à des contrôles non annoncés auprès des assureurs et devra avoir accès à toutes les données utiles.
- L'OFAS obtient la compétence de donner des avertissements et d'infliger des amendes d'ordre aux assureurs. Le montant de ces amendes est limité à 5000 francs par la législation fédérale existante mais elles pourront être rendues publiques et auront de ce fait un impact certain aux yeux des assurés.

Mise en vigueur de la révision et adaptation des ordonnances

Ces modifications entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2001, à l'exception de la disposition relative au changement d'assureur (art. 7) qui entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2000. Le Conseil fédéral souhaite, en effet, que les assurés puissent déjà bénéficier de ce changement facilité pour les primes 2001 communiquées en octobre 2000.

Les dispositions d'ordonnance modifiées à la suite de cette 1^{ère} révision ont été mises en procédure de consultation et le résultat de cette consultation sera présenté au Conseil fédéral en novembre.

Renseignements

- Daniel Wiedmer, chef de division, Office fédéral des assurances sociales, tél. 031 324 07 37, e-mail: daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

Les primes, reflets des coûts

Les coûts de l'assurance-maladie obligatoire, comme l'ensemble des coûts de la santé, résultent de deux facteurs : les prix et le volume des prestations assurées. Ces dernières sont financées selon le système de répartition: cela signifie que les coûts engendrés au cours d'une année sont financés par les primes encaissées la même année. Les primes des caisses-maladie sont ainsi le reflet des coûts. Les primes et les prestations de l'assurance-maladie obligatoire ont augmenté en parallèle de 1996 à 1999. Les primes ont augmenté globalement de 16,8 % ou 1,87 milliard de francs, les prestations remboursées de 15,1 % ou 1,63 milliard. 97% des recettes proviennent des primes, le reste surtout des revenus de la fortune. Du côté des dépenses, 92 % ont servi à rembourser les prestations obligatoirement assurées et 8% aux frais de gestion, aux réserves nécessaires et aux amortissements.

Recettes et dépenses de l'assurance obligatoire des soins (en milliards de francs (arrondis))

	Recettes			Dépenses		
	Primes	Autres	Total	Prestations remboursées	Autres	Total
1996	11,13	0,31	11,44	10,78	0,98	11,76
1997	12,04	0,37	12,42	11,36	0,98	12,34
1998	12,71	0,34	13,04	11,93	1,12	13,04
1999	13,00	0,41	13,41	12,41	1,05	13,46

Dans le domaine hospitalier, l'évolution des coûts est essentiellement causée par les augmentations tarifaires, tandis que dans le domaine ambulatoire et pour les médicaments, elle est presque exclusivement due à l'augmentation quantitative.

Hausse des coûts: l'augmentation du volume pèse plus lourd que les changements de prix

Les hausses des coûts sont engendrées par les changements de prix et/ou du volume des prestations fournies pour le traitement des maladies. Les changements de prix sont mesurés selon divers indices de prix. L'indice suisse des prix à la consommation (IPC) mesure le renchérissement général. Il se compose de différents indices partiels, dont l'évolution des prix de la santé. Grâce à lui, on peut répartir la hausse des coûts de la santé selon les effets liés aux changements de prix et de quantités. De 1985 à 1999, les coûts globaux de la santé par tête d'habitant ont doublé (+105%). Les prix des prestations pour la santé n'ont augmenté quant à eux que de 44%, ce qui est supérieur au renchérissement général (IPC) de 35%. L'évolution des coûts doit donc être essentiellement rapportée à une augmentation quantitative. Celle-ci a des causes complexes qui sont liées à l'offre et à la demande de prestations de matériel et de services pour la santé. A la différence des autres marchés, les fournisseurs de prestations exercent dans le domaine de la santé une forte influence sur le volume des prestations fournies en faveur des assurés (c'est ce qu'on appelle un marché de l'offre).

La LAMal a modifié le financement

Jusqu'en 1992, les coûts de l'assurance de base ont augmenté au même rythme que les coûts de la santé. Depuis lors, leur croissance a été plus rapide, ce qui est dû avant tout à la hausse des tarifs hospitaliers survenue au début des années 1990 ainsi qu'à l'harmonisation et à l'amélioration des prestations de base, liées à l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire en 1996. Ces améliorations, qui garantissent à toutes les personnes domiciliées en Suisse, sans différence d'âge, de sexe ou de revenu, les soins médicaux les meilleurs possibles, sont allées de pair avec des coûts supplémentaires et des augmentations correspondantes des primes.

Cela signifie que depuis 1992, la part des coûts de la santé financés par l'assurance de base a augmenté. En 1992, une personne assurée couvrait 32% de ses frais globaux de traitement (maladie, accident, invalidité, prévention, etc.) avec l'assurance de base en cas de maladie; aujourd'hui, cette part est passée à près de 40%.

Un rapport raisonnable «prix-prestations»

Un sondage d'opinion représentatif sur l'assurance-maladie * a été réalisé au début de l'été 2000, sur mandat de l'OFAS; il en ressort ce qui suit:

- La moitié des personnes questionnées trouvent raisonnable le rapport entre montant des primes et prestations; un tiers jugent le montant des primes plutôt élevé à élevé (notamment dans les régions où les primes sont élevées, en Suisse italienne et en Suisse romande).
- Bien que les assurés trouvent les primes élevées et lourdes pour le budget des ménages, il est rare qu'ils changent de caisse-maladie pour s'affilier à une caisse plus favorable ou qu'ils dénoncent leurs assurances complémentaires, malgré un catalogue des prestations à la charge de l'assurance-obligatoire élargi. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, seulement un assuré sur sept a changé de caisse maladie, et seul un sur sept aussi a augmenté sa participation aux coûts de l'assurance complémentaire ou dénoncé l'assurance complémentaire.
- Un quart à peine des personnes questionnées ont choisi de modifier leur contrat d'assurance de base plutôt que de changer de caisse, en particulier en Suisse alémanique. L'augmentation de la franchise est la mesure la plus fréquemment prise; les autres modèles d'assurance de base (HMO, médecin de famille) sont moins connus.
- Les assurés ne se comportent pas de manière à optimiser les coûts, du moins pas autant que l'on pourrait s'y attendre, et ils n'envisagent pas non plus de changer de comportement.

* L'étude menée dans le cadre du programme «Analyse des effets de la LAMal» se base sur deux questionnaires successifs par téléphone, représentatifs pour toute la Suisse (2036, puis 2152 personnes interrogées), enquête réalisée par l'institut de sondages d'opinion IPSO. Le rapport de recherche complet sera disponible en décembre 2000

Renseignements

- Daniel Wiedmer, chef de division, Office fédéral des assurances sociales, tél. : 031 324 07 37
e-mail: daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

Autres informations

- Statistique de l'assurance-maladie, Office fédéral des assurances sociales
- Statistique des assurances sociales suisses, Office fédéral des assurances sociales
- Coûts de la santé, Office fédéral de la statistique

Avis du Conseil fédéral

Extraits des explications du Conseil fédéral en vue de la votation populaire du 26 novembre 2000

«En cas de maladie, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) garantit l'accès aux soins adéquats à toutes les personnes résidant en Suisse, qu'elles soient riches ou moins riches, jeunes ou âgées. L'initiative, par contre, pénaliserait les personnes âgées ou malades en réduisant fortement les prestations aujourd'hui couvertes par la LAMal. Le Conseil fédéral rejette l'initiative pour les raisons suivantes:

Limitation de l'accès aux soins

L'initiative limite le régime obligatoire de l'assurance-maladie à la seule couverture des frais d'hospitalisation. Ainsi, en cas d'acceptation de l'initiative, les prestations qui ne seraient pas fournies dans le cadre d'un séjour hospitalier, telles les consultations chez le médecin ou d'autres professionnels de la santé, la prescription de médicaments, les soins à domicile ou en établissement médico-social (EMS), ne seraient plus remboursées par l'assurance-maladie obligatoire comme c'est aujourd'hui le cas avec la LAMal. A cet égard, il faut savoir que des 14 milliards de francs représentant l'ensemble des coûts à la charge de cette assurance, les prestations hospitalières ne constituent environ que 25%. Avec l'initiative, les patients devraient donc prendre en charge eux-mêmes 75% des dépenses actuellement couvertes par l'assurance-maladie obligatoire.

Médecine à deux vitesses

Ces prestations pourraient certes être prises en charge par une assurance complémentaire, mais avec le risque considérable que soient appliquées des primes élevées ou des réserves d'assurance. Les assureurs pourraient même refuser d'assurer certains patients, ce qui serait intolérable pour les malades chroniques ou les personnes âgées notamment. A cet égard, il serait faux de penser que seuls les traitements fournis dans les hôpitaux sont indispensables et coûteux. Ainsi, pour les dialyses par exemple, ce sont 80 000 francs par an et par patient que paie l'assurance-maladie. Si de tels traitements ambulatoires coûteux étaient exclus de cette assurance, de nombreux patients se ruineraient à les payer ou devraient y renoncer. L'accès aux soins non fournis dans le cadre d'un séjour à l'hôpital ne serait donc plus garanti à nombre de personnes. L'Etat devrait alors se substituer aux assureurs et, à travers l'aide sociale, garantir à ces exclus du système de santé l'accès aux traitements dont ils ont besoin.

Initiative trompeuse

L'initiative prétend réduire les coûts hospitaliers de manière drastique. Son acceptation conduirait au contraire à un accroissement du nombre des hospitalisations, et partant des coûts hospitaliers. En effet, les patients qui n'auraient pas conclu ou pu conclure une assurance complémentaire couvrant les prestations non hospitalières seraient enclins à recourir à davantage de traitements en milieu hospitalier qui, avec l'initiative, resteraient les seules prestations prises en charge. La multiplication des traitements hospitaliers, plus onéreux, entraînerait en réalité une hausse des coûts.

Plus d'impôts

Cet accroissement du nombre des journées d'hospitalisation obligerait aussi les cantons à investir davantage dans la construction ou l'agrandissement des hôpitaux nécessaires à la couverture de ces besoins nouveaux. De plus, la limitation arbitraire à 250 francs du montant versé par l'assurance-maladie obligatoire pour une journée d'hospitalisation, alors que le coût pris en charge par cette assurance peut être estimé à 300 francs en moyenne, obligerait l'Etat à couvrir la différence entre l'indemnité proposée par les auteurs de l'initiative et l'indemnité actuellement versée, en sus de la part qu'il assume déjà. En effet, les pouvoirs publics financent aujourd'hui la moitié environ des coûts hos-

pitaliers. Les citoyens paieront ainsi plus d'impôts pour financer ces dépenses publiques nouvelles. A moyen et long terme, on assisterait à la disparition de l'assurance-maladie sociale telle que nous la connaissons, c'est-à-dire une assurance-maladie solidaire qui prend en charge des soins de qualité accessibles à l'ensemble de la population.

La Confédération agit

Une remise en question fondamentale du système mis en place par la LAMal, telle que proposée par l'initiative, est d'autant moins justifiée que le Conseil fédéral a déjà entrepris des réformes pour freiner la croissance des coûts à la charge de l'assurance-maladie tout en renforçant le système d'assurance-maladie social.

Pour tous ces motifs, le Conseil fédéral et le Parlement recommandent de rejeter l'initiative <pour des coûts hospitaliers moins élevés>».



[Page d'accueil](#)
[Courrier](#)
[Recherche](#)

[Votation populaire du 26 novembre 2000](#)

[rumantsch](#) [deutsch](#)
[italiano](#)

Votation populaire du 26 novembre 2000

Explications du Conseil fédéral



[Commande en ligne](#)

Quels sont les enjeux?

Initiative populaire «pour un assouplissement de l'AVS – contre le relèvement de l'âge de la retraite des femmes»

Les deux initiatives populaires visent des buts similaires. Toutes deux demandent un assouplissement de l'âge de la retraite, qui doit être le même pour l'homme et la femme. Les auteurs des initiatives veulent aussi que l'on puisse prendre sa retraite plus tôt, sans pour autant que la rente en soit diminuée. Toute personne qui veut cesser, entièrement ou partiellement, son activité professionnelle, doit pouvoir partir à la retraite dès l'âge de 62 ans. Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent les deux initiatives car ils considèrent qu'elles entraîneraient des coûts supplémentaires trop élevés. Ils abordent la question d'une «retraite à la carte» financièrement supportable dans le cadre de la onzième révision de l'AVS, actuellement en cours d'examen par l'Assemblée fédérale.

- [La question à laquelle vous devez répondre](#)
- [L'essentiel en bref](#)
- [Texte soumis au vote](#)
- [Arguments du comité d'initiative](#)
- [Avis du Conseil fédéral](#)

Initiative populaire «pour une retraite à la carte dès 62 ans, tant pour les femmes que pour les hommes»

Les deux initiatives populaires visent des buts similaires. Toutes deux demandent un assouplissement de l'âge de la retraite, qui doit être le même pour l'homme et la femme. Les auteurs des initiatives veulent aussi que l'on puisse prendre sa retraite plus tôt, sans pour autant que la rente en soit diminuée. Toute personne qui veut cesser, entièrement ou partiellement, son activité professionnelle, doit pouvoir partir à la retraite dès l'âge de 62 ans. Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent les deux initiatives car ils considèrent qu'elles entraîneraient des coûts supplémentaires trop élevés. Ils abordent la question d'une «retraite à la carte» financièrement supportable dans le cadre de la onzième révision de l'AVS, actuellement en cours d'examen par l'Assemblée fédérale.

- [La question à laquelle vous devez répondre](#)
- [L'essentiel en bref](#)
- [Texte soumis au vote](#)

- [Arguments du comité d'initiative](#)
- [Avis du Conseil fédéral](#)

Initiative populaire «Economiser dans l'armée et la défense générale – pour davantage de paix et d'emplois d'avenir (Initiative en faveur d'une redistribution des dépenses)»

L'initiative populaire «Economiser dans l'armée et la défense générale – pour davantage de paix et d'emplois d'avenir», en abrégé «Initiative en faveur d'une redistribution des dépenses», demande que les dépenses militaires soient ramenées en dix ans à la moitié de ce qu'elles étaient en 1987. Un tiers des économies ainsi réalisées devrait servir à financer une politique internationale plus active en faveur de la paix. Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent cette initiative car elle affaiblirait par trop notre défense nationale.

- [La question à laquelle vous devez répondre](#)
- [L'essentiel en bref](#)
- [Texte soumis au vote](#)
- [Arguments du comité d'initiative](#)
- [Avis du Conseil fédéral](#)

Initiative populaire «pour des coûts hospitaliers moins élevés»

L'initiative pour des coûts hospitaliers moins élevés propose un changement radical de notre système d'assurance-maladie. Elle demande notamment la limitation du régime obligatoire de cette assurance à la seule couverture des frais d'hospitalisation. Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent cette initiative, car elle porterait atteinte aux fondements mêmes de l'assurance-maladie sociale et conduirait à une médecine à deux vitesses.

- [La question à laquelle vous devez répondre](#)
- [L'essentiel en bref](#)
- [Texte soumis au vote](#)
- [Arguments du comité d'initiative](#)
- [Avis du Conseil fédéral](#)

Loi sur le personnel de la Confédération

La loi sur le personnel de la Confédération (LPers) est appelée à remplacer le Statut des fonctionnaires de 1927. Elle permettra à l'administration fédérale, à la Poste et aux CFF de mener une politique du personnel moderne, en encourageant simultanément des méthodes de travail économiques et peu bureaucratiques. Le nouveau texte abolit le statut de fonctionnaire mais prévoit une large protection en matière de résiliation des rapports de travail. En innovant ainsi, la Confédération s'engage sur une voie qu'ont déjà empruntée de nombreux cantons et communes. Une législation moderne sur le personnel renforce le service public et prépare l'avenir, ce qui ne pourra que profiter au contribuable.

- [La question à laquelle vous devez répondre](#)
- [L'essentiel en bref](#)
- [Qu'apporte la nouvelle loi?](#)
- [Arguments du comité référendaire](#)
- [Avis du Conseil fédéral](#)
- [Texte soumis au vote](#)