

Initiative pour une caisse maladie unique

Argumentaires pour un OUI

- Comité d'initiative pour une caisse maladie unique et sociale
- Les verts
- PS

La santé est un droit fondamental qui ne peut faire l'objet d'aucun marchandage

Une initiative déposée le 9 décembre 2004 et munie de 111 154 signatures demande que la Confédération institue une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins (texte de l'initiative au verso).

La caisse maladie **unique** et **sociale est**:

- > un établissement indépendant d'intérêt public, sans but lucratif et qui défend les intérêts des assurés.
- > un outil nécessaire pour assurer la transparence et le contrôle des coûts.
- > un organe d'observation et de garantie de la qualité des services de santé.

La santé n'est pas trop chère, c'est son système de financement qui est injuste

unique
sociale

initiative pour
une **caisse maladie**
unique et sociale

comité suisse p. a. MPF • case postale 155 • 1211 Genève 17 • mpf-ge@bluewin.ch

Comme maintenant, la caisse maladie **unique** et **sociale garantit**:

- > des primes fixées par canton.
- > le maintien du libre choix du médecin.
- > l'existence des assurances complémentaires avec des caisses privées.

La caisse maladie **unique** et **sociale offre** en plus:

- > le remboursement, au minimum, des prestations de l'assurance de base arrêtées au 1^{er} janvier 2003.
- > une gestion transparente assurée par un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des soignants et des organisations d'assurés.
- > des primes fixées en fonction de la capacité économique des assurés.
- > le développement de mesures efficaces en matière de promotion de la santé et de prévention.
- > La réduction des frais administratifs d'au moins 300 millions par an.

La caisse maladie **unique** et **sociale supprime**:

- > le contrôle coûteux par la Confédération de plus de 80 caisses maladie au profit d'une seule.
- > le pouvoir excessif des caisses sur les soignants et les assurés.
- > les frais dus aux changements de caisse.
- > les frais de publicité pour la chasse aux bons risques.

Argumentaire

en faveur
d'une **caisse maladie**
unique et sociale

**unique
social**

initiative pour
une **caisse maladie**
unique et sociale

comité national p. a. MPF • case postale 155 • 1211 Genève 17 • mpf-ge@bluewin.ch

Pourquoi instaurer une caisse-maladie unique et sociale pour l'assurance obligatoire des soins?

« La santé est un droit fondamental qui ne peut faire l'objet d'aucun marchandage »

Texte de l'initiative

L'initiative formulée déposée le 9 décembre 2004 était munie de 111 154 signatures.

«La Constitution fédérale du 18 avril 1999 est modifiée comme suit:

Art. 117 al. 3 (nouveau)

La Confédération institue une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins. Le conseil d'administration et le conseil de surveillance de cette caisse comprennent un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des organisations de défense des assurés.

La loi règle le financement de la caisse. Elle fixe les primes en fonction de la capacité économique des assurés.

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

Art. 197, ch. 2 (nouveau)

2. Disposition transitoire ad art. 117, al. 3 (Assurance obligatoire des soins):

La caisse unique est opérationnelle au plus tard trois ans après l'acceptation de l'art. 117, al. 3. Elle reprend les actifs et passifs des institutions d'assurances existantes en ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins.»

La caisse-maladie unique et sociale est:

- > Un outil pour l'établissement des besoins de la population en matière de santé.
- > La base nécessaire pour le contrôle et l'analyse des coûts de la santé et de leur répartition.
- > L'outil permettant aux cantons d'avoir une meilleure planification de la santé, surtout en matière hospitalière.
- > Un moyen pour diminuer les réserves et les provisions financières au strict minimum, permettant un gain de 1 à 2 milliards de francs au moins.

La caisse-maladie unique et sociale n'est pas:

- > Un moyen d'économiser sur la quantité ou la qualité des soins.
- > Une «baguette magique» promettant une improbable réduction des coûts globaux de la santé.

La caisse-maladie unique et sociale permet:

- > Le renforcement de l'esprit de solidarité qui est à la base de l'assurance maladie universelle.
- > La responsabilisation de tous les acteurs de la santé grâce à sa gestion tripartite.
- > La possibilité pour les assurés de faire valoir enfin leurs intérêts et de faire connaître leurs positions et leurs choix concernant la gestion de l'assurance maladie.
- > Une réelle solidarité entre tous les assurés-es par l'introduction de cotisations fixées en fonction de leur capacité économique. Cette modification permet davantage de justice sociale tout en offrant à une large majorité des assuré-e-s de bénéficier d'une diminution des primes grâce à ce type de cotisations.
- > Une maîtrise transparente, claire et détaillée des flux financiers facilitant le travail de négociation et de propositions en matière de santé.
- > Un contrôle simplifié de la qualité, de l'adéquation, de l'efficacité et de l'économicité des soins.
- > La garantie de prestations de qualité pour toute la population du pays de manière décentralisée.
- > Le développement de mesures efficaces en matière de promotion de la santé et de prévention.
- > L'unification et la simplification des tâches administratives qui favoriseront une réduction des coûts administratifs, notamment par la suppression des changements de caisse dont le coût est estimé à environ 300 millions par an.
- > Le maintien d'assurances complémentaires puisque la caisse unique ne concerne que l'assurance de base. Cette clarification évitera les pressions faites actuellement par les assureurs, qui mélangent les intérêts de deux types d'assurance. >

La caisse-maladie unique et sociale supprime:

- > La charge, pour la Confédération, d'avoir environ 90 caisses-maladie à surveiller au lieu d'une seule.
- > Le système coûteux et compliqué de la péréquation entre les caisses-maladie.
- > Le système actuel favorisant la «chasse aux bons risques» et la pseudo-concurrence entre les caisses d'assurance.
- > Les frais de publicité.
- > D'importants frais de justice découlant du pouvoir de décision abusif des assureurs en matière de remboursement.
- > Les salaires des directeurs et des cadres supérieurs, les jetons de présence des membres des Conseils d'administration, ainsi que les frais de représentation des caisses maladie actuelles installées, pour les plus grandes, dans des bâtiments luxueux. • >

Chapitre 1: **La situation actuelle**

Le système de soins

Lors de son élaboration au début des années 90, la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) a suscité de grands espoirs car elle supprimait beaucoup d'inégalités sociales en devenant obligatoire pour chacun.

L'obligation d'assurance, la qualité des soins prodigués identiques pour tous, l'étendue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire de soins doivent être conservés en l'état, ce que préconise l'initiative.

Santésuisse (l'association faîtière des assureurs maladie) se bat au contraire énergiquement pour la suppression de l'obligation de contracter. Si cette mesure est retenue par les Chambres fédérales, les caisses-maladie auront la possibilité de choisir les prestataires de soins qu'elles voudront bien rembourser. Ceci est une ingérence intolérable dans le droit de choisir son médecin ou ses modes de traitement. Le pouvoir déjà excessif des caisses-maladie en matière de santé s'en trouverait encore augmenté.

La philosophie de la concurrence

Le système de santé suisse est basé sur le concept de «concurrence encadrée» («managed competition»). Il n'y a donc pas de marché libre des soins de santé, même si les assureurs et les autorités le prétendent. Neuf ans après l'introduction de la LAMal, on constate que ce modèle de concurrence encadrée n'est pas productif. En effet, il était censé augmenter la qualité et diminuer les coûts des soins de santé. Mais pour ce dernier objectif c'est un échec.

« **Actuellement, le poids des primes est beaucoup trop lourd pour une grande partie de la population.** »

Les primes par tête de l'assurance obligatoire de soins sont antisociales. Que l'on vive avec un très faible ou un très haut revenu, la prime d'assurance maladie est la même ! Les raisons principales de l'échec de ce système sont les suivantes:

- > Le système de compensation des risques entre les caisses n'est pas efficace. Il tient compte de l'âge et du sexe, mais pas de l'état de santé des assurés.
- > La «concurrence» se limite à la chasse aux bons risques. En effet, le choix de l'assureur est un choix factice. Les prestations sont exactement les mêmes quelle que soit la caisse dans laquelle on est assuré. Seules les cotisations et l'efficacité du service changent. En cas d'insatisfaction, la seule possibilité est de changer de caisse.

En réalité, l'assurance obligatoire des soins sert surtout de tremplin aux caisses-maladie pour recruter des assurés pour les assurances complémentaires qui, elles, sont lucratives.

Avec la caisse unique, cette concurrence ne sera plus possible. Elle sera réduite au domaine des assurances complémentaires dans lequel la caisse unique n'interviendra pas. >

Les coûts de la santé, les cotisations

En Suisse, nous avons actuellement un bon système de santé offrant de bonnes prestations et cela a un coût.

Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les coûts de la santé se sont élevés en 2003 à 50 milliards de francs en chiffre rond, dont 33 milliards (66%) étaient financés par les ménages. A fin 2004, 92 caisses maladie assuraient 7,4 millions de personnes pour l'assurance obligatoire des soins.

Les primes encaissées à ce titre représentaient 18 milliards de francs. Globalement, le montant des provisions financières des caisses était de 4,5 milliards, soit un quart des primes de l'année. Le montant des réserves financières était de 3 milliards, soit 16,7% des primes.

De fausses solutions

Les assureurs proposent différents modèles d'assurances telles que l'assurance bonus ou les franchises à option, qui sont antisociales. Le «managed care»: médecin de famille, réseau, HMO, sont d'autres systèmes proposés qui peuvent être intéressants s'ils sont bien appliqués. Mais aujourd'hui déjà on constate une diminution des prestations envers les assurés qui sont bénéfice des deux derniers modèles. Elle résulte des pressions exercées par les caisses sur les médecins établis en réseau.

Les changements de caisse préconisés par les autorités représentent un coût administratif élevé. Ce coût peut-être estimé à 1000 francs par personne qui change de caisse. Dans ces 1000 francs sont compris le bouclage du dossier de la caisse sortante, l'ouverture du dossier de la nouvelle caisse et deux cents francs de frais de démarchage. Depuis 1996, le nombre de personnes qui annuellement ont changé de caisse est estimé à environ 3% des assurés, soit quelque 220 000 personnes par an. De 1996 à 2006 c'est au minimum deux millions de changements de caisse qui ont été effectués, ce qui représente plus de deux milliards de francs en coûts administratifs financés par les primes d'assurance maladie.

De plus cette somme ne prend pas en compte la reconstitution des réserves, laquelle est répercutée sur le montant des primes des années suivantes. Le bénéfice que l'assuré peut retirer d'un changement de caisse est ainsi annihilé par l'obligation faite à la caisse-maladie recevant de constituer des réserves en faveur du nouvel affilié. La concurrence, tant vantée par les tenants du système actuel, se révèle donc être un leurre.

Vers une concentration des caisses-maladie

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, nous assistons à une concentration des caisses-maladie en Suisse. En 1945, le pays comptait 1151 caisses d'assurance maladie, en 1970, 815, en 1990, 220 et il n'en reste que 87 au 1^{er} janvier 2006. Cette concentration n'a fait qu'accroître le pouvoir des grands assureurs maladie au mépris des intérêts des assurés-es. Les dix plus grandes caisses-maladie actuelles assurent le 70% de tous les assurés. >

Le rapport Oggier sur la caisse-maladie unique¹ cite une analyse des systèmes de santé de la Grande-Bretagne, de l'Autriche, de la Suisse et des USA:

«Les systèmes régulés par le marché présentent les quatre caractéristiques suivantes.

1. Ils sont plus lourds et plus coûteux, et leur dynamique d'expansion est plus difficile à contenir que celle des systèmes où l'État tient une grande place.
2. Ils font plus largement appel aux médecins spécialistes, ce qui favorise probablement une orientation en fonction des intérêts des professionnels de la santé plutôt que de ceux des clients.
3. L'offre en matière de médecins et de lits est répartie de manière plus inégale que dans le secteur public.
4. Enfin (avec certaines réserves), ils sont moins efficaces en ce qui concerne l'abaissement de la mortalité.»

« Une caisse unique et sociale ouvrira de nouvelles perspectives »

¹ Oggier, W., «Avantages d'une caisse maladie unique», rapport final élaboré sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales, Zürich, 18.12.2001.

Chapitre 2: **Enfin la transparence**

Les avantages d'une caisse-maladie unique et sociale

Les mesures préconisées depuis des décennies pour faire baisser – ou freiner – les coûts de la santé, et donc les primes, n'ont jusqu'à ce jour apporté aucun résultat. De même, l'initiative à elle seule ne suffira pas à court terme à faire baisser les coûts de la santé. Les causes de ces coûts élevés résident essentiellement dans la structure de la population vieillissante des pays industrialisés, dans l'amélioration de la qualité des soins prodigués et dans la surconsommation médicale. L'initiative présente toutefois un potentiel d'économies appréciable. Elle renforcera les possibilités d'améliorer ce système grâce à la transparence de la gestion et elle permettra de maîtriser la surcapacité médicale et l'excès d'offre du marché de la santé.

« **La solidarité est plus performante que le concept de concurrence.** »

Préserver le système de soins

Avec la caisse-maladie unique et sociale, toutes les décisions en matière de santé, qui sont actuellement de la compétence du pouvoir politique et qui sont légitimées démocratiquement, seront maintenues. Le pouvoir politique sera chargé notamment de:

- > décider de la politique de santé.
- > déterminer la structure des primes et la part du financement public, notamment pour les hôpitaux. Les tarifs des prestations seront négociés entre la caisse-maladie unique et les prestataires de soins. Les négociations ne peuvent porter que sur les prix.
- > définir la planification hospitalière.

L'objectif à long terme est également de mettre en place des stratégies pour agir sur les causes des maladies liées notamment aux conditions de travail et à la dégradation de l'environnement.

La définition exacte des compétences entre les autorités et la caisse unique se fera lors de l'élaboration de la loi d'application. Il faut laisser au législateur le soin de les fixer. Mais on peut déjà dire que les négociations, surtout en matière de planification hospitalière, devront être du ressort des cantons.

Prestations aux assurés

Pour les assureurs actuels, la santé est considérée comme n'importe quel bien de consommation à rationaliser pour mieux le rentabiliser.

Au contraire, la caisse unique ne deviendra pas restrictive en matière de prestations et de remboursement. Les actes remboursés sont définis par le catalogue des prestations dont la mise à jour est de la compétence des instances politiques. Le contenu du catalogue (au minimum dans sa version 2003) ne doit pas être sujet à contestation, puisque c'est lui qui assure la qualité du système de soins en Suisse.

La caisse-maladie unique n'a aucune légitimité médicale pour effectuer le contrôle sur la quantité de soins facturés. Cette responsabilité reste de la compétence des organes politiques déjà en place. La caisse-maladie unique doit avoir pour mission entre autres d'éclairer statistiquement l'évolution et les mécanismes de la consommation de soins. Elle aura les moyens de contrôler le contenu et le bien-fondé des factures dressées par les prestataires de soins

Le système du financement

On peut envisager trois modes de financement de la caisse-maladie unique:

- > Par un prélèvement sur les salaires. L'AVS est financée par un tel prélèvement. Un mécanisme de plafonnement devrait être introduit de manière à éviter des primes disproportionnées
- > Par une cotisation familiale proportionnelle au revenu et à la fortune imposable du ménage, ce qui est plus juste socialement
- > Par un financement partiel direct des pouvoirs publics notamment au titre du maintien de la santé publique.

Il appartiendra au législateur de définir un mode de financement solidaire qui tienne compte de la capacité économique des assurés. Ce financement sera beaucoup plus simple que l'actuel, incroyablement compliqué et désordonné. Nous avons aujourd'hui 26 systèmes de subsides versés aux assurés qui sont déterminés de 26 manières différentes selon les cantons.

Des primes par canton

Les primes seront fixées par canton.

En tous cas, un système de prélèvement direct «à la source» réduira de manière importante les coûts administratifs actuels liés au recouvrement des impayés.

Vu son caractère anti-social, un financement par les impôts indirects, notamment par la TVA, est à rejeter.

Participation financière de l'Etat

La proportion du financement par l'Etat de la santé n'a cessé de décroître depuis le début des années septante. Elle est passée de 39,5% en 1971 à 28% en 2003. Avec l'introduction de la caisse unique, il serait souhaitable que les pouvoirs publics (Confédération, cantons, communes) participent substantiellement au financement de l'assurance obligatoire des soins.

L'organisation participative tripartite et le pouvoir politique

Le tripartisme responsabilise tous les acteurs concernés par l'assurance maladie. Il correspond à une habitude de concertation en Suisse. Il s'agit toutefois de bien définir les responsabilités.

Le tripartisme dans la direction de la caisse unique est le garant de la transparence de la gestion et de la répartition des coûts à charge de l'assurance obligatoire de soins. Cette transparence et cette connaissance de la réalité permettront de piloter de la manière la plus efficace le système de santé.

Caisse unique n'est pas égal à étatisation

La caisse unique ne sera pas une caisse d'Etat puisque ce sont les acteurs de la santé qui en seront responsables dans une sorte de partenariat social concernant la santé et son maintien. Avec la caisse unique, les assurés pourront intervenir auprès de leurs représentants pour demander les ajustements nécessaires et influencer la politique de la santé.

Une administration simplifiée et allégée

Dans la situation actuelle, les assurés doivent envoyer leurs factures de prestations médicales à des centres régionaux, voire nationaux. La caisse unique sera organisée d'une manière décentralisée afin d'octroyer aux assurés un service de qualité et de proximité.

Frais administratifs

Avec une caisse unique, certains frais pourront être diminués, voire supprimés:

- > le coût des transferts de dossiers d'une caisse à l'autre (plusieurs centaines de millions de francs par an).
- > la reconstitution des réserves pour les nouveaux membres et la diminution globale des réserves par l'élargissement de l'effectif assuré.
- > les sommes nécessaires aux provisions par cette même économie d'échelle.
- > la suppression de la compensation des risques entre les caisses-maladie qui couvrent plus de «bons risques» et celles qui couvrent plus de «mauvais risques»
- > les frais de publicité. •

Chapitre 3: **Comment réaliser concrètement la caisse-maladie unique et sociale?**

L'organisation de la caisse unique et le transfert des caisses existantes

La caractéristique essentielle de la caisse unique est un fonds national commun de primes et de financement des risques tel que nous le connaissons dans le domaine de l'AVS ou de l'assurance chômage.

Le transfert du paiement des primes se fait à une date-butoir et ne devrait pas poser de problème.

Pour la gestion administrative de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) et la partie des primes correspondant aux frais administratifs, on peut imaginer différentes solutions, notamment:

- > La reprise de cette activité par des caisses-maladie existantes ou nouvelles qui se consacraient uniquement à l'Assurance obligatoire des soins (sans activité lucrative annexe).
- > La création d'agences cantonales de la caisse-maladie unique.
- > La reprise de ce domaine par les caisses de compensation AVS-AI existantes.

Réserves et provisions des caisses

Le texte de l'initiative dit que la caisse-maladie unique reprend les actifs et passifs des Caisses maladie existantes. Le transfert des réserves et des provisions non nécessaires aux assureurs privés, respectivement non utilisées après un certain délai, est obligatoire car ces fonds appartiennent aux assurés. Actuellement, ces réserves servent principalement à réparer les erreurs de gestion des caisses. La centralisation des réserves entraînerait sinon une baisse (unique) des primes, en tout cas une stabilisation, puisque ce paramètre n'entrerait plus directement dans le calcul des futures primes selon l'insatisfaisant mécanisme actuel.

Il importe que les réserves cachées (réserves de fluctuation des placements) et les provisions accumulées soient également transférées.

Les modalités de transferts d'actifs difficilement réalisables (par ex. immeubles) devront être définies par le législateur de manière à garantir les droits des assurés.

Réaffectation du personnel

S'il y avait réduction du personnel, le processus s'échelonnerait sur plusieurs années. Le personnel surnuméraire devrait être recyclé dans les activités de contrôle des factures et de prévention sanitaire. •

Chapitre 4: Questions fréquentes et réponses

Comment éviter la démotivation des prestataires de soins face à une caisse-maladie unique ?

- La motivation des prestataires de soins dépendra beaucoup du modèle de «managed care» adopté. Devenant des partenaires représentés pour 1/3 dans les organes dirigeants et de surveillance de la caisse unique, la motivation des prestataires de soins ne peut que s'améliorer par rapport à la situation actuelle où ils ont peu à dire.

La caisse unique déresponsabiliserait-elle les assurés?

- C'est exactement le contraire qui va se produire, vu que les assurés ne seront plus seulement des payeurs n'ayant rien à dire, mais aussi des partenaires représentés pour 1/3 dans les organes dirigeants et de surveillance de la caisse unique. Toutes les études le montrent: plus les gens ont de pouvoir sur leurs affaires, plus ils se sentent responsables. Ceci devrait permettre un meilleur contrôle de la consommation sanitaire.

Comment renforcer les associations d'assurés?

- Le financement des associations de patients existantes ne devrait pas poser de problèmes. A titre d'exemple, une contribution annuelle de 1 centime par assuré dégagerait 70'000 francs (une contribution de 10 centimes dégagerait 700'000 francs), soit largement de quoi indemniser la représentation des associations d'assurés au sein de la caisse unique.

La caisse unique aura-t-elle comme conséquence une diminution des prestations?

- Aucun élément objectif ne permet d'entrevoir une diminution des prestations. Dans nos intentions nous avons clairement exprimé que le catalogue de prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2003 représentait un plancher, mais que ces prestations pouvaient être améliorées. Nous pourrions renforcer la prise en charge des médecines alternatives et d'autres déterminants de la santé, telles que l'hygiène, l'éducation, l'alimentation, la prévention.

Faut-il supprimer les franchises à option?

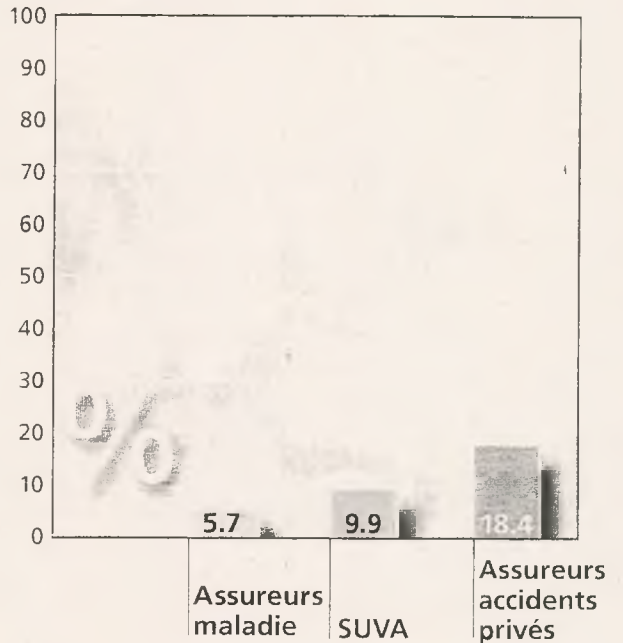
- Le financement en fonction de la capacité économique des assurés rend inopérant et inutile le système des franchises à option.

Les frais administratifs de la SUVA sont plus élevés que ceux des assureurs maladie, bien que ceux-ci traitent un plus grand nombre de dossiers. La caisse unique entraînerait-elle les mêmes inconvénients?

> Cette affirmation est fallacieuse, vu que l'administration de dossiers maladie n'a rien à voir avec celle des dossiers d'accidents. Les assureurs accidents doivent calculer des rentes avec tout ce que cela implique en matière juridique, notamment en cas de recours des assurés. Pour que la comparaison soit correcte, il faut comparer les frais administratifs de la SUVA à ceux des caisses d'assurance-accidents privées. Ce qui donne: 9,9% pour la SUVA et 18,4% pour les assureurs accidents privés.

Si un tel écart des coûts administratifs existe entre les caisses privées et la SUVA, cela laisse entrevoir des économies considérables avec une caisse-maladie unique dans le domaine de la santé.

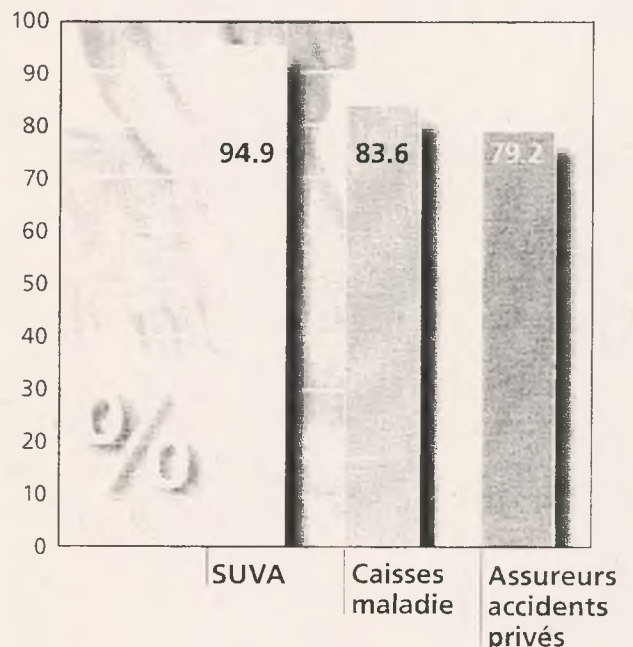
Pourcentage de frais administratifs (année 2003)



« La SUVA plus performante que les assureurs accidents privés »

> Selon l'étude du Professeur Franz Jaeger de l'Université de St Gall, spécialiste du libéralisme économique, le pourcentage de recettes versées au bénéfice des assurés sous forme de prestations d'assurance par rapport aux primes encaissées se monte à 94,9% pour la SUVA, alors qu'il n'est que de 83,6% pour les caisses-maladie et seulement de 79,2% pour les assureurs accidents privés.

Pourcentage de recettes versées au bénéfice des assurés sous forme de prestations (années 1984-2001)



La mise en place de cette caisse unique ne provoquerait-elle pas un travail et un coût exorbitants? Ne pénaliserait-elle pas le service aux assurés?

V Une telle opération a déjà été réalisée lors de la mise en application de la Loi fédérale sur l'assurance chômage sans que celle-ci n'ait fait faillite, ni que les prestations de chômage aient été suspendues.

Une partie des coûts de la mise en place de la caisse unique pourrait être financée par le surplus des réserves actuelles des caisses-maladie privées.

La caisse unique occasionnerait-elle des pertes d'emplois et de compétences?

V Il est possible que quelques emplois de directeurs et de cadres de caisses maladie soient remis en cause, mais pour l'essentiel le personnel actuel des caisses-maladie travaille effectivement au bénéfice des assurés et pourrait intégrer la caisse unique, vu que l'objectif est d'avoir une caisse-maladie unique et sociale très décentralisée. En plus, la caisse unique pourra et devra assumer des nouvelles tâches de prévention, de promotion de la santé et d'évaluation des prestations de santé et de leurs coûts. Par conséquent, des pertes marginales éventuelles de travail administratif seront certainement compensées par de nouvelles missions importantes et intéressantes. Le savoir-faire du personnel actuel des caisses ne sera perdu d'aucune façon. •

Soutien du groupe des Verts à l'initiative *pour une caisse-maladie unique et sociale*

Simple à mettre en œuvre et garante de transparence

Lors de sa séance préparatoire à la session spéciale, le groupe parlementaire des Verts a réitéré aujourd'hui son soutien inconditionnel à l'initiative *pour une caisse maladie-unique et sociale*. Les Verts, en tant que co-initiants, sont persuadés que l'initiative permettra de résoudre de nombreux problèmes inhérents au système de santé.

Le système de santé et son financement figurent en tête de liste des préoccupations actuelles. La manifestation de milliers de médecins à Berne est bien la preuve que les disfonctionnements et le malaise qui règnent en la matière ont atteint leur point culminant. Pourtant, aucune solution convaincante garantissant à la fois l'équité, la transparence et un financement supportable pour tous ne semble encore pointer à l'horizon. Le groupe des Verts est convaincu que l'initiative *pour une caisse-maladie unique et sociale* permettra enfin de prendre les mesures nécessaires à une réforme soutenable du système de santé car :

- La caisse unique mettra un terme à la concurrence effrénée que se livrent plus de 80 caisses-maladie en pratiquant notamment la chasse aux bons risques. Les coûts liés à la publicité et au „racolage“ d'assurés ainsi que ceux résultant des transferts de caisse disparaîtront
- La caisse unique permettra un meilleur pilotage du système de santé et une gestion plus transparente
- La caisse unique pourra être organisée au niveau cantonal. Sa gestion tripartite (assurés, prestataires de soins, pouvoirs publics), demandée par l'initiative, garantira plus de démocratie et de transparence dans le système de santé ;
- Le niveau des réserves, qui s'élevaient à fin 2005 à environ 7.5 milliards de francs, pourra être réduit. Les primes pourront par conséquent aussi être diminuées.

En tant que co-initiants, les Verts proposent les conditions cadres suivantes pour la mise en œuvre de l'initiative :

- Les primes seront fixées au niveau cantonal sur le modèle du calcul de la capacité fiscale des assurés. Ainsi, Appenzell ne devra pas contribuer au financement des coûts de la santé du canton de Genève.
- La répartition de la charge financière que représente les primes viseront un objectif social (les primes ne doivent, par exemple, pas dépasser un pourcentage défini du revenu pour les faibles et moyens revenus et le barème de calcul doit être progressif). Une limite maximale sera fixée au niveau national.
- Les moyens financiers engagés pour les réductions de primes ne seront pas diminués par rapport à aujourd'hui et contribueront encore au financement des coûts de la santé.
- La caisse unique sera organisée de façon décentralisée sur l'exemple de l'AVS et des caisses de chômage. Pour tenir compte de leur expérience et de leur savoir-faire, on pourrait laisser les caisses-maladie existantes poursuivre leurs activités dans l'assurance de base en excluant les assurances complémentaires.

Développer le subventionnement individuel des primes maladies

Le système suisse de santé publique est financé en partie sans qu'il soit tenu compte de critères sociaux :

- La participation de l'Etat (financée de manière sociale par l'impôt) est de 25%, la plus faible d'Europe.
- La participation directe des ménages privés au financement du système de santé est élevée ; elle se situe au 4^{ème} rang de l'ensemble des pays de l'OCDE derrière le Mexique, la Grèce et la Corée du Sud. L'OCDE elle-même considère cette situation comme atypique pour un pays où les coûts de la santé sont élevés comme d'ailleurs pour un pays qui dispose d'une assurance maladie obligatoire de base. Cette participation directe correspond à 6,2% de la totalité des dépenses des ménages, soit la proportion la plus élevée au sein des pays de l'OCDE, Grèce exceptée.
- S'ajoutent encore à cette participation directe les **primes par tête** pour le financement de l'assurance maladie obligatoire (la plupart des autres pays connaissent des cotisations salariales), qui représentaient en moyenne – en 2004 et après déduction des subventions sur les primes - 7.8% du revenu disponible (soit 10 à 11% du revenu imposable). En outre, les enfants et les jeunes en formation payent également des primes maladies, ce qui renforce encore le caractère antisocial du système de financement

L'initiative pour une caisse maladie unique et sociale entend introduire des primes d'assurance maladie basées sur la capacité économique des personnes assurées. Si elle devait être acceptée, c'est aux Chambres fédérales qu'il reviendra de concrétiser ce principe. Dans cette perspective, le PS Suisse a mandaté l'économiste du bureau BASS Stefan Spycher pour qu'il se penche sur la question. Le mandat avait pour objectif d'étudier le financement de l'assurance maladie obligatoire au moyen des impôts ordinaires, tout en conservant la participation de la Confédération au subventionnement individuel des primes maladie de même que le système de franchise et de participation de la personne assurée.

L'étude a montré qu'un tel financement serait non seulement possible mais aussi qu'il permettrait de soulager une large proportion de la population suisse. En revanche, elle a également démontré qu'en raison des différences considérables entre cantons s'agissant du système de subventionnement des primes maladie, il n'était pas possible de tirer des conclusions générales quant aux allègements financiers pour les personnes assurées. La comparaison des critères permettant d'obtenir le subventionnement de ses primes permet de le comprendre. Pour une personne seule avec deux enfants, la limite du revenu imposable donnant droit à une subvention va de 106'600 francs (BL) à 29'800 francs (TG). La mise en oeuvre d'un système financé par l'impôt aurait donc des conséquences si différentes et, parfois, contre-productives qu'il est impossible, dans le cadre de la votation, de proposer des solutions s'appliquant à l'échelle nationale.

Le PS Suisse a donc décidé de ne pas utiliser ni publier cette étude. Pour ce qui est de la mise en oeuvre de l'initiative, il préfère soutenir la variante d'un développement ciblé du système existant

de subventionnement des primes maladie. Une caisse maladie unique faciliterait la mise en place de cette alternative et permettrait d'atteindre efficacement l'objectif de primes (nettes) plus sociales (les primes nettes correspondent aux primes maladies moins le montant de la subvention).

Principaux avantages de l'extension du subventionnement des primes maladie

1. Le subventionnement actuel des primes des personnes ne disposant que d'un revenu modeste (environ 32% de la population) est étendu à la classe moyenne.
2. Les familles sont particulièrement avantagées par la suppression totale des primes maladie des enfants et de celles des jeunes en formation. Ce soutien est une conséquence directe de l'initiative.
3. La fixation des primes maladie doit correspondre à un objectif social. Celui-ci définit la proportion maximale des primes maladie par rapport au revenu imposable d'un ménage.
4. Les primes maladies restent différenciées entre cantons en fonction des coûts structurels des systèmes de santé et en fonction de la mise en oeuvre de l'initiative.

Le PS est convaincu que ces mesures permettront de soulager financièrement deux tiers de l'ensemble des personnes assurées.

Sources de financement potentielles

L'ampleur des moyens financiers nécessaires dépendra de la mise en oeuvre concrète de l'initiative par le législateur. Actuellement, seul le coût la suppression des primes maladie pour les enfants et les jeunes en formation peut être estimé aux alentours de un milliard et demi de francs par année.

Les sources de financement potentielles sont les suivantes:

1. La réduction des frais administratifs grâce à l'introduction de la caisse maladie unique (suppression des coûts liés à la compensation des risques, aux changements de caisse, à la publicité et économies au niveau des salaires des membres de directions et de conseils d'administration);
2. Un meilleur rendement des réserves de la caisse unique (au niveau de ceux que connaissent d'autres assurances sociales comme l'AVS ou la SUVA);
3. Le renoncement à des cadeaux fiscaux accordés aux plus riches (réforme II de l'imposition des entreprises, baisses fiscales pour les détenteurs d'options, taxations dégressives des hauts revenus et des grandes fortunes);
4. L'augmentation des primes maladie des 10% des personnes assurées les plus riches, jusqu'à un éventuel plafond.
5. Le maintien, voire l'augmentation de la participation de la Confédération au subventionnement des primes maladie.