



Aux journalistes du Palais fédéral  
ainsi qu'aux représentants de la  
presse spécialisée

**Invitation à la conférence de presse  
du comité interpartis  
„Non à de nouveaux impôts sur la santé“**

**Vendredi, 28 mars 2003, 10h00,  
Palais fédéral, Salle 86, Berne**

**Programme**

Dans le cadre de la conférence de presse, les membres suivants du comité interpartis présenteront aux médias leurs arguments contre l'initiative-santé:

- Felix Gutzwiller, Conseiller national (PRD/ZH)
- Michèle Berger-Wildhaber, Conseillère aux Etats (PRD/NE)
- Bruno Frick, Conseiller aux Etats (PDC/SZ)
- Jean Fattebert, Conseiller national (UDC/VD)
- Claude Ruey, Conseiller national (PLS/VD)

Nous vous remercions de votre intérêt et du compte-rendu qui suivra.

Avec nos meilleures salutations

PRD Suisse

Barbara Perriard



Medienmitteilung



Communiqué

## **Pas d'initiative coûteuse pour notre système de santé – Non à de nouveaux impôts sur la santé le 18 mai prochain.**

*Le comité interpartis refuse de nouveaux impôts sur la santé et met en garde contre une initiative coûteuse pour notre système de santé. Les réformes urgentes seront retardées. Une fois de plus, la classe moyenne sera pénalisée.*

Le comité "Non à de nouveaux impôts sur la santé" lance la campagne contre l'initiative socialiste avec une conférence de presse qui aura lieu le 28 mars à Berne. Ce comité interpartis, mené par le PRD, compte 146 parlementaires.

L'initiative est dangereuse et coûteuse. En cas d'acceptation, les familles et la classe moyenne en feront les frais. Le Conseiller national radical Felix Gutzwiller (ZH) rappelle l'urgence de réformes dans la politique de la santé en Suisse. L'augmentation continue des coûts de la santé pénalise la classe moyenne et les jeunes familles. L'initiative ne s'attaque pas au problème et retardera les réformes nécessaires. Elle se contente de répartir différemment les coûts, sans proposer de mesure valable pour contrer leur augmentation. En supprimant la franchise et la participation aux coûts des assurés, l'initiative supprime toute prise de conscience. Elle décourage aussi la volonté d'économie de la part des acteurs du système de santé. La seule solution pour maîtriser la spirale des coûts est de réviser de manière approfondie la loi sur l'assurance maladie.

Le Conseiller aux Etats PDC Bruno Frick (SZ) et le Conseiller national UDC Jean Fattebert (VD) mettent en garde contre un financement de l'assurance maladie par la TVA. L'augmentation de la TVA pénalisera principalement les revenus les plus modestes de même que la classe moyenne et les familles. En plus, avec l'initiative, les subventions actuelles destinées au paiement des primes seront supprimées. L'impact financier sera donc double.

L'augmentation de la TVA et l'instauration de nouveaux impôts sur le revenu et la fortune aggrave la charge financière des assurés. Les initiants ont reconnu entre-temps les faiblesses de leur proposition. La Conseillère aux Etats PRD Michèle Berger-Wildhaber (NE) souligne le fait que les initiants ne cessent de présenter de nouveaux modèles de financement, parfois contradictoires. De plus, le texte de l'initiative laisse le champ ouvert à de nombreuses interprétations. Le Conseiller national PLS Claude Ruey (VD) montre les conséquences négatives d'une médecine centralisée et planifiée. Les assurés habitant des cantons économes passeront à la caisse au même titre que les assurés des cantons plus dispendieux. Les expériences à l'étranger en démontrent les résultats: budget centralisé, coûts de la santé croissants et prestations en baisse. Les exemples de la Grande-Bretagne et de l'Allemagne sont parlants: la conséquence d'une médecine d'Etat est la baisse de la qualité.

Berne, 28 mars 2003 **Contact:** Guido Schommer, Secrétaire général PRD, 079-300 51 45 / Christian Weber, chef de presse PRD, Natel 079-667 77 44



Seul l'exposé prononcé fait foi

Embargo : 28 mars 2003, 10 h 00

Conférence de presse du comité interparti « Non à de nouveaux impôts sur la santé » du 28 mars 2003

**Des réformes durables du système de santé pour contrer les manœuvres de redistribution du PS!**  
**Exposé du conseiller national Felix Gutzwiller (PRD/ZH)**

La Suisse possède sans aucun doute l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, mais aussi l'un des plus coûteux : depuis l'introduction de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) il y a six ans, les primes augmentent année après année. La LAMal a renforcé la solidarité en introduisant des subventions pour les primes basées sur le revenu et étendu les prestations; l'effet de maîtrise des coûts n'a quant à lui pas été atteint.

Le 18 mai 2003, le peuple suisse votera sur l'initiative populaire « La santé à un prix abordable » préconisée par le PS. L'initiative propose de financer l'assurance maladie obligatoire *par des recettes supplémentaires perçues grâce à une augmentation du taux de TVA et, dans une proportion au moins équivalente, par des primes calculées en fonction du revenu et de la fortune.* L'initiative exige en outre une centralisation des tâches de planification et de coordination par la Confédération. L'initiative ne fait pas cas de la participation des assurés aux coûts. Elle supprime d'ailleurs la franchise, ce qui éliminera la possibilité, pour les assurés, de réduire la prime. De nombreuses personnes à faible revenu devront également craindre un accroissement de leur prime.

Il faut rejeter fermement le modèle de redistribution exigé par le PS. Il est urgent que le système de santé suisse se soumette à des *réformes durables* qui permettent de stopper la spirale des coûts sans restreindre le libre accès de tous les citoyens à des prestations de santé de haute qualité. La révision de la LAMal en cours prépare le terrain pour un grand nombre de ces réformes :

Outre la modification du *financement des hôpitaux* (modèle dual avec passage ultérieur au système moniste), les nouveautés principales sont l'*objectif social* et les mesures de *réduction des coûts*. La révision de la LAMal apporte des améliorations sensibles en ce qui concerne la réduction de la charge financière pour les personnes disposant de peu de moyens, en particulier les familles avec enfants, tout en maintenant le système des réductions de primes basées sur le revenu. La *suppression de l'obligation de contracter* entre les prestataires de services et les assureurs est une bonne chose, mais il faut prévoir des délais de transition plus longs et régler la transition dans des dispositions.

La *promotion de réseaux de prestataires de services* est une autre étape importante de la réforme : ces réseaux achètent des prestations médicales pour leurs assurés que les caisses maladie payent ensuite via des forfaits par patient. Ces réseaux qui doivent gérer leur propre budget ont tout intérêt à acheter et à fournir uniquement des prestations de qualité, ce qui bénéficie au patient qui se fait traiter par un prestataire de services affilié au réseau. Les

structures en réseau tendent à réduire les coûts et doivent, à ce titre, être encouragées par la multiplication par deux de la participation aux coûts (20%) dès lors qu'un assuré sollicite des prestations médicales hors du réseau. L'*augmentation de la participation aux coûts* pour le libre choix du prestataire de services aura un effet positif sur la conscience des coûts auprès des patients lors de la consommation de prestations médicales. Le *relèvement de la franchise minimale* aura un effet similaire.

De plus, il faut introduire dans la LAMal des dispositions qui permettent de sanctionner (réduction des tarifs ou résiliation du contrat) le prestataire de services qui n'observe pas l'obligation d'économie ancrée dans la loi. Les réformes doivent optimiser les conditions-cadre en matière de concurrence pour les assureurs de même que la garantie de la transparence pour toutes les décisions qui concernent les prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Avec ses méthodes de financement non viables, l'initiative du PS va dans la mauvaise direction et met en péril les acquis de notre système de santé. Seules des réformes durables nous permettront de continuer à garantir l'accès de tous les citoyens à des prestations de santé de qualité à des prix raisonnables et à contrôler la progression des prix sur le moyen et long terme.



Le discours prononcé fait foi

embargo : 28 mars 2003, 10.00 heures

Conférence de presse du comité interpartis „Non à de nouveaux impôts sur la santé“ du 28 mars 2003 à Berne

## **Non à de nouveaux impôts sur la santé – nous avons une meilleure alternative en nos mains**

**Exposé de Bruno Frick, Conseiller aux états (PDC/SZ)**

- **Il faut financer 17 milliards de francs!**

17 milliards de francs par an sont nécessaires pour financer l'assurance maladie obligatoire. L'initiative veut instaurer un nouveau financement: au moins la moitié des coûts proviendrait d'un nouvel impôt sur le revenu et la fortune, l'autre moitié d'un relèvement de la TVA.

Jusqu'en février 2003, les initiants ont défendu un financement par moitié par la TVA, soit 8,5 milliards de francs. Cela nécessitait un relèvement de la TVA de 3.5 à 4 points. Les autres 8.5 milliards devaient provenir de l'impôt sur le revenu et la fortune.

- **Un nouveau modèle depuis le 11 février 2003!**

Depuis un mois, les initiants ont modifié leur proposition. Ils prétendent financer l'assurance de base avec un taux d'imposition d'environ 3.5% sur le revenu, de 0.3% sur la fortune et 1.5 point de TVA supplémentaire. Le calcul n'est pas correct, comme le démontre le tableau ci-dessous:

	Part selon PS	Montant à couvrir en million	Taux d'imposition annoncé par le PS	Recettes en million selon le PS	Manque à gagner en million	Taux d'imposition nécessaire pour couvrir les coûts	Base de calcul en million
Impôt sur le revenu	60 %	10'200	3.4 %	3'639	6'561	9.53 %	montant imposable: 107'020
Impôt sur la fortune	15 %	2'550	0.3 %	771	1'779	0.99 %	montant imposable: 257'055
TVA	25 %	4'250	1.5 %	3'450	800	1.85 %	2'300 par point de TVA
Total	100 %	17'000		7'860	9'140		

- **Le choix: augmentation de la TVA ou augmentation de l'impôt sur le revenu et la fortune!**

Le modèle de financement du PS ne tient pas la route. Si l'on veut mettre en pratique l'initiative, on a le choix entre augmenter la TVA de jusqu'à 4 points ou augmenter massivement l'impôt sur le revenu et la fortune. C'est surtout la classe moyenne, avec des revenus entre Fr. 30'000 et 65'000 qui sera pénalisée. Ses impôts seront trois à cinq fois plus élevés.

- **L'augmentation de la TVA pénalise surtout les revenus les plus modestes!**

Selon l'argumentation des initiants de février, la TVA devra être relevée de 3.5 à 4 points; selon leur nouvelle argumentation de 1.5 à 2 points. L'augmentation de la TVA pénalise particulièrement les petits et moyens revenus, qui dépensent pratiquement l'intégralité de leur revenu pour des biens de subsistance.

Utiliser la TVA pour financer l'assurance maladie n'est pas une idée unique. Pour éponger les dettes de l'AI et compenser le vieillissement de notre société, nous devons déjà relever le taux de TVA dans les cinq prochaines années d'au moins 1.3 point et d'encore un point dans les dix ans (total au minimum 2.3). Avec la proposition du PS, il faudrait relever la TVA d'au moins 4 points supplémentaires, soit en tout environ 6 points en plus. Nous serions ainsi au niveau de l'UE! Les petits et moyens revenus seront les plus pénalisés. La TVA n'est pas un puits sans fond dans lequel on peut puiser à sa convenance.

- **Le contre-projet indirect des Chambres fédérales propose une bien meilleure solution!**

Les primes représentent pour de nombreux Suisses une lourde charge. Pour cette raison, les chambres fédérales proposent une meilleure solution: la prime maximale sera échelonnée entre 2% et 12% en fonction du revenu, pour les familles avec enfants et les personnes à faible revenu. Les deux Chambres ont accepté cette proposition qui est la meilleure solution pour soulager les assurés. Recourir aux impôts n'arrange, bien au contraire.



Le discours prononcé fait foi

embargo : 28 mars 2003, 10.00 heures

Conférence de presse du comité interpartis „Non à de nouveaux impôts sur la santé“ du 28 mars 2003 à Berne

## **Un vrai tour de passe-passe : le budget « santé » des ménages sera allégé mais le budget « impôts » sera alourdi !**

**Exposé de Michèle Berger-Wildhaber, Conseillère aux Etats (PRD/NE)**

L'initiative - santé promet des baisses de charges pour 80% des assurés, supprime leur participation aux coûts ainsi que les primes pour les enfants et les jeunes. Donc des milliards en moins mais toujours la même facture finale.

L'initiative du PS, telle que déposée et discutée au Parlement en décembre 2000, prévoyait que jusqu'à 50 % des coûts de l'assurance de base, soit 8,5 mia auraient pu être financés par la TVA (1200 francs par habitant). Cela aurait nécessité une augmentation de 3,5 points pour cent de TVA et les autres 50 % des coûts auraient été couverts par des taxes fiscales. Considérant la charge de la TVA insupportable pour les petits revenus, la dernière déclaration des initiants propose un financement à 25 % payé par la TVA, à 60% payé par l'impôt sur le revenu et à 15 % payé par l'impôt sur la fortune. Ce qui revient maintenant à une augmentation de la TVA au maximum de 1,5 points pour cent (3,5 mia), des taxes dépendant du revenu de 3,4% (3,8 mia) et de la fortune de 0,3 % (0,8 mia). Nous constatons que le financement proposé n'atteint que 8,1 mia sur les 17 mia nécessaires !

### **Qui va payer la différence ?**

L'hypothèse réaliste à considérer serait une hausse de TVA de 1,85% points pour cent, de 9,53 % sur le revenu et de 0,99% sur la fortune pour financer les 17 mia des coûts engendrés par l'assurance de base. Les coûts de la santé étant appelés à une constante augmentation du fait du vieillissement de la population et des progrès des techniques médicales, il sera nécessaire d'augmenter régulièrement les taux de cotisation et la TVA. La seule TVA devrait connaître une augmentation annuelle de l'ordre de 0,2 points pour cent.

Le relèvement de la TVA, par son effet sur les prix, pénalise les revenus les plus modestes. Alors qu'aujourd'hui ils ne payent que peu ou pas de prime, celle-ci étant couverte par des primes, ils seraient frappés par le relèvement de la TVA qui, inévitablement, provoquerait un renchérissement des biens de consommation. La classe moyenne serait, elle aussi, une fois encore durement touchée par de nouveaux impôts.

Les taxes sur la fortune, à elles seules, dépasseraient largement les 2 mia prévus par l'initiative. Certains assurés devront s'attendre à devoir payer une prime annuelle de plus d'un million, ce qui est tout à fait absurde.

La prise en compte de la fortune réelle est un élément absolument nouveau et jusqu'ici totalement absent du système fiscal. Estimer les biens à leur valeur du marché pénalisera particulièrement les personnes propriétaires de leur logement et les artisans. De plus, donner à la Confédération la compétence de prélever un impôt sur la fortune transgresse notre pratique fiscale.

### **Non aux slogans trompeurs !**

La grande majorité de gens paiera moins de prime...oui mais elle paiera plus d'impôts !

L'initiative soulage financièrement les familles...seulement si les enfants ne sont pas encore adultes !

L'initiative met en place un financement équitable...non car l'augmentation des impôts indirects pénalisera les pauvres !





Le discours prononcé fait foi

embargo : 28 mars 2003, 10.00 heures

Conférence de presse du comité interpartis „Non à de nouveaux impôts sur la santé“ du 28 mars 2003 à Berne

**C'est les classes moyennes qui souffrent le plus**  
**Exposé de Jean Fattebert, Conseiller national (UDC/VD)**

Si l'on avait voulu décourager les gens qui travaillent beaucoup, et qui alimentent les caisses de l'Etat et les assurances sociales, on aurait inventé l'initiative socialiste dont nous parlons aujourd'hui.

Couper le lien entre ce que l'on paie et les soins que l'on revendique, c'est une erreur fondamentale. Chaque personne qui demande une prestation médicale, mais dans d'autres domaines aussi doit savoir que cela a un coût.

La vraie solidarité, c'est la responsabilité. C'est savoir que si je peux me passer de prestations qui ne sont pas vraiment indispensables, c'est toute la société qui en profite. Au contraire, les coûts inutiles coûtent à toute la société.

C'est la différence fondamentale entre la politique de ceux qui veulent essayer de limiter ou de diminuer les coûts et ceux qui se contentent de les répartir différemment. Avec l'initiative socialiste, on va droit vers une médecine d'Etat ou le patient n'est plus qu'un objet balloté dans le système au gré des décisions politiques qui seront prises. Il n'a plus la faculté de prendre ses responsabilités et ses risques. Il n'aura qu'à payer et se taire.

Il n'aura plus de choix entre une attitude économique et des autres priorités dans son budget ou un confort de soins choisi et assumé. Cela fait penser aux ressortissants Est-Allemands qui disent « Le communisme, c'était pas mal, on nous disait tout ce qu'on avait à faire. » Mais quels dégâts dans les esprits. On tue le sens des responsabilités, et c'est ruineux pour l'avenir de ce pays.

On pourrait tout aussi bien imaginer faire payer à prix forfaitaire calculé sur le revenu et la fortune, l'entrée d'un centre commercial, avec ensuite accès illimité aux marchandises offertes. Quelle ruée sur les rayons. Sans incitation, sans pression à économiser, la nature humaine fait que l'on consomme plus. Les restaurateurs pourraient vous dire la différence de consommation entre un repas servi sous forme de buffet ou, au contraire, servi à table. Les assurances, elles non plus, n'auraient plus aucun intérêt, ni aucune envie d'économiser.

On peut donc affirmer que la facture totale va augmenter d'une façon substantielle. En plus de la perte de patrimoine humain que représente le sens des responsabilités, on va perdre de l'argent, beaucoup d'argent.

Il est des cantons où la médecine et les primes maladies sont bon marché. Ils en font un argument de promotion économique. On peut affirmer que ces cantons, qui par définition ont également moins de retombées économiques liées à la médecine, se sentiront floués.

La réaction des patients ne se fera pas attendre, et les différences seront vite gommées. L'essentiel de la différence se fera dans le sens de dépenses en fortes augmentations dans ces cantons plus économes jusqu'à maintenant. Mais le reste de la différence risque de se faire dans le sens de moins de prestations dans les cantons où l'on a l'habitude de plus de confort. Les planifications envisagées pourraient amener des désillusions dans ces cantons. Dans tous les cas, l'incitation à économiser sera découragée et le montant total du coût de la santé va exploser. Cela on peut le prédire sans aucun risque de se tromper.

Ainsi, les petits revenus paieront rapidement autant qu'avant ( TVA comprise) et les plus gros revenus ne seront pas incités non plus à travailler autant. On aura découragé les gens de travailler. On aura gaspillé de l'argent, renchéri la place économique suisse et programmé de futurs licenciements.

C'est facile de crier au scandale lorsque des grandes firmes licencient et délocalisent. On voit alors les milieux de gauche s'insurger contre le manque de responsabilité des employeurs.

Il est alors trop tard. On ne peut que faire un travail de pompier en négociant des plans sociaux. C'est avant qu'il faut agir en veillant à maintenir des conditions cadres favorables à notre économie. Accepter cette initiative, c'est mettre en danger des emplois en Suisse ces prochaines années. Tout gaspillage se paie, et c'est toujours les classes moyennes qui souffrent le plus.



Le discours prononcé fait foi

embargo : 28 mars 2003, 10.00 heures

Conférence de presse du comité interpartis „Non à de nouveaux impôts sur la santé“ du 28 mars 2003 à Berne

## **L'initiative-santé : la porte ouverte à une médecine d'Etat centralisée, dangereuse et inefficace !**

**Exposé de Claude Ruey, Conseiller national (LPS/VD)**

Quelles seraient les conséquences concrètes pour notre médecine libérale si l'initiative « la santé à un prix abordable » était acceptée :

- **Une centralisation des compétences contraire au fédéralisme** : les auteurs de l'initiative souhaitent clairement que la responsabilité et les compétences du fonctionnement du système de santé passent des assureurs privés à l'Etat, et de façon très claire des cantons à la Confédération. La Confédération serait donc seule habilitée à décider des planifications hospitalières et pourrait aisément fixer seule le nombre de médecins et les tarifs de chacune des prestations. On parviendrait donc à la fin de la médecine libérale et à l'avènement d'une médecine totalement planifiée. Les économistes sont unanimes pour dire qu'il est impossible sur la seule base des directives de planification de l'Etat d'adapter l'offre de prestations aux besoins de la population. Toute efficacité concurrentielle disparaîtrait.
- **Une perte de contrôle des cantons et une bureaucratie galopante** : Aujourd'hui, la LAMal ne donne pas de contenu imposé à la planification hospitalière conduite par les cantons. Celle-ci doit rester une compétence déléguée aux cantons. Eux seuls sont aujourd'hui capables et habilités, puisqu'il sont directement en prise avec le terrain, de fixer le contenu des plans hospitaliers, de déterminer les critères de sélection, ainsi que les conditions d'admission dans les hôpitaux. Une mouvement s'anime d'ailleurs pour permettre aux cantons, au sein de la CDS, d'élaborer une politique commune et de coordonner leur décision. De plus, l'article 53 LAMal dispose déjà que la Confédération peut servir d'instance de recours en cas de mauvais fonctionnement et d'abus.
- **Une médecine centralisée et étatisée** : la mort de la médecine libérale A la faveur d'une centralisation étatisée et d'une bureaucratie pléthorique en charge de la santé mise en place par l'initiative, le médecin deviendrait plus ou moins l'administrateur d'un « cheptel » qu'il aurait pour mission d'étiqueter, de surveiller, de traiter dans des conditions particulières, suivant un rituel particulier. Il ne serait donc plus qu'un commis à une fonction et il n'aurait plus qu'à appliquer le règlement dont les limites lui interdisent non seulement toute indépendance d'action, mais aussi tout progrès

scientifique ou matériel. Dès lors, il travaillerait « *en série* », remplissant des papiers, donnant des signatures, établissant des certificats et des rapports qui devraient mettre bien à l'abri sa responsabilité et celle du service dont il dépend. La médecine ainsi socialisée transformerait la médecine en service public, et les médecins en salariés.

- **La fin des modèles alternatifs :** étant donné que l'initiative postule une uniformisation des coûts et des prestations, ni les assurés ni les médecins n'auraient donc d'incitation à rechercher des modèles plus économiques. Les modèles d'assurance novateurs avec un potentiel d'économie élevé, comme le modèle du médecin de famille ou HMO, seraient donc exclus. Près de 10% des assurés sont concernés.
- **Des rationnements conduisant inévitablement à une médecine lacunaire et inéquitable :** En effet, nous le savons pertinemment, les hausses d'impôts sont forcément impopulaires et intolérables d'un point de vue économique pour notre pays. Or c'est ce que l'initiative propose. Dans notre système politique actuel, l'adaptation des taux d'imposition sur la fortune et de la TVA incombent toujours à notre Parlement. Les hausses d'impôts décidées politiquement seront donc rares. Assurément, il y aura des lacunes dans le financement, si les adaptations des coûts de la santé s'avèrent insuffisantes. Dès lors, un financement insuffisant implique logiquement la suppression de certaines prestations, la fermeture prématurée de certains établissements, des files d'attentes interminables chez les prestataires de soins et dans les hôpitaux par manque d'incitation à la performance etc. L'acceptation de l'initiative nous amènerait droit vers le système de santé expérimenté aujourd'hui par les Britanniques : un système à deux vitesses, voire même trois. Les personnes fortunées pourront se payer une clinique privée à l'étranger.

Voulons nous véritablement attendre 5 jours pour voir le médecin, une année pour avoir un rendez-vous pour passer un scanner comme c'est le cas dans la ville de Plymouth par exemple ? Il faut également considérer que moins de prestation signifie moins de guérison. La population suisse est-elle prête à voir le taux de rétablissement d'une personne traitée pour un cancer du sein passer de 93 à 78 % comme c'est le cas en Grande-Bretagne ? Nous ne voulons pas imiter l'étranger par la médiocrité !

Pour ces raisons, nous invitons la population et les cantons à refuser catégoriquement ce modèle de gestion des soins qui mène inévitablement, je tiens encore à la souligner, à une centralisation excessive dans les mains de quelques fonctionnaires, à l'avènement d'une médecine étatisée, dont certains de nos voisins font aujourd'hui les frais, et par-dessus tout à une médecine qui ne répondrait plus équitablement aux besoins de la grande majorité de notre population, puisqu'elle pénaliserait les familles, les personnes âgées et les personnes ayant de faibles revenus.