

CH_VB 2000-0801 3931 vom 15. August 2000

Bundesverwaltung, 2000-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ch_vb_2000-0801_3931

FR: CH_VB 2000-0801 3931 du 15 août 2000

IT: CH_VB 2000-0801 3931 del 15 agosto 2000

Volltext

2000-0801 3931 00.046 Message concernant l'initiative populaire „La santé à un prix abordable (initiative-santé)“ du 31 mai 2000 Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, Nous vous présentons ci-après le message concernant l'initiative populaire „La santé à un prix abordable (initiative-santé)“. Nous vous proposons de la soumettre au vote du peuple et des cantons en leur recommandant de la rejeter. Un projet d'arrêté fédéral est joint au message. Nous vous prions d'agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération. 31 mai 2000 Au nom du Conseil fédéral suisse: Le président de la Confédération, Adolf Ogi La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz

3932 Condensé Les apports de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) sont doubles. D'une part, elle a comblé des lacunes sur le plan des prestations, d'autre part, elle a assuré à chacun l'accès à un système de santé de qualité en introduisant l'obligation d'assurance. Mais le problème des coûts de ce système de prestations ne correspond pas encore tout à fait aux attentes exprimées à l'époque par le législateur. Certes, la croissance des coûts qu'enregistrait l'assurance des soins a diminué, si on compare les chiffres actuels avec ceux d'il y a dix ans. Pourtant, le taux de cette croissance est resté supérieur ces dernières années à l'objectif retenu par le Conseil fédéral dans son message : cet objectif était de faire en sorte que la hausse annuelle des dépenses de santé s'aligne sur l'évolution générale des salaires et des prix. Les coûts de la santé par tête d'habitant (et par conséquent, les primes individuelles) résultent de deux variables que sont les prix et la quantité. L'élément quantitatif ne permet pas de faire correspondre la hausse des coûts de la santé à un indice des prix. Pour cette raison déjà, l'objectif formulé dans le message de 1991 ne pourra sans doute pas être atteint. Quant à l'évolution des primes d'assurance-maladie, on constate un net ralentissement de la hausse. Il faut toutefois retenir que les assurés supportent aujourd'hui la majeure partie du financement de l'assurance-maladie sociale, soit près des deux tiers, qu'ils assument au travers des primes par tête et de la participation aux coûts. De 1992 à 1996, année du passage à la LAMal, la charge financière des ménages privés s'est considérablement alourdie, une évolution exclusivement due au recul des contributions cantonales. En effet si, en 1998, les budgets cantonaux avaient assumé la même part au financement de l'assurance-maladie sociale qu'en 1992, ils auraient dû prendre 1,3 milliard de francs de plus à leur charge, montant qui est passé à la charge des ménages privés. L'initiative du Parti socialiste suisse (PSS) „La santé à un prix abordable (initiative-santé)“ traite de la question des coûts et du financement dans le régime de l'assurance-maladie. Elle exige à cet effet une refonte complète du financement de l'assurance-maladie sociale selon laquelle l'assurance obligatoire des soins serait financée notamment par des recettes supplémentaires à affectation fixe provenant de la TVA et par des cotisations payées par les assurés dans une proportion au moins équivalente. Les cotisations des assurés seraient fixées en fonction du revenu et de la fortune réelle ainsi

qu'en tenant compte des charges familiales. Le Conseil fédéral estime qu'il n'y a pas lieu d'envisager une refonte du système de financement de l'assurance-maladie sociale telle que la souhaite l'initiative-santé. Il relève que le système des réductions de primes remplit correctement – pour l'essentiel – son rôle et que les lacunes constatées peuvent être comblées par des corrections ponctuelles du système existant. Mais il estime par contre que la refonte exigée par l'initiative serait d'une envergure telle pour les budgets privés et publics que l'enjeu – éventuellement davantage de justice sociale – ne justifie pas un effort 3933 de cet ordre. D'autant moins d'ailleurs que le volet „justice sociale“ serait pris en compte, pour autant que cela soit nécessaire, dans le cadre des améliorations apportées aux instruments déjà mis en place. Voilà pourquoi le Conseil fédéral entend s'en tenir au système actuel des primes par tête et des réductions de primes. Il sait que la charge des primes d'assurance-maladie reste lourde pour de nombreux ménages. Si le législateur a mis en place un subventionnement des primes axé sur le besoin, c'est précisément pour que ce poids reste supportable. Cette tâche relève d'abord de la compétence des cantons et de leur responsabilité. On doit pourtant reconnaître, selon les résultats d'une analyse des effets, que la politique sociale que les réductions de primes auraient dû assurer n'a pas été réalisée de façon optimale dans tous les cantons. Mais la mise en œuvre de la réforme de la péréquation financière peut servir de cadre pour harmoniser les allègements actuellement inégaux. La réduction de primes joue en effet aussi un rôle important dans le projet de nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons, puisque la concrétisation de cet objectif social reste classée au rang des tâches communes de la Confédération et des cantons. L'initiative-santé propose de plus d'inscrire dans la constitution le mandat selon lequel „la Confédération et les cantons veillent à la maîtrise des coûts de la santé“. Pour que ce mandat puisse être accompli, l'initiative-santé transfère des cantons à la Confédération toute une série de compétences relevant de la politique de la santé et en particulier de l'assurance-maladie. Cela concerne les domaines suivants: médecine de pointe, planification sanitaire, prix maximaux, tarification, admission des fournisseurs de prestations, contrôle de la qualité et, de manière générale, compétence d'édicter des mesures complémentaires de maîtrise des coûts lorsque le volume des prestations fournies est excessif. Plusieurs exigences de l'initiative-santé ont trouvé ou trouveront encore réponse, du moins en partie, dans la première révision partielle de la LAMal, achevée le 24 mars 2000, ainsi que dans la deuxième révision partielle déjà engagée qui traite le volet „Financement des hôpitaux“. Le message relatif à ce dernier projet sera d'ailleurs probablement soumis aux Chambres fédérales cette année encore. Les domaines concernés sont en particulier le prix des médicaments, l'admission des fournisseurs de prestations, les budgets globaux, l'obligation de contracter et les tarifs-cadres. Dans d'autres domaines spécifiques traités par l'initiative-santé, la LAMal dispose d'instruments qui sont tout à fait à même d'améliorer davantage qu'ils ne le font aujourd'hui le pilotage des coûts et leur maîtrise. Pour ce qui est des tarifs, par exemple, les mécanismes mis en place n'ont pas encore pu fonctionner de façon optimale. Le Conseil fédéral propose donc au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative-santé.

3934 Message 1 Aspects formels 1.1 Teneur de l'initiative Le 9 juin 1999, le parti socialiste suisse (PSS) a déposé l'initiative populaire „La santé à un prix abordable (initiative-santé)“. Cette initiative, qui est présentée sous la forme d'un projet rédigé de toutes pièces, a la teneur suivante: I La Constitution est complétée comme suit: Art. 34bis 1 La Confédération édicte des dispositions sur l'assurance en cas de maladie et d'accident. 2 L'assurance

obligatoire en cas de maladie est effectuée par des établissements d'assurance d'utilité publique. Elle garantit à tous les assurés une assistance médicale de haute qualité, adaptée aux besoins et financièrement abordable. 3 L'assurance obligatoire en cas de maladie est financée notamment par: a. des recettes supplémentaires à affectation fixe provenant de la taxe sur la valeur ajoutée, dans une proportion déterminée par la loi; b. des cotisations payées par les assurés, dans une proportion au moins équivalente; ces cotisations sont fixées en fonction du revenu et de la fortune réelle, ainsi qu'en tenant compte des charges familiales. 4 Les établissements d'assurance-maladie reçoivent, pour chaque personne assurée, des contributions provenant des moyens financiers prévus par l'al. 3. Les différences de risques entre assureurs sont compensées. Les excédents seront ristournés aux assurés. 5 La Confédération et les cantons veillent à la maîtrise des coûts de la santé. La Confédération prend notamment les mesures suivantes à cet effet: a. Elle réglemente la médecine de pointe et coordonne les planifications sanitaires des cantons. b. Elle détermine le prix maximum des prestations apportées dans l'assurance obligatoire en cas de maladie, en y incluant les médicaments. c. Elle édicte des dispositions concernant les autorisations accordées aux fournisseurs de prestations et veille à un contrôle efficace de la qualité. d. Lorsque le volume des prestations fournies est excessif, elle édicte par branche et par région des mesures complémentaires tendant à la maîtrise des coûts. Les cantons peuvent prendre des mesures plus étendues dans le domaine de la planification sanitaire. II Les dispositions transitoires de la Constitution sont complétées comme suit: Art. 24 (nouveau) 1 Les prestations de la Confédération et des cantons en faveur du secteur de la santé sont au moins égales aux montants de l'année 1997, après adaptation au renchérissement. 2 Les moyens financiers prévus par l'art. 34bis, al. 3, de la Constitution, doivent correspondre au moins au total des primes versées au titre de l'assurance

3935 obligatoire en cas de maladie durant l'année précédant l'entrée en vigueur de la législation d'application. Art. 25 (nouveau) 1 Si la loi d'application de l'art. 34bis ne peut pas être mise en vigueur dans les trois ans qui suivent l'acceptation de l'article constitutionnel, le Conseil fédéral édicte les dispositions d'application des al. 3 et 5 de l'art. 34bis par voie d'ordonnance. 2 Il tiendra notamment compte des principes suivants: a. Pour le calcul des cotisations selon l'al. 3, let. b, on appliquera une exonération de 20 000 francs sur le revenu et de 1 000 000 francs sur la fortune réelle. b. La part des cotisations des assurés calculées en fonction de la fortune réelle selon l'al. 3, let. b, se montera au moins au quart du total des cotisations perçues selon ce même alinéa. 1.2 Aboutissement Par décision du 4 août 1999, la Chancellerie fédérale a constaté l'aboutissement formel de l'initiative „La santé à un prix abordable (initiative-santé)“ déposée avec 108 081 signatures valables (FF 1999 6586). 1.3 Délai de traitement Selon l'art. 29, al. 1, de la loi sur les rapports entre les conseils (LREC; RS 171.11), le Conseil fédéral doit soumettre son message à l'Assemblée fédérale dans un délai d'un an à compter du dépôt d'une initiative. Le délai applicable au Conseil fédéral court ainsi jusqu'au 9 juin 2000. Lorsque l'initiative exige une révision partielle de la Constitution et qu'elle est présentée sous la forme d'un projet rédigé de toutes pièces, l'Assemblée fédérale doit, selon l'art. 27, al. 1, LREC, décider dans les 30 mois après le dépôt de l'initiative si elle approuve ou non celle-ci. Demeure réservée la possibilité, pour l'Assemblée fédérale, de prolonger ce délai d'un an si une des Chambres au moins a décidé d'opposer un contre-projet à l'initiative ou d'édicter un acte législatif ayant un rapport étroit avec l'initiative populaire (art. 27, al. 5bis, LREC). 1.4 Adaptation à la Constitution du 18 avril 1999 Suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle Constitution du 18 avril 1999 (nCst.; RS 101) le 1er janvier 2000, le texte de l'initiative „La

santé à un prix abordable (initiative-santé)“ ne peut plus conserver la numérotation de l’ancienne constitution (art. 34bis aCst.). Elle doit être adaptée à la nouvelle Constitution. La matière en question est actuellement réglée à l’art. 117 nCst. Le texte de l’initiative populaire ne nécessite en revanche aucune adaptation d’ordre rédactionnel à la nouvelle constitution, ce qui serait en principe possible selon le ch. III nCst. Il en va de même des dispositions transitoires comprises dans l’initiative-santé en ce qui concerne les nouveaux art. 24 et 25 aCst. proposés. Leur numérotation doit être adaptée comme suit: „Art. 197 (nouveau) 1. Disposition transitoire ad art. 117 (assurance-maladie et

3936 accidents); (al. 1 à 4)“. A part le remplacement des renvois à l’art. 34bis aCst. par des renvois à l’art. 117 nCst., le texte de la disposition transitoire ne nécessite aucune adaptation d’ordre rédactionnel. 1.5 Validité 1.5.1 Unité de la forme et de la matière Selon l’art. 139, al. 2, nCst., une initiative populaire tendant à une révision partielle de la Constitution peut revêtir la forme d’une proposition conçue en termes généraux ou celle d’un projet rédigé. Selon les art. 139, al. 3, et 194, al. 3, nCst., l’initiative populaire doit respecter le principe de l’unité de la forme. Des formes mixtes ne sont pas admises (art. 75, al. 3, de la loi fédérale sur les droits politiques, LDP; RS 161.1). Comme elle revêt la forme d’un projet rédigé, l’initiative-santé respecte le principe de l’unité de la forme. Les dispositions des art. 139, al. 3, et 194, al. 2, nCst. exigent l’application du principe de l’unité de la matière: une initiative proposant une révision partielle de la Constitution ne doit avoir pour objet qu’une seule matière. L’unité de la matière est préservée lorsqu’il y a une étroite relation entre les différentes parties d’une initiative (art. 75, al. 2, LDP). D’une part, l’initiative-santé exige un remaniement complet du financement de l’assurance sociale en cas de maladie. D’autre part, elle donne le mandat constitutionnel à la Confédération et aux cantons de veiller à une maîtrise efficace des coûts de la santé. Comme une partie importante du secteur de la santé est financée par l’assurance sociale en cas de maladie, il existe un lien matériel entre les différentes parties de l’initiative-santé. Le principe de l’unité de la matière est ainsi respecté. 1.5.2 Règles du droit international Selon les art. 139, al. 3, et 194, al. 2, nCst., une initiative populaire tendant à la révision partielle de la Constitution ne doit pas violer les règles impératives du droit international. Cette condition est remplie en l’espèce. L’exigence de la conformité aux dispositions impératives du droit international est ainsi respectée (à propos de la conformité au droit européen, voir ch. 10.3). 1.5.3 Réalisation Le caractère manifestement inapplicable de ce que demande une initiative constitue la seule restriction matérielle non écrite à laquelle est soumise une révision constitutionnelle. Selon une pratique constante, les initiatives populaires qui sont à l’évidence inapplicables peuvent être soustraites au vote populaire. L’impossibilité de concrétiser une initiative du point de vue juridique ou des difficultés pratiques dans son application ne suffisent pas pour déclarer l’initiative non valable en raison de son inapplicabilité. Les revendications de l’initiative-santé ne sont ni impossibles à concrétiser du point de vue juridique ni inapplicables en fait, raison pour laquelle l’initiative doit être soumise au vote du peuple et des cantons.

3937 2 L’initiative-santé en relation avec l’évolution actuelle dans le domaine de l’assurance-maladie sociale 2.1 Les objectifs principaux de l’initiative-santé Les revendications de l’initiative-santé ont toutes un lien avec la question du financement de l’assurance sociale en cas de maladie. L’initiative aborde la matière de deux points de vue: a. du point de vue du financement des recettes des assureurs-maladie Dans certains secteurs, les coûts de la santé doivent être financés et en partie aussi répartis autrement

qu'aujourd'hui. L'initiative-santé propose des alternatives de financement par l'introduction de primes calculées en fonction du revenu et par des recettes provenant de la taxe sur la valeur ajoutée. Le Conseil fédéral se prononce pour l'essentiel sur ce sujet au ch. 6.1. b. du point de vue de la limitation des dépenses des assureurs-maladie (maîtrise des coûts) Il s'agit de maîtriser les coûts de la santé, de renforcer les mesures incitatives allant dans ce sens et ainsi de juguler aussi les dépenses des assureurs-maladie. Le Conseil fédéral s'exprime sur ce point principalement au ch. 6.2. 2.2 Aperçu des révisions constitutionnelles en suspens Les initiatives populaires „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“ (FF 1999 7987), „pour des médicaments à moindre prix“ (1999 6813) et „pour des coûts hospitaliers moins élevés“ (FF 1999 9005) ayant trait au même domaine sont actuellement pendantes. Dans ce contexte, il faut aussi mentionner l'initiative populaire „pour un approvisionnement en médicaments sûr et axé sur la promotion de la santé (Initiative sur les médicaments)“ (FF 1999 4014): a. Initiative populaire „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“ L'initiative „pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“ exige que l'assurance obligatoire de base donne droit aux assurés au libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier et à la couverture des coûts. Le Conseil fédéral l'a soumise au Parlement le 14 juin 1999 en lui recommandant de la rejeter (FF 1999 7987). Le 13 décembre 1999, le Conseil national a voté le rejet de cette initiative. Le Conseil des Etats ne s'est pas encore prononcé. b. Initiative populaire „pour des médicaments à moindre prix“ L'initiative „pour des médicaments à moindre prix“ a pour but de faire baisser le prix des médicaments. Cette baisse devrait se réaliser notamment par l'ouverture directe du marché suisse aux médicaments disponibles et autorisés à la vente en Allemagne, en Italie, en France et en Autriche. Par ailleurs l'initiative demande que, concernant les médicaments, l'assurance sociale des soins limite sa prise en charge aux préparations ayant le prix le plus avantageux et, au cas où ils seraient disponibles, aux médicaments génériques. Dans son message du 12 mai 1999 (FF 1999

3938 6813), le Conseil fédéral a recommandé le rejet de l'initiative. Il lui a opposé en outre des contre-propositions au niveau de la loi, qui sont actuellement traitées par le Parlement (loi sur les produits thérapeutiques) ou qui ont déjà été adoptées (possibilité pour les pharmaciens de substituer des génériques selon le nouvel art. 52a LAMal, introduit par la première révision partielle de la LAMal du 24 mars 2000). Le Conseil national a décidé le 20 mars 2000 de rejeter l'initiative „pour des médicaments à moindre prix“. Le Conseil des Etats ne s'est pas encore prononcé. c. Initiative populaire „pour des coûts hospitaliers moins élevés“ Cette initiative vise à une réduction des coûts hospitaliers. Dans ce but, elle propose de limiter le caractère obligatoire de l'assurance-maladie à la couverture de l'hospitalisation. Pour l'hospitalisation, les assurés auraient la possibilité de conclure une assurance dans le cadre de la LAMal ou une assurance régie uniquement par le droit privé. Les cantons devraient alors veiller à ce que leurs habitants disposent du nombre de lits nécessaire en division commune, semi-privée et privée. En cas d'hospitalisation dans un hôpital public en division commune, les cantons recevraient des assurances une somme de 250 francs par jour et par personne. Cette somme couvrirait toutes les prestations fournies par l'hôpital. Les assurés devraient être libérés de la participation aux coûts. Lorsqu'un assuré séjourne dans un hôpital privé, l'assurance serait tenue de verser la même somme à l'hôpital privé en tant que contribution aux coûts d'hospitalisation. Dans son message du 8 septembre 1999 (FF 1999 9005), le Conseil fédéral a recommandé le rejet de l'initiative. Les Chambres fédérales ont clairement suivi cette voie et ont décidé le 24 mars 2000, à

l'unanimité sauf une voix, de recommander au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative „pour des coûts hospitaliers moins élevés“. d. Initiative populaire „pour un approvisionnement en médicaments sûr et axé sur la promotion de la santé (Initiative sur les médicaments)“ L'initiative „pour un approvisionnement en médicaments sûr et axé sur la promotion de la santé (Initiative sur les médicaments)“ (FF 1999 4014) exige que la Confédération règle, dans l'intérêt de la santé publique, les modalités de la commercialisation des médicaments ainsi que leur remise aux acquéreurs par des professionnels de la santé habilités à le faire. Il s'agit en particulier de prévenir et d'interdire toute incitation à une consommation inappropriée, excessive ou abusive de médicaments. Dans son message du 1er mars 2000, le Conseil fédéral a demandé au Parlement de rejeter l'initiative sur les médicaments sans lui opposer de contre-projet. Cette initiative a un rapport avec l'initiative-santé dans la mesure où elle entend obliger la Confédération à édicter des dispositions concernant l'admission des fournisseurs de prestations habilités à dispenser des médicaments. Ce faisant, la Confédération devrait veiller à un contrôle efficace de la qualité par une interdiction des abus. Toutefois, d'un point de vue global, le lien avec l'initiative-santé est plutôt marginal et ne sera pas examiné plus en détail dans le cadre du présent message.

3939 2.3 Révisions de la LAMal en cours ou terminées a. Première révision partielle de la LAMal Le 24 mars 2000, les Chambres fédérales ont adopté la première révision partielle de la LAMal sans opposition. Celle-ci contient en particulier des mesures pour renforcer la solidarité entre les assurés. Le message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie a été adopté par le Conseil fédéral le 21 septembre 1998 (FF 1999 727). De nouveaux montants maximaux annuels en vue de la réduction des primes ont été fixés pour les années 2000 à 2003 dans le cadre de cette révision (arrêté fédéral du 31 mai 1999). b. Deuxième révision partielle de la LAMal Le message concernant la prochaine étape de la révision (appelée avant-projet du financement des hôpitaux) sera probablement soumis aux Chambres fédérales cette année encore. Le Conseil fédéral a mis en consultation du 8 mars au 23 avril 1999 un avant-projet en vue d'une révision du financement des hôpitaux (FF 1999 727). 2.4 Deux discussions du Conseil fédéral sur l'évolution de l'assurance-maladie Dans le cadre de l'élaboration du message sur l'initiative-santé, le Conseil fédéral a procédé à une première discussion le 17 novembre 1999 à la demande du Département fédéral de l'intérieur (DFI). Cette discussion l'a amené à décider de ne pas proposer de contre-projet à l'initiative-santé. Il a chargé le DFI d'examiner des modèles pour améliorer le système de financement de l'assurance obligatoire des soins et de les lui soumettre encore avant le projet de message sur l'initiative-santé. Il a alors décidé d'en rester en principe au système actuel des primes par tête et de la réduction des primes. Le 6 mars 2000, lors d'une autre séance s'inscrivant dans le cadre de l'élaboration du présent message, le Conseil fédéral a débattu des propositions et des questions soumises par le DFI sur la base des résultats de la première discussion. Il a chargé le DFI de poursuivre ses travaux dans le sens des mesures proposées dans le cadre de la révision de la LAMal sur le financement des hôpitaux et de procéder, dans le message sur l'initiative-santé, à une analyse de la situation actuelle de l'assurance-maladie au sens d'une présentation globale et d'un exposé des questions en suspens en relation avec l'initiative-santé. Le présent message sur l'initiative-santé, qui se situe entre la première et la deuxième révision partielle de la LAMal, donne l'occasion au Conseil fédéral d'une part de récapituler les modifications déjà intervenues dans la réforme de l'assurance-maladie et de les évaluer, compte tenu des intentions qui étaient celles du

législateur, lors de l'élaboration de la LAMal. D'autre part, ce message permet d'ouvrir la discussion sur des possibilités d'évolution. Toutefois, conformément aux résultats de la discussion du Conseil fédéral du 6 mars 2000, la présentation de mesures concrètes se fera pour l'essentiel dans le futur message sur le financement des hôpitaux.

3940 3 Structure du présent message Dans un chapitre particulier, on fera le point de la situation dans l'assurance-maladie (ch. 4). Comme l'initiative-santé traite pour l'essentiel la question du financement de l'assurance-maladie sociale, le Conseil fédéral se prononce ensuite spécialement sur cette question pour faire le point (ch. 5). Il donne à cet effet un aperçu de l'évolution depuis la mise en vigueur de la LAMal (ch. 5.4). Puis il examine dans quelle mesure les objectifs du message de 1991 sur la LAMal ont pu être atteints (ch. 5.5). La partie suivante est consacrée à l'examen des exigences de l'initiative-santé et à l'exposé des considérations du Conseil fédéral (ch. 6).

4 Point de la situation dans l'assurance-maladie 4.1 Introduction Dans son message concernant la révision de l'assurance-maladie de 1991, le Conseil fédéral (Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie; FF 1992 I 77) a défini trois objectifs principaux auxquels la réforme de la LAMal devait satisfaire: – renforcement de la solidarité; – maîtrise des coûts; – garantie d'un accès à des soins de haute qualité. L'appréciation des modifications introduites depuis l'entrée en vigueur de la LAMal et des diverses mesures prises doit être effectuée au regard de ces trois objectifs principaux. 4.2 Renforcement de la solidarité Le renforcement de la solidarité constitue un objectif essentiel; il se situe au centre des préoccupations du nouveau droit de l'assurance-maladie. La LAMal mise sur une assurance-maladie obligatoire capable d'instaurer une réelle solidarité entre assurés en dépit des différences de revenus d'une part, entre malades et bien portants d'autre part, enfin entre hommes et femmes et entre les personnes de différentes générations. 4.2.1 Réduction des primes La réduction des primes est l'instrument prioritaire pour établir la solidarité entre personnes de conditions économiques différentes. La LAMal prévoit une réduction ciblée des primes de l'assurance de base pour les personnes de „condition économique modeste“ (art. 65, al. 1). La réduction des primes, d'autant plus qu'elle est financée par des recettes fiscales, est le correctif social à la prime unique par assuré qui ne tient pas compte de la capacité financière des assurés. Pour ce faire, la Confédération met à disposition de chaque canton une somme fixée selon la population, la capacité financière et le niveau moyen des primes (jusqu'en 2001), somme que les cantons sont tenus de compléter par leurs propres moyens. L'apport global

3941 des cantons doit correspondre au minimum à la moitié des subsides fédéraux. De pair avec la première révision partielle de la LAMal, le Parlement a adopté les nouvelles tranches de subsides fédéraux pour les années 2000 à 2003. Les montants maximum à disposition des cantons augmentent de 1,5 % par année de manière à tenir compte de l'évolution des coûts et de la situation financière de la Confédération (pour les quatre années consécutives: 2213 millions, 2246 millions, 2280 millions et 2314 millions de francs). Les cantons sont autorisés à diminuer les contributions fédérales qui leur reviennent, mais au maximum de 50 %, et pour autant qu'ils atteignent avec leurs subventions le but de politique sociale fixé par la loi. Ce but social n'est pas défini plus précisément dans la loi. Dans son message de 1991, le Conseil fédéral recommandait pourtant aux cantons de réduire les primes de manière à ce que la charge des ménages ne dépasse pas 8 % de leur revenu imposable. Le législateur a cependant transféré aux cantons la mise en œuvre de la réduction des primes et ainsi la détermination du but social

à atteindre. Le projet en procédure de consultation de la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons a également soulevé la question. Il propose, conformément avec ce qui se fait pour d'autres assurances sociales, que la Confédération indique les catégories de revenus qui donnent droit à une réduction des primes. La somme totale mise à disposition des cantons par la Confédération serait calculée sur la base d'une charge moyenne (fictive) des ménages par les primes d'assurance-maladie de par exemple 8 % du revenu imposable. La charge moyenne à ne pas dépasser serait ensuite fixée de manière contraignante pour chaque canton, en se basant sur la différence des coûts de l'assurance obligatoire du canton par rapport à une moyenne suisse. Pour les cantons où les coûts de santé sont élevés, la charge imposée aux assurés serait supérieure à 8 % du revenu imposable. Développements: – Au cours de la première année suivant l'entrée en vigueur de la LAMal, divers ajustements ont été nécessaires, notamment une harmonisation avec l'attribution des prestations complémentaires. Il s'agissait d'éviter que des bénéficiaires de prestations complémentaires ne perdent leur droit parce que les subsides pour l'assurance maladie étaient pris en compte dans le calcul de leur revenu (modification mise en vigueur le 1er janvier 1997). – La détermination du cercle des bénéficiaires a donné lieu à un jugement du Tribunal fédéral qui a admis que les cantons n'étaient pas obligés de tenir compte des saisonniers parce qu'il n'existait aucune obligation légale de le faire. La première révision de la LAMal (art. 65, al. 1, LAMal) a remédié à cette lacune et a attribué au Conseil fédéral la compétence d'étendre le cercle des ayants droits, notamment aux saisonniers. – La prise en compte, pour une part de 35 %, des primes moyennes cantonales dans la répartition des subsides fédéraux entre les cantons a donné lieu à une forte opposition de cantons alémaniques qui ont demandé, par la voie d'initiatives cantonales parlementaires, qu'il y soit renoncé. Le Parlement, a maintenu le critère du niveau des primes dans la clé de répartition, mais a limité cette mesure à six ans, jusqu'en 2001. – Comme le législateur a transféré aux cantons la mise en œuvre de la réduction des primes et étant donné les grandes disparités entre les systèmes mis en place par les cantons, il est difficile de déterminer si la réduction des primes atteint le but social voulu par le législateur.

3942 – Il ressort d'une étude réalisée dans le cadre d'un vaste programme de recherche sur les effets de la LAMal et publiée en février 1999 (Balthasar, Aspects de la sécurité sociale; „Efficacité sociopolitique de la réduction des primes dans les cantons“, Rapport de recherche no 21/98, OFAS, Berne) que cette loi a contribué efficacement à atteindre les objectifs de politique sociale. Se basant sur trois exemples-type de famille dans les chefs-lieux de chaque canton, elle montre toutefois que, si la réduction des primes allège notablement les catégories de revenus les plus bas, elle ne suffit souvent pas pour les revenus inférieurs de la classe moyenne, en particulier pour les familles. En effet, pour la famille-type retenue dans l'étude (deux adultes et deux enfants entre dix et quinze ans, disposant d'un revenu brut de 70 000 francs et d'une fortune de 100 000 francs), douze cantons (ZH, SZ, OW, GL, BS, BL, AG, TI, VD, NE, GE et JU) n'avaient pas réussi à ramener le montant des primes en dessous de 6 % du revenu disponible. Cette moyenne correspond au taux de 8 % du revenu imposable. Six des cantons cités (ZH, SZ, OW, GL, BL et AG) n'épuisent pas complètement leur droit à des subsides fédéraux. – Dans la première révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral a renoncé à définir dans le droit fédéral la notion juridique indéterminée de „condition économique modeste“ ou à délimiter le cercle des bénéficiaires. Afin d'adoucir les rigueurs de systèmes basés sur la déclaration d'impôt, la première révision partielle de la LAMal (24 mars 2000) oblige les cantons à

prendre en compte les situations économique et familiale les plus récentes pour l'octroi de primes. Les cantons doivent également garantir un versement rapide des subsides, de manière à ce que les assurés y ayant droit ne doivent pas avancer le montant de leurs primes. Enfin, ils sont tenus de donner une information régulière aux personnes qui ont un droit à la réduction des primes.

4.2.2 Compensation des risques

Afin de garantir la solidarité entre malades et bien portants et pour mettre un frein à la tentation des assureurs d'attirer les „bons“ risques, la LAMal a introduit, pour une période limitée à dix ans, la compensation des risques entre assureurs. Dans l'idée avant tout de rétablir un équilibre menacé par une sélection des risques à outrance pratiquée par certains assureurs avant l'entrée en vigueur de la LAMal, cette mesure a été adoptée pour une durée limitée. Sur la base des critères de l'âge et du sexe, les assureurs dont la structure de risque est plus favorable que la moyenne suisse versent une contribution proportionnelle dans un fonds commun et les assureurs dont la structure de risque est moins favorable reçoivent une contribution de compensation correspondante. En 1998, un montant de 609 millions de francs a été ainsi redistribué entre assureurs (rapport d'activité 1998 de l'institution commune LAMal). Développements: – Afin de tenir compte le plus rapidement possible du mouvement des assurés, suite à une modification de l'ordonnance sur la compensation des risques, entrée en vigueur le 1er janvier 1999, le calcul de la compensation s'effectue sur la base des données provisoires de l'année précédente (et non plus des deux années précédentes). Les mouvements financiers de la compensation

3943 sont également accélérés. En effet, les retards de paiement de compensation se soldaient par une distorsion de la concurrence entre les assureurs. – La première révision partielle de la LAMal a de plus introduit des intérêts moratoires incitant les assureurs à s'acquitter plus rapidement de leurs contributions (art. 18, al. 5, 2e phrase, LAMal). – Dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal, une étude sur la compensation des risques publiée en février 1999 (Spycher, Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/99, OFAS Berne et Aspects de la sécurité sociale, Analyse des effets de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (condensé), Rapport de recherche no 2/99, OFAS, Berne) prouve que cette loi contribue à freiner la désolidarisation: un nivellement sensible des différences de primes s'est produit. Selon les résultats de l'étude, la compensation des risques n'a pas d'effets décisifs sur l'ensemble des coûts occasionnés dans l'assurance obligatoire des soins. Tout en signalant les dangers, elle soulève la question de l'introduction de critères supplémentaires relevant de l'état de santé (hospitalisation, décès) pour la compensation des risques. Une compensation intégrale des coûts aurait pour effet de réduire les incitations à réaliser des économies. Enfin, relevant que les différentes structures de risque des assurés entre les assureurs ne se sont pas harmonisées, contrairement à ce qu'il avait été escompté au moment de l'élaboration de la loi, elle propose que la compensation des risques soit définitivement ancrée dans la loi.

4.2.3 Libre passage (prime unique et obligation d'assurance)

La LAMal consacre le principe du libre passage des assurés comme principe fondamental de la solidarité. Dans la même région de prime, un assureur fixe une prime unique pour tous les assurés indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur état de santé. Ainsi, les assurés peuvent changer d'assureur sans inconvénient. Pour les enfants et les jeunes adultes, des primes réduites sont prévues. Grâce à l'obligation d'assurance, on évite que les „bons risques“ quittent le système et le privent de leur contribution. Développements: – Les assureurs, selon la révision partielle du 24 mars 2000 de la LAMal, sont autorisés à fixer des primes réduites pour tous les jeunes de 19

à 25 ans, même s'ils ne sont plus en formation (art. 61, al. 3, LAMal). – Dans le cadre de la même révision, il a également été fixé dans la loi que les soins accordés à un nouveau-né en bonne santé doivent être pris en charge par l'assureur de la mère tant que la mère et son enfant séjournent ensemble à l'hôpital (art. 29, al. 2, let. d, LAMal). – Sont désormais exceptées de l'assurance obligatoire, selon la première révision partielle de la LAMal, les personnes accomplissant durant plus de 60 jours consécutifs un service militaire ou un service civil, puisqu'elles sont obligatoirement soumises à l'assurance militaire (art. 3, al. 4, LAMal).

3944 – La décision de l'assurance Visana en août 1998 de se retirer de l'assurance de base dans huit cantons (AI, AR, GE, GL, GR, JU, NE, TG) a montré la solidité et le bien fondé du système de libre passage. Le retrait fut autorisé par le Département fédéral de l'intérieur à des conditions strictes, notamment l'interdiction de pratiquer dans ces cantons pendant dix ans. En conséquence, 104 000 assurés ont été contraints de rechercher une nouvelle caisse; la LAMal garantissait toutefois l'admission sans réserves à toute caisse de leur choix, quels que soient leur état de santé, leur âge et leur sexe. La grande majorité des assurés touchés ont trouvé d'eux-mêmes un autre assureur. Les organes cantonaux compétents ont dû intervenir dans 7000 cas environ et ont entrepris de placer les personnes qui n'avaient encore cherché et trouvé aucun assureur. L'obligation de céder une part des réserves légales aux assureurs qui reprenaient les assurés n'a pas été admise par le Tribunal fédéral des assurances vu qu'une telle obligation n'avait pas de base légale. La LAMal a entre temps été adaptée d'une manière adéquate dans le cadre de sa première révision partielle (art. 13, al. 5, LAMal). – Un assureur ayant tenté d'assurer le risque d'une franchise à option, une disposition de la première révision partielle de la LAMal interdit désormais explicitement aux assureurs d'assurer un tel risque à l'avenir. En raison de primes échelonnées selon le risque, seuls des assurés jeunes et en bonne santé auraient pu profiter de cette offre, annihilant l'effet de limitation des coûts de la franchise élevée (art. 62, al. 2bis, et 64, al. 8, LAMal). – Au terme de la première révision de la LAMal, la procédure pour le changement d'assureur a été simplifiée; désormais, lorsque les assureurs annoncent en automne les nouvelles primes pour l'année suivante, les assurés peuvent également changer d'assureur dans un délai d'un mois si leurs primes n'augmentent pas. – Il est aussi explicitement interdit aux assureurs, selon la première révision partielle de la LAMal, de lier la résiliation de l'assurance obligatoire des soins et des assurances complémentaires et de n'accepter la résiliation que pour les deux en même temps (art. 7, al. 7 et 8, LAMal).

4.3 Maîtrise des coûts

La maîtrise des coûts constitue l'autre élément essentiel de la LAMal. Pour atteindre cet objectif, la LAMal prévoit un certain nombre d'instruments privilégiant les concertations entre les différents acteurs du système de santé suisse et faisant appel à leur sens des responsabilités.

4.3.1 Hôpitaux

Le domaine hospitalier (traitements hospitalier et semi-hospitalier) représente une des parts les plus importantes des coûts (environ un quart) dans les dépenses à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il n'est donc pas étonnant que le financement des hôpitaux soit une des questions qui donne lieu aux plus grandes divergences d'interprétation entre assureurs et cantons qui se partagent le financement. La controverse principale concerne une éventuelle participation générale des cantons

3945 aux coûts engendrés par les patients hospitalisés en divisions privées ou semi-privées. Actuellement, les frais d'hospitalisation d'un assuré privé ou semi-privé dans son canton sont entièrement à la charge des assureurs. Explicitement, la LAMal se contente de fixer

pour les cantons l'obligation de participer pour 50 % au minimum aux frais de prise en charge d'un séjour en division commune d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics (art. 49, al. 1, LAMal). Développements: – En cas d'hospitalisation sur indication médicale hors du canton de résidence (art. 41, al. 3, LAMal), il a fallu décider si le canton de résidence devait aussi participer à la prise en charge des traitements en divisions semi-privée et privée. Dans deux arrêts rendus en décembre 1997, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a conclu que l'obligation de contribution du canton en cas de séjour hospitalier hors canton existait indépendamment du type de division, dans les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. Il a considéré qu'en cas de séjour dans une division privée ou semi-privée, les coûts sont pris en charge comme si l'assuré avait séjourné en division commune, pour autant que l'hôpital figure sur une liste hospitalière cantonale en tant que fournisseur de prestations LAMal. Si l'hôpital ne dispose pas d'une division commune, un tarif de référence sert de barème. Le TFA a fondé son jugement avant tout sur l'objectif que s'est fixé la LAMal, à savoir la répartition des charges entre les cantons et le renforcement de la coordination intercantonale. Il a estimé qu'une compensation devait intervenir entre les (petits) cantons qui, pour des raisons de politique sanitaire, n'offrent pas certaines prestations hospitalières, et les cantons qui disposent d'infrastructures hospitalières développées, cofinancées par les impôts des résidents du canton. – Se fondant sur ces conclusions, les assureurs demandèrent si, par analogie, les cantons devaient aussi participer aux coûts des traitements hospitaliers en division privée et semi-privée sur leur territoire. Le TFA ne s'est pas prononcé sur cette question qui est au centre de la deuxième révision partielle de la LAMal. Le message concernant cette révision devrait être adopté par le Conseil fédéral cette année encore. Le temps presse en effet, car, en attendant que la situation soit clarifiée par la loi, les cantons et les assureurs sont, par l'entremise du DFI, parvenus à un accord qui a mis fin à l'insécurité juridique créée par les divergences de vues des deux parties. L'accord est toutefois limité au 31 décembre 2000 avec la possibilité d'être reconduit pour une année seulement. Conclu en septembre 1998, il prévoit principalement que les cantons ne verseront pas de contribution au financement des prestations hospitalières en divisions privée et semi-privée sur leur territoire, mais qu'ils participeront au financement des hospitalisations de leurs résidents hors du canton, comme l'a fixé le TFA. Les assureurs renoncent à tout recours en attendant les dispositions définitives de la loi. – Dans le projet de révision partielle de la LAMal touchant le financement des hôpitaux qui a été mis en consultation en mars 1999, le Conseil fédéral a voulu proposer un système qui définisse clairement la participation des partenaires au financement des séjours hospitaliers, élimine les distorsions et incite à maîtriser les coûts, au lieu de se borner à les transférer d'un partenaire à l'autre.

3946 – Le projet de révision a prévu que la jurisprudence du TFA concernant les hospitalisations hors canton soit appliquée aux traitements hospitaliers dans le canton, et que les cantons assument 50 % des remboursements liés aux prestations pour tous les patients quelle que soit la division dans laquelle ils sont hospitalisés, et quelle que soit leur couverture d'assurance, pour autant que l'établissement hospitalier figure sur la liste du canton. Cette proposition permet d'appliquer l'un des principes de la LAMal selon lequel il convient de créer un système d'assurance unique comportant les mêmes règles pour tous les assurés, puisque les patients privés contribuent aussi au financement de l'assurance des soins. – La distinction entre division commune et division privée ne s'appliquerait plus à la participation des cantons aux frais d'hospitalisation. En effet, une deuxième innovation

consiste à remplacer le système de financement par établissement par un système de financement par cas, selon des coûts fixés par avance. On ne rembourserait désormais non plus les coûts effectifs, mais des prestations aux prix fixés d'avance, par exemple sous forme de forfaits par cas ou par division. Les frais qui n'entrent pas dans le calcul des prestations de soin à proprement parler, par exemple la possibilité de disposer d'une chambre à un lit, seraient facturés à part et financés par d'autres sources (assurances complémentaires). Afin de permettre des comparaisons valables pour toute la Suisse et un remboursement simple entre les cantons, il est prévu d'appliquer dans tout le pays une structure unique pour les tarifs forfaitaires. Tout cela renforcerait la transparence des coûts. – Enfin, la nouvelle répartition des coûts entre cantons et assureurs englobera également le domaine semi-hospitalier et devrait réduire la tendance des cantons à transférer des soins dispensés dans le domaine hospitalier – subventionné par les cantons – au domaine semi-hospitalier, à la charge des seuls assureurs, et donc des assurés. – Enfin, la planification hospitalière gagnera encore en importance, puisque les cantons sont maintenant tenus de financer les séjours hospitaliers dans toutes les divisions figurant sur la liste hospitalière. Les cantons devaient faire connaître jusqu'au 1er janvier 1998 leur planification hospitalière prévue par la LAMal pour réduire les surcapacités en milieu hospitalier. Prévoyant des mesures pour des horizons fort différents allant de 2000 à 2010 et en raison des nombreuses procédures de recours en suspens, les diverses planifications n'ont pas encore déployé tous leurs effets. Une meilleure transparence permettant des comparaisons sera obtenue grâce à l'application par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux d'une méthode uniforme pour le calcul de leurs coûts et de leurs prestations (art. 49, al. 6, LAMal). L'adoption de l'ordonnance correspondante par le Conseil fédéral est encore en suspens.

4.3.2 Structures tarifaires pour toute la Suisse („transparence“)

Les tarifs et les prix sont fixés en principe par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. L'art. 43, al. 5, LAMal prescrit que les tarifs à la prestation – domaine ambulatoire – doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme 3947 au niveau national. La structure permet de déterminer en points la valeur abstraite de chaque prestation et la relation entre les valeurs des prestations. Si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre, le Conseil fédéral doit fixer la structure tarifaire. La valeur du point en revanche, donc le coût final de la prestation, est convenue au niveau cantonal entre les partenaires tarifaires et peut être plus ou moins élevée selon le canton. Pour divers fournisseurs de prestations, diverses structures tarifaires uniformes sur le plan suisse sont déjà en vigueur. Celles-ci concernent les sages-femmes, les diététiciens, les physiothérapeutes et les soins à domicile fournis par le personnel infirmier. Aucune structure tarifaire à l'échelle suisse n'existe en revanche pour le domaine le plus important quant au volume des coûts, celui des tarifs des médecins. La situation actuelle n'est pas satisfaisante: d'une part, il existe 26 structures tarifaires cantonales différentes, d'autre part, des disparités salariales sont constatées entre médecins spécialistes et médecins généralistes. Les prestations techniques sont en général surévaluées, au détriment des prestations demandant du temps comme par exemple un entretien entre un médecin et son patient. Si le principe d'une structure uniforme est fixé dans la loi, son élaboration se heurte toutefois à des intérêts particuliers divergents. Depuis plus de dix ans, les partenaires tarifaires (Fédération des médecins suisses FMH, H+ les hôpitaux suisses, le Concordat des assureurs maladie et la Suva) sont en discussion pour mettre sur pied une nouvelle structure tarifaire médicale, connue d'abord sous le nom de GRAT, et maintenant sous la notion de Tar-Med. A moyen et à long terme, grâce à la transparence obtenue par un tarif

uni-forme, ainsi qu'en raison du rééquilibrage entre prestations intellectuelles et techniques, la nouvelle structure pourrait freiner la progression des coûts. Si les négociations entre partenaires tarifaires devaient échouer, le Conseil fédéral serait contraint d'édicter lui-même une structure tarifaire.

4.3.3 Soins à domicile et soins en EMS

Durant la phase d'introduction de la LAMal, une transparence insuffisante des coûts a été constatée dans le secteur des soins à domicile et des soins en EMS. L'art. 43, al. 7, LAMal accorde à la Confédération la compétence d'établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée. Se fondant sur cette disposition, le DFI a fixé un tarif-cadre (art. 9a OPAS).

4.3.4 Médicaments

La Confédération a des compétences étendues dans le domaine des médicaments. Après avoir consulté la Commission fédérale des médicaments, l'OFAS établit la liste des spécialités (LS), laquelle contient de manière exhaustive les médicaments qui font partie de l'offre de base et sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins, et en fixe les prix. Ces réglementations contenues dans la loi et l'ordonnance permettent d'inscrire dans la LS des nouvelles préparations „vitales“ dans les délais les plus brefs. C'est ainsi que l'OFAS a pu en 1996, grâce à une procédure accélérée, inscrire les nouveaux médicaments contre le sida dans la LS en quelques mois seulement à partir de leur homologation.

3948 La Confédération s'emploie à utiliser tous les moyens pour réduire les prix des médicaments, qui représentent près de 20 % des coûts pris en charge par l'assurance-maladie. Avec la mise en vigueur de la LAMal, de nouvelles dispositions relatives à la fixation des prix des médicaments à la charge de l'assurance-maladie ont été édictées afin de permettre un réexamen du prix des anciens médicaments. Le délai de protection légale dont ils bénéficiaient était ramené de 30 à 15 ans (en contrepartie, la fixation du prix des nouveaux médicaments tenait compte d'une prime à l'innovation). Développements: – La procédure de réexamen en vue de baisser les prix prévoyait une comparaison des prix des médicaments avec ceux de trois pays de référence européens. Toutefois, dès la notification des modifications de prix par l'OFAS, plusieurs fabricants et importateurs de médicaments ont interjeté des recours, ce qui a initialement retardé le processus d'adaptation des prix. Après de longues négociations entre les autorités fédérales et l'industrie pharmaceutique, un accord a pu être trouvé, qui permettait de trouver une issue à une situation bloquée depuis 1996. Entré en vigueur le 1er janvier 1999, l'accord introduit des changements dans la méthode de comparaison, qui tient compte désormais des prix au départ du site de production. Par rapport à la moyenne des trois pays de comparaison (Allemagne, Pays-Bas et Danemark), les écarts ne sont pas complètement corrigés. En contrepartie, l'industrie pharmaceutique s'est engagée à retirer tous les recours pendants. La baisse de prix pour les médicaments concernés est évaluée à environ 18 %, soit 220 millions de francs par année. – Afin d'encourager la consommation de médicaments génériques meilleur marché, la première révision partielle de la LAMal accorde aux pharmaciens un droit de substitution. Désormais, les préparations originales de la liste des spécialités peuvent être remplacées par des génériques meilleur marché de cette liste, à condition que le médecin n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale (art. 52a nouveau LAMal). – Les revenus des pharmaciens dépendent des prix des médicaments, ce qui incite à proposer en particulier des médicaments chers et en grande quantité. La première révision partielle de la LAMal a introduit un modèle de rémunération du pharmacien selon lequel les prestations de conseil des pharmaciens et des médecins dispensant des médicaments seront détachées des coûts des médicaments et désormais remboursées selon des tarifs (art. 25, al. 2, let. h, LAMal). Les dispositions d'application correspondantes seront édictées par le Conseil

fédéral cette année encore. – Enfin, la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques prévoit d'autoriser à certaines conditions les importations parallèles de médicaments. Cela aura pour conséquence de permettre de mettre sur le marché suisse des médicaments étrangers meilleur marché. L'adaptation correspondante de la loi a été décidée par le Conseil national, en tant que premier conseil, le 8 mars 2000. – Même si leur part dans le volume des coûts est nettement moins importante que les médicaments, le tarif des analyses de laboratoire relève aussi de la compétence de la Confédération. Sur la base de recommandations de la commission de la concurrence et de la Surveillance des prix, le DFI a or-

3949 donné, à partir du 1er octobre 1997, une baisse linéaire de 10 % du tarif des 50 analyses les plus fréquentes. 4.3.5 Participation aux coûts des assurés Au titre d'une participation minimale aux coûts, les assurés adultes s'acquittent chaque année d'une franchise et d'une quote-part de 10 % des coûts qui dépassent la franchise jusqu'à un montant annuel maximal de 600 francs. Les franchises à option visent à rendre les assurés plus conscients de l'importance des soins qu'ils demandent, voire à les inciter à renoncer à certaines prestations ou en tout cas à en user de manière modérée. Les personnes qui choisissent ce type d'assurance s'engagent à assumer une part plus importante des coûts qu'elles occasionnent. En contrepartie, elles obtiennent un rabais sur leurs primes, qu'elles aient ou non recours à des soins. Développements: – Afin d'éviter que l'augmentation des coûts ne se répercute uniquement sur les primes, le Conseil fédéral a porté la franchise de base de 150 à 230 francs à partir du 1er janvier 1998 (art. 103, al. 1, OAMal). – Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, la plupart des assureurs ont accordé des rabais de primes aux assurés ayant une franchise à option qui, à partir d'un certain niveau de prime, dépassent en partie fortement le risque maximal des coûts assumés par les assurés. Pour éviter de tels effets d'économie injustifiés, le Conseil fédéral avait déjà revu à la baisse les rabais maximaux que peuvent accorder les assureurs pour les franchises à option (adaptation de l'art. 95 OAMal entrée en vigueur le 1er janvier 1998). – Cette mesure n'a toutefois pas suffi. Le Conseil fédéral a pour cette raison décidé, le 23 février 2000, une nouvelle adaptation du système des rabais en cas de franchises à option pour le 1er janvier 2001. Il est ainsi désormais interdit aux assureurs d'offrir des rabais supérieurs au risque maximal supplémentaire assumé par l'assuré qui choisit une franchise à option. Sans cette correction, les assureurs doivent répercuter le manque à gagner sur les primes, pénalisant les personnes n'ayant que la franchise de base. Par ailleurs, les assureurs ont dorénavant la possibilité de moduler les rabais sur les primes selon les régions (adaptation de l'art. 95 OAMal: adjonction de l'al. 1bis et suppression de l'al. 3). 4.3.6 Formes particulières d'assurance (HMO, médecin de premier recours) Les formes particulières d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (HMO, médecin de premier recours) attirent toujours davantage d'assurés, même si dans l'ensemble leur part reste relativement faible. L'effet général sur la maîtrise des coûts n'a toutefois pas encore pu être évalué avec certitude.

3950 4.3.7 Limitation de l'admission pour les fournisseurs de prestations Lors des délibérations sur la première révision partielle de la LAMal, le Parlement a discuté de la possibilité de prévoir, au titre de mesure extraordinaire de maîtrise des coûts, une limitation de l'admission des fournisseurs de prestations. La loi contient désormais une telle possibilité pour une durée limitée (art. 55a nouveau LAMal): elle donne au Conseil fédéral la possibilité de faire dépendre de la preuve d'un besoin l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour

une période limitée à trois ans au maximum. Il revient au Conseil fédéral de fixer les critères pour définir le besoin. Avant l'introduction d'une telle limitation de l'admission, les cantons et les fédérations de fournisseurs de prestations et d'assureurs doivent être entendus. Les cantons désignent les catégories de fournisseurs de prestations touchées par cette mesure.

4.3.8 Obligation de conclure une convention Lors des débats sur la première révision partielle de la LAMal également, le Parlement a accepté une motion demandant que soient examinées les possibilités de lever l'obligation faite aux assureurs de coopérer avec tous les fournisseurs de prestations admis à l'assurance des soins (obligation de conclure une convention). L'introduction de ce mécanisme de concurrence pourrait à moyen et à long terme permettre de limiter le nombre de fournisseurs de prestations, ainsi que le volume des soins. Le Conseil fédéral a été chargé d'élaborer une disposition correspondante dans la deuxième révision partielle de la LAMal.

4.3.9 Contrôle des primes Avec l'obligation de s'assurer – et de payer ses primes – le contrôle et l'approbation des primes de l'assurance-maladie sociale, dont la compétence revient à l'OFAS (art. 21 LAMal), a pris une importance particulière. L'examen vise à garantir la sécurité financière des assureurs en contrôlant leur solvabilité et leurs réserves légales. Le contrôle des primes doit cependant également garantir le principe de l'égalité de traitement entre les assurés, notamment l'échelonnement des montants des primes selon les différences de coûts entre les cantons. Afin de garantir des primes calculées au plus juste et dans un souci de transparence, l'OFAS doit notamment déterminer si les hypothèses concernant l'évolution des coûts sur lesquelles se basent les assureurs pour justifier des augmentations sont plausibles.

Développements: – Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1er janvier 1996, la procédure de contrôle annuel a été améliorée et affinée d'année en année. En particulier, une collaboration régulière de la Confédération avec les cantons et entre les cantons et les assureurs a été instituée. Les cantons peuvent obtenir auprès des assureurs, sur la base d'une modification de la LAMal entrée en vigueur le 1er juillet 1999, les documents officiels sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs de primes. Ils peuvent utiliser ces documents

3951 uniquement pour élaborer un avis à l'intention de la Confédération ou pour justifier auprès des assurés les primes approuvées (art. 21a LAMal). – Pour permettre à l'OFAS d'exercer son mandat de surveillance avec le plus d'efficacité possible, la première révision partielle de la LAMal accorde à l'OFAS la compétence d'intervenir directement auprès des assureurs et de leur infliger des amendes d'ordre s'ils ne respectent pas les dispositions de la LAMal (art. 93a LAMal). – Pour prévenir des augmentations de primes qui n'étaient pas nécessaires pour des raisons de technique d'assurance, le Conseil fédéral, suite à une adaptation de l'OAMal au 1er janvier 1998, autorise les assureurs de plus de 250 000 assurés à abaisser le montant minimal des réserves légales de 20 à 15 % (art. 78, al. 4, OAMal). – Enfin, la première révision partielle de la LAMal a introduit une uniformisation des régions de primes de tous les assureurs. L'OFAS reçoit la compétence de déterminer uniformément ces régions pour tous les assureurs. Jusqu'à maintenant, chaque assureur était libre de déterminer les régions, ce qui rendait difficiles aussi bien les comparaisons des primes par les assurés que le contrôle des tarifs de primes par l'OFAS (art. 61, al. 2, LAMal).

4.3.10 Budget global dans le domaine ambulatoire L'absence de moyens de maîtrise des coûts dont disposent les cantons dans le domaine ambulatoire n'est pas sans conséquence: depuis l'introduction de la LAMal, c'est le domaine qui enregistre la plus forte hausse des coûts année après année. Alors que les cantons peuvent infléchir l'évolution dans le domaine hospitalier (planification hospitalière, budget global),

ils n'ont pas d'autres moyens d'intervention que de statuer sur les tarifs si les partenaires ne sont pas parvenus à s'entendre. Dans son message sur la première révision partielle de la LAMal du 21 septembre 1998, le Conseil fédéral proposait d'accorder aux cantons la compétence d'établir un budget global pour le secteur ambulatoire et semi-hospitalier. Le Parlement a reporté l'examen de cette proposition à la deuxième révision partielle de la LAMal.

4.4 Prestations de qualité

La LAMal fixe comme objectif prioritaire de garantir à tous les assurés l'accès à une médecine de qualité. Cela est garanti par l'obligation générale d'assurance et par un catalogue unique des prestations pour tous les assurés. Avec l'introduction de la LAMal, le catalogue a été étendu à des prestations jugées indispensables pour une offre de base de qualité: il s'agit principalement de la prise en charge des coûts de certaines mesures de prévention, des soins à domicile et des soins dans les EMS. En outre, la limitation de la durée de la prise en charge des coûts en cas de séjours hospitaliers qu'imposait l'ancien droit a été supprimée. Le catalogue unique des prestations augmente également la transparence, puisqu'il est désormais possible de comparer les primes des divers assureurs. Avant la mise en vigueur de la LAMal, les assureurs pouvaient rembourser à bien plaisir des prestations supplémentaires qui ne figuraient pas sur la liste des prestations.

3952 La LAMal fixe pour principe que toutes les prestations fournies par des médecins (ainsi que des chiropraticiens) sont remboursées par l'assurance des soins. Ces prestations ne sont pas énumérées de manière exhaustive – au sens d'une liste positive. Le DFI a la compétence de désigner les prestations controversées dont les coûts ne sont pas pris en charge, ou ne le sont qu'à certaines conditions. En revanche, la liste des moyens et appareils, la liste des analyses et la liste des spécialités (médicaments) énumèrent de manière exhaustive les prestations obligatoirement prises en charge. Il en va de même des prestations relevant de la médecine préventive.

Développements: – La procédure d'admission de nouvelles prestations, qui est une compétence directe de la Confédération, revêt une importance encore plus grande avec l'introduction de la LAMal. L'adaptation régulière du catalogue des prestations est indispensable pour garantir une assurance de base de qualité. Le processus doit toutefois répondre aussi bien à la nécessité de tenir compte des progrès de la médecine qu'aux efforts de maîtrise des coûts. Rassemblant des spécialistes représentant tous les partenaires concernés, la Commission des prestations a la lourde tâche d'examiner l'opportunité de la prise en charge de nouvelles prestations, selon les trois critères définis dans la loi: efficacité, adéquation et caractère économique (art. 32 LAMal). Elle transmet ensuite ses recommandations au DFI qui tranche en dernier lieu. Il s'est rapidement avéré que l'énorme charge de travail pesant sur les membres de la commission des prestations menaçait de paralyser le processus. Une réorganisation de la commission a alors été décidée. La nouvelle structure est entrée en vigueur le 1er janvier 1998: elle comprend une commission fédérale des principes, qui coordonne les deux commissions spécialisées déjà existantes (Commission des prestations générales et Commission des médicaments), auxquelles s'ajoutent deux autres commissions spécialisées (Commission des analyses et Commission des moyens et des appareils). Cette réorganisation permet également une meilleure représentation des assurés, ainsi que de la médecine complémentaire et de la médecine préventive. La création d'une commission des principes, qui traite des thèmes généraux comme l'éthique et la protection des données, est venue à point nommé comme forum de réflexion sur des questions dont certaines suscitent également un intérêt particulier dans le public (prise en charge des coûts de médicaments extrêmement chers comme le Novoseven ou de médicaments tels que le Viagra ou le

Xenical [médicaments „life style“]). L'admission de nouvelles prestations à la charge de l'assurance des soins par le DFI constitue un exercice d'équilibre. Le DFI procède en tous les cas à une estimation des coûts attendus des prestations nouvellement admises. Outre les critères définis par la loi, le DFI peut aussi fixer des conditions pour l'admission de nouvelles prestations, par exemple limitation de leur durée ou une disposition prévoyant qu'elles ne peuvent être administrées que par des fournisseurs de prestations spécialement formés. C'est le cas par exemple pour les cinq nouveaux traitements de médecine complémentaire qui sont remboursés à partir du 1er juillet 1999. Les traitements de la médecine anthroposophique, de la médecine chinoise, de l'homéopathie, de la thérapie neurale et de la phytothérapie ont été inscrits au catalogue des prestations pour une période de six ans. Une première évaluation aura lieu après trois ans, c'est-à-dire en 2002, selon un modèle élaboré en collabora-

3953 tion avec des spécialistes en médecine complémentaire et approuvé par la commission des prestations générales. De plus, ces traitements ne sont remboursés que s'ils sont effectués par un médecin qui a suivi une formation post-grade correspondante et reconnue. – Conformément à une politique moderne de santé publique, la prévention est désormais admise dans la LAMal et le catalogue des prestations est complété par différentes mesures dans le domaine de la prévention. Par la fondation pour la promotion de la santé (Fondation 19), l'institution prévue par la loi a été créée par laquelle les assureurs et les cantons agissent en commun pour stimuler, coordonner et évaluer les mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies (art. 19 LAMal). 5 Analyse de la question du financement de l'assurance-maladie sociale 5.1 Remarques préliminaires Comme mentionné au début sous ch. 2.4, le Conseil fédéral saisit l'opportunité que lui offre le présent message pour faire le point, en particulier sur la question du financement. L'initiative-santé aborde la question du financement de l'assurance-maladie sociale de deux manières: du point de vue des recettes des assureurs-maladie et du point de vue de la maîtrise des coûts. Les coûts de la santé doivent être financés différemment dans certains secteurs et ils doivent aussi, en partie, être répartis autrement. L'initiative-santé met en jeu des alternatives de financement liées à des primes dépendant du revenu et à des recettes provenant de la taxe sur la valeur ajoutée. Elle vise à limiter les coûts de la santé, à renforcer les incitations à la maîtrise des coûts et ainsi à freiner les dépenses des assureurs-maladie. Ces deux points doivent être pris en considération dans toute réflexion sur l'évaluation des questions de financement dans le domaine de la santé. D'abord, seront présentés les éléments particuliers du financement actuel de l'assurance-maladie sociale. La question du financement sera ensuite examinée sous l'angle du financement de l'ensemble des assurances sociales, en référence avec le message transmis aux Chambres fédérales le 2 février 2000 concernant la 11e révision de l'assurance-vieillesse et survivants et le financement à moyen terme de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité (FF 2000 1771). Suit un résumé de l'évolution depuis l'introduction de la LAMal. Puis, une évaluation des objectifs du message de 1991 concernant la LAMal est faite pour établir dans quelle mesure ils ont été atteints. Les développements suivants font partiellement double emploi avec les indications contenues dans la vue d'ensemble du chapitre précédant et avec les explications sur l'initiative-santé encore plus haut. Il s'agit donc en partie de répétitions que des raisons de compréhension rendent nécessaires. Dans la mesure du possible, on se contente de renvois.

3954 5.2 Composantes du mode de financement actuel de l'assurance-maladie sociale
L'assurance obligatoire des soins est financée actuellement au moyen d'un système de financement mixte, soit des recettes provenant des ménages privés et des impôts. Les détails chiffrés concernant l'ampleur et l'évolution des divers postes se trouvent dans les tableaux 1 et 2 de l'annexe du présent message (dans ce qui suit les données concernant l'année indiquée seront en italique et exprimées en millions de francs): – Primes (par tête) versées par les assurés (1998:12 604): Toute personne assurée doit s'acquitter d'une prime dès la naissance. Jusqu'à l'âge de 18 ans révolus, celle-ci doit être réduite et jusqu'à 25 ans révolus (personnes en formation) elle peut être réduite. Ni l'âge, ni le sexe, ni l'état de santé ou la capacité financière ne doivent jouer un rôle lors de la fixation de la prime. Le montant de la prime perçue par une caisse-maladie dans un canton et une région doit être égal pour tous les adultes (art. 61 LAMal). L'appellation usuelle de ce système est „système de primes par tête“. – Participations aux coûts des assurés (1998: 2097): Les assurés participent de trois manières aux coûts des prestations qui leur sont fournies: en tant qu'adultes ils assument tout d'abord une franchise ordinaire de 230 francs ou, facultativement, une franchise à option plus élevée. Ensuite, ils paient une quote-part de 10 % qui est au plus de 600 francs par année civile pour les adultes et de 300 francs pour les enfants. Plusieurs enfants d'une même famille paient ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dues par un adulte (art. 64 LAMal). Enfin, les assurés versent une contribution aux frais de séjour en hôpital échelonnée en fonction des charges de famille (art. 64, al. 5, LAMal). Au sens de l'art. 104, al. 1, OAMal la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier se monte à 10 francs. Ce sont surtout des personnes sans obligation de soutien qui doivent s'acquitter de ce montant. – Subsidés fédéraux et cantonaux destinés à la réduction de primes (1998: 2491): Les cantons réduisent les primes des assurés de condition économique modeste. Ils sont très libres dans le choix du mode d'exécution. Les montants annuels des subsides fédéraux sont fixés par arrêté fédéral simple valable quatre ans. En même temps est fixé le montant par lequel les cantons doivent compléter les subsides de la Confédération. Les cantons ont la possibilité de réduire de 50 % au maximum le montant qu'ils doivent assumer. Le subside fédéral alloué est alors réduit dans la même mesure (art. 65 et 66 LAMal). – Allocation de subventions cantonales pour les prestations hospitalières (1998: 4897): Les cantons sont tenus de couvrir par les recettes de l'impôt au moins 50 % des coûts imputables aux patients de la division commune des hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics (art. 49, al. 1 et 2, LAMal). Les cantons sont tenus de payer également ce montant pour leurs habitants assurés en section privée ou semi-privée lorsque ceux-ci sont hospitalisés, pour des raisons médicales ou en cas d'urgence, en dehors de leur territoire. Jusqu'à fin 2000, les cantons ne paient pas ce subside pour les personnes assurées en privé ou semi-privé et qui sont hospitalisées sur leur

3955 territoire, en raison d'un „moratoire“ institué entre la majorité des assureurs et tous les cantons pour le cas où ces personnes ne seraient pas en chambre commune. – Mise à disposition des infrastructures par les cantons et les communes (1996: 745): Les cantons et les communes financent directement (en partie) la construction des hôpitaux et des installations destinées au traitement. En outre, ils assument aussi (en partie) l'achat des (grandes) infrastructures courantes. – Rendements du capital et autres recettes (1998: 331): Il faut ajouter aux recettes principales évoquées jusqu'ici les rendements du capital provenant de réserves et de provisions ainsi que le rendement de la fortune; il convient toutefois de ne leur accorder qu'une importance mineure dans un système de financement

par répartition. – Compensation des risques (Redistribution 1998: 609): Il existe une compensation des risques entre assureurs, financée au moyen des primes (art. 105 LAMal). Ainsi les coûts sont répartis entre assurances qui présentent un nombre d'assurés chers supérieur à la moyenne et d'autres assurances qui sont dans la situation inverse. Le mécanisme de la compensation des risques n'est pas en soi un élément du système de financement de l'assurance-maladie, mais il joue un rôle pour chacun des assureurs-maladie dont il complète ou diminue les recettes. Pour ce qui est de la redistribution, seule joue un rôle la répartition des assurés par classe d'âge et selon le sexe. Le mode de calcul de la compensation des risques implique que la somme des contributions payées au fonds de compensation est égale aux recettes qui en proviennent. En 1998, un montant de 609 millions de francs a été redistribué entre les assureurs-maladie dans le cadre de la compensation des risques (rapport d'activités 1998 de l'institution commune LAMal).

5.3 Financement de l'assurance-maladie sociale dans le contexte du financement de l'ensemble des assurances sociales Dans son message du 2 février 2000 concernant la 11e révision de l'AVS, le Conseil fédéral a présenté la consolidation financière des assurances sociales comme un objectif prioritaire. Il considère que, grâce aux mesures de maîtrise des coûts déjà appliquées, la hausse des coûts de l'assurance-maladie causée par le progrès médical, au-delà de celle qui est causée par l'évolution salariale et démographique, pourra être limitée à 2 % dans les années 2000 à 2003, à 1,2 % dans les années 2004 à 2010 et à 0,5 % à partir de 2011. Cette estimation devrait être modifiée si le peuple acceptait certaines ou toutes les initiatives en suspens qui, à l'instar de l'initiative-santé, touchent l'assurance-maladie – „Pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier“, „Pour des coûts hospitaliers moins élevés“ et „Pour des médicaments à moindre prix“ – parce qu'alors on pourrait s'attendre tendanciellement à une augmentation des coûts de l'assurance-maladie. Le Conseil fédéral part, dans son message concernant la 11e révision de l'AVS, pour le financement de l'assurance-maladie sociale, d'une augmentation des coûts, par rapport à l'an 2000, égale à 3,5 points de pour-cent de TVA en 2025. Pour couvrir les besoins supplémentaires de l'assurance-maladie en matière de financement, le Conseil fédéral

3956 pense en premier lieu aux primes de l'assurance-maladie. La présentation de l'augmentation des coûts au ch. 1.1.3.2 du message concernant la 11e révision de l'AVS a été exprimée en pour-cent de TVA simplement pour disposer d'une base de comparaison pour toutes les branches de l'assurance sociale.

5.4 Evolution financière depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 Actuellement, en Suisse, le coût de la santé se monte annuellement à près de 40 milliards de francs (1996 36,96 milliards de francs.; Office fédéral de la statistique, Statistique des coûts du système de la santé, p. 36, 1998). Ce montant couvre l'ensemble des coûts du système de la santé, y compris, par exemple, les dépenses publiques d'administration et de prévention ou les dépenses des ménages privés pour des prestations non assurées comme les prestations dentaires ou les médicaments vendus sans ordonnance. Une part importante du financement de la santé publique est réalisée par l'intermédiaire de l'assurance-maladie: en 1996 les caisses-maladie (assurance des soins et assurance complémentaire) ont financé environ 18 milliards de francs, ce qui correspond à presque 50 % de l'ensemble des coûts. En 1985, cette part n'était que de 40 % (Statistique OFS, loc. cit., p. 38). Alors que les coûts totaux de 1996 correspondaient à une part légèrement supérieure à 10 % du PIB (Statistique OFS, loc. cit., p. 7), les coûts des soins de base au sens de la LAMal peuvent être estimés à une valeur légèrement supérieure à 5 % du PIB. Ceux-ci comprennent les dépenses de l'assurance obligatoire des soins et les

sub-ventions cantonales allouées aux hôpitaux publics. On considère qu'une part de 5 % du PIB est une valeur plutôt faible pour un accès à des soins médicaux de haute qualité, même en comparaison internationale. Les tableaux 1 et 2 de l'annexe montrent que: – l'essentiel du financement, soit un peu plus des deux tiers, est assuré par les primes par tête et les participations aux coûts des assurés; – la part du financement provenant des ménages privés a nettement augmenté de 1992 à 1996 (passage à la LAMal), ceci étant uniquement dû à la diminution proportionnelle des subsides cantonaux. Si, en 1998, les budgets des cantons avaient repris la même part qu'en 1992, ils auraient dû assumer, à la place des ménages privés, des coûts supplémentaires d'un montant de 1,3 milliards de francs; – la part des budgets publics (Confédération et cantons) a de nouveau légèrement augmenté en 1998, cet effet étant dû aux subventions accrues versées à la réduction de primes; – la part des cantons dans le financement des hôpitaux (subventions) a, dans la logique des baisses observées durant la dernière décennie, de nouveau diminué en 1998. (Office fédéral de la statistique, les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé, Neuchâtel 2000).

3957 Parce que les changements apparus dans les budgets publics reposent uniquement sur l'augmentation des subsides destinés à la réduction de primes, il faut s'attendre à ce que la part de financement provenant des ménages privés aille à nouveau plutôt en augmentant si les primes continuent d'augmenter. Ce serait le cas si les augmentations de primes dépassaient le taux de croissance annuel (1,5 %) des moyens financiers que la Confédération a à disposition pour réduire les primes.

5.5 Bases d'évaluation du financement actuel

5.5.1 Objectifs du message de la LAMal de 1991

Comme il a déjà été exposé au ch. 4, le Conseil fédéral a dans son message de 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, défini trois objectifs auxquels la réforme devait satisfaire: – renforcement de la solidarité entre les assurés bien portants et malades, jeunes et âgés, économiquement aisés et économiquement modestes; – maîtrise des coûts, l'objectif au sens du message étant complètement atteint lorsque l'augmentation annuelle par tête d'habitant des dépenses relatives à la santé s'adapte à l'évolution générale des prix et des salaires (voir à ce propos ch. 5.5.3); – qualité, c'est-à-dire la garantie d'un accès à d'excellents soins, pour un coût supportable.

5.5.2 Du point de vue économique

A côté des objectifs évoqués, visés par le législateur de la LAMal, il faut, d'un point de vue économique, poser au financement les exigences suivantes: – ne pas créer d'incitations aux effets non désirables; – ne pas fausser la concurrence; – susciter la concordance des pouvoirs décisionnels et des responsabilités du financement; – présenter une structure simple et transparente pour des raisons d'acceptation; – générer des coûts administratifs faibles.

5.5.3 Question du „juste“ niveau des coûts

En relation avec les objectifs de la LAMal de maîtrise des coûts, il n'existe pas, du point de vue économique, de „juste“ niveau des coûts. Cela n'aurait donc pas de sens de lier les dépenses de la santé publique à des indicateurs comme l'évolution des salaires, l'évolution du PIB, etc. et toute déclaration dans ce sens devrait être prise avec la plus grande réserve. Ils estiment aussi que la „quote-part santé“, c'est-à-dire la part que prennent les dépenses de santé au PIB, continuera à augmenter parce que le progrès technique se poursuivra et que, dans des pays aisés comme la Suisse, l'offre et la demande des prestations de santé s'accroîtra.

3958 D'un point de vue économique, la question ne peut donc être, que de savoir si les coûts sont conformes au marché, si les décisions sur l'utilisation des ressources limitées dont on dispose sont prises dans l'environnement adéquat et si les incitations sont adéquates pour les acteurs de

la santé. De leur point de vue, les circonstances évoquées sont considérées comme appropriées lorsque les décisions ont été prises en tenant compte des principes d'économie, d'efficacité et d'adéquation contenus dans la LAMal. En premier lieu, il convient de dire que les objectifs du message du Conseil fédéral peuvent, d'un point de vue strictement économique, être incompatibles avec les principes de financement. Si tel est le cas, les décisions d'ordre juridique et politique priment. La fixation des incitations économiques ne doit pas non plus conduire à un système de „médecine à deux vitesses“. A ce sujet il existe aujourd'hui une grande unité de vue bien que sur d'autres questions de base de la santé publique et de son financement, les visions et la situation des intérêts puissent être différentes. Les taux d'augmentation des coûts ont toujours dépassé, depuis la mise en vigueur de la LAMal, l'objectif fixé par le Conseil fédéral dans son message, à savoir l'alignement de la hausse annuelle des dépenses de santé par tête d'habitant à l'évolution générale des salaires et des prix (voir ch. 5.5.1). A ce sujet, il convient de faire les remarques suivantes: les coûts de la santé par tête (et par conséquent, les primes individuelles), résultent des deux variables que sont les prix et la quantité. L'élément quantitatif ne permet pas de faire correspondre la hausse des coûts de la santé à un indice des prix. Pour cette raison déjà, l'objectif formulé dans le message de 1991 ne pourra sans doute pas être atteint. La LAMal offre certes la possibilité pour les assureurs-maladie d'essayer, en créant des modèles de „managed-care“, d'influencer la quantité des prestations fournies. Des succès sur ce plan ne peuvent cependant, pour diverses raisons (absence d'incitation à l'investissement d'entreprises pour de tels modèles dans l'assurance des soins, pression sur les primes trop faible, pression inexistante sur le marché pour les fournisseurs de prestations) être enregistrés que très ponctuellement. En outre, les composantes de la croissance des coûts liées aux progrès médicaux ne dépendent pas de l'évolution générale des salaires et des prix. Il est donc prévisible que l'objectif fixé dans le message de 1991 ne puisse pas, même à l'avenir, être complètement atteint.

5.6 Evaluation du financement actuel sur la base des critères définis au ch. 5.5 a. „Solidarité entre bien portants et malades“

La prime par tête unique pour adulte conduit à une solidarité totale entre bien portants et malades dans les régions de primes des caisses-maladie. Toutefois, cette solidarité ne s'applique pas à tous, car les caisses-maladie doivent échelonner les primes pour les enfants et qu'elles peuvent le faire pour les jeunes adultes en formation, ce droit devant se transformer d'ailleurs bientôt en partie en une obligation (voir ch. 4.2.3). Il convient par ailleurs de relativiser la notion de solidarité entre bien portants et malades parce que les assureurs-maladie présentent des risques collectifs fort divers. Bien qu'il existe une compensation des risques entre les caisses-maladie, les assureurs-maladie ayant des assurés qui demandent des prestations médicales en nombre supérieur à la moyenne ont également des primes supérieures à la moyenne. En effet, lors de la redistribution dans le cadre de la compensation des risques existante, seule

la répartition des assurés par classe d'âge et par sexe joue un rôle. Des études montrent que la compensation des risques basée sur les critères d'âge et de sexe ne compense qu'en partie la structure des risques des assureurs (Spycher Stefan, Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung, Berne 2000). Les franchises et la quote-part affaiblissent également la solidarité entre bien portants, moins bien portants et malades, car seuls les premiers n'ont pas à assumer ces coûts. Toutefois cet affaiblissement de la solidarité est sciemment accepté afin que les assurés prennent également en compte des considérations de rapport coût/efficacité lors des décisions de choix de thérapies prises d'entente avec leur médecin. Les limitations évoquées dépendent cependant du système et

n'ont pas, sur les assurés, des effets qui affectent de manière tangible les objectifs de la LAMal. Les assurés en mauvaise santé, en particulier, ont eux aussi la possibilité de changer d'assureur-maladie sans restriction si leur caisse-maladie propose des primes supérieures à la moyenne en raison d'une structure des risques défavorable et de choisir un assureur meilleur marché.

b. „Solidarité entre assurés économiquement aisés et économiquement modestes“ La solidarité entre assurés économiquement aisés et assurés économiquement modestes est réalisée par l'intermédiaire des subsides destinés à la réduction de primes, des subventions cantonales et communales allouées en tant que participations aux frais de séjour hospitalier et de la mise à disposition des infrastructures par les cantons et les communes. Les coûts de ces prestations sont tous financés par l'impôt. Toutefois, en comparaison avec l'étranger, l'ampleur de cette solidarité est relativement modeste. La part du financement public ne se monte au total qu'à un bon tiers (cf. tableau 1 de l'annexe). Les subsides destinés à la réduction des primes qui sont financés par les recettes fiscales ne sont actuellement versés en règle générale qu'à des personnes avec des revenus très bas. Par conséquent, le problème de la répartition des coûts de la santé s'est, du fait que les charges imposées par le financement de ces coûts ont été transférées du secteur public aux ménages privés (cf. ch. 5.4), aggravé ces dernières années, en particulier pour les personnes à revenus moyens. D'autre part, le passage du subventionnement selon l'ancien droit (réduction de prime répartie entre tous selon le principe de l'„arrosoir“) au système de réduction des primes individuelles introduit par la LAMal, a provoqué une augmentation générale des primes de l'ordre de 10 %. Les subventions n'atteignent plus maintenant que les assurés bénéficiaires d'une réduction individuelle de prime en raison de leurs modestes ressources. Les assureurs ont en effet dû compenser la perte des recettes liées aux subventions de l'ancien droit par une augmentation correspondante du niveau général des primes. Cet effet était attendu et s'est produit comme prévu. On notera par ailleurs que l'institution d'une prime uniforme pour adultes s'est traduite par une hausse moyenne des primes de 11 % environ pour le premier groupe d'âge d'entrée des adultes: cela s'explique par le fait que les assurés âgés qui versaient des primes très élevées selon l'ancien droit ont vu leur charge s'alléger. Il a fallu compenser les pertes ainsi enregistrées en adaptant en conséquence la prime de base. Cet ajustement a cependant renforcé la solidarité entre jeunes assurés et assurés âgés et supprimé les problèmes que rencontraient les assurés âgés lors de fusions de caisses.

3960 Le système de réduction des primes individuelles institué par la nouvelle loi n'atténue, en règle générale, les charges que pour les catégories de revenus les plus bas et n'agit souvent pas, selon le régime cantonal en vigueur, de manière optimale sur les revenus moyens de la catégorie inférieure. L'étude publiée en automne 1998 (voir ch. 4.2.1) relative à l'efficacité des systèmes cantonaux de réduction des primes en matière de politique sociale (Balthasar, loc. cit.) a montré que, dans 12 des 26 cantons (Zurich, Schwyz, Obwald, Glaris, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Argovie, Tessin, Vaud, Neuchâtel, Genève et Jura) dans lesquels vivent environ 55 % de la population résidante permanente, une famille de quatre personnes à revenus moyens (deux adultes, deux enfants de 10 et 15 ans, 70 000 francs de revenus annuels bruts, 100 000 francs de fortune) doit consacrer plus de 8 % du revenu disponible à l'assurance obligatoire des soins. Ainsi, la part maximale au budget d'un ménage que les primes de l'assurance-maladie devaient représenter selon le message gouvernemental de 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie est dépassée. En raison de l'évolution récente de la répartition des coûts de la santé, les personnes à revenus moyens ont dû assumer une charge supplémentaire: en effet, sous l'ancien droit, les

assurances complémentaires relevaient du domaine de l'assurance-maladie sociale, mais elles ont passé au domaine de l'assurance privée avec la mise en vigueur de la LAMal. L'adaptation du financement de l'assurance complémentaire s'est traduite par une forte hausse des primes tout d'abord pour les personnes à revenus moyens qui avaient souvent pris, à partir d'un certain âge, une assurance complémentaire destinée à couvrir les frais d'hospitalisation, ainsi que pour les femmes ou les personnes en mauvaise santé. Cette augmentation est survenue en même temps que l'augmentation générale des primes résultant de l'ajustement du financement de l'assurance obligatoire des soins. L'évolution du nombre de débiteurs, en termes de rappels des assureurs pour des primes et des participations non payées, constitue également un indice de la charge croissante des primes d'assurance-maladie pour les ménages. Selon les indications des assureurs-maladie, le nombre des poursuites dues à l'incapacité de payer a énormément augmenté. En février 2000, le plus grand assureur-maladie, qui assure environ 1/6 de la population, avait presque 25 000 poursuites en cours contre ses assurés. Elles concernaient un montant d'environ 50 millions de francs. L'association faîtière des assureurs-maladie estime le manque à gagner à environ 300 millions de francs pour l'ensemble des assureurs. Cela correspond à environ 2 % du volume total des primes. Selon un sondage effectué en 1996 en Suisse romande pour le compte des assureurs-maladie, les poursuites se montaient à environ 4 % du volume des primes de cette région. c. „Maîtrise des coûts“ et „garantie de la qualité“ Selon l'avis du Conseil fédéral, il serait prématuré, moins de cinq ans après la mise en vigueur de la LAMal, d'évaluer définitivement dans quelle mesure les objectifs du message du Conseil fédéral de 1991 ont été atteints. Des analyses des effets détaillées sont actuellement en cours. L'augmentation des coûts dans l'assurance des soins a légèrement diminué par rapport à la croissance des coûts des soins par assuré observée il y a une décennie, laquelle atteignait 10,5 % en 1991 et 8,9 % en 1992. La variation des coûts, par rapport à l'année précédente, a atteint 5,2 % en 1997 et 6,2 % en 1998. Les années 1991 et 1992 ont connu une évolution des coûts supérieure à la moyenne, principalement à cause de l'institution d'un nouveau modèle de taxe hospitalière. La croissance des coûts des soins depuis la mise en vigueur de la

3961 LAMal a été plus importante que l'évolution des prix et des salaires. Comme l'augmentation des tarifs médicaux et des taxes hospitalières a été maîtrisée, la récente évolution des coûts est en premier lieu d'ordre quantitatif (nouvelles prestations, extension de l'incitation par rapport aux quantités, etc.). Les taux de croissance sont restés supérieurs à l'objectif fixé dans le message du Conseil fédéral d'un alignement de l'augmentation des dépenses de santé annuelles par tête d'habitant sur l'évolution générale des prix et des salaires. Il est fait mention plus haut sous ch. 5.5.3 de ce fait et de ses conséquences. 6 Objectifs et revendications de l'initiative-santé L'initiative-santé demande la modification de l'art. 34bis aCst. (art. 117 nCst.) et des dispositions transitoires. Comme le font aussi notamment les initiatives populaires „pour des coûts hospitaliers moins élevés“ (voir message, FF 1999 9005, ch. 2.2c), „pour des médicaments à moindre prix“ (voir message, FF 1999 6813, ch. 2.2b) et „pour le libre-choix du médecin et de l'établissement hospitalier“ (FF 1999 7987, ch. 2.2a), elle revient sur la question des coûts et du financement dans l'assurance-maladie. D'une part, elle réclame une refonte globale du financement de l'assurance-maladie sociale. D'autre part, sous le titre „Mesures pour une maîtrise efficace des coûts de la santé“, l'initiative-santé entend inscrire expressément dans la constitution le mandat donné à la Confédération et aux cantons de veiller à la maîtrise des coûts de la santé. A cet effet, une série de compétences relevant du domaine de la santé

et plus spécialement de l'assurance-maladie devrait passer des cantons à la Confédération. Ci-dessous, les deux domaines traités par l'initiative sous les titres „financement de l'assurance obligatoire des soins“ et „mesures pour une maîtrise efficace des coûts de la santé“ seront examinés séparément, pour autant qu'une présentation séparée soit rationnelle (en premier lieu sous les ch. 6.1 et 6.2, mais aussi 7).

6.1 Financement de l'assurance obligatoire des soins selon les revendications de l'initiative-santé

L'assurance obligatoire des soins en cas de maladie devrait, selon l'initiative-santé, être financée notamment par des recettes à affectation fixe provenant de la taxe sur la valeur ajoutée et, dans une proportion au moins équivalente, par des cotisations payées par les assurés. Ces dernières devraient être fixées en fonction du revenu et de la fortune réelle, ainsi qu'en tenant compte des charges familiales. Les assureurs-maladie devraient recevoir, pour chaque personne assurée, des contributions provenant des moyens financiers mentionnés. Les différences de risques entre assureurs devraient être compensées et les excédents ristournés aux assurés (art. 117, al. 3 et 4, nCst).

3962

6.1.1 Cotisations fixées en fonction du revenu

Pour la prise en charge des primes, les assurés seraient mis à contribution en fonction de leurs possibilités économiques. Le texte de l'initiative prévoit que les cotisations devraient être perçues en fonction de l'ensemble du revenu qui dépasse l'exonération de 20 000 francs à fixer dans la loi. A l'appui de cette proposition, les auteurs de l'initiative font valoir que nulle part ailleurs une vendeuse, un maçon ou une institutrice ne paie autant qu'un milliardaire pour son assurance des soins. Ils affirment que la Suisse est le dernier pays d'Europe occidentale à financer son assurance-maladie par des cotisations individuelles tout en étant, avec l'Allemagne et la France, le pays qui dépense le plus, par rapport à ses ressources, pour son système de santé. Selon eux, les assurés qui ne disposent pas d'un revenu élevé payeraient bien davantage pour leur santé que dans n'importe quel autre pays d'Europe occidentale. A cela s'ajouterait le fait que l'Etat se désengagerait progressivement du système de santé, aggravant ainsi le problème des coûts élevés et des cotisations individuelles antisociales. Le système de réduction de primes prévu dans la LAMal aurait dû régler les problèmes les plus criants et décharger les revenus les plus modestes. Mais, toujours selon les auteurs de l'initiative, ce système se serait révélé impropre: bureaucratique et pesant, il présenterait des écarts considérables d'un canton à l'autre et souffrirait de nombreux inconvénients. Il n'aurait surtout pas empêché que la plupart des assurés, avant tout dans la grande masse des revenus moyens, aient dû chaque année payer davantage. Les auteurs de l'initiative estiment que leur projet permettrait, selon la législation d'application, d'alléger la charge d'au moins 85 à 90 % des assurés, et que seuls 10 à 15 % d'assurés, les plus riches, devraient donc assumer une charge supplémentaire. Il n'est certes pas prévu de financer ou de cofinancer l'assurance-maladie par des déductions salariales et des contributions patronales. L'initiative-santé ne demande pas non plus un financement exclusivement public. Ainsi, loin de s'aligner sur les systèmes de financement de l'assurance-maladie sociale usuels dans les autres pays d'Europe, le système de financement prévu par l'initiative-santé se fonde dans l'ensemble sur celui qui est en vigueur en Suisse. Selon le Conseil fédéral, les revendications de l'initiative-santé reviendraient à réformer complètement le financement actuel de l'assurance-maladie sociale, puisque la mise en œuvre de ses revendications reviendrait à instituer un nouvel impôt sur les hauts revenus. En ce qui concerne les autres éventuels avantages et inconvénients du système de financement préconisé par l'initiative-santé, on peut dire, d'une manière générale, que l'application de ce système poserait quantité de problèmes techniques, auxquels il serait certes possible de trouver une

solution, mais, du moins pendant une assez longue période transitoire, au prix d'un important travail supplémentaire à tous les niveaux (Confédération, cantons, assureurs, assurés) et de nombreuses incertitudes. Maintes législations dans divers domaines (assurances sociales, finances, impôts, système de santé, etc.) devraient être complètement révisées. Certaines charges de financement devraient faire l'objet d'une nouvelle répartition, qui aurait à son tour d'importantes répercussions sur la nouvelle péréquation financière. Eu égard au fait que, dans l'ensemble, la réduction de primes remplit désormais bien sa tâche, et que des corrections ponctuelles du système en vigueur permettraient d'éliminer les lacunes restantes, le Conseil fédéral estime qu'une réorganisation du système de financement de l'assurance-maladie sociale dans le sens prévu par l'initiative-santé doit être rejetée. Les modifications nécessaires auraient des répercussions d'une portée

3963 telle sur tous les budgets privés et publics que l'équité sociale accrue qu'elles apporteraient éventuellement ne les justifie pas. En particulier, il faut tenir compte de la charge qui serait imposée aux ménages privés disposant de bas revenus par l'augmentation de la TVA prévue par l'initiative. S'il est nécessaire de renforcer encore l'équité sociale, il faut le faire en améliorant les instruments qui ont déjà été créés. Le Conseil fédéral sait que les primes d'assurance-maladie continuent à faire peser de lourdes charges sur de nombreux budgets. Pour rendre ces charges supportables, le législateur a institué un subventionnement axé sur les besoins des assurés. Cette tâche relève d'abord de la compétence et de la responsabilité des cantons. Il ressort toutefois d'une analyse des effets que la réduction des primes n'atteignait pas de manière optimale dans tous les cantons son but de politique sociale. La réforme de la péréquation financière peut créer un cadre permettant de réduire les disparités. Pour cette raison, le Conseil fédéral propose de s'en tenir au principe actuel des primes par tête et de réduction de primes et de rejeter l'initiative-santé sans contre-projet.

6.1.2 Cotisations fixées en fonction de la fortune réelle

Les auteurs de l'initiative considèrent que les valeurs de la fortune imposable saisies dans les cantons seraient fortement sous-évaluées. Ce serait notamment le cas pour les valeurs immobilières, mais aussi pour les titres de participation non cotés en bourse et les objets de valeur. Ils prévoient donc de fixer les cotisations en prenant en compte tous les éléments de la fortune estimés selon des critères réalistes à leur valeur commerciale. Les cotisations devraient être fixées en fonction de l'ensemble de la fortune dépassant l'exonération de 1 million de francs à fixer dans la loi (disposition transitoire de l'art. 197, al. 4, let. a, nCst). Le Conseil fédéral réitère au sujet de la prise en compte de la fortune pour le calcul des cotisations les réserves émises au ch. 6.1.1 sur la prise en compte du revenu dans ce même but. Les difficultés techniques posées par le passage à un système d'estimation „réaliste“ de tous les éléments de la fortune à leur valeur commerciale ne constituent qu'un aspect du problème. Il en résulterait aussi d'innombrables litiges, et donc des frais extrêmement élevés, parce que la fixation d'une valeur commerciale particulière pour les besoins de l'assurance-maladie non seulement aurait des effets contestés sur le niveau des primes à payer, mais pourrait aussi avoir des répercussions dans des domaines où l'estimation de la fortune joue un rôle important (droit fiscal, droit successoral, droit matrimonial, droit réel). Par ailleurs, une application pertinente de la réglementation actuelle en matière de réduction de primes implique déjà en principe que les cantons prennent aussi en compte les conditions de fortune.

3964 6.1.3 Questions particulières en relation avec le financement a. Primes des enfants/Prise en compte des charges familiales Il découle de l'initiative, comme l'explique la documentation y relative, que les primes des enfants sont comprises dans les primes des parents, à moins que les enfants ne disposent d'un revenu imposable ou d'une fortune propre, ce qui est rarement le cas. Les enfants devraient donc être assurés sans prime séparée. En ce qui concerne la proposition souvent faite ailleurs de libérer de manière générale les enfants et les jeunes de l'obligation de verser des primes (par les impôts ou par un transfert sur les primes des adultes), le Conseil fédéral relève que 7,4 % des coûts soit 885 millions de francs (sans participation aux coûts) ont été imputables aux enfants et aux jeunes en 1998. Etant donné que la part des recettes provenant des primes versées par les enfants et les jeunes correspond à 6,7 %, autrement dit que les coûts qu'ils engendrent sont, proportionnellement, légèrement supérieurs aux entrées qu'ils apportent, il y a donc déjà une légère redistribution en faveur des enfants. Celle-ci était un peu plus importante sous le régime de la LAMA, car les primes des enfants étaient en comparaison un peu avantageuses que les primes des adultes et que les grandes familles ne payaient pas de primes pour le troisième enfant et les enfants suivants. Les répercussions d'une exclusion générale des enfants et des jeunes de l'obligation de verser des primes dépendent du type de financement. Il est possible de faire les remarques suivantes à ce sujet: si ces coûts étaient financés par les impôts, les effets nets pour une famille de la „libération des primes“ moins les „charges fiscales supplémentaires“ divergeraient selon les cantons, les communes, les caisses et les régions d'activité des assureurs. Il est très vraisemblable que presque toutes les familles en profiteraient en termes nets, mais la baisse serait plus importante pour les bas revenus que pour les revenus élevés. Les couples (riches et pauvres) sans enfant et les célibataires assumeraient la plus grande part de ce transfert de charges. Si les coûts d'une exonération générale étaient financés par les primes, les primes des adultes devraient augmenter (en moyenne suisse) de 13,40 francs par mois ou 6,7 %. Pour une famille avec deux enfants, la baisse nette serait de 80 francs environ par mois en moyenne (ou de 960 francs environ par an). Cette baisse nette ne différerait pas selon le revenu ou la fortune. Les célibataires et les couples sans enfant auraient une charge supplémentaire nette à assumer. Le financement par les primes des adultes serait, du point de vue de la politique sociale, un peu moins ciblé que le financement par les impôts puisqu'il en découlerait un effet d'entraînement pour les familles à moyen ou haut revenu. La redistribution n'aurait en partie pas de justification (p. ex. le transfert des charges des célibataires à faible revenu vers les familles aisées). Le Conseil fédéral est d'avis qu'il n'y a pas de raison d'édicter des mesures de droit fédéral pour décharger ou exclure les enfants de l'obligation de verser des primes autres que celles qui permettent actuellement des rabais de primes et le versement de subsides pour la réduction des primes. Un canton peut faire beaucoup pour décharger les familles à travers sa législation fiscale et le système de réduction de primes y relatif sans que le droit fédéral n'ait pour autant à être modifié. La demande de l'initiative-santé de fixer les cotisations „en tenant compte des charges familiales“, signifie, justement interprétée, que les charges familiales seraient

3965 prises en compte indépendamment de la suppression des primes pour les enfants. Les arguments présentés ci-dessus s'appliquent ici aussi. Dans le cadre de la réduction de primes, des familles sont déjà considérées aujourd'hui en tant qu'entités fiscales et leur capacité économique restreinte par les charges familiales est prise en compte en fonction de critères cantonaux. b. Participation aux coûts des assurés Il découle de l'initiative-santé que la participation aux coûts des assurés doit être supprimée. A ce propos, le Conseil fédéral

relève que la participation actuelle permet de payer 15 % des prestations fournies. Selon le Conseil fédéral, il n'est pas possible de renoncer à une telle participation, dont la suppression priverait les assureurs-maladie d'entrées annuelles supérieures, selon les chiffres actuels, à 2 milliards de francs. Celles-ci devraient être compensées par des recettes équivalentes. Sans participation aux coûts, il ne serait plus possible non plus de continuer à pratiquer l'assurance – actuellement très répandue – qui prévoit une franchise annuelle à option. Outre la suppression de cette forme d'assurance, que 38 % des assurés avaient déjà choisie en 1997, le maintien des autres formes particulières d'assurance (HMO et assurance avec bonus, systèmes de contrôle avec „gatekeepers“ et médecins de famille, autres modèles de type „managed care“, etc.) serait – selon l'organisation du financement des primes – remis en question si les incitations à économiser les primes étaient fortement réduites. Selon la forme particulière d'assurance, ces incitations existent grâce à un rabais sur la prime par la possibilité d'assumer une part ou la totalité des coûts de traitement (assurance avec franchise à option, assurance avec bonus). Un rabais sur la prime peut être également prévu avec simultanément la suppression de toute participation aux coûts, (assurance HMO et assurances avec modèle du médecin de famille ou des „gatekeepers“).

6.1.4 Financement par des „recettes supplémentaires provenant de la taxe sur la valeur ajoutée“ Selon les propositions de l'initiative-santé, la proportion des recettes supplémentaires provenant de la TVA doit être déterminée par la loi. Cette proportion doit être au plus équivalente à celle des cotisations payées par les assurés. Selon les estimations des auteurs de l'initiative, calculées sur la base du volume de coûts de 1997, cette part correspondrait à 3,5 % de TVA supplémentaire. Il est à signaler d'abord que la part de l'Etat au financement de l'assurance-maladie augmenterait fortement suite au cofinancement prévu au moyen de la TVA. La suppression des subsides publics destinés à réduire les primes permettrait certes à la Confédération de faire des économies, mais les dépenses supplémentaires financées par les recettes de la TVA accroîtraient ses charges en fin de compte. Si, selon les termes de l'initiative, les recettes supplémentaires provenant de la TVA devaient être équivalentes au financement assuré par les cotisations des assurés, cela correspondrait à un montant d'environ 7 milliards de francs, compte tenu que les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie se sont élevées à 14,024 milliards de francs en 1998, auxquels il convient d'ajouter des dépenses de fonctionnement des assureurs pour un montant de 862 millions de francs. Or, les subsides fédéraux pour la réduction des primes s'élèvent actuellement à quelque 2 milliards de francs. Le changement de système ferait par contre économiser jusqu'à

3966 1 milliard de francs par an aux cantons et aux communes (sur la base des chiffres actuels). Le Conseil fédéral rappelle, dans son message du 2 février 2000 concernant la 11e révision de l'AVS, que les fonds supplémentaires nécessaires au financement de l'assurance-maladie continueront à être fournis prioritairement par les primes individuelles (voir ch. 5.3). Pour financer l'assurance obligatoire des soins, il faut en principe renoncer à prélever des moyens fiscaux supplémentaires à ceux dont la Confédération dispose déjà. Le texte constitutionnel proposé par l'initiative-santé, tel qu'il est formulé, a deux aspects qui ne donnent pas satisfaction. D'une part, la mise en vigueur de la loi étant réservée, il ne garantit pas le relèvement de la TVA en faveur de l'assurance-maladie. Cela dépend de la réalisation ultérieure d'une base légale, et en particulier d'un succès en cas de référendum. D'autre part, le texte constitutionnel proposé ne fixe pas de limite supérieure suffisamment définie et transparente pour le relèvement admis de la TVA. Un relèvement de la TVA serait possible d'une manière générale jusqu'à la moitié des coûts occasionnés dans

l'assurance-maladie sociale. La proportion en pour cent de TVA dépendrait de l'évolution effective des coûts de l'assurance-maladie, donc également de l'évolution de l'augmentation des coûts et ainsi indirectement du succès ou de l'insuccès des mesures visant à maîtriser les coûts. Jusqu'à présent, la constitution prévoyait que, pour la TVA, les taux maximaux qui servent à déterminer les taux d'imposition particuliers, ainsi que les suppléments à affectation fixe (AVS/AI, NLFA), doivent être réglés au niveau constitutionnel. En acceptant l'initiative, on renoncerait à ce principe assurant la transparence pour la fixation d'un supplément d'impôt proportionnellement très important. Le remplacement d'un mode de financement au moyen des recettes provenant d'un impôt individuel direct par un mode de financement au moyen d'un impôt indirect sur la consommation (TVA) aurait en outre des conséquences économiques par ses effets sur les prix et sur l'inflation. Contrairement à des augmentations de primes ou à une augmentation de l'impôt individuel direct, l'augmentation de la TVA se répercuterait généralement sur les prix. Enfin, dans la loi actuelle, la concurrence entre les assureurs représente un paramètre d'ordre politique important qui peut contribuer à la modération des coûts. En cas de financement pour moitié par la TVA, les incitations pour les assureurs à réduire les coûts diminueraient.

6.1.5 Nouveaux mécanismes de compensation (compensation des risques entre assureurs, ristourne des excédents aux assurés)

Selon l'initiative-santé, les assureurs-maladie doivent recevoir, pour chaque personne assurée, des contributions issues des recettes supplémentaires à affectation déterminée provenant de la TVA ainsi que des cotisations payées par les assurés. Les différences de risques entre assureurs seraient compensées et les excédents ristournés aux assurés (art. 117, al. 4, nCst).

3967 Cette réglementation aurait, de l'avis du Conseil fédéral, des répercussions particulièrement importantes sur l'application de l'assurance-maladie sociale. Il n'est pas clair comment, avec le financement proposé, s'exercerait la concurrence entre les assureurs-maladie, qui est actuellement régie pour l'essentiel par les prix (= les primes). Il reste également à savoir qui détermine le besoin financier de chacun des assureurs et qui fixe les primes des assurés, les encaisse et les répartit entre les assureurs. Certes, l'initiative mentionne les différences de risques entre assureurs, mais sans préciser de quels risques il s'agit. Il est probable, dès lors, que l'on ait en vue les risques liés à l'„âge“ et au „sexe“ qui sont déjà compensés. De plus, cette compétence constitutionnelle pourrait aussi rendre obligatoire la compensation des autres facteurs de risques, inégalement répartis entre les assureurs, tels que „la santé“ et „le revenu ou la fortune“, en raison du nouveau mode de calcul des primes. Enfin, il reste à préciser si les risques doivent être compensés intégralement ou partiellement. Selon les décisions prises en la matière par le législateur et dans des conditions de concurrence plus ou moins équivalentes à celles qui existent aujourd'hui, certains assureurs ne seraient plus en mesure de poursuivre leur activité, à moins que la compensation intégrale de l'ensemble des risques encourus n'incite plus les assureurs à économiser sur les coûts. En raison des nombreuses questions laissées en suspens par l'initiative, le Conseil fédéral n'est pas en mesure d'avancer des estimations concernant le volume de redistribution ou de ristourne. Les conditions-cadres seront décisives pour ce faire. Après une décision de principe du peuple et des cantons, elles resteraient à définir au cours de débats politiques approfondis avant de pouvoir être fixées dans la loi. Pour l'essentiel, le seul élément connu est le montant par lequel l'assurance-maladie sociale, en tant que telle, devrait à l'avenir financer, par l'ensemble de ses propres moyens, le système de santé. La répartition du montant total entre les différents assureurs et entre chaque assuré devrait par contre être entièrement redéfinie.

6.2 Maîtrise des coûts dans le système de la

santé selon les mesures préconisées par l'initiative-santé L'initiative-santé entend inscrire expressément dans la Constitution le mandat de la Confédération et des cantons de veiller efficacement à la maîtrise des coûts de la santé. Sont concernés les domaines suivants: médecine de pointe, planifications sanitaires des cantons, prix maximums, tarifs, admission des fournisseurs de prestations, contrôle de la qualité, et, de manière générale, mesures tendant à la maîtrise des coûts lorsque le volume des prestations fournies est excessif (art. 117, al. 5, nCst). Les auteurs de l'initiative estiment que l'initiative-santé apporte des ébauches de solution que la loi actuelle ne contient pas. La principale innovation résiderait dans le fait que la Confédération obtiendrait pour la première fois d'importantes compétences de coordination, afin de prendre elle-même les choses en main. Il serait alors possible d'empêcher que les différents acteurs du système de santé (Confédération, cantons, caisses-maladie, médecins, etc.) ne se renvoient la balle. La Confédération devrait obtenir en particulier des compétences de planification dans la médecine de pointe, des compétences pour contrôler les prix et les quantités de prestations fournies, ainsi que des tâches de coordination concernant les planifications sanitaires des cantons, de même que le contrôle de la qualité. L'initiative demande non un élargissement du marché en faveur des fournisseurs de prestations

3968 dans le système de santé, mais des compétences de direction accrues pour la Confédération et les cantons. Dans l'intérêt des personnes assurées, ils estiment qu'il faudrait pouvoir limiter notamment la quantité et le prix des prestations fournies. Selon les auteurs de l'initiative, l'élargissement du marché serait lié à une réduction des prestations dans l'assurance de base et conduirait par conséquent à une médecine à deux vitesses. C'est pourquoi, l'initiative-santé choisit l'autre voie, qui consiste à utiliser davantage et à coordonner les mesures d'incitation contre l'explosion des coûts. D'une façon générale, les exigences de l'initiative-santé concernant la maîtrise des coûts conduiraient, de l'avis du Conseil fédéral, à un transfert de compétences et donc à une centralisation des compétences de planification et des tâches de coordination vers la Confédération. Au sujet des différentes propositions, le Conseil fédéral fait les constatations suivantes: a.

Réglementation de la médecine de pointe par la Confédération (art. 117, al. 5, let. a, nCst)
La documentation concernant l'initiative n'apporte pas de précisions sur ce point. Par médecine de pointe, il faut comprendre surtout la médecine pratiquée à l'hôpital et axée sur la technologie, qui est à l'heure actuelle financée dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. La notion de médecine de pointe est difficile à définir, parce qu'elle est soumise à de continus changements et qu'elle est en partie également marquée par des appréciations politiques. Le financement concret de la médecine de pointe reflète les structures du financement des hôpitaux. La médecine de pointe, étroitement liée à l'enseignement et à la recherche financés par les impôts, est essentielle pour le progrès de la technologie médicale. Par ailleurs, il ne faut pas que les frais de recherche soient financés par l'assurance obligatoire des soins (voir art. 49, al. 1, LAMal). D'un point de vue économique, il est essentiel de ne pas réduire les incitations aux progrès technologiques. L'inclusion des progrès de la médecine de pointe dans le paquet des prestations de base de l'assurance obligatoire des soins est un autre problème. Les critères prévus à ce sujet dans le droit en vigueur et les instruments à disposition pour examiner si l'admission d'une prestation s'impose ont donné satisfaction. Le Conseil fédéral est d'avis qu'aucune mesure n'est à prendre dans ce domaine. En ce qui concerne par contre la coordination des investissements et la garantie de la qualité, il est par ailleurs prévu, dans le cadre des travaux relatifs à la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons, de légiférer sur une

planification nationale et sur une répartition des tâches dans le secteur de la médecine de pointe. Le rapport final du groupe de projet „Nouvelle péréquation financière“ propose d’adopter un accord de droit intercantonal, qui renforcerait la planification et l’éventail de prestations des hôpitaux dans le domaine de la médecine de pointe. Un tel accord renforcerait la planification et définirait l’éventail des prestations des hôpitaux dans le domaine de la médecine de pointe. Ainsi, le principe du caractère économique serait renforcé. Le Conseil fédéral a accepté cette proposition dans son projet de nouvelle péréquation financière mis en consultation. La question du financement de la médecine de pointe devra, de l’avis du Conseil fédéral, être résolue par la procédure proposée dans le cadre de la nouvelle péréquation financière.

3969 b. Coordination des planifications sanitaires des cantons (art. 117, al. 5, let. a, nCst)

Les auteurs de l’initiative reprochent au système actuel le fait que tous les acteurs du système de santé (cantons, communes, assureurs, fournisseurs de prestations, autres assurances sociales et autres institutions) ont leur mot à dire sur l’organisation et la planification de ce système, ce qui leur permettrait de se renvoyer la responsabilité dans des situations délicates. Selon eux, dans aucun pays d’Europe l’Etat ne disposerait de si peu de compétences pour diriger et coordonner la politique de santé qu’en Suisse. Les planifications hospitalières seraient certes usuelles dans les cantons. La coordination des planifications sanitaires cantonales prévue par l’initiative-santé complèterait de façon judicieuse la notion actuelle de planification hospitalière. En limitant la planification au secteur hospitalier, on se trouverait rapidement confronté à de coûteuses augmentations des prestations dans les autres domaines du système de santé. L’initiative prévoit aussi clairement, selon ses auteurs, que c’est seulement lorsqu’un canton n’entreprend rien ou trop peu pour freiner les coûts que la Confédération interviendrait dans l’intérêt des assurés de ce canton. Le Conseil fédéral est également de l’avis que la coordination des planifications sanitaires par les cantons représente un instrument important pour la limitation des coûts dans le domaine de la santé et admet un besoin d’optimisation dans ce domaine. Il est cependant persuadé que les bases de la constitution actuelle permettent de progresser régulièrement sur ce plan. S’il devait s’avérer que certaines mesures nécessitent une adaptation au niveau de la loi, des propositions adéquates seraient élaborées. A ce propos, le Conseil fédéral se réfère à la deuxième révision partielle de la LAMal (projet de financement des hôpitaux). Les questions qui se posent dans ce contexte sont étroitement liées et doivent faire l’objet de débats politiques approfondis. Les revendications déjà mentionnées, en particulier la suppression de l’obligation de contracter, les restrictions en matière d’admission ou l’introduction d’un budget global (voir ch. 4.3.7, 4.3.8 et 4.3.10) ne peuvent pas être séparées des questions de planification sanitaire.

c. Détermination des prix maximaux des prestations fournies, médicaments compris (art. 117, al. 5, lettre b, nCst) Le Conseil fédéral considère qu’il n’est pas nécessaire d’instituer d’autres mesures que les adaptations de la LAMal déjà abordées ou décidées dans le cadre des première et deuxième révisions partielles de cette loi. Les instruments à disposition de la LAMal pour maîtriser les coûts n’ont, en particulier dans le secteur des tarifs, pas encore pu déployer entièrement leurs effets parce que leur mise en application ne peut se faire qu’à moyen terme.

d. Adoption de dispositions sur l’admission des fournisseurs de prestations/contrôle efficace de la qualité (art. 117, al. 5, let. c, nCst) Les auteurs de l’initiative estiment que trop de médecins fournissent des prestations trop souvent superflues aux frais des assurés. Vu la forte densité médicale en Suisse, des prestations coûteuses, mais souvent superflues, seraient fournies en grand nombre. La Suisse compterait toujours davantage de médecins,

mais surtout de plus en plus de spécialistes, qui provoqueraient dans une large mesure une demande supplémentaire de prestations médicales. La même qualité de prestations sanitaires pourrait être assurée avec nettement moins de médecins. La Confédération devrait obtenir la compétence de réduire le nombre des médecins et surtout des spécialistes.

3970 Les Chambres fédérales ont déjà admis en partie cette revendication des auteurs de l'initiative lors des délibérations relatives à la première révision partielle de la LAMal. Dans le cadre de cette première révision partielle de la loi, les Chambres fédérales ont déjà approuvé la possibilité de limiter temporairement l'admission de nouveaux fournisseurs de prestations (art. 55a nouveau LAMal; ch. 4.3.7). Par ailleurs, une motion (00.3003) déposée au Parlement demande au Conseil fédéral d'examiner la possibilité de supprimer l'obligation de contracter dans le secteur des soins ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers et de présenter les adaptations légales nécessaires lors de la deuxième révision partielle de la LAMal, dans le cadre du projet sur le financement des hôpitaux (ch. 4.3.8). La revendication de l'initiative-santé de veiller à un contrôle efficace de la qualité est déjà mise en œuvre. Mais d'importants travaux de mise en place sont nécessaires dans le cadre desquels il faut commencer par créer les conditions techniques adéquates. La qualité des prestations médicales peut augmenter sous la pression renforcée de la concurrence et devenir ainsi un paramètre de concurrence. D'autre part, certains fournisseurs de prestations pourraient tenter de se soustraire en partie à la pression des coûts en abaissant la qualité des soins et en fournissant une prestation moins bonne pour le même prix. e. Mesures complémentaires tendant à la maîtrise des coûts, par branche et par région, lorsque le volume des prestations fournies est excessif (art. 117, al. 5, let. d, nCst) Selon ses auteurs, l'initiative-santé demande l'institution d'une compétence supplémentaire pour les cantons (et à titre subsidiaire seulement pour la Confédération) en vue de limiter la quantité des prestations. Si, dans certaines spécialités ou dans certaines régions, trop de prestations étaient fournies en moyenne, en raison surtout de l'offre élevée, le canton compétent (et subsidiairement le Conseil fédéral) devrait déterminer le volume de rémunération pour les différentes catégories de fournisseurs. Ce faisant, il faudrait que les autorités, les fournisseurs de prestations et les assureurs soient entendus auparavant à ce propos. Les fournisseurs pour lesquels un certain volume de rémunération aurait été déterminé régleraient en commun la répartition du montant fixé. S'ils n'arrivent à s'entendre, le gouvernement cantonal, ou le Conseil fédéral, devrait édicter les dispositions nécessaires. Afin d'éviter des transferts indésirables sur d'autres domaines du système de santé, des volumes de rémunération maximaux devraient pouvoir être fixés, dans les secteurs hospitalier et ambulatoire. Comme déjà mentionné, le Conseil fédéral avait déjà examiné la possibilité supplémentaire d'établir un budget global lors de la première révision partielle de la LAMal achevée le 24 mars 2000 (ch. 4.3.10). Il a proposé de conférer aux cantons la compétence de fixer un montant global pour la rémunération des prestations ambulatoires et semi-hospitalières en plus de celle qui leur est déjà octroyée pour le financement des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (art. 51 LAMal). Le Parlement a décidé d'examiner cette proposition dans le cadre de la deuxième révision partielle de la LAMal.

3971 6.3 Dispositions d'application selon le texte de l'initiative Bien que l'initiative-santé propose une réglementation détaillée, il faudrait prendre, au niveau de la loi, toute une série de décisions fondamentales concernant l'organisation future du système d'assurance-maladie sociale. Le complément aux dispositions transitoires de la Constitution prévu par l'initiative-santé donne d'importants points de repère à ce sujet. L'initiative

insiste sur la nécessité de ne pas réduire les prestations des pouvoirs publics: elle prévoit que les prestations de la Confédération et des cantons en faveur du secteur de la santé soient au moins égales aux montants de l'année 1997, après adaptation au renchérissement. Les recettes supplémentaires provenant de la TVA et les cotisations payées par les assurés devraient correspondre au moins au total des primes versées au titre de l'assurance-maladie obligatoire durant l'année précédant l'entrée en vigueur de la législation d'application. Il faut remarquer à ce propos que la Confédération et les cantons ont clairement manifesté, par les subsides déjà décidés pour la réduction de primes pendant les années 2000 à 2003 et par le projet de nouvelle péréquation financière leur volonté de maintenir leur engagement en faveur de l'assurance-maladie au moins au niveau de l'année 1997, renchérissement compris. Si la loi d'application relative à l'initiative-santé ne pouvait pas être mise en vigueur dans les trois ans qui suivent l'acceptation de l'article constitutionnel, le Conseil fédéral devrait édicter les dispositions d'application nécessaires par voie d'ordonnance. Ce faisant, il devrait notamment tenir compte d'une exonération de 20 000 francs sur le revenu et de 1 million de francs sur la fortune réelle. La part de cotisations des assurés calculées en fonction de la fortune réelle devrait se monter au moins au quart du total des cotisations perçues. Ces critères laissent une grande marge de manœuvre. L'adoption de réglementations aussi complexes et d'une telle portée au niveau de l'ordonnance est problématique. Les dispositions mises en vigueur pourraient être examinées par le juge, ce qui pourrait retarder leur application et affecter sérieusement la sécurité juridique. 7

L'initiative en rapport avec le droit actuel de la Confédération et des cantons 7.1

Comparaison avec le droit constitutionnel en vigueur Par rapport à la réglementation constitutionnelle actuelle, le projet de modification présenté par l'initiative-santé est conçu de manière extrêmement étendue et détaillée. Il convient ici de relever les points suivants: a. L'obligation générale de l'affiliation à l'assurance-maladie L'art. 117 nCst. habilite la Confédération à légiférer sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents (al. 1). Elle peut déclarer l'assurance-maladie et l'assurance-accidents obligatoires, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes (al. 2). L'initiative-santé veut que désormais le caractère obligatoire de l'assurance fasse l'objet d'une disposition constitutionnelle contraignante. L'obligation de s'affilier à

3972 l'assurance-maladie, actuellement réglée au niveau de la loi, n'est guère contestée. Les divergences ne portent que sur les modalités de l'obligation. Le Conseil fédéral est d'avis qu'il n'est pas nécessaire, sous le système de financement en vigueur, de modifier la réglementation constitutionnelle actuelle. b. Les buts sociaux de la nouvelle Constitution fédérale Dans le cadre de leurs compétences constitutionnelles et des moyens disponibles, la Confédération et les cantons doivent, en vertu de l'art. 41, al. 3, nCst., s'engager en faveur des buts sociaux énumérés à l'art. 41, al. 1 et 2, nCst. Même si cet engagement en faveur des buts sociaux de l'art. 41 nCst. existait déjà dans l'ancienne constitution fédérale, la nouvelle formulation a une portée considérable. Tel est le cas pour l'al. 2 qui résume les obligations de la Confédération et des cantons concernant l'institution des assurances sociales. Cet alinéa sert de base aux réglementations des art. 111 à 117 nCst. Il y est relevé spécialement que la Confédération et les cantons doivent s'engager à ce que toute personne soit assurée contre les conséquences économiques de la maladie et de l'accident. L'art. 41, al. 4, nCst. précise, en accord avec la doctrine, qu'aucun droit subjectif à des prestations de l'Etat ne peut être déduit directement des droits sociaux. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là de normes constitutionnelles ayant des effets juridiques. Elles contiennent des directives à l'attention du législateur et doivent être observées par les

tribunaux dans l'interprétation et l'application des dispositions légales. Le législateur doit toujours viser à réaliser les buts sociaux. Il doit examiner attentivement comment et quand il s'agit de le faire (Tschudi Hans Peter, *Die Sozialziele der neuen Bundesverfassung*, Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge/Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle 43/1999, p. 364 ss). En matière d'assurance-maladie et accidents, l'engagement de la Confédération et des cantons ne vise pas uniquement à compléter les dispositions prises au titre de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée comme la constitution le prévoit expressément pour d'autres domaines relevant des buts sociaux (art. 41, al. 1, nCst.). Par la disposition spéciale de l'art. 41, al. 2, nCst., cette restriction énoncée au début de l'al. 1 ne s'applique pas à l'engagement de la Confédération et des cantons pour que toute personne soit assurée contre les conséquences de la maladie et de l'accident (Tschudi, op. cit.; Rhinow René, *Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsverfassung*, in: *Die neue Bundesverfassung, Konsequenzen für Praxis und Wissenschaft*, Berne 2000). Selon le concept des initiants, l'initiative-santé garantit à tous les assurés l'accès à des soins de haute qualité, adaptés aux besoins et avantageux au niveau des coûts. L'assurance des soins serait ainsi définie de façon à ce que personne n'ait besoin de prestations supplémentaires pour sa santé. Sur le principe, le Conseil fédéral partage ce point de vue des initiants. L'initiative-santé est conforme aux buts sociaux de la Constitution et elle serait ainsi aussi réalisable au niveau de la loi dans leur sens. Toutefois, le Conseil fédéral estime au fond qu'aujourd'hui déjà, tous les assurés ont accès à des soins de haute qualité, adaptés à leurs besoins et avantageux au niveau des coûts. c. Une réglementation détaillée Alors que, selon la réglementation actuelle, les dispositions générales de la Constitution doivent être concrétisées dans la loi conformément aux buts sociaux de la constitution, l'initiative-santé confère des mandats clairement formulés au législa-

3973 teur. Au cas où celui-ci ne réaliserait pas ces mandats dans le délai fixé par l'initiative-santé, le Conseil fédéral serait tenu, en attendant, d'édicter les dispositions correspondantes par voie d'ordonnance (disposition transitoire de l'art. 197, al. 3, nCst.). De l'avis du Conseil fédéral, la marge de manoeuvre dont dispose le législateur dans l'exécution du mandat constitutionnel serait réduite par rapport à la réglementation établie par l'actuel art. 117 nCst. Bien des questions réglées par la loi le seraient déjà à l'avenir au niveau constitutionnel. Des restrictions nouvelles seraient ainsi imposées. En revanche, la réglementation constitutionnelle détaillée qui en résulterait accroîtrait la sécurité du droit étant donné que les postulats de l'initiative-santé exigent des mesures importantes concernant non seulement l'assurance-maladie, mais encore le domaine de la santé tout entier et ainsi également la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. De même, les budgets publics et privés seraient fortement touchés. 7.2 Comparaison avec le droit en vigueur (loi et ordonnance) L'initiative-santé contient des dispositions sur des points qui sont actuellement réglés par la loi. Il s'agit avant tout de prescriptions sur l'admission des assureurs-maladie, sur les tarifs et les prix des prestations payées, sur l'admission des fournisseurs de prestations, sur la garantie d'accès aux soins des assurés, sur les mesures extraordinaires en vue de la maîtrise des coûts, sur le contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations et sur le financement des assureurs-maladie. Il convient donc de comparer brièvement les exigences de l'initiative-santé avec les dispositions correspondantes de la LAMal en vigueur. Leur évaluation figure aux ch. 6.1 et 6.2 du présent message: a. La limitation de l'admission en tant qu'assureur-maladie L'initiative-santé prévoit que l'assurance obligatoire en cas de maladie est effectuée par des

„établissements d'assurance d'utilité publique“ (art. 117, al. 2, 1^{re} phrase, nCst.). Il ne s'agit pas là d'une des exigences principales de l'initiative-santé. Elle aurait cependant, une certaine portée pour l'admission des assureurs-maladie. Selon le droit actuellement en vigueur, aussi bien des „caisses-maladie“ que des „institutions d'assurance privées“ sont admises à pratiquer l'assurance-maladie sociale (art. 11 LAMal). Les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le DFI (art. 12, al. 1, LAMal). Les institutions d'assurance privées peuvent être admises à pratiquer l'assurance-maladie sociale si elles sont soumises à la loi sur la surveillance des assurances du 23 juin 1978 (LSA; RS 961.01) et si elles bénéficient des autorisations correspondantes du Département fédéral de justice et police (DFJP) et du DFI (art. 11, al. 1, let. b, en relation avec art. 13 LAMal). L'initiative-santé ne définit pas plus précisément ce qu'elle entend par „établissement d'assurance d'utilité publique“. Les institutions d'assurance de droit privé ont un but lucratif et non un „but d'utilité publique“. Pour que de tels assureurs puissent malgré tout participer à la pratique de l'assurance-maladie sociale – à ce jour, aucune demande de ce type n'a jamais été présentée – l'art. 13, al. 2, LAMal exige que les institutions d'assurances soumises à la LSA ne puissent pratiquer l'assurance-maladie sociale que si elles le font conformément au principe de la mutualité et qu'elles garantissent dans cette pratique l'égalité de traitement des

3974 assurés. En outre, elles n'ont le droit de n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de celle-ci. Elles n'ont donc le droit ni de transférer des recettes de ce secteur dans d'autres secteurs ni de prélever une part de ces recettes comme bénéfices. La LAMal permet ainsi, certes à des conditions restrictives, à des institutions d'assurance privées axées sur le profit de pratiquer aussi l'assurance-maladie sociale. En réduisant l'accès à cette pratique aux seuls „établissements d'assurance d'utilité publique“, l'initiative revient à l'ancien droit selon lequel seules les caisses-maladie auraient le droit de gérer l'assurance-maladie sociale. Cela n'aurait certes pas d'effets concrets actuellement car aucun assureur privé n'opère dans ce secteur. Toutefois, sur ce point aussi, une possibilité créée par la LAMal serait supprimée. b. La garantie de l'accès aux soins inscrite expressément dans la Constitution Selon le nouvel art. 117, al. 2, deuxième phrase, nCst, proposé par l'initiative-santé, l'assurance obligatoire des soins doit garantir à tous les assurés une assistance médicale de haute qualité, adaptée aux besoins et financièrement abordable. Il ne s'agit pas là de postulats nouveaux quant à leur contenu, parce qu'ils se déduisent déjà des buts sociaux de l'ancienne et de la nouvelle constitution. Leur réalisation est déjà amorcée dans toute une série de dispositions de la loi en vigueur. Ainsi, l'art. 32 LAMal exige que les prestations servant au diagnostic et au traitement d'une maladie ou de ses conséquences soient efficaces, appropriées et économiques, ce qui doit être réexaminé périodiquement. En outre, l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. Ces principes sont concrétisés dans d'autres dispositions légales. D'autres références à la garantie d'une assistance médicale de haute qualité, adaptée aux besoins et financièrement abordable pour tous les assurés (pour reprendre les termes de l'initiative-santé) se trouvent d'abord aux art. 33 à 59 LAMal. Ainsi, le Conseil fédéral peut désigner les prestations dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou ne le sont qu'à certaines conditions. Le Conseil fédéral détermine aussi dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. Il nomme des commissions qui le conseillent afin de désigner les

prestations et veille à la coordination des travaux de ces commissions (art. 33 LAMal). Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 LAMal). Ensuite, aux art. 35 à 40 LAMal, on trouve des prescriptions sur l'admission des fournisseurs de prestations et, aux art. 43 à 53 LAMal, des dispositions sur les tarifs et les prix des prestations offertes. Il y a lieu de mentionner ici spécialement les règles sur la protection tarifaire (art. 44 LAMal), sur la garantie du traitement (art. 45 LAMal), sur les conventions tarifaires en général (art. 46 LAMal) et sur l'absence de convention tarifaire (art. 47 LAMal). Par ailleurs, la loi contient des règles spéciales sur les conventions tarifaires avec les associations de médecins (art. 48 LAMal), avec les hôpitaux (art. 49 LAMal) et avec les établissements médico-sociaux (art. 50 LAMal). Elle permet aux cantons de prévoir des budgets globaux dans le secteur hospitalier (art. 51 LAMal) et règle la fixation de prix dans certains secteurs (art. 52 LAMal). Elle prévoit, en tant que mesure extraordinaire pour limiter une augmentation des coûts, la possibilité de fixer un budget global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux (art. 54 LAMal) et l'établissement des tarifs par les autorités d'approbation dans tous les secteurs (art. 55 LAMal). Elle impose un contrôle du caractère économique des prestations (art. 56

3975 LAMal) et la garantie de leur qualité (art. 58 LAMal). A cet effet, elle instaure un système de médecins-conseils (art. 57 LAMal) et prévoit l'exclusion des fournisseurs de prestations pour des raisons graves (art. 59 LAMal), en particulier en cas de manquements aux exigences des art. 56 LAMal (caractère économique des prestations) ou 58 LAMal (garantie de la qualité des prestations). On trouvera au ch. 6.2 ci-après (appréciation de l'initiative) une brève analyse de la situation juridique en vigueur ainsi que des développements actuels prévus par les première et deuxième révisions partielles de la LAMal, de même qu'une comparaison avec les revendications correspondantes de l'initiative-santé.

c. Un système de financement qui diffère nettement du régime actuel sur des points essentiels On trouvera au ch. 6.1 une appréciation du système de financement prévu par l'initiative-santé et une comparaison de ce système avec le régime actuel.

d. L'obligation de veiller à la maîtrise efficace des coûts de la santé En vertu de l'art. 117, al. 5, nCst. qu'elle propose, l'initiative-santé obligerait, au niveau constitutionnel, la Confédération et les cantons à veiller à une maîtrise efficace des coûts de la santé. Certains éléments de cette réglementation se trouvent déjà dans diverses dispositions du droit en vigueur. On peut citer notamment les art. 33, 34, 35 à 40, 43 à 53, 54, 55 et 56 à 59, LAMal. Lors de l'appréciation de l'initiative au ch. 6.2 ci-après, on a examiné de plus près dans quelle mesure la situation juridique actuelle correspond déjà aux revendications de l'initiative et quelles seraient les adaptations nécessaires.

e. Les dispositions transitoires contiennent des exigences détaillées en vue de la mise en œuvre L'initiative fixe les prestations de la Confédération et des cantons en faveur du secteur de la santé à des montants au moins égaux à ceux de l'année 1997, après adaptation au renchérissement. Sur ce point, on se contentera d'ajouter à ce qui a été relevé sous ch. 6.3, que le droit actuel ne fixe pas les montants des prestations de la Confédération et des cantons de manière globale dans le domaine de la santé, comme tel devrait être le cas, en raison de la formulation de l'art. 197, al. 1, nCst, dans le régime proposé par l'initiative-santé. A l'heure actuelle, les seules indications de cet ordre contenues dans la loi concernent la réduction de primes de l'assurance-maladie accordées par la collectivité publique (art. 65, 66 et 106 LAMal).

7.3 Comparaison avec le droit cantonal en vigueur Dans le droit de l'assurance-maladie en vigueur, le droit cantonal est directement déterminant en ce qui concerne le contrôle de

l'obligation de s'assurer (art. 6 LA- Mal) et les subsides pour la réduction des primes (art. 65 et 66 LAMal). Les cantons doivent veiller à rendre effective l'obligation de s'assurer et attribuer un assureur aux personnes qui ne se conforment pas à temps à cette obligation. Ils doivent aussi accorder des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Ils doivent à cet effet d'abord recenser ces assurés et fixer les conditions à remplir pour bénéficier des réductions.

3976 En outre, les cantons doivent régler dans leur droit certaines tâches sur délégation du droit fédéral. Dans le présent message, il y a lieu de mentionner spécialement les obligations cantonales suivantes: – Les cantons doivent fixer les conditions auxquelles les médecins autorisés à tenir une pharmacie sont assimilés aux pharmaciens (art. 37, al. 3, LAMal). – Ils doivent établir, seuls ou conjointement avec d'autres cantons, une planification afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers en prenant en considération les organismes privés de manière adéquate (art. 39, al. 1, let. d, LAMal). – Ils inscrivent les hôpitaux admis à intervenir à la charge de l'assurance obligatoire des soins sur une liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats (art. 39, al. 1, let. d et e, LAMal). – Ils doivent aussi établir une planification et tenir des listes pour les institutions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers et les établissements médico-sociaux (art. 39, al. 2 et 3, LAMal). – Ils doivent garantir l'accès aux soins et si, du fait de la récusation de fournisseurs de prestations, le traitement des assurés n'est pas garanti conformément à la LAMal, veiller à ce qu'il le soit (art. 45 LAMal). – Ils peuvent, en tant que mesure extraordinaire et pour limiter une augmentation des coûts, fixer un budget global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux (art. 54, al. 1, LAMal). – Ils peuvent, en tant qu'autre mesure extraordinaire pour limiter une augmentation des coûts, ordonner, dans les circonstances définies avec précision dans la loi, un blocage des prix dans les tarifs devant être approuvés par le gouvernement cantonal (art. 55 LAMal). Sur la base du nouvel art. 55a LAMal adopté dans le cadre de la première révision partielle de cette loi, les cantons sont tenus de collaborer en édictant des dispositions d'admission de durée limitée. Parmi les autres mesures à prendre au niveau cantonal et ayant une grande importance pour le fonctionnement de l'assurance-maladie sociale, il convient de mentionner les suivantes: – Le gouvernement cantonal doit approuver toutes les conventions tarifaires qui ne s'étendent pas à toute la Suisse. Il doit vérifier que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46 LAMal). – Le gouvernement cantonal fait procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux (art. 49, al. 7, LAMal). – Avant l'approbation des tarifs des primes de l'assurance des soins obligatoire par la Confédération, les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs des primes prévus pour leurs résidents (art. 61, al. 4, LAMal).

3977 7.4 Répercussions directes de l'initiative-santé en matière de réduction des primes Le domaine de la réduction des primes est concerné par les modifications demandées par l'initiative-santé dans la mesure où les primes ne seraient plus réduites. La réduction des primes serait remplacée par la fixation des primes en fonction du revenu et de la fortune. 8 Conséquences financières et effets sur l'état du personnel 8.1 Pour les assureurs-maladie Avant de pouvoir évaluer les répercussions sur les assureurs-maladie, il faut commencer par préciser l'organisation du nouveau système de financement (ch. 6.1.5). Les conditions-cadres seront décisives pour ce faire. Après une décision de principe du peuple et des cantons, elles resteraient à définir au cours de débats politiques approfondis avant de pouvoir être fixées dans la loi. Pour l'essentiel, le seul élément connu est le montant par

lequel l'assurance-maladie sociale, en tant que telle, devrait à l'avenir financer, par l'ensemble de ses propres moyens, le système de santé. La répartition du montant total entre les différents assureurs et entre chaque assuré devrait par contre être entièrement redéfinie. Quoiqu'il en soit, il est certain qu'un système de primes calculées en fonction du revenu et de la fortune, avec les mécanismes de compensation nécessaires, ne serait pas plus simple ni plus avantageux à appliquer pour les assureurs que le système actuel.

8.2 Pour la Confédération Comme déjà mentionné au ch. 6.1.4, la part de l'Etat au financement de l'assurance-maladie augmenterait fortement suite au cofinancement prévu au moyen de la TVA. La suppression des subsides publics destinés à réduire les primes permettrait certes à la Confédération de faire des économies, mais les dépenses supplémentaires financées par les recettes de la TVA lui imposeraient des charges accrues. Si, selon les termes de l'initiative, les recettes supplémentaires provenant de la TVA devaient être équivalentes au financement assuré par les cotisations des assurés, cela correspondrait à un montant d'environ 7 milliards de francs, compte tenu du fait que les prestations de l'assurance obligatoire des soins se sont élevées à 14,024 milliards de francs en 1998. Or, les subsides fédéraux pour la réduction des primes s'élèvent actuellement à quelque 2 milliards de francs.

8.3 Pour les cantons Le changement de système ferait économiser jusqu'à 1 milliard de francs par an aux cantons et aux communes sur les contributions à la réduction des primes et sur les versements à l'aide sociale (compte tenu des données actuelles). Selon l'organisation du nouveau système financier, les cantons pourraient cependant avoir à faire face à un nombre considérable de tâches administratives supplémentaires avec d'iné-

vitables répercussions au niveau des coûts. Il ne s'agit pas uniquement du besoin d'aide supplémentaire de la part des administrations fiscales cantonales et communales chargées de la taxation. La réévaluation de certaines valeurs de la fortune ne pourrait guère se faire sans l'aide des autorités. S'il devait s'avérer que certaines valeurs de la fortune imposable sont aujourd'hui sous-évaluées, leur réévaluation pourrait se répercuter positivement sur les recettes fiscales des cantons et des communes.

9 Rapports avec la péréquation financière Les propositions de l'initiative-santé à propos d'un futur système financier de l'assurance-maladie s'écartent complètement de celles du projet pour une nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons. Vu les résultats de la procédure de consultation, ce projet, conformément à la décision du Conseil fédéral du 3 mai 2000, doit cependant encore être révisé. La réduction des primes y joue un rôle important. Elle est restée l'une des tâches communes de la Confédération et des cantons. La nouvelle péréquation financière attribue ainsi les pouvoirs décisionnels et les responsabilités du financement. Il revient à la Confédération – dans la perspective d'une réglementation unique et par analogie à la structure d'autres assurances sociales – de fixer les catégories de revenus qui peuvent prétendre à une réduction des primes. Elle garantit que la charge des primes de l'assurance obligatoire des soins ne dépasse pas une certaine limite. Les cantons sont tenus de compléter les subsides de la Confédération de telle manière que l'objectif fixé par celle-ci soit au moins atteint. D'après les données du document mis en consultation, la Confédération participerait à raison d'environ 45 % à la réduction des primes, les 55 % restants étant à la charge des cantons. A titre d'exemple, les subsides accordés aux assurés devraient être déterminés de telle manière que la charge des primes ne dépasse pas une moyenne nationale de 8 % du revenu imposable (plus 10 % de la fortune imposable). Dans chaque canton, cette charge serait modulée (et fixée par la Confédération de manière contraignante) de telle sorte que l'écart par rapport à la moyenne suisse soit le même qu'entre les coûts de santé du canton et la moyenne suisse

correspondante. Ainsi la quote-part de chaque assuré augmenterait avec les coûts sanitaires dans son canton. En principe, le modèle proposé avec la nouvelle péréquation financière se situe dans la ligne du message de 1991 concernant la LAMal, même si la clé de répartition entre la Confédération et les cantons est déterminée autrement que selon le droit en vigueur. Pour les assurés, le changement le plus important consisterait dans le fait que la limite de 8 % pourrait être dépassée dans les cantons à coûts sanitaires élevés. Pour ce qui est de l'adaptation au système de réduction de primes, il convient tout d'abord de décider si, en principe, il faut uniquement, comme aujourd'hui, fixer les montants globaux d'une participation des finances publiques à la réduction des primes, ou s'il faut nouvellement déterminer la charge que les primes doivent ou peuvent constituer pour les assurés. Dans le cadre de la consultation sur le projet de nouvelle péréquation financière, le Conseil fédéral a proposé de déterminer la réduction qui devrait être réalisée en moyenne. Ainsi, les subsides fédéraux peuvent être utilisés aux mêmes fins pour tous ceux qui sont assujettis à l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil fédéral vise avant tout une solution simple. La distorsion parfois choquante actuellement

3979 des objectifs sociaux disparaîtrait. Une telle mesure présenterait le double avantage d'être conforme aux objectifs du législateur de la LAMal et satisfaisante d'un point de vue économique. Elle constituerait un réel renforcement du système existant. D'un point de vue économique, il faut noter que cette variante renforce la responsabilité que les cantons doivent assumer pour leur système de santé. Si on calcule la part due à la réduction de primes dans les coûts de l'assurance obligatoire des soins (sans participation), on constate que quatre des cantons qui, en 1996, se situaient au-dessus de la marque des 8 % assument déjà une part de financement de la réduction de primes supérieure à la moyenne (Genève, Bâle-Ville, Tessin, Vaud). Ceux-ci ont par conséquent déjà consenti des efforts importants pour réduire la charge que les primes représentent pour les assurés dont les revenus se situent à la limite des montants donnant droit à une réduction.

10 Relation avec le droit européen

10.1 Droit de la Communauté européenne L'art. 39 du Traité CE, qui consacre le principe fondamental de la libre circulation des travailleurs, implique l'établissement d'un système de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale (art. 42). Ce principe a été mis en œuvre par le règlement du Conseil no 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et par son règlement d'application no 574/72 (codifiés par le règlement du Conseil no 118/97, JOCE no L 28 du 30.1.1997, p. 1; modifiés en dernier lieu par le règlement du Conseil no 307/1999, JOCE no L 38 du 12.2.1999, p. 1). L'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu avec la CE et ses Etats membres aura notamment pour conséquence que la Suisse participera à ce système de coordination (cf. message du 23.6.1999 relatif à l'approbation des accords sectoriels entre la Suisse et la Communauté européenne, FF 1999 5440). Dans sa recommandation du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale (JOCE no L 245 du 26.8.1992, p. 49), le Conseil des Communautés européennes invite les Etats membres, en matière de maladie, notamment à assurer aux personnes qui résident légalement sur leur territoire l'accès aux soins nécessaires de santé ainsi qu'aux mesures visant la prévention des maladies. Mais les objectifs établis par la recommandation ne préjugent pas de la faculté de chaque Etat membre de fixer les principes et l'organisation de son système de santé.

10.2 Instruments du Conseil de l'Europe La Charte sociale européenne du 18 octobre 1961 est le pendant de la Convention européenne des droits de l'homme, pour les droits économiques

et sociaux. L'art. 12 consacre le droit à la sécurité sociale. La Suisse a signé la Charte le 6 mai 1976, mais le Parlement en ayant refusé la ratification en 1987, ce traité ne lie pas notre pays.

3980 La Charte sociale européenne révisée du 3 mai 1996 met à jour et adapte quant au fond celle de la Charte de 1961. Elle constitue un accord distinct de la Charte sociale européenne qu'elle n'abroge pas. Le droit à la sécurité sociale figure également à l'art. 12. La Charte sociale révisée est entrée en vigueur le 1er juillet 1999. La Suisse n'a pas ratifié cet instrument. Le Code européen de sécurité sociale du 16 avril 1964 a été ratifié par la Suisse le 16 septembre 1977 (RO 1978 1491). Notre pays n'en a toutefois pas accepté la partie II relative aux soins médicaux; il n'est donc pas lié par les dispositions de cette partie du Code. Le Code européen de sécurité sociale du 6 novembre 1990 (révisé) constitue aussi un accord distinct du Code européen de sécurité sociale qu'il n'abroge pas. Le Code (révisé) étend certaines normes du Code européen de sécurité sociale et institue parallèlement une plus grande flexibilité en assouplissant les conditions de ratification et en formulant les normes de manière à tenir compte au mieux des réglementations nationales. N'ayant été ratifié par aucun pays, le Code (révisé) n'est pas encore entré en vigueur.

10.3 Compatibilité de l'initiative avec le droit européen

En ce qui concerne le droit de la Communauté européenne, le système de coordination prévu dans les règlements no 1408/71 et 574/72 implique que les Etats membres observent certains principes dans le cadre de l'application de leurs législations nationales. Il s'agit en particulier de supprimer les clauses ayant trait à la nationalité et au domicile afin d'éviter que la libre circulation des travailleurs et des membres de leur famille ne soit entravée par des dispositions restrictives dans le domaine de la protection sociale. Les dispositions de coordination n'indiquent pas aux Etats membres de quelle façon ils doivent financer ou organiser leur régime. Le système de coordination vise aussi bien les régimes financés par des cotisations que ceux qui sont financés exclusivement par les impôts. En revanche, il ne touche pas à la planification dans le domaine de la santé et il ne contient pas de disposition limitant les coûts à la charge des assurés ou des assureurs. L'initiative-santé est donc compatible avec le droit de la Communauté européenne. En ce qui concerne le droit du Conseil de l'Europe, parmi les normes juridiques citées, seuls le Code européen de sécurité sociale et le Code européen de sécurité sociale (révisé) contiennent des dispositions en matière de financement des régimes de sécurité sociale. Aucun de ces instruments ne contient en revanche de disposition en matière de limitation des coûts dans le domaine de la santé. Tout Etat qui entend accepter les obligations découlant de la partie II du Code européen de sécurité sociale doit garantir l'attribution de prestations médicales aux personnes protégées en cas d'état morbide, quelle qu'en soit la cause, et en cas de maternité. Le bénéficiaire peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide, un stage peut être exigé et la durée des prestations servies en cas d'état morbide peut être limitée à 26 semaines par cas. En ce qui concerne le financement, le Code prévoit que le coût des prestations et leurs frais d'administration doivent être financés collectivement par voie de cotisations ou d'impôts, ou par les deux voies conjointement, selon des modalités qui évitent que les personnes de faibles ressources n'aient à supporter une trop lourde

3981 charge et qui tiennent compte de la situation économique de la partie contractante et de celle des catégories de personnes protégées (art. 70, par. 1). Par ailleurs, le total des cotisations d'assurance à la charge des salariés protégés ne doit pas dépasser 50 % du total des ressources affectées à la protection des salariés, de leurs épouses et de leurs enfants (art.

70, par. 2). Sur le plan du financement, l'initiative-santé n'apporte ni amélioration ni détérioration à la situation actuelle en ce qui concerne la compatibilité du droit suisse avec la partie II du Code. Le Code révisé reposant sur les mêmes principes que le Code, la conclusion est la même. 11 Conclusions En résumé, le Conseil fédéral conclut que l'initiative tend à une réforme totale du financement de l'assurance-maladie sociale qui, non seulement soulèverait de nombreux problèmes techniques (ainsi en ce qui concerne la prise en compte de la fortune réelle lors de la fixation de la prime) et économiques (par ses effets sur les prix et l'inflation), et créerait des incitations problématiques (p. ex. la suppression totale de la participation aux coûts) mais nécessiterait aussi une révision étendue dans divers domaines de réglementation et aurait en outre des effets radicaux sur la nouvelle péréquation financière. Le Conseil fédéral rejette une atteinte d'une telle importance au système de financement de l'assurance-maladie sociale, surtout parce qu'il est convaincu que le système actuel garantit sous la nouvelle LAMal une protection d'assurance excellente et étendue pour des primes considérées dans l'ensemble comme supportables. Le soutien accordé compte tenu des besoins remplit bien sa fonction pour l'essentiel, même si la réduction des primes n'a pas encore déployé tous les effets que le législateur, auteur de la LAMal, avait voulu à l'origine. Les objectifs fixés n'ont cependant pas été toujours atteints de manière optimale non pas parce que le système serait en soi mal conçu mais en raison de disparités cantonales (volume des subsides cantonaux, grands écarts de primes selon les régions). Le Conseil fédéral reconnaît cependant également que de nombreux assurés, surtout ceux qui disposent de revenus moyens, sont lourdement chargés par le système des primes par tête et sont insuffisamment protégés contre les cas de rigueur. C'est pourquoi, pour les catégories d'assurés touchés, des corrections en ce qui concerne la charge des primes s'imposent. Pour améliorer la situation, il convient d'agir par des corrections apportées au système actuel de réduction de primes, en fixant un objectif de réduction contraignant. La mise en place de la nouvelle péréquation financière peut servir de cadre aux corrections indispensables. Pour ces raisons, le système de financement actuel des primes par tête, compensé par la réduction des primes, peut être maintenu. On peut constater que, à propos des exigences de l'initiative-santé dans le domaine de la maîtrise et du contrôle des coûts, de l'avis du Conseil fédéral, l'actuelle LAMal met à la disposition de tous les acteurs de la santé des instruments adéquats permettant de garder le contrôle de l'évolution des coûts de santé. Une optimisation de ces instruments est tout à fait possible sur la base des fondements constitutionnels existants, en partie par des modifications au niveau de la loi. Ainsi, les mesures exigées par l'initiative peuvent être réalisées dans la deuxième révision partielle de la LAMal qui est en cours ainsi que dans le cadre de la nouvelle péréquation financière entre la Confédération et les cantons et dans celui de la nouvelle loi sur les produits théra-

3982 peutiques, étant donné que tous ces travaux vont dans le sens souhaité. Les mesures supplémentaires de l'initiative conduiraient, de l'avis du Conseil fédéral, à un transfert de compétence et donc à une centralisation des compétences de planification et des tâches de coordination au profit de la Confédération. Ainsi, des fonctions essentielles dans le domaine de la santé qui sont actuellement assumées par les cantons reviendraient à la Confédération. Cela modifierait d'une manière excessive, selon le Conseil fédéral, le partage des tâches qui s'est établi progressivement entre la Confédération et les cantons. La Confédération continuera à suivre l'évolution de l'assurance-maladie comme du domaine de la santé en général et prendra les mesures nécessaires pour atteindre de manière optimale les objectifs que le législateur a fixés à la LAMal. En conséquence, le Conseil

fédéral recommande de rejeter la présente initiative, sans lui opposer un contre-projet.

3983 Annexe Financement de l'assurance-maladie de base et de l'assurance obligatoire des soins de 1992 à 1998 (Source: annexe tableau 2) Tableau 1 1992 1994 1996* 1998**
Modification 1992-98 Budgets publics 46 % 42 % 38 % 39 % moins 7 points Budgets privés 52 % 57 % 60 % 59 % plus 7 points Autres apports _2 % _1 % _1 % _2 % - *
LAMal en vigueur depuis le 1.1.1996 ** Les investissements des pouvoirs publics de 1998 sont estimés Financement de l'assurance-maladie de base et de l'assurance obligatoire des soins de 1992 à 1998 (en millions de francs) Tableau 2 1992 (A) 1994 (B) 1996 (B) 1998 (C) Budgets privés net (moins les subsides destinés à la réduction de primes) _8 936 _9 829 11 165 12 211 Primes (par tête) des assurés – brut _8 082 _8 986 11 035 12 604 Contributions à la réduction des primes des assurés __ 331 __ 416 _1 549 _2 491 Primes (par tête) des assurés – net _7 751 _8 570 _9 486 10 113 Participations des assurés _1 185 _1 259 _1 679 _2 097 Budgets publics _7 837 _7 172 _7 079 _7 388 Subventions allouées aux caisses et aux assurés _1 994 _1 595 _1 549 _2 491 Subventions destinées à la couverture de prestations hospitalières _5 043 _4 784 _4 785 _4 897 Mise à disposition d'infrastructures hospitalières (D) __ 800 __ 793 __ 745 p.d. Autres recettes __ 322 __ 189 __ 261 __ 331 Revenus du capital et recettes extraordinaires __ 322 __ 189 __ 261 __ 331 Total 17 095 17 190 18 505 19 929 p. d.: pas de données disponibles Sources: OFAS, Statistique de l'assurance-maladie (différentes années), Greppi S., Rossel R., Strüwe W., Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé, Rapport de l'Office fédéral de la statistique à l'attention de l'Office fédéral

3984 des assurances sociales, Rapport de recherche OFAS no 15/98, Berne, (1998), Rossel R. (2000) Aktualisierung der Studie „Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens“ selon Greppi et al. (1998). Provisorische Ergebnisse; OFS (1999). (A) Les statistiques relatives à l'assurance-maladie avant et après 1994 ne sont pas directement comparables, car depuis 1994 les données sont recensées selon un nouveau plan comptable. Les recettes suivantes ont été prises en compte en 1992: - Primes par tête: contributions provenant de l'assurance de base (contribution hospitalière obligatoire incluse) et de l'assurance HMO de base. - Subventions allouées aux caisses et aux assurés: subsides provenant de la Confédération, des cantons et des communes - Subventions destinées à la couverture de prestations hospitalières: données selon Greppi et al. (1998) - Autres recettes: les recettes complémentaires (prestations rétrocedées, intérêts, immobilier, plus-value sur titres, donations, autres recettes) n'ont pas été différenciées en 1992 en fonction de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire. Le rapport correspondant de 1994 a servi de modèle dans la prise en compte de l'ensemble des recettes extraordinaires de 1992. (B) Les indications de 1994 et 1996 se fondent sur Greppi et al. (1998). Les données sur les subventions affectées à la réduction de primes proviennent de Statistique de l'assurance-maladie 1997, OFAS (1998). (C) Les données sont fondées sur Rossel (2000) aktualisierten Daten, Greppi et al. (1998). Les informations récentes au sujet de la réduction des primes proviennent de la statistique de l'assurance-maladie 1998, OFAS (1999). (D) Source: Coûts du système de la santé, Neuchâtel, annexe 1, Données concernant les hôpitaux et les cliniques psychiatriques, OFS (1999). Les données relatives à 1998 ne sont pas encore disponibles.

Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdrukschriften Archives fédérales suisses, Publications officielles numérisées Archivio federale svizzero, Pubblicazioni ufficiali digitali Message concernant l'initiative populaire «La santé à un prix abordable

(initiative-santé)» In Bundesblatt Dans Feuille fédérale In Foglio federale Jahr 2000 Année Anno Band 1 Volume Volume Heft 32 Cahier Numero Geschäftsnummer 00.046 Numéro d'affaire Numero dell'oggetto Datum 15.08.2000 Date Data Seite 3931-3984 Page Pagina Ref. No 10 124 764 Die elektronischen Daten der Schweizerischen Bundeskanzlei wurden durch das Schweizerische Bundesarchiv übernommen. Les données électroniques de la Chancellerie fédérale suisse ont été reprises par les Archives fédérales suisses. I dati elettronici della Cancelleria federale svizzera sono stati ripresi dall'Archivio federale svizzero.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.