



Fédération romande des consommateurs
Rue de Genève 17
Case postale 6151
CH-1002 Lausanne

Envoi par courriel : m.fleury@frc.ch et
j.demeulemeester@frc.ch

Berne, le 20 mai 2016

**Projet d'initiative populaire « Pour des caisses de compensation cantonales
d'assurance-maladie »
Procédure de consultation**

Madame la Présidente,
Monsieur le Secrétaire général,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant votre projet d'initiative populaire visant à permettre l'institution de caisses de compensation cantonales ainsi que de nous avoir transmis les documents y afférents.

Remarques générales

Le Parti socialiste suisse (PS) a pris connaissance du projet d'initiative populaire et de modification constitutionnel avec un intérêt marqué. D'une manière générale, nous saluons toute impulsion visant à contribuer au débat et aux réflexions sur les possibilités d'améliorer le système de santé suisse ainsi que son financement. En ce sens, nous nous félicitons de la démarche pour laquelle la Fédération romande des consommateurs (FRC) a opté. L'option proposée mérite effectivement un examen critique. Conscient de la nécessité d'agir dans le domaine de la santé, le PS est disposé à soutenir le lancement d'une initiative à la condition que certaines exigences politiques soient remplies. Le PS se déclare prêt à s'impliquer plus activement dans les discussions sur l'élaboration d'une initiative.

Nous partageons la plupart des doutes exprimés par la FRC quant aux problèmes structurels inhérents au système actuel et demeurons persuadés que le modèle de financement basé sur la concurrence entre les 57 caisses-maladies n'est nullement idéal. Il est vrai que les quelques instruments décidés par les Chambres fédérales ne font que corriger voire adoucir certains défauts générés par cette concurrence et ne donnent de loin pas entière satisfaction. Ils ne changent notamment rien, ou presque, au problème central du transfert lent et non

**Parti socialiste
suisse**

Spitalgasse 34
Case postale · 3001 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch



formalisé des compétences de pilotage factuelles du système de l'Etat (Confédération et cantons) vers le privé (assureurs, groupes de prestataires). Cela vaut malgré l'impact certain de la Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, entrée en vigueur en début d'année et qui donnera pour la première fois à la Confédération des compétences renforcées en matière de contrôle des primes et de réserves, et ce malgré les multiples amendements imposés par la droite qui ont affaibli la portée des dispositions d'origine. Quoiqu'il en soit, nous surveillerons de très près l'application de cette nouvelle loi, laquelle devrait déjà déployer ses effets sur les primes de l'année 2017 – mais fait l'objet d'attaques permanentes et systématiques tant dans son application que par des demandes de modifications de la loi qui interviennent à chaque session parlementaire.

Exigences politiques du PS

En matière de santé, le PS s'engage en vue de garantir un accès universel de toute la population à des soins médicaux d'une qualité irréprochable. Le PS place la sécurité et la volonté des patients au cœur de ses préoccupations, ce pourquoi il plaide en faveur d'un renforcement de la qualité des soins qui soit non seulement basé sur des critères d'économicité, mais qui tienne compte de l'efficacité des traitements. De surcroît, la santé constituant un bien public, il est nécessaire que l'Etat reste aux commandes dans ce domaine, afin de mieux répondre aux besoins de la population. Ces objectifs sont aujourd'hui menacés par la droite dure, qui – petit à petit, de manière insidieuse et sous l'influence de puissants lobbys du secteur privé – tente de transformer fondamentalement la manière dont fonctionne la santé publique en Suisse et de fermer la porte au contrôle démocratique. Ainsi, les évolutions tant aux niveaux systémique que politique dans ce domaine justifieraient, à nos yeux, le lancement d'une initiative populaire afin de donner la parole au peuple. Pour ce faire, nous estimons que les trois conditions suivantes doivent être réunies :

1. Existence d'un consensus à gauche sur le fond du projet

Pour que l'initiative trouve un large soutien populaire, les partis de gauche ainsi que les organisations qui nous sont proches doivent partir main dans la main pour en défendre le texte. Il faut notamment que les acteurs clés de la politique et de la santé se mettent d'accord sur l'orientation générale et le contenu de l'initiative. Sans cela, le PS ne sera pas en mesure de convaincre et de fédérer sa base autour du projet. C'est aussi la raison pour laquelle nous souhaitons prendre part activement aux discussions y relatives.

2. Intégration des leçons tirées des anciens projets

Le PS a pris acte de ses trois dernières défaites sur des initiatives touchant aux structures de financement en 2003, en 2007 et plus particulièrement sur son initiative populaire pour une caisse publique d'assurance-maladie rejetée à 61,8% le 24 septembre 2014. Parmi les raisons¹ qui ont conduit la population à rejeter le texte, certes suite à une propagande massive des assureurs, l'on retrouve en premier lieu un attachement au système concurrentiel, qui aurait un impact positif sur la qualité et les coûts des caisses. Et puis, les adversaires au projet ont également estimé que les problèmes de financement et de l'augmentation des coûts ne seraient pas réglés. Enfin l'une des raisons qui figure en haut de la liste

¹ Cf. Anja Heidelberger, Alexander Arens, Adrian Vatter [2014]: Analyse der eidgenössischen Abstimmung vom 28. September 2014, gfs.bern und Institut für Politikwissenschaft Universität Bern.



est la crainte de voir le libre choix du médecin limité – bien que nous considérons que la caisse publique constituait, au contraire, une garantie en la matière.

Il convient de noter que la majorité des votant-e-s s a compris que le système actuel favorisait la chasse aux bons risques. Ainsi, 86% des citoyen-ne-s pour et 58% des citoyen-ne-s contre l'initiative en étaient convaincu-e-s. En revanche, cet argument n'aurait pas eu d'impact significatif sur le résultat final.

Par ailleurs les électrices et électeurs perçoivent le montant des primes comme le principal problème du système actuel. Ils ne se sont par contre pas laissé convaincre par la solution proposée (66% des personnes interrogées ne croyaient pas qu'une caisse publique aurait pour conséquence une réduction des primes). Il faut noter qu'en analysant les initiatives de 2003 et 2007, VOX arrive à la même conclusion. En l'état, une baisse des primes n'est pas à portée de main. Les progrès dans la recherche et dans la médecine ainsi que le vieillissement démographique ont un impact négatif sur l'évolution des coûts de la santé. Pour cette raison, le PS juge crucial que l'on repense le système de financement de manière fondamentale afin qu'il soit plus juste et tienne mieux compte des défis à venir. En cela, le modèle de la caisse de compensation tel qu'il est proposé n'offre pas de solution convenable puisqu'il prévoit le maintien de la prime individuelle antisociale et qu'il ne suggère aucune mesure sur la manière dont les coûts pourraient être contenus. Il s'agirait d'explorer comment ces préoccupations pourraient être intégrées dans cette initiative.

Un tel projet devrait tenir compte de tous ces résultats et y apporter une réponse susceptible de rallier une majorité. Assurément, nous souscrivons à tous les arguments concernant les avantages d'une infrastructure publique de financement de l'AOS, arguments que nous avons mis en avant dans le cadre des deux dernières initiatives. Les objectifs de transparence, de lien entre les coûts et les primes, de l'adéquation des réserves, de la suppression de la sélection des risques ou encore de l'égalité de traitement entre les citoyens face au financement restent les mêmes et nous préoccupent toujours et encore. Eu égard aux campagnes extrêmement agressives menées par les adversaires pour contrer nos propositions, le PS aimerait encourager la FRC à approfondir l'argumentaire et à étudier la possibilité d'exposer d'autres et/ou davantage d'arguments.

3. La nécessité d'une assise nationale

Le lancement d'une initiative implique la nécessité d'un soutien ou d'un potentiel de soutien fort dans les autres régions linguistiques de la Suisse. Lors de la dernière votation au sujet de la caisse publique, les régions francophones avaient voté par 52% en faveur de l'initiative alors que le rejet avait été plus ou moins fort du côté alémanique et italophone. Le PS recommande vivement à la FRC de trouver cet appui ailleurs qu'en Suisse romande avant le lancement de l'initiative, en particulier auprès de ses homologues alémaniques et du Tessin (SKS, Konsumentenforum ou l'ACSI par exemple).



En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Secrétaire général, Madame, Monsieur, l'assurance de notre haute considération.

Parti socialiste
suisse

Christian Levrat
Président

Flavia Wasserfallen
Co-Secrétaire générale



ANNEXE : Autres remarques et questions sur le fond du projet

Les membres socialistes de la délégation auprès des deux Commissions de la sécurité sociale et de la santé (CSSS) souhaitent émettre quelques remarques supplémentaires et soulever des questions de fond en lien avec la proposition de la FRC.

Simplification ou complexification du système ?

Le projet de la FRC propose de donner aux cantons la possibilité de mettre sur pied une institution (inter)cantonale qui serait chargée de la compensation des coûts à charge de l'assurance-obligatoire des soins (AOS), de la fixation et de l'encaissement des primes, de la négociation des tarifs des prestations de soins, de l'achat et du contrôle des prestations administratives pour lesquelles les caisses-maladie seraient mandatées et enfin de la contribution au financement et au développement de programmes de prévention et de promotion de la santé. Les trois catégories de primes (enfants, jeunes et adultes) seraient maintenues tout comme les franchises à option et les différents modèles d'assurance. Les assureurs privés seront intégrés dans le système puisqu'ils pourront s'occuper de la partie administrative de l'assurance de base.

Il est incontestable que les cantons qui adopteraient un tel système opéreraient une simplification au niveau du nombre de primes à approuver et des réserves nécessaires à la couverture des coûts. Il faut saluer en particulier la mutualisation des réserves au niveau cantonal, ce qui nous éviterait tout nouveau scandale des primes payées en trop dans certains cantons pour subventionner les primes basses d'autres cantons. Par l'institution de caisses de compensation, l'on assisterait sans nul doute à un gain en transparence. L'autre point positif à relever est le fait que l'on tienne compte du souhait des citoyen-ne-s en conservant une certaine concurrence entre les caisses parmi lesquelles elles/ils pourront faire leur choix selon leurs besoins. Encore faut-il que les caisses acceptent d'y participer. Certes, celles-ci auront tout intérêt d'utiliser l'assurance de base comme vitrine pour promouvoir les assurances complémentaires. Nous ne sommes par contre pas sûrs que cela soit souhaitable de notre point de vue et suggérons de faire en sorte que les cantons proposent une alternative publique.

Malgré les éléments simplificateurs, nous nous demandons s'il n'existe pas un risque de complexification à d'autres égards. Le système actuel est déjà trop complexe et disparate. Sur le plan organisationnel et systémique, la caisse de compensation constituerait une structure supplémentaire à un nouvel échelon, et donc une complexité additionnelle dans la LAMal. Au cas où la caisse de compensation ne serait pas mise sur pied dans tous les cantons, l'on peut raisonnablement partir du principe que l'on aura un système hybride de financement de l'AOS. Si la délégation de la CSSS est convaincue qu'à terme, les cantons seront incités à mettre sur pied des caisses de compensation en raison de tous les avantages que présente un système de financement de l'AOS public, il lui apparaît très important de bien analyser et imaginer le fonctionnement et les conséquences de cette période « transitoire ». Des questions quant à l'impact sur la LAMal, la surveillance ainsi que sur les méthodes de contrôle auxquelles l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) fait recours surgiront et nécessiteront des réponses.



Enfin, en termes de communication, l'un des obstacles principaux que nous percevons est celui de la technicité du texte de l'initiative. Les membres de la délégation auprès de la CSSS expriment quelques craintes quant au potentiel de mobilisation des citoyen-ne-s autour de cette proposition. En cas de lancement, il faudra le cas échéant combiner l'initiative à un second texte plus facile de compréhension et soumettre au vote populaire un « paquet » de réformes du système de la santé.

Que faire des inégalités de traitement ?

Dans le cadre de l'initiative pour une caisse publique, nous voulions supprimer les inégalités de traitement entre les personnes et les écarts de primes desquelles les assuré-e-s devaient d'acquitter. Avec une telle organisation du financement de l'AOS, ces inégalités entre les assuré-e-s persisteront et risquent même d'être renforcées, tout du moins entre les assuré-e-s de deux cantons adoptant chacun un système différent. Nous songeons ici à des inégalités portant sur l'accès à des programmes de prévention et de promotion de la santé ou encore à la prise en charge des traitements médicaux. Nous savons par exemple que certaines caisses tentent, pour des raisons essentiellement économiques, de poser davantage de pierres d'achoppement lorsqu'il s'agit de rembourser telle ou telle prestation. L'on présuppose que la caisse de compensation adopterait, elle, une vision à plus long terme en mettant un accent sur la qualité et l'efficacité des thérapies. Cela ne risque-t-il pas de creuser un fossé difficilement admissible entre les assuré-e-s soumis à deux réglementations de financement différentes ? Dans tous les cas, la législation fédérale devra prévoir un ancrage effectif de la prévention et de la promotion de la santé.

De surcroît, la fixation d'une prime par canton et par catégorie de primes devra trouver une réglementation claire en raison de la diversité des caisses-maladie, de leurs prestations et leur qualité ainsi que des différences de coûts entre elles. Par exemple, une caisse avec un effectif de 10'000 assuré-e-s n'affiche pas les mêmes coûts de gestion qu'un assureur auquel sont affilié-e-s 1'000 assuré-e-s, et cela sans même compter le facteur de la diversité des risques. C'est pourquoi il faudra peut-être prévoir des garde-fous afin de garantir une qualité et un service des assureurs indiscutables envers les assuré-e-s.

Enfin, il s'agira de prévenir l'apparition d'autres effets pervers qui pourraient naître de la cohabitation des systèmes de la caisse de compensation et de la concurrence. A titre d'exemple, l'on pourrait s'imaginer que certaines caisses utiliseraient les réserves constituées dans les autres cantons à des fins de publicité dans les cantons qui se seraient dotés d'une caisse de compensation afin d'attirer davantage de clients. En fonction des modalités de rémunération des caisses, elles recevraient ainsi une plus grande somme d'argent pour l'administration des clients supplémentaires. Un contrôle strict des réserves devra être mis en place, par exemple au travers d'une cantonalisation de celles-ci.

Quid de la sélection des risques ?

En ce qui concerne la sélection des risques, nous redoutons que celle-ci ne soit pas entièrement éliminée par la mise sur pied d'une caisse de compensation. Elle pourrait se poursuivre à un niveau différent, car les assureurs auront toujours intérêt à récolter les informations sur les assuré-e-s afin d'optimiser leur offre en assurances complémentaires et ainsi mieux sélectionner les risques dans un but de maximisation du profit. C'est l'un des principaux défauts que nous décelons dans ce régime. La jurisprudence admet d'ailleurs aujourd'hui le



principe des vases communicants entre l'AOS et les assurances complémentaires.

De plus, la FRC compte continuer à autoriser les modèles alternatifs d'assurance. Or, l'on sait que ce type d'offres est à l'heure actuelle un moyen déguisé pour, d'une part, aiguïser la chasse aux bons risques et, d'autre part, ajouter des obstacles supplémentaires dans le remboursement des prestations. Il conviendrait de réfléchir à l'élaboration de modèles alternatifs d'assurance axés sur la qualité et la prévention et promouvant de manière effective une meilleure coordination des soins.

Enfin il faut avouer que les modalités pratiques pour la rémunération des caisses présentées par la FRC peinent à convaincre et seraient susceptibles de favoriser la sélection des risques : en effet, l'indemnisation basée tant sur le nombre d'assuré-e-s que sur le nombre de factures réglées engendrerait des incitatifs négatifs (que ce soit la sélection des patient-e-s générant des coûts élevés ou encore l'incitation à augmenter le volume des prestations pour accroître le nombre de factures). Sous une autre perspective, la sélection des risques pourrait être pratiquée afin de minimiser les frais de gestion, une personne en bonne santé provoquant moins de coûts administratifs qu'un-e patient-e atteint-e d'une maladie grave ou chronique. Il sera probablement indispensable de concevoir un modèle mixte pour parer à toutes ces éventualités.

Autres problèmes et lacunes

De prime abord, la comparaison avec l'AVS ou l'assurance-chômage (LACI) paraît plutôt plausible. Or, en y regardant de plus près, on se rend vite compte que celle-ci atteint rapidement ses limites. Au niveau du financement, la LACI et l'AVS sont fondées sur le mécanisme solidaire des cotisations salariales, en principe identiques pour toutes les catégories de revenus, sur l'ensemble du territoire. Le financement de la LAMal se ferait toujours au moyen des primes. La fonction de compensation n'est pas la même non plus : il n'est pas question dans la LACI et l'AVS de transparence, de lien entre les primes et les coûts ou encore de réserves cantonales. Par ailleurs, la LACI n'est pas une construction fédéraliste, mais de type « subsidiarité ». Les mêmes règles sont valables pour les agents pluriels (caisses syndicales), mais ceux-ci n'ont aucun intérêt connexe telle l'assurance privée. De même, ils ne peuvent profiter du système ou le manipuler à des fins de maximisation des gains au travers de la sélection des risques. La FRC devrait tenir compte de ces différences en faisant cette comparaison.

A la lecture du texte, nous décelons en outre une petite lacune puisque l'assurance-accidents n'y est pas inscrite. Il faudrait prévoir une couverture accidents pour les personnes qui ne sont pas assurées à titre obligatoire ou facultatif conformément aux dispositions de la loi sur l'assurance-accidents (LAA).

Autres pistes de réflexion

A ce stade du processus, nous planchons également sur d'autres pistes de réflexions qui soient d'envergure nationale. Sur le plan structurel, nous souhaiterions approfondir certaines idées telles que la création d'un fonds de réserves national ou cantonal qui regrouperait les réserves de tous les assureurs autorisés à pratiquer l'AOS. La création d'un pool des patient-e-s générant des coûts élevés pourrait d'autre part constituer un chemin à suivre pour juguler la sélection des risques. Nous sommes aussi en train d'examiner la piste du finance-



ment de l'AOS basé sur un modèle de concessions attribuées à un nombre limité de caisses-maladie. Conscients des risques et des défauts que ces grandes orientations comportent, nous aimerions tout de même approfondir les réflexions puisque celles-ci se trouvent encore à un stade précoce.

Au niveau du financement, la question d'une politique plus sociale et reposant sur des bases solides devra forcément se poser, à partir du moment où l'on émet l'hypothèse que les coûts de la santé continueront leur progression vers le haut pour les raisons invoquées supra. Les récentes victoires cantonales contre les mesures d'économies dans le domaine des réductions individuelles de primes² ainsi que les conclusions de l'analyse VOX mentionnée ci-dessus nous ont renforcés dans la conviction qu'il fallait envisager des mesures afin de soulager les assuré-e-s du poids des primes. Pour le PS, il est essentiel que celui-ci ne dépasse pas 10% de la capacité économique des ménages. Cela pourrait se faire en passant par une harmonisation de la réglementation de la LAMal en lien avec les réductions individuelles de primes (cf. art. 65 et suivants LAMal). Récemment, dans ce domaine, le canton de Vaud a ouvert – grâce à l'impulsion de notre section cantonale – une voie qu'il serait possible d'emprunter. Dès 2019, les assuré-e-s recevront un subside spécifique si les primes LAMal (selon une prime moyenne avec une franchise de 1'000 francs) représentent plus de 10% de leur revenu déterminant. Nous observerons aussi attentivement l'issue de l'initiative lancée par notre section argovienne. Celle-ci vise à déclencher un droit aux réductions individuelles de primes (RIP) dès que la charge des primes dépasse 10% des revenus du ménage. Le calcul de la RIP ne tiendrait plus compte des déductions fiscales et serait dépendant du revenu, ce qui permettrait de mieux cibler les ménages dans le besoin.

Le PS fait preuve d'une certaine perplexité quant à la viabilité du financement par le biais de la prime par tête. Chaque augmentation annuelle de cette dernière renforce son caractère antisocial par une redistribution croissante des bas vers les hauts revenus. Ce sont ces derniers qui profitent le plus de la prime individuelle puisqu'ils paient relativement peu de leur poche par rapport à la charge qu'ils seraient en mesure de supporter. Autre signal alarmant : la part de la prime par rapport au revenu disponible après subside est passée en moyenne de 10 à 12% entre 2010 et 2014, ce qui signifie que la RIP ne parvient pas à remplir complètement le rôle qui lui incombe. Sans profond remaniement, la Suisse se dirigera tout droit vers une médecine à deux vitesses, car la pression est grandissante pour effectuer un transfert de prestations du catalogue de base vers les assurances complémentaires, c'est-à-dire là où les caisses-maladie peuvent faire du profit et là où elles ont l'intention de générer des économies dans l'AOS, sur le dos des assuré-e-s les plus faibles. C'est pourquoi il faut songer à examiner d'autres desseins comme la prime selon le revenu ou la capacité économique, par exemple. Une autre piste à étudier serait celle des cotisations salariales par analogie avec la plupart des autres assurances sociales.

² Dans les cantons de Soleure, Schaffhouse et Berne.