

Stopper

la folie

des primes !

OUI

**Initiative
d'allègement
des primes**

Mettre un terme à la folie des primes : OUI à l'initiative d'allègement des primes

Résumé	1
Situation de départ	1
L'initiative d'allègement des primes	7
FAQ	8

Résumé

Il est urgent de trouver des solutions pour les primes d'assurance-maladie, car elles ont plus que doublé depuis 1997. Dans le même temps, les salaires et les pensions n'ont guère augmenté. Avec l'initiative d'allègement des primes, nous mettons un terme à cette spirale : les primes d'assurance-maladie sont plafonnées et ne peuvent désormais pas représenter plus de 10 % du revenu disponible. Cela protège non seulement les personnes ayant un petit salaire de la perte de pouvoir d'achat, mais aussi et surtout les familles, les couples de retraité-es et les personnes ayant un revenu moyen.

En votant OUI à l'initiative d'allègement des primes, nous pouvons réduire la charge que représente pour les gens l'explosion des primes et protéger les ménages contre leurs futures augmentations.

Situation de départ

Les revenus stagnent, les primes explosent

Les primes d'assurance-maladie augmentent depuis des années — elles ont plus que doublé depuis 1997 ! En parallèle, les cantons économisent toujours davantage sur le dos de la classe moyenne : par rapport à la population, la moitié des cantons dépense aujourd'hui moins d'argent pour les réductions de primes qu'il y a dix ans. Cette évolution aggrave le problème des primes par tête, car un cadre paie autant pour l'assurance de base qu'une vendeuse. Pour répartir à nouveau les coûts de manière plus équitable, il faut davantage de réductions de primes.



Les réductions de primes baissent

Les réductions de primes sont financées conjointement par la Confédération et les cantons. Alors que la Confédération adapte chaque année les réductions de primes à l'évolution des coûts, la plupart des cantons font le contraire.

Évolution des primes et des réductions de primes

Part cantonale par tête, sans prestations complémentaires/aide sociale



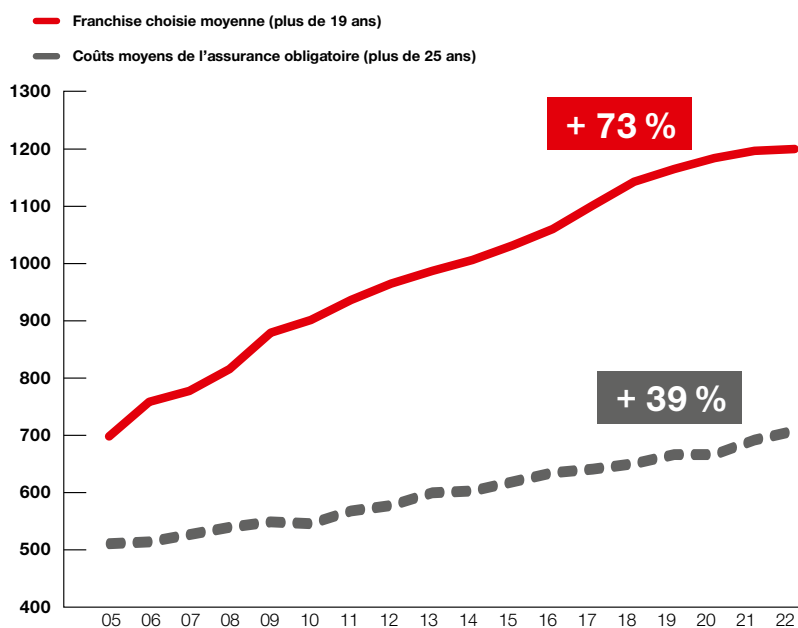
Source : BAQ, SECO; calculs de l'USSE, primes : primes standard pour toutes les classes d'âge

Ce ne sont pas seulement les primes d'assurance-maladie qui augmentent, mais aussi les dépenses à la charge des assuré-es.

Les gens paient de plus en plus eux-mêmes, non seulement pour l'assurance de base, mais aussi pour les prestations de santé qui ne sont pas couvertes par celle-ci. Les dépenses les plus importantes sont les soins dentaires et les médicaments. Alors que dans presque tous les pays européens, l'assurance-maladie prend en charge au moins une partie des frais de traitement chez le dentiste, en Suisse, presque tout doit être payé de sa propre poche. Cela représente près de 4 milliards de francs par an et correspond à près de 450 francs par personne. À cela s'ajoutent chaque année près de 4 milliards de francs pour les médicaments et les biens de consommation (par ex. masques, pansements, bandages). Au total, toutes ces dépenses assumées personnellement par les assuré-es s'élèvent désormais à près de 19 milliards de francs par an — et elles ont fortement augmenté au cours des dernières années.

En raison de la forte hausse des primes, de plus en plus d'assuré-es choisissent une franchise plus élevée, car ils peuvent ainsi économiser jusqu'à 1500 francs par an. Aujourd'hui, la franchise moyenne choisie est de plus de 1200 francs. Problème : si les gens tombent malgré tout malades, la santé devient pour eux complètement hors de prix.

Les assuré-es contribuent de plus en plus aux coûts de la santé

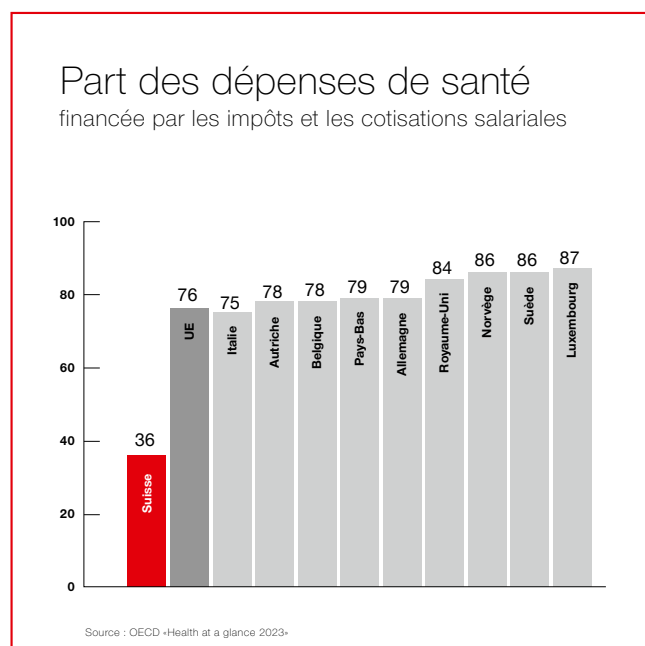


Source : statistique de l'OFSP sur l'assurance-maladie obligatoire

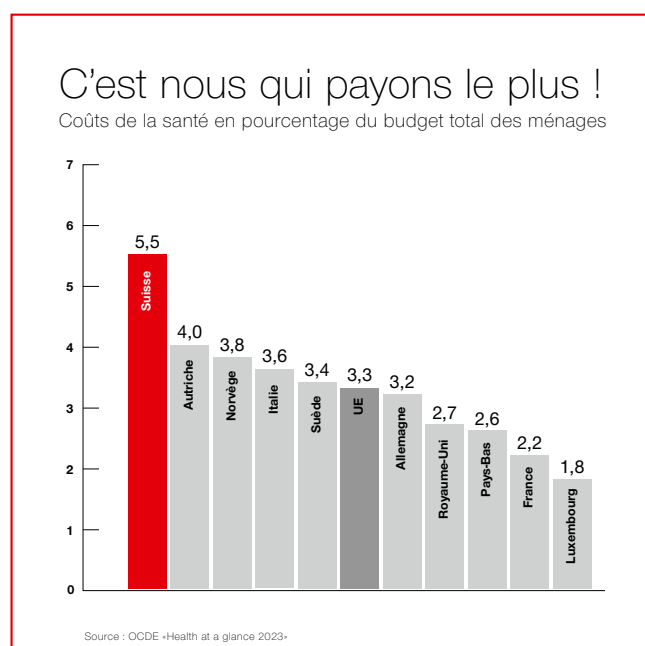
Situation internationale

Cette façon de financer le système de santé suisse est inhabituelle dans le monde international. Dans aucun pays d'Europe, les citoyens ne paient plus de leur poche pour les dépenses de santé que dans la Suisse.

Dans presque tous les pays de l'UE, environ 80 % des dépenses de santé sont financées par les impôts et les cotisations salariales. En Suisse, ce chiffre n'est que de 36 %. Environ 42 % des dépenses de santé en Suisse sont financées par les cotisations salariales indépendantes du revenu et plus de 22 % par les paiements directs.



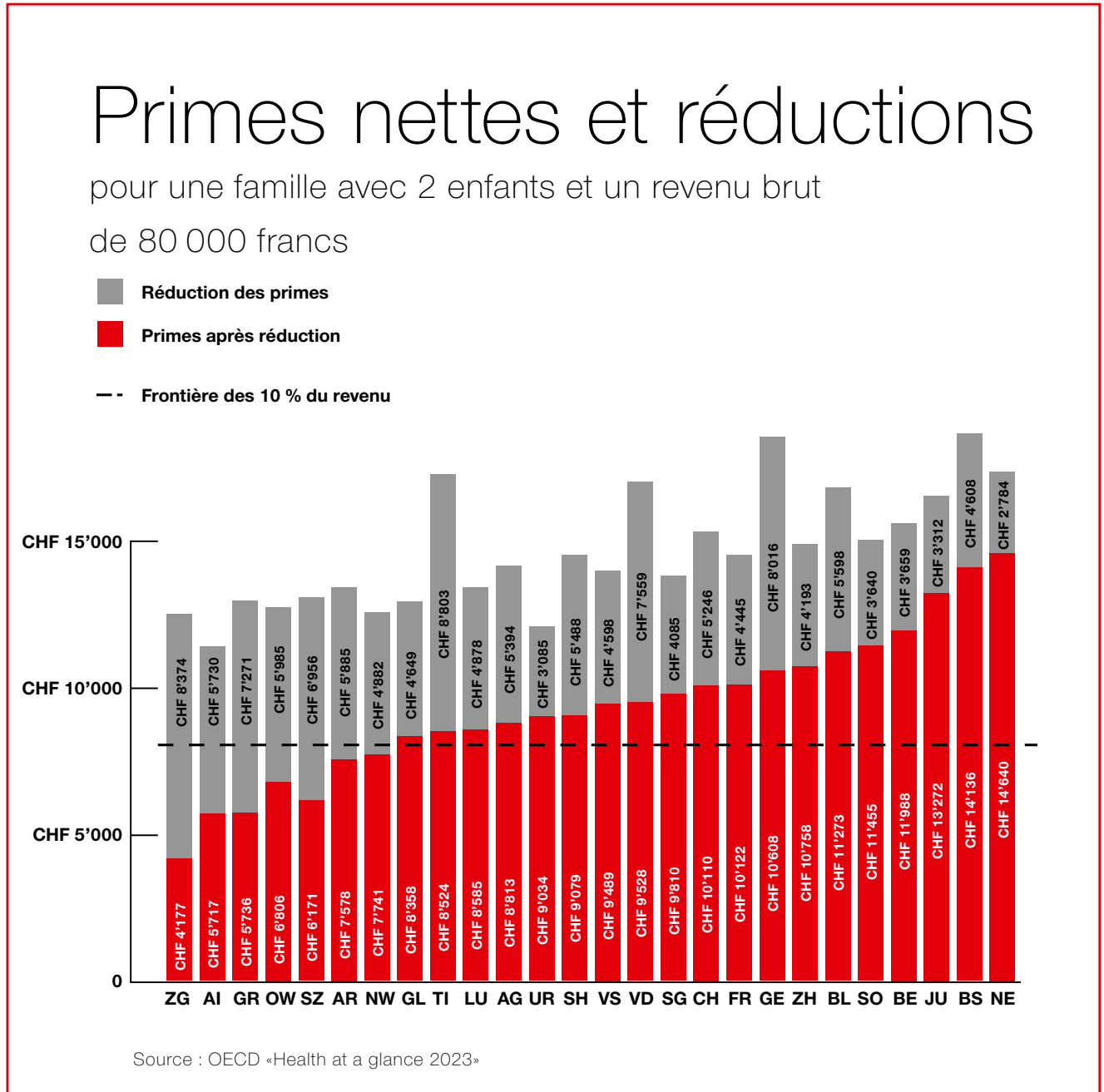
En Suisse, les ménages consacrent en moyenne 5,5 % de leur revenu disponible directement aux dépenses de santé. Dans l'ensemble de l'UE, c'est 2 points de pourcentage de moins, et au Luxembourg (tout aussi riche), la valeur s'élève à 1,8 % et correspond à moins d'un tiers des dépenses en Suisse.



Différences intercantionales

Une comparaison entre les cantons montre à quel point les primes pèsent différemment sur le budget des gens – même après réduction des primes.

À Fribourg (FR), une famille de quatre personnes avec deux mineurs et un revenu brut de 80 000 francs doit aujourd’hui consacrer plus de 12,7 % de son revenu brut, soit 10 122 francs, à la caisse maladie. Si la même famille habite à Lausanne (VD), elle ne paie « que » 9 528 francs, soit 11,9 % de son revenu brut (avec une charge fiscale presque identique). Les différences sont encore plus frappantes entre Zoug et Zürich, par exemple. À Zürich, la même famille doit consacrer 13,4 % de son revenu brut, soit 10 758 francs, à l’assurance-maladie. Si elle habite à Zoug, elle paie 5,2 % de son revenu brut, soit 4 177 francs.



Cela conduit à renoncer à des prestations de santé. Récemment, lors d’un sondage Sotomo, près de 20 % de la population a déclaré avoir renoncé à une visite chez le médecin l’année dernière pour des raisons financières. La médecine à deux vitesses devient insidieusement une réalité.

L'initiative d'allègement des primes

Que demande l'initiative ?

Avec l'initiative d'allègement des primes, les primes d'assurance-maladie sont plafonnées et ne peuvent désormais plus représenter plus de 10 % du revenu disponible.

L'initiative veut en outre définir une clé de répartition fixe pour le financement des réductions de primes. À l'avenir, la Confédération devrait prendre en charge deux tiers des dépenses totales (contre la moitié aujourd'hui), ce qui déchargerait les cantons et les soutiendrait dans leurs efforts pour verser les réductions de primes. Les cantons financeront un tiers. En outre, les assuré-es auront ainsi la garantie de bénéficier d'une réduction des primes, car cela évitera que la réduction soit brusquement supprimée lorsque les finances cantonales sont dans le rouge ou que les cantons bourgeois prévoient une nouvelle série de coupes.

À qui profite l'initiative ?

Les primes d'assurance-maladie sont comme un impôt payé par toutes et tous. Mais contrairement aux autres impôts, elles ne sont pas plafonnées et augmentent chaque année. L'initiative d'allègement des primes demande leur plafonnement à 10 % du revenu disponible. Cela ne profite pas seulement aux personnes ayant de bas salaires, mais aussi à celles ayant des revenus moyens. Par exemple, les personnes seules dont le revenu net est inférieur ou égal à 5 200 francs bénéficient du plafonnement demandé. L'initiative protège ainsi le pouvoir d'achat de la population et renforce notre économie.



**Famille avec
deux enfants**

Une famille de quatre personnes avec un revenu de 9000 francs nets économisera plusieurs centaines de francs par mois.



**Retraités,
personnes seules**

Les retraité-es et les personnes seules dont le revenu net ne dépasse pas 5000 francs profitent du plafonnement des primes demandé.

Forcer la politique à agir

Le lobby des caisses maladie, des groupes pharmaceutiques et des hôpitaux à but lucratif a empêché jusqu'à présent, avec l'aide des partis bourgeois, que les politiques édictent des lois efficaces pour réduire les coûts de la santé. Le lobby de la santé maximise ainsi ses profits, et c'est nous qui payons toutes et tous la facture – par le biais des primes. L'initiative d'allègement des primes renvoie la balle dans le camp des politiques: l'initiative plafonne les primes à 10 % du revenu. En cas d'acceptation, la pression de l'augmentation des coûts de la santé et donc des primes se déplace vers la Confédération et les cantons. Ceux-ci devront distribuer des réductions de primes nettement plus élevées. Avec l'initiative d'allègement des primes, leur incitation à maîtriser les coûts de la santé augmente.

FAQ

1. Comment l'initiative entend-elle endiguer la croissance des coûts dans le secteur de la santé ?

L'initiative plafonne les primes à 10 % du revenu. En cas d'acceptation, la pression de la hausse des coûts de la santé et donc des primes se déplace vers la Confédération et les cantons. Ceux-ci devront distribuer nettement plus de réductions de primes et seront ainsi fortement incités à aller enfin de l'avant en ce qui concerne les prix des médicaments et la pseudo-concurrence coûteuse entre les caisses.

2. Comment maîtriser la croissance des coûts de la santé ?

Le principal problème du système de santé suisse réside dans son financement non solidaire, notamment par le biais de la prime par tête dans l'assurance de base. Le deuxième point sur lequel il faut agir est le gaspillage et l'affairisme dans le secteur de la santé. Cela entraîne une augmentation des coûts.

Des mesures sont nécessaires pour maîtriser la croissance des coûts dans le secteur de la santé. Et ce, sans mettre en danger la qualité des soins de santé ni exercer une pression plus forte sur le personnel de santé déjà très sollicité.

Voici quelques mesures efficaces :

— Des prix de médicaments plus bas

Le prix des médicaments en Suisse est beaucoup trop élevé par rapport à l'étranger. Pour les médicaments protégés par un brevet, nous payons en moyenne 5,4 % de plus qu'à l'étranger, pour les préparations originales dont le brevet a expiré, la différence est de 10,8 % et même de 45,5 % pour les génériques. De plus, les médicaments génériques sont également trop peu distribués en Suisse (22 % contre 80 % en Allemagne). C'est pourquoi il faut une obligation d'utiliser des génériques et des biosimilaires ainsi que des prix de référence. Selon santésuisse, cela permettrait d'économiser jusqu'à 685 millions de francs par an.

— Renforcer les premiers soins et la prévention

Les dépenses pour les soins de base stagnent, alors que les coûts des spécialistes augmentent fortement. Ainsi, les salaires des spécialistes sont deux à trois fois plus élevés que ceux des médecins de famille et des pédiatres. Il en résulte une pénurie de médecins généralistes, de psychologues et de pédiatres, ainsi qu'une pénurie de soins. C'est pourquoi il faut de meilleurs tarifs pour les soins de base, des centres de consultation initiale — pour ne faire appel aux spécialistes qu'en cas de nécessité — et une mise en œuvre rapide de l'initiative sur les soins infirmiers.

— Moins de doublons

Le manque de coordination entre les prestataires de soins entraîne des examens multiples et des doublons inutiles. C'est pourquoi il faut, entre autres, un dossier électronique des patient-es largement utilisé et une meilleure coordination entre les cantons avec — par exemple — une planification suprarégionale des soins hospitaliers.

— Plus de transparence

L'erreur fondamentale de construction du système de santé suisse est qu'il est censé fonctionner de manière lucrative. Il en résulte que les prestations rentables sont très disputées par les fournisseurs de prestations privés et les assureurs-maladie privés, tandis que les soins de base, la prévention et les soins sont négligés. Cela fait grimper les coûts de la santé sans que les patient-es en profitent. C'est pourquoi il faut plus de transparence dans les salaires et le financement, ainsi qu'un organe de contrôle indépendant et une caisse maladie publique.

Plus à ce sujet ici.

3. Comment est calculé le « revenu disponible » ?

Le revenu disponible correspond au revenu imposable de l'impôt fédéral direct (c'est-à-dire la somme de tous les revenus, réduite des déductions faites dans la déclaration d'impôt). Pour ce faire, nous proposerons des plafonds pour la fortune et pour le revenu, afin d'éviter que des millionnaires ou des personnes sans revenu mais disposant d'une grande fortune ne bénéficient de réductions de primes — même si elles et ils n'en ont pas besoin. Cette définition est proposée par le comité d'initiative. La mise en œuvre de l'initiative est de la compétence du Parlement.

4. Quelles ont été les réflexions de la Confédération lors de l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire en 1996 ?

Lors de l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire en 1996, une particularité a été décidée qui a encore aujourd'hui d'énormes répercussions sur le porte-monnaie de la population : l'antisociale prime par tête. Pour toutes les autres assurances sociales, les primes sont financées de manière solidaire soit par les impôts, soit par des cotisations basées sur le revenu — ce qui n'est pas le cas pour les caisses d'assurance-maladie. Cela signifie qu'une professeure de droit célibataire paie exactement la même prime qu'un infirmier élevant seul ses enfants. Parallèlement, un consensus s'est dégagé en 1996 pour que les primes ne dépassent pas 8 % du revenu du ménage. Au-delà de ce seuil, les pouvoirs publics interviendraient et financeraient les autres coûts via des réductions de primes. Comme nous le savons toutes et tous, nous en sommes aujourd'hui très loin, car alors que les salaires stagnent, les primes ont doublé au cours des vingt dernières années.