

Stopper

la folie

des primes !

OUI

**Initiative
d'allègement
des primes**

Stopper à la folie des primes : OUI à l'initiative d'allègement des primes

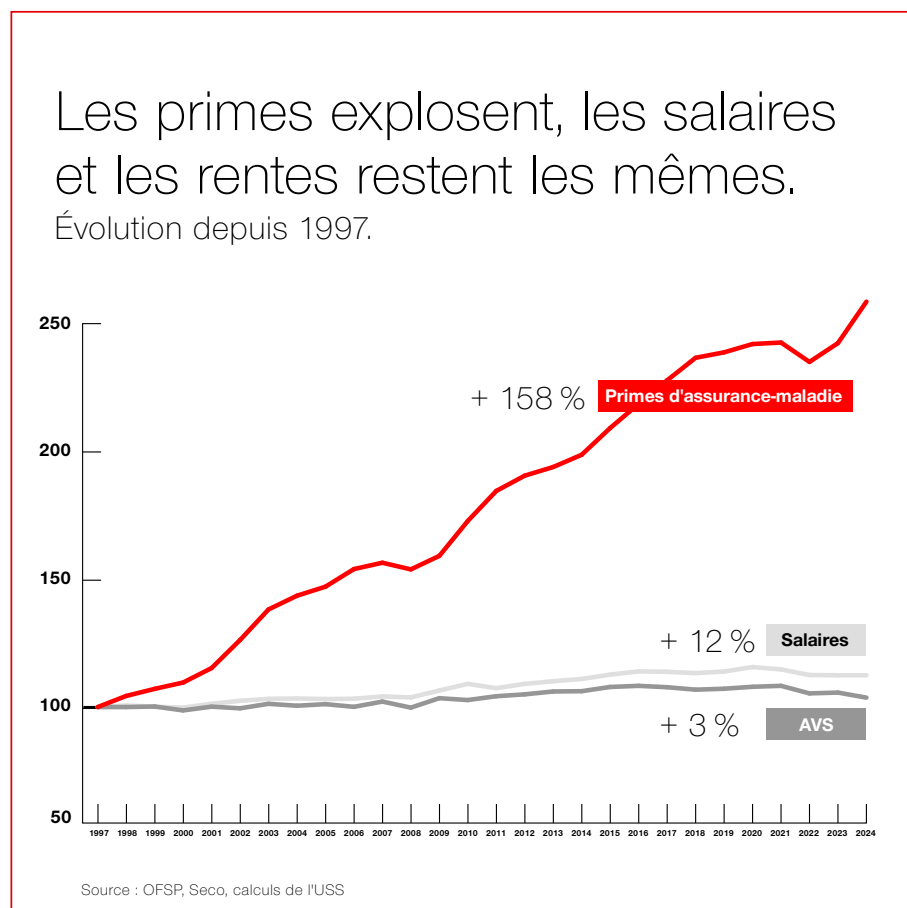
En bref

Les primes d'assurance-maladie explosent. Au cours des 20 dernières années, elles ont plus que doublé. Cela met de plus en plus de personnes en difficulté financière. Avec l'initiative sur les primes, nous mettons fin à cette folie. Les primes seront plafonnées et ne pourront plus représenter plus de 10 % du revenu disponible.

Situation de départ

Les revenus stagnent, les primes explosent

Au cours des 20 dernières années, les primes ont plus que doublé. Dans le même temps, les salaires et les pensions n'ont guère augmenté. Cette évolution met de plus en plus de personnes en difficulté financière.

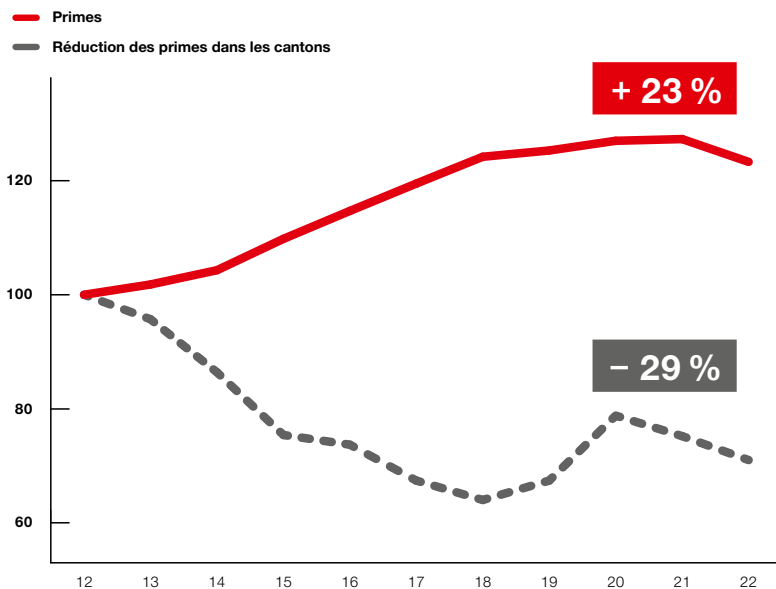


Le système est déséquilibré

Un millionnaire et une employée du commerce de détail paient des primes identiques. En compensation, les personnes ayant un bas salaire doivent bénéficier d'une réduction de primes. Cela a longtemps bien fonctionné. Mais aujourd'hui, la charge des primes est beaucoup trop élevée, même pour la classe moyenne. Parallèlement, les cantons économisent sur la réduction des primes. Conséquence : de plus en plus de personnes sont laissées seules face aux primes. Cela ne peut pas continuer ainsi.

Évolution des primes et des réductions de primes

Part cantonale par tête, sans prestations complémentaires/aide sociale



Source : BAG, SECO, calculs de l'USS, primes : primes standard pour toutes les classes d'âge

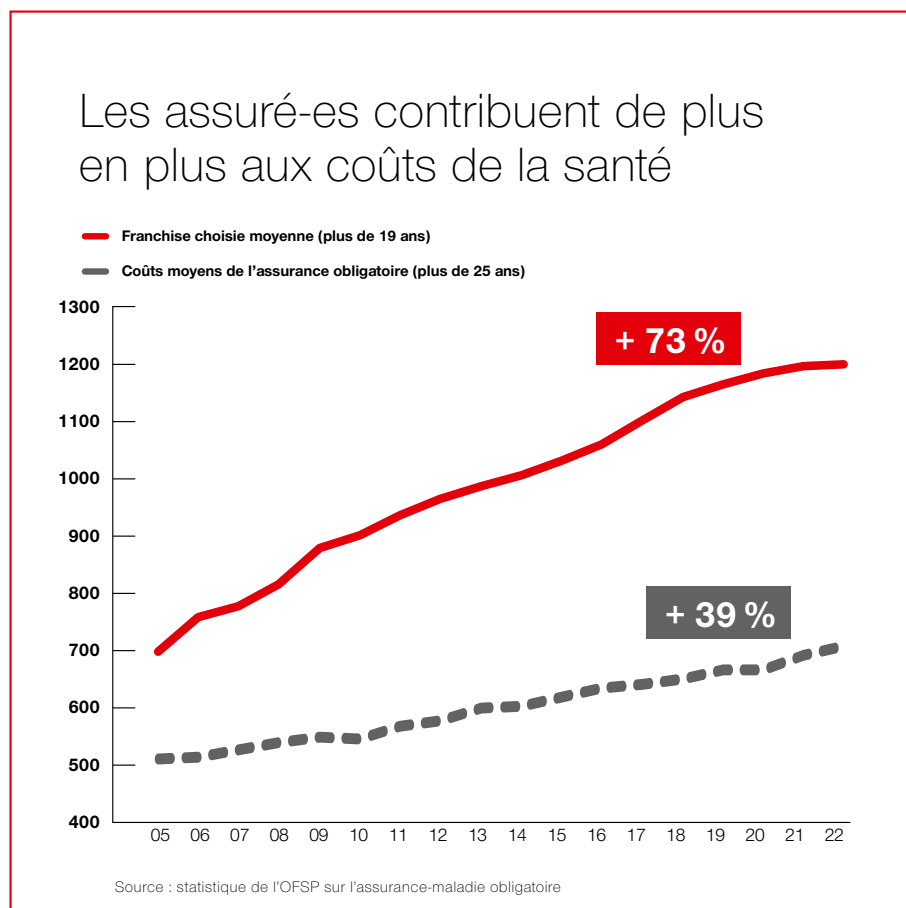
La population paie le prix

Dans l'ensemble, la Suisse dispose d'un excellent système de santé. Il est clair que cela a un prix. Mais il est également clair que le secteur de la santé est confronté à du gaspillage et à de l'entre-soi. Les politiques, les caisses maladie et les groupes pharmaceutiques en portent la responsabilité. Mais c'est la population qui paie l'addition. Par exemple, les prix des médicaments en Suisse sont beaucoup trop élevés par rapport à l'étranger. Pour les médicaments protégés par un brevet, nous payons plus de 5 pour cent de plus, pour les génériques, ce sont même 45 pour cent ! Mais les groupes pharmaceutiques empêchent toute mesure efficace et font ainsi grimper les primes. Tant que la population en paiera le prix, cela continuera. L'initiative d'allègement des primes renvoie la balle dans le camp des politiques et augmente la pression pour qu'elles et ils se libèrent de l'influence des lobbies¹.

¹ De plus en plus de gens renoncent à des prestations de soins

De plus en plus de gens renoncent à des prestations de soins

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



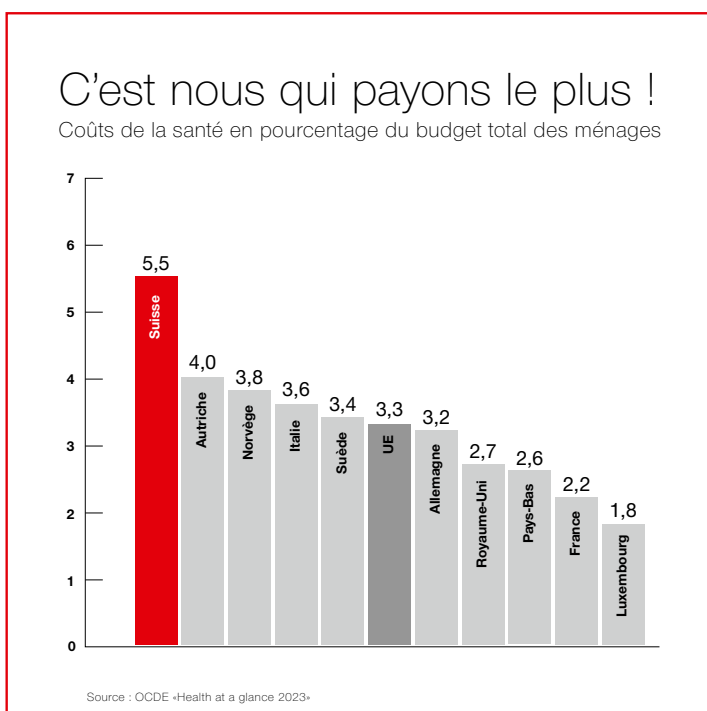
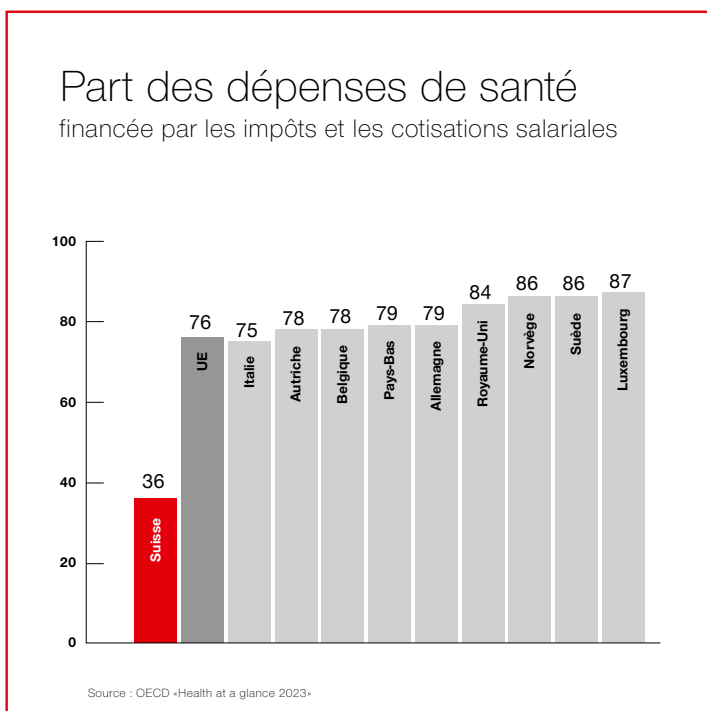
Le tiers-payant augmente

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.

Comparaison internationale

Ce mode de financement du système de santé suisse est également inhabituel en comparaison internationale. Dans aucun pays d'Europe, les gens ne doivent contribuer autant de leur poche aux dépenses de santé qu'en Suisse. Dans presque tous les pays de l'UE, environ 80 % des dépenses de santé sont financées principalement par les impôts et les cotisations salariales. En Suisse, ce pourcentage n'est que de 36 %. Environ 42 % des dépenses sont financées par les primes par tête indépendantes du revenu et plus de 22 % par les paiements directs.

En Suisse, les ménages doivent consacrer 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.



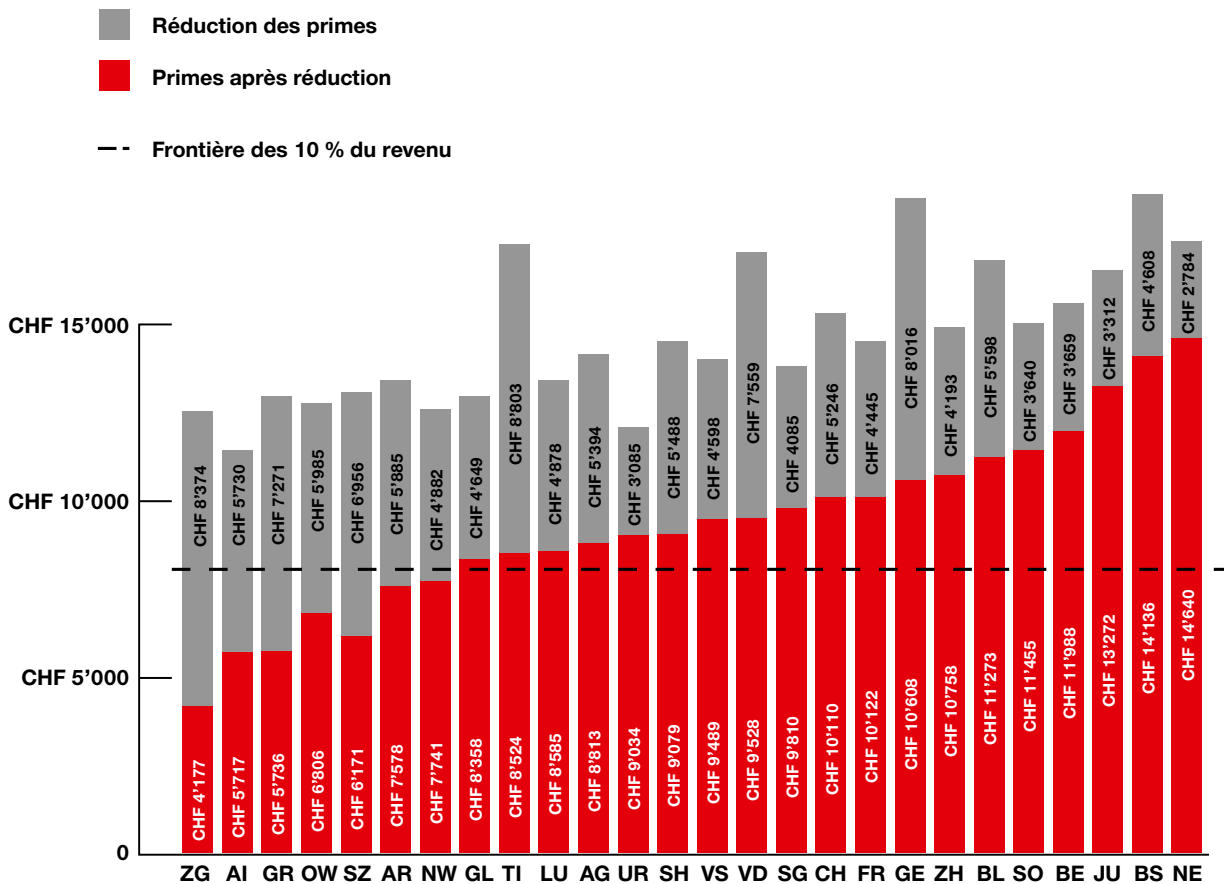
Différences entre les cantons

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

À Fribourg (FR), une famille de quatre personnes avec deux mineur-es 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 Zurich, par exemple. À Zurich, 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.

Primes nettes et réductions

pour une famille avec 2 enfants et un revenu brut de 80 000 francs



Source : OECD «Health at a glance 2023»

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.

Revenu disponible

Selon la proposition du comité, le revenu disponible correspond au revenu imposable de l'impôt fédéral direct – c'est-à-dire à la somme de tous les revenus, moins les déductions fiscales indiquées dans la déclaration d'impôts. En outre, nous allons proposer des plafonds pour la fortune et le revenu, afin d'éviter que des millionnaires ou des personnes très fortunées sans revenu ne bénéficient de réductions de primes alors même qu'elles n'en ont pas besoin.

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 5 000 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.



**Retraité-es,
personnes seules**

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

Annexe : comment maîtriser la croissance des coûts de la santé ?

Avec l'initiative les primes seront plafonnées et ne pourront plus représenter plus de 10 % du revenu disponible. En cas d'acceptation, la Confédération et les cantons devront verser nettement plus de réductions de primes qu'aujourd'hui. La pression sur la politique sera ainsi renforcée pour qu'elle se libère de l'influence des groupes pharmaceutiques et des caisses maladie et qu'elle prenne des mesures efficaces pour endiguer la hausse des coûts. Parmi ces mesures figurent :

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 n'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.