

Inflation

Menace sur le pouvoir d'achat: la FRC demande le gel des primes maladie

L'inflation continue de grever le budget des ménages. Les consommateurs épongent entièrement les hausses de prix dans tous les domaines. Une augmentation massive des primes maladie va s'y ajouter. Les assurés font ainsi les frais de l'inaction des acteurs de la santé, incapables de toute réforme du système. Ce contexte explosif représente une menace sans équivoque sur une part de la population toujours plus grande.

D'abord, une augmentation de 5,3% sur les produits alimentaires, une hausse des loyers et des transports. Ensuite, le prix de l'électricité qui a monté de 25,5% depuis le début de l'année et une augmentation supplémentaire des tarifs prévue pour la fin du mois. Sans compter celle, massive, des primes maladie. La pression va devenir insoutenable cet automne, les quelques hausses salariales se diluant dans une inflation qui ne tarit pas.

Tout au long de la législature, la FRC s'est mobilisée contre la vie chère, signalant les marges excessives dans la grande distribution. Elle a œuvré pour plus de transparence dans l'énergie. Elle a également mis en garde contre l'immobilisme des acteurs de la santé centrés sur leurs intérêts sectoriels et transférant les charges sur les assurés. Des mesures d'urgence sont nécessaires. À ce titre, la FRC demande le gel des primes maladie.

Lors de la législature qui s'achève, deux paquets de mesures ont été débattus au Parlement. Ils n'ont abouti à rien. Aucune concession n'a par ailleurs été faite aux assurés: les réserves excédentaires ont fondu en Bourse, plutôt que de leur être rétrocédées; les prix des médicaments n'ont pas bougé (pas d'importations parallèles, pas de remboursement des remèdes achetés dans les pays frontaliers); les médecins continuent à être payés à l'acte incitant à la surprescription. Les primes épongent l'immobilisme de la majorité des décideurs. Si les montants destinés à couvrir l'augmentation des coûts (qui se chiffre en milliards) étaient issus des deniers publics, le Parlement débattrait du bien-fondé de leur ampleur ainsi que de leur allocation éventuelle. Le tout serait même soumis au frein à l'endettement.

L'endettement privé est-il plus supportable que celui qui est public? Entre 700 000 francs et 1 million de mises en poursuite concernent l'assurance-maladie sur les 3 millions en 2019. L'augmentation des coûts de la santé ne peut plus être supportée par les seuls assurés. Après ce gel des primes, le dégel éventuel ne sera possible que lorsque chaque branche du secteur de la santé aura consenti des réformes profondes du système. Pour éviter un rattrapage brutal lors du dégel, les primes devront être plafonnées à 10% du revenu. La mesure consistant à geler les primes est ainsi un complément aux initiatives respectives du Parti socialiste et du Centre (cette dernière n'étant assortie d'aucune garantie faite aux assurés pour que les primes baissent ou soient plafonnées).

C'est une constante en Suisse, en santé comme dans les transports, la part des usagers au financement direct est très haute en comparaison internationale. Pour des motifs différents, les dépenses dans ces deux secteurs répondent à des nécessités qui les rendent incompressibles. Le risque est grand que les ménages non aisés fassent dès lors des économies sur leurs dépenses alimentaires, seul poste où ils disposent d'une marge. En plus du gel des primes, la FRC présentera une série de propositions le 5 septembre prochain lors du sommet organisé avec le Surveillant des prix.

Annexe: l'argumentaire de la FRC

Informations complémentaires:

Sophie Michaud Gigon, Secrétaire générale, tél. 021 331 00 90

Yannis Papadaniél, responsable Santé, tél. 021 331 00 90

Argumentaire

Menace sur le pouvoir d'achat: la FRC demande le gel des primes maladie

Alors que l'inflation continue de grever le budget des ménages, les consommateurs ne doivent pas faire les frais de l'inaction des pouvoirs publics et des acteurs du système en matière de santé. La conséquence: des primes maladie reparties à la hausse et une menace sans équivoque sur un nombre toujours plus important de ménages. Explication et analyse.

Une augmentation de 5,3% sur les produits alimentaires, des loyers qui ne cessent de monter, et une hausse des prix de l'électricité de 25,5% depuis le début de l'année avant même l'annonce d'une augmentation supplémentaire de ses tarifs d'ici à la fin du mois d'août. La menace se précise et elle est sérieuse, car ce constat ne compte pas encore l'augmentation prévue – entre 8 et 10% en moyenne – des primes maladie.

Les ménages seront mis sous une pression insoutenable cet automne, alors que les quelques hausses salariales (lorsqu'elles ont cours) se diluent dans une inflation qui ne tarit pas. Tout au long de la législature 2019-2023, la FRC a pourtant mis en garde contre l'immobilisme des acteurs de la santé très prompts à défendre leurs intérêts propres, à refuser le compromis et à transférer les charges sur les assurés. Cette année, la hausse des primes se déploie dans un contexte plus tendu qu'auparavant. C'est une constante en Suisse, en santé comme dans les transports, la part des usagers au financement direct est très haute en comparaison internationale, et elle ne cesse d'augmenter.

Le contexte est tel qu'il faut **prendre des mesures d'urgence**. C'est la raison pour laquelle la FRC demande le gel des primes maladie: la part assumée par les assurés doit être plafonnée. S'il y a bien un poste budgétaire pour lequel les ménages attendent un signal fort et sur lequel les autorités sont en mesure d'agir rapidement, c'est celui-ci. Or, ces quatre dernières années, à peu près rien ne s'est passé. Deux paquets de mesures ont été déposés par le Conseil fédéral au Parlement. Ils se sont fondés sur l'analyse du système de santé et de soins menée par un groupe d'experts internationaux mandaté en 2016 et dont les conclusions ont été livrées en 2017.

Le **premier paquet** a été divisé en différents volets, dont le traitement s'est échelonné entre l'été 2020 et l'automne 2022. Il a donné lieu à pas moins de 62 votes sur cette période pour aboutir à des mesures peu décisives: la remise systématique de la copie des factures médicales aux patients ou le lancement possible de projets pilotes pour tester de nouvelles approches – dont le lancement est réputé très bureaucratique. Au passage, les mesures phares pour agir sur le prix des médicaments et encourager la prise de génériques sont passées à la trappe. On pense ici au prix de référence pour lequel aucune alternative crédible n'a été édictée.

Le **second paquet**, déposé quant à lui à l'automne 2022 par le Conseil fédéral, n'a abouti encore à rien. Le Gouvernement y préconise notamment de mieux coordonner les parcours de soins, mesure qui a déjà du plomb dans l'aile. Après avoir grandement contribué à couler toutes les mesures susceptibles d'agir sur le prix des médicaments dans le premier paquet, l'industrie pharmaceutique met une forte pression sur une proposition plus avantageuse pour elle: légaliser les rabais secrets sur les produits innovants et introduire une exception à la Loi sur la transparence, laquelle empêcherait des particuliers, des organes de presse ou des associations comme la FRC de connaître le prix réel des traitements concernés...

Bref, cette législature qui, excepté pour l'année 2023, a connu une certaine accalmie au niveau des primes résonne comme une suite d'occasions manquées pour réformer le système et, surtout, soulager les assurés. Aucune concession ne leur a été octroyée par la majorité parlementaire. Cinq exemples clés à ce sujet:

- Au moment où les assureurs ont capitalisé des **réserves excédentaires** à un niveau sans précédent (jusqu'au double des seuils légaux), en dépit de nombreuses propositions en provenance de tous les bords

politiques, leur restitution obligatoire et automatique a toujours été refusée. Ces réserves ont désormais fondu, notamment parce qu'elles ont été perdues en Bourse.

- Alors que la législation suisse autorise les **importations parallèles** de produits à risque (achat auprès de grossistes installés dans l'Union européenne, p. ex.), elle les interdit pour les médicaments. Là encore, le Parlement n'est pas entré en matière sur une autorisation de ces importations à partir de l'UE. Cela aurait pourtant permis de baisser le prix des médicaments sans remettre en cause la qualité et la sécurité. Dans la même lignée, aucune mesure n'a été prise pour rembourser les médicaments achetés à l'étranger, dans les zones frontalières notamment, où ils sont nettement moins onéreux.
- Si l'esprit de la LAMal veut que les primes soient indexées sur les coûts globaux des prestations, les **modalités de calcul** restent très opaques et inconnues du public ainsi que de la plupart des acteurs. Sur ce point également, la majorité parlementaire n'a pas souhaité user de ses prérogatives pour mettre de l'ordre et apporter davantage de clarté.
- La **tarification à l'acte** des prestations médicales incite les professionnels à surprescrire et à effectuer des prestations à double ou à triple. Elle n'a fait l'objet d'aucune réforme. La FMH a agité la peur d'une rationalisation des soins pour faire échouer toute mesure visant à revoir le mode de rémunération des médecins, en particulier des spécialistes.
- La réforme visant à **uniformiser le financement des soins** (plus connu sous l'acronyme alémanique EFAS) n'a pas abouti, alors que son dépôt date de... 2009. La mesure est bonne au départ, puisqu'elle vise à mettre en place des sources de financement identiques pour les prises en charge de l'ambulatoire et du stationnaire. Actuellement, l'ambulatoire (consultation en cabinet médical, p. ex.) est financé à 100% par les primes. Les séjours hospitaliers, quant à eux, sont financés à 55% par les cantons et à 45% par les primes. Le projet actuel consiste à disposer d'une part cantonale de 25% pour l'ambulatoire et le stationnaire. C'est logique à un moment où de nombreuses prestations qui nécessitaient autrefois des hospitalisations sont désormais prises en charge autrement. Le solde de 75% environ serait assumé par les primes. Dans l'état actuel, ce projet donne l'entier du pouvoir aux assureurs qui auraient la charge du calcul du montant correspondant aux 25% de la part des cantons et de la facturation aux pouvoirs publics. Ceux-ci deviennent des agents payeurs bien passifs. Ils ne sont néanmoins pas en reste, puisque, au cours des négociations, les cantons ont exigé d'intégrer les soins longue durée, c'est-à-dire les soins pour des malades chroniques et/ou personnes vieillissantes, qu'ils prennent en charge actuellement. Autrement dit, les cantons transfèrent ce financement directement aux assurés. Par ailleurs, la part cantonale se calculera après déduction de la franchise et de la quote-part des assurés: un autre mécanisme favorable aux cantons et défavorable aux assurés.

Le sort de ces cinq propositions – pour lesquelles la FRC s'est mobilisée et n'a pas hésité à sceller des alliances avec des élus de tous bords et des représentants de tous les milieux professionnels, assureurs compris – ne s'est pas joué sur le seul clivage gauche/droite, mais plutôt sur celui entre les deux Chambres fédérales. En effet, sur chacun des sujets, le Conseil national s'est prononcé en faveur de réformes solides, alors que le Conseil des États les a stoppées net.

Ce dernier s'est montré bien plus **poreux à l'influence du lobbying** respectif des assureurs (en ce qui concerne les réserves), des médecins (tarification dégressive en fonction du volume de prestations, fin de la tarification à l'acte) et des fabricants de médicaments (empêchant systématiquement toute réforme visant à réguler les prix et créer de la transparence). Ceci tient à la composition de la Chambre des Cantons, car y siègent de nombreux élus directement employés dans les branches concernées, plus enclins à défendre des intérêts sectoriels privés que ceux de leurs cantons.

Le débat sur les coûts n'épuise pas tous les enjeux. Il est également établi de longue date que la Suisse fait face à une **pénurie croissante de soignants de premier recours**, généralistes, psychiatres ou gynécologue, et bien

sûr, de personnel infirmier. Rien n'a été entrepris pour pallier la pénurie et **optimiser la coordination entre les différents corps de métier** du premier recours. Des tables rondes organisées par l'Office fédéral de la Santé publique durant le premier semestre 2023 n'auront abouti à aucun projet en matière de soins intégrés, rencontrant des résistances chez les assureurs comme chez les médecins. Alors que pour pallier les effets de la pénurie, il serait nécessaire de déléguer des tâches au personnel infirmier, aucune mesure structurelle n'a été prise. Or les soins de premiers recours doivent être repensés afin de répondre aux besoins croissants découlant du vieillissement de la population et de la prévalence toujours plus importante des maladies chroniques. Ce n'est qu'en suivant cette voie que l'on pourra optimiser de manière vertueuse la prise en charge, y intégrer de la prévention tout en contrôlant les coûts. La seule mesure sur les rails au Parlement consiste à instaurer une taxe pour toute consultation aux urgences pour un motif bénin... En somme, il s'agit de faire payer aux usagers – souvent désemparés – l'absence de volonté, voire de projet politique en matière de santé.

Cet immobilisme a une explication: entre les primes et les parts directes, les assurés financent directement les deux tiers des coûts. Et jusqu'à présent, 25 ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, ils n'ont pas fait défaut!

Si le montant ainsi couvert (environ 2 milliards supplémentaires chaque année) était issu des deniers publics, le Parlement débattrait du bien-fondé de son ampleur ainsi que de l'allocation éventuelle des montants exigés. Le tout serait même soumis au mécanisme bien connu du **frein à l'endettement**. Et là? Non, rien: cet impôt caché et non indexé sur le revenu que sont les primes suscitent une indignation surjouée chaque automne sans qu'aucun frein soit activé pour en stopper l'augmentation.

L'endettement privé est-il plus supportable que l'endettement public? Il le semblerait puisque, en matière de subside, il existe d'énormes disparités d'un canton à un autre et que le traitement de l'initiative du Parti socialiste visant à plafonner les primes à 10% du revenu des ménages traîne, lui aussi, en longueur.

En somme, les primes épongent l'immobilisme de la majorité des décideurs. Voilà pourquoi la FRC exige dès à présent le gel des primes. **L'augmentation des coûts de la santé ne peut plus être supporté par les seuls assurés**. Ce sont aux acteurs – qui écartent la plupart du temps les assurés de leurs délibérations – de trouver le moyen de compenser la hausse des coûts et de prendre les mesures pour les limiter, si ce n'est les stopper.

Le dégel éventuel des primes ne sera possible que lorsque chaque branche du secteur de la santé (assureurs, soins ambulatoires, soins stationnaires et fabricants de médicaments) aura consenti à des réformes profondes du système de santé. Les assurés devront bien sûr être largement consultés et intégrés aux processus de changement profonds du système de soins et d'un **passage à un véritable système de santé**.

Enfin, pour éviter un rattrapage brutal au moment du dégel, les primes devront être plafonnées à 10% du revenu, comme l'exige l'initiative du même nom. La mesure consistant à geler les primes est ainsi un complément aux initiatives respectives du Parti socialiste et du Centre. Cette dernière demande de **fixer un seuil annuel des coûts** à partir duquel il serait nécessaire de définir des réformes sans indiquer lesquelles et sans prévoir de levier de contrainte pour éviter l'immobilisme. Le gel des primes vient pallier cette lacune garantissant aux assurés que les primes baissent ou a minima n'augmentent pas.