



SGB Schweizerischer
Gewerkschaftsbund
USS Union syndicale
suisse
USS Unione sindacale
svizzera

DOC

Documentation

correspondance | case postale 64
3000 Berne 23
téléphone | 031/371 56 66 + 67
télécopie | 031/371 08 37
CCP | 30-2526-3

N° 54

La santé à un prix abordable

Documentation concernant l'initiative populaire
sur l'assurance-maladie du PSS et de l'USS

Sommaire

A. Pourquoi cette initiative populaire ?	3
B. Que demande l'initiative populaire « La santé à un prix abordable » ?	4
C. Comment l'initiative entend-elle financer l'assurance-maladie?	4
D. Qui paiera quoi si l'initiative est acceptée?	7
E. Quel est le niveau actuel des primes?	8
F. Pourquoi l'initiative demande-t-elle des mesures de maîtrise des coûts?	10
G. Quel est le niveau des coûts de la santé aujourd'hui?	11
H. Pourquoi les coûts de la santé sont-ils si élevés en Suisse?	11
I. Comment l'initiative se propose-t-elle de maîtriser les coûts?	14
J. Autres répercussions de l'initiative	16

A. Pourquoi cette initiative populaire ?

Parce que nous voulons un financement social de l'assurance-maladie

- pour mettre fin au scandale des primes individuelles (ou: primes « par tête ») qui ne sont ni équitables ni sociales
- pour mettre fin au système qui permet à un(e) milliardaire de payer les mêmes primes qu'une travailleuse ou un travailleur
- pour mettre fin aux charges de santé qui écrasent les familles
- pour mettre fin au système bureaucratique, injuste et inefficace mis en place pour la réduction des primes
- pour mettre fin à la politique de la Confédération et des cantons qui se déchargent sournoisement de leurs responsabilités en matière de financement

Parce que nous voulons une assurance-maladie d'un coût abordable

- pour mettre fin aux augmentations continues de primes
- pour mettre fin aux augmentations des franchises et de la participation aux coûts (= augmentations déguisées des primes)
- pour mettre fin au gaspillage de l'argent des assuré(e)s

Parce que nous voulons de bons soins médicaux pour toutes et tous

- pour mettre fin aux menaces de rationnement des soins et au risque de médecine à deux vitesses (les soins de qualité étant réservés aux riches !)
- pour mettre fin au tapage de ceux qui réclament un « moratoire » des prestations
- pour mettre fin à la discrimination qui frappe les soins à domicile qui sont d'un coût abordable

Parce que nous voulons une assurance-maladie en état de fonctionner

- pour mettre fin au petit jeu des accusations mutuelles entre médecins, caisses, cantons, hôpitaux, etc.
- pour mettre fin au règlement des conflits sur le dos des assuré(e)s

Parce que rien ne se fera sans cette initiative

- Le parlement fédéral (ou plutôt sa majorité bourgeoise) ne veut pas améliorer la situation des assuré(e)s et privilégie les intérêts des médecins et des cantons.

B. Que demande l'initiative populaire « La santé à un prix abordable » ?

- L'initiative entend permettre à toutes les assuré(e)s d'avoir accès à un système de soins de haute qualité, adapté aux besoins et financièrement abordable. L'assurance de base est définie de telle façon que personne n'a besoin d'assurances complémentaires privées pour se soigner. Les assureurs-maladie qui gèrent l'assurance obligatoire de base ne visent pas à faire des bénéfices.
- L'initiative entend substituer des primes calculées en fonction des moyens financiers de chacun(e) aux primes individuelles antisociales actuellement en vigueur (qui font qu'un(e) employé(e) paie autant qu'un(e) milliardaire). La moitié au moins des primes payées actuellement doit être déterminée en fonction du revenu et de la fortune, la moitié au plus de ces primes sera financée par des pour-cent supplémentaires de TVA. Cette solution fera baisser les primes pour près de 90 pour cent des assuré(e)s.
- L'initiative entend contenir l'explosion des coûts de la santé, parce que, si rien n'est fait - et malgré un financement social -, les charges financières deviendront insupportables pour les assuré(e)s et que cet argent devrait être utilisé à meilleur escient (p. ex. pour l'AVS). Pour ce faire, il faut accroître les compétences régulatrices de la Confédération et des cantons.

C. Comment l'initiative entend-elle financer l'assurance-maladie?

L'initiative populaire entend rendre plus social le financement de l'assurance-maladie, c'est-à-dire recourir principalement à l'impôt: d'une part aux impôts directs (cotisations des assuré(e)s pour la moitié au moins), d'autre part aux impôts indirects (TVA) pour la moitié au plus.

- Cotisations des assuré(e)s: elles doivent être fixées en fonction du revenu et de la fortune réelle, et en tenant compte des charges de famille. Il s'agit donc ici d'impôts directs dont l'affectation est fixe (une sorte d'impôt de santé). En faisant de la fortune des assuré(e)s un élément à prendre en compte, on empêche les nombreux millionnaires sans revenu imposable d'échapper au paiement de cotisations.
- Taxe sur la valeur ajoutée (TVA) (impôt de consommation): des pour-cent supplémentaires de TVA, à affectation fixe, devront être prélevés pour l'assurance-maladie. Afin de financer la moitié du volume total des cotisations payées aujourd'hui pour l'assurance-maladie (sans les franchises ni les participations aux coûts), il faudrait 3,5 pour-cent de TVA supplémentaires (sur les produits de première nécessité, qui sont aujourd'hui frappés d'un taux de TVA de 2%, l'augmentation serait seulement de 0,875%).

- Ce financement mixte combine les avantages des deux sources de financement: les cotisations des assuré(e)s sont certes plus progressives que la TVA. La TVA, quant à elle, ne permet pas de passer à travers les mailles du filet fiscal (toutes et tous les assuré(e)s en Suisse consomment aussi en Suisse, et paient donc la TVA).¹

Dans presque tous les pays européens, l'assurance-maladie (le système des soins) est financée, aujourd'hui déjà, par l'impôt. L'acceptation de l'initiative ferait seulement passer la Suisse - enfin ! - d'un système de primes dépassé et antisocial à un système de financement moderne, tel qu'on l'applique aussi au domaine des écoles ou à la défense nationale.

Le principe des cotisations fixées en fonction de la situation économique des assuré(e)s est déjà en vigueur dans toutes les branches des assurances sociales, soit sous la forme de recettes fiscales générales (AVS, AI, prestations complémentaires), soit sous la forme de primes calculées en fonction du salaire ou du revenu (AVS, AI, assurance-chômage, assurance-accidents). La TVA (1 pour-cent supplémentaire) servira bientôt elle aussi à financer l'AVS.

Qui fixera le niveau des primes et de la TVA?

Établir la répartition entre pour-cent supplémentaires de TVA et cotisations des assuré(e)s sera la tâche du parlement fédéral, qui devra aussi régler de manière précise les modalités de prélèvement de ces cotisations. La fixation du taux de TVA dans la loi permet de saisir le référendum contre toute augmentation décidée par le parlement. Dans ce cas, ce devraient être les cotisations conformes au revenu et à la fortune - une formule plus sociale - qui devraient être majorées s'il devenait nécessaire de trouver de nouvelles sources de financement.

Au cas où aucune réglementation légale ne serait mise en vigueur dans les 3 ans suivant l'acceptation de l'article constitutionnel (c.-à-d. de l'initiative), le Conseil fédéral devrait se charger provisoirement de cette tâche. Ce faisant, il lui faudrait veiller à ce que la part des cotisations calculées en fonction de la fortune se monte au moins au quart du total des cotisations des assuré(e)s. De plus, il faudra tenir compte des seuils de 20'000 francs de revenu et de 1 million de francs de fortune réelle qui seront exonérés.

Que faut-il entendre par « fortune réelle » ?

Les éléments de fortune taxés aujourd'hui par le fisc dans les cantons sont fortement sous-évalués. C'est vrai en particulier des biens immobiliers, mais également des participations financières non cotées en bourse et des objets de valeur. Le passage de la fortune imposable d'aujourd'hui à la fortune réelle n'entraîne pratiquement pas de travaux administratifs supplémentaires, du fait que le changement de système implique principalement un changement des critères d'estimation.

¹ Le texte de l'initiative n'exclut pas que, *en plus* des primes des assuré(e)s et de la TVA, d'autres sources de financement soient mises à profit (p. ex. des taxes sur les produits dangereux pour la santé ou des recettes fiscales générales).

Que vont devenir les subventions pour les hôpitaux?

L'initiative précise en toutes lettres que les prestations actuelles des cantons et de la Confédération en faveur du secteur de la santé ne pourront pas être réduites. Les montants en cause sont considérables, notamment les dépenses des cantons pour les hôpitaux (en gros la moitié du volume actuel des primes) et la réduction des primes (2,5 milliards en 1996, mais seul 1,2 milliard a été effectivement versé). L'initiative ne prescrit cependant pas comment cet argent doit être utilisé. Au lieu de servir à financer les hôpitaux (pour moitié en division commune), comme c'est le cas aujourd'hui, ce qui accroît les coûts étant donné que les soins dispensés à l'hôpital (globalement plus chers) sont rendus artificiellement meilleur marché par rapport aux soins dispensés sous la forme ambulatoire (globalement moins chers), cette manne des pouvoirs publics pourrait, par exemple, être injectée directement dans l'assurance-maladie et fonctionner ainsi comme troisième source de financement.

Que va devenir la participation des assuré(e)s aux coûts (franchise et quote-part)?

Le texte de l'initiative n'interdit pas la perception d'une participation en tant que telle. Mais il n'est pas permis de reporter directement sur les assuré(e)s, par le biais de la participation aux coûts, une part importante des coûts.

Ne court-on pas le risque, dans un tel système de financement, d'« insensibiliser » les assuré(e)s aux coûts occasionnés par les soins médicaux demandés (« anonymat des coûts »), et, par la même occasion, de moins les inciter à faire des économies (dilution de la « responsabilité personnelle »)?

Non. La preuve n'a jamais été apportée qu'une participation accrue des patient(e)s provoquait une réduction du total des dépenses de santé. L'augmentation de la participation aux coûts entraîne seulement un transfert de charges des personnes en bonne santé vers les personnes malades. Une participation aux coûts très élevée peut sans doute avoir en apparence un effet modérateur sur les coûts, elle débouche en fait directement sur une médecine à deux vitesses et est préjudiciable à l'état de santé général des catégories socioprofessionnelles défavorisées. De surcroît, les médecins signalent régulièrement que les traitements trop longtemps différés induisent des surcoûts, parce que les formes thérapeutiques qu'il faut alors appliquer sont plus onéreuses. La comparaison avec d'autres assurances (p. ex. l'assurance-accidents) indique en outre qu'il est possible de réaliser des économies même s'il n'existe pas de quote-part, même si la facture n'est pas réglée par l'assuré(e) et même sans primes individuelles. L'équation « forte participation personnelle = faibles coûts » est donc fautive.

D. Qui paiera quoi si l'initiative est acceptée?

Le nouveau mode de financement représentera une charge moins lourde pour les bas revenus, les revenus moyens ainsi que les familles avec enfants; en revanche, les ménages à haut revenu et fortune coquette paieront davantage qu'aujourd'hui.

L'assurance-maladie coûtera moins cher qu'aujourd'hui à 80 ou 90 pour cent de la population.

Les taux requis sont pourtant très modestes. Compte tenu des coûts actuels, et finançant à parts égales par la TVA et les cotisations des assuré(e)s, il faudra 3,5 pour cent de TVA supplémentaires, 3,6 pour cent de retenue sur le revenu (après déduction du montant exonéré de 20'000 francs) et 1,1 pour mille sur la fortune (après déduction du montant exonéré de 1 million de francs).

Le calcul des économies figure en annexe

Faudra-t-il payer des primes pour les enfants?

Non, les enfants seront dispensés de payer des cotisations. Les cotisations seront perçues auprès des personnes imposables (autrement dit les parents). Seront déterminants le revenu et la fortune de toute la famille. Pour calculer l'assiette fiscale, il faudra de plus tenir compte des charges familiales (p. ex. sous la forme de déductions). A revenu égal, les familles avec enfants paieront donc moins que les familles sans enfants. Selon nos estimations (voir annexe), les familles avec deux enfants, dont le revenu ne dépasse pas 130'000 francs, paieront moins qu'aujourd'hui. De même, pour la part financée par la TVA, les familles avec enfants ne paieront pas plus que les personnes vivant seules; ces dernières ont peut-être tendance à dépenser moins d'argent pour leur consommation personnelle, mais les biens qu'elles consomment sont plus nombreux à être soumis au taux maximal de TVA, alors qu'une famille consomme davantage de biens imposés au taux inférieur de TVA.

Ne court-on pas le risque de voir les assuré(e)s fortunés partir à l'étranger pour échapper au prélèvement de cotisations sur la fortune?

Non, car la fuite hors du paradis fiscal qu'est la Suisse n'est pas un coup rentable étant donné la faiblesse du prélèvement sur la fortune. De plus, les deux tiers de la fortune réelle estimée sont des biens immobiliers, qui ne peuvent pas être déplacés à l'étranger.

La TVA n'est-elle pas un impôt antisocial?

Non, et voici pourquoi:

1. En elle-même, la TVA n'est ni sociale ni antisociale². Si l'augmentation de la TVA est utilisée en remplacement d'une partie des primes individuelles antisociales payées aujourd'hui pour l'assurance-maladie obligatoire, cela permettra d'alléger considérablement le budget des bas et des moyens revenus ; et la TVA a en ce sens un effet socialement bénéfique.
2. Par rapport aux prélèvements sur le salaire, la TVA fait bonne figure: jusqu'à un salaire brut de 100'000 francs, la charge est approximativement la même que dans le système des prélèvements sur le salaire. Seules l'AVS et l'AI, qui ne prévoient pas de plafonnement du salaire assuré, sont donc financées de manière encore plus sociale.
3. Dans une solution à base de TVA, l'assurance-maladie n'est pas financée seulement par les personnes exerçant une activité professionnelle, mais par toutes les personnes vivant en Suisse. C'est judicieux, puisque toutes ces personnes profitent aussi de l'assurance-maladie.
4. La combinaison de TVA et de cotisations liées au revenu et à la fortune est la combinaison idéale.
5. La TVA est un impôt d'avenir. A long terme, le faible taux de la TVA suisse devra s'approcher du taux moyen européen. Nous sommes d'avis que le produit de cette augmentation devra être utilisé en faveur de la sécurité sociale.
6. La TVA tient aussi compte de certains aspects sociaux: aucune taxe n'est perçue sur certaines prestations sociales (santé, loyers, etc.), un taux réduit est appliqué aux marchandises de première nécessité (denrées alimentaires, médicaments).
7. Au surplus, la TVA ne renchérit pas le coût de la main-d'œuvre et ne diminue pas la compétitivité des entreprises helvétiques.

E. Quel est le niveau actuel des primes?

- Au niveau suisse, la prime moyenne pour adulte se monte en 1998 à 200 francs. Elle est de 133 francs en moyenne dans le canton le meilleur marché, et de 307 francs dans le canton le plus cher.
- A cela il faut ajouter la franchise (230 francs) et la quote-part (10%). Comme les soins dentaires ne sont pas payés par l'assurance-maladie (contrairement à ce qui se passe dans la plupart des autres pays), la participation des assuré(e)s est en réalité bien plus élevée (plusieurs centaines ou milliers de francs en plus par an).

² Si des pour-cent supplémentaires de TVA devaient remplacer une partie de l'impôt fédéral direct, comme le demandent certains porte-parole de la droite, la charge fiscale diminuerait sur les hauts revenus et tous les autres paieraient la note. Dans ce cas, la TVA aurait des effets extrêmement antisociaux.

Oui paie quelles primes d'assurance-maladie aujourd'hui?

- Toutes les assuré(e)s doivent payer une prime, y compris les enfants et les jeunes (c'est la prime « par tête »). Il n'existe pas de rabais pour les familles (les primes des enfants sont néanmoins un peu moins élevées que celles des adultes).
- La prime est fixée par la caisse-maladie. Tous les assuré(e)s auprès du même assureur paient la même prime dans le même canton, mais un échelonnement d'après les régions (trois) est possible (et usuel).
- En principe, il existe bien une certaine solidarité: entre jeunes et personnes âgées, entre bien-portants et malades, entre habitant(e)s de la même région.
- Mais la prime ne tient nullement compte de la situation financière des assuré(e)s (aucune solidarité entre riches et pauvres). Tout le monde, riche ou pauvre, paie exactement autant. Les familles avec enfants paient bien plus que les familles sans enfants vivant dans les mêmes conditions financières, bien que les premières aient un pouvoir d'achat moindre à cause du coût élevé des enfants. Pour une famille à bas salaire, les primes d'assurance-maladie peuvent ainsi coûter jusqu'à la moitié du revenu disponible, alors qu'elles ne représentent de loin pas 1 pour 1000 pour un millionnaire. Le seul système encore moins social que les primes individuelles serait l'absence de toute assurance-maladie!
- Le système des primes individuelles est encore moins social si l'on se rappelle que les nantis vivent en général plus longtemps et sont habituellement en meilleure santé que les moins favorisés.
- La réduction des primes est un système qui a fait faillite. Il fonctionne mal et ne remplit que partiellement sa fonction.³

Pourquoi les primes sont-elles si élevées aujourd'hui?

- Le niveau élevé des primes traduit d'une part le niveau élevé des coûts de la santé.
- D'autre part, les primes de l'assurance-maladie ont grimpé nettement plus vite que les coûts de la santé, parce que, depuis des années, les pouvoirs publics se sont déchargés

³ Quelques cantons s'acquittent convenablement de leur tâche, d'autres esquivent leurs responsabilités. C'est ainsi que la notion de « condition économique modeste » donne lieu à des interprétations fort diverses. Il existe 26 systèmes différents, ce qui ne rend pas compte de la réalité économique. Les cantons ne sont pas obligés de verser la totalité de la somme prévue. Résultat: en 1996, seule la moitié du subsidie promis a été distribué dans l'ensemble de la Suisse. Cette somme est inférieure de 700 millions aux subventions allouées durant l'année qui a précédé la mise en vigueur de la LAMal. Les assuré(e)s ont fait les frais d'autres mesures d'économie, puisque certains cantons accordent en priorité la réduction des primes à des gens qui vivent déjà sans ressources, ce qui fait qu'elle remplace simplement des prestations servies jusque-là. Le système de versement est de surcroît très souvent fortement bureaucratique. Enfin, une réglementation qui - même sous le régime minceur qui est le sien aujourd'hui - transforme 23% de la population suisse en quémandeurs n'est certainement pas judicieuse.

progressivement de leurs responsabilités financières en matière de santé. Au cours des 20 dernières années, la Confédération et les cantons ont réduit presque de moitié leur participation aux coûts de la santé (notamment en supprimant leurs subventions). L'introduction de la LAMal a par ailleurs été utilisée dans nombre de cantons pour reporter sur l'assurance-maladie (par la réduction des subventions aux hôpitaux, des prestations complémentaires, etc.) des coûts que ces cantons avaient jusque-là eux-mêmes pris en charge (et financés par l'impôt). Depuis 1992, les finances publiques ont ainsi été délestées d'une charge représentant chaque année entre 1 et 2 milliards de francs - aux frais des assuré(e)s-cotisants.

F. Pourquoi l'initiative demande-t-elle des mesures de maîtrise des coûts?

- Parce que les coûts de la santé sont déjà très élevés en Suisse. La Suisse est (presque) le pays où la santé coûte le plus cher.
- Parce que les coûts de la santé ne cessent de grimper, à un rythme beaucoup plus rapide que le taux de croissance économique. En d'autres termes: nous dépensons une part toujours croissante de notre revenu pour le système de santé et l'assurance-maladie.
- Parce que l'augmentation des coûts n'améliore guère plus le niveau de santé. Tous les experts estiment les économies réalisables entre 25 et 30 pour cent. En d'autres termes: aujourd'hui nous payons 25 à 30 pour cent de trop!
- Parce que, vu cette explosion continue et incontrôlée des coûts de la santé, les ressources pour d'autres assurances sociales comme l'AVS diminuent d'autant.
- Parce que la charge continuerait d'augmenter même si l'assurance-maladie était financée par le système proposé par l'initiative, de sorte qu'il est de toute façon inévitable de muscler les mesures de maîtrise des coûts.
- Parce que nous voulons un bon système de soins, adapté aux besoins et accessible à chacun, et n'acceptons donc pas n'importe quelle forme de maîtrise des coûts. Aujourd'hui déjà, certains tentent de restreindre les prestations de l'assurance de base (en réclamant un « moratoire »⁴) ou d'exclure des catégories sociales déterminées de l'accès à certaines prestations (au nom du « rationnement » des soins⁵, aux dépens des personnes âgées par

⁴ Le Concordat des caisses-maladie et plusieurs partis bourgeois prônent cette solution. Les conséquences s'en font d'ores et déjà sentir, par exemple au niveau des prestations en matière de soins à domicile, dont la prise en charge est restreinte.

⁵ Le rationnement signifie dans le cas précis le refus de dispenser des prestations à un(e) patient(e) qui en aurait pourtant besoin du point de vue médical. Exemples: l'exclusion de médicaments ou thérapies importantes du catalogue des prestations prises en charge à titre obligatoire, ou l'existence de lacunes dans le réseau des soins, qui provoque l'allongement des délais d'attente.

exemple), et demandent le relèvement massif de la participation aux coûts (franchise, quote-part). Ces démarches aboutiraient inéluctablement à une médecine à deux vitesses: les nantis pourraient alors toujours se payer une bonne prévoyance sanitaire, cependant que tous les autres ne le pourraient pas. Si les prestations médicales, qui sont financées par des primes individuelles, devaient être rationnées, cela équivaldrait à une déclaration de guerre des riches à la grande majorité de la population. Nous ne voulons pas de rationnement, nous voulons - c'est une nécessité - que les ressources soient utilisées à meilleur escient (rationalisation⁶): en un mot, nous voulons un système de soins d'un haut niveau de qualité et accessible à tout le monde.

G. Quel est le niveau des coûts de la santé aujourd'hui?

- La Suisse a le système de santé le plus cher d'Europe. Dans le monde, seuls les Etats-Unis ont un système encore plus cher que le nôtre⁷: en Suisse 10 pour cent du produit intérieur brut sont dépensés pour le système de santé, soit plus de 35 milliards de francs en 1995⁸. On devrait atteindre les 40 milliards de francs en 1998, dont 20 milliards pour la seule assurance-maladie.
- De 1985 à 1995, ces dépenses ont doublé: elles ont donc augmenté bien plus fortement que la courbe générale de la croissance. Cette hausse ne s'explique pas par le mauvais état de santé de la population suisse, car, durant la même période, les cas de maladie n'ont augmenté que de 6%. A l'évidence, les actes médicaux se sont multipliés (extension quantitative). Mais ce redoublement d'activité des médecins n'a manifestement pas amélioré l'état de santé de la population, puisque les coûts continuent joyeusement de prendre l'ascenseur.

H. Pourquoi les coûts de la santé sont-ils si élevés en Suisse?

Parce que le système de santé est un marché de l'offre - plus l'offre de fournisseurs de prestations (médecins, hôpitaux, etc.) est grande, plus le nombre de prestations prescrites et consommées est grand et plus les coûts sont aussi élevés. L'offre induit la demande (et les

⁶ La rationalisation signifie dans le cas précis le refus de prestations médicales absurdes, inutiles, superflues, ou le remplacement de prestations médicales précises par des prestations meilleur marché mais tout aussi efficaces.

⁷ Comparaison entre pays: les chiffres disponibles varient légèrement suivant l'année de référence, la source et le mode de calcul. La Suisse est championne toutes catégories si l'on s'en tient aux dépenses par habitant.

⁸ Environ 65% de ce total ont été payés par les ménages. Le reste a été déboursé par l'AI et l'AVS, l'assurance-accidents, les pouvoirs publics (cantons, communes, Confédération). Ventilation en fonction des payeurs directs: caisses-maladie 46,3%, ménages 25,9% (participation aux coûts, prestations non prises en charge par les caisses, soins dentaires). En fonction de « l'agent supportant la charge économique »: ménages 65%.

coûts). Le plus souvent, les malades ne sont en effet pas en mesure de juger par eux-mêmes s'ils ont besoin de prestations médicales, et, si c'est le cas, lesquelles leur sont nécessaires et en quelle quantité.

Parce que les surcapacités sont considérables.

- La Suisse compte un nombre de médecins très élevé et ce nombre ne cesse d'augmenter. En 1996 exerçaient en Suisse presque 13'000 médecins libres praticiens. Quasiment la moitié sont des spécialistes - qui sont sensiblement plus cher que les généralistes. L'accroissement du nombre de médecins fait aussi augmenter le nombre d'actes médicaux.
- La Suisse recense un trop grand nombre d'hôpitaux et de lits. La Suisse arrive juste derrière le Japon et le Luxembourg pour ce qui est du nombre de lits d'hôpitaux par rapport à la population. Le gisement d'économies y est énorme: un lit sur cinq n'est pas occupé. A quoi s'ajoute que la durée d'hospitalisation est en Suisse bien au-dessus de la moyenne internationale. Le suréquipement dans le domaine hospitalier est la conséquence du fédéralisme et de l'absence de coordination en matière de santé.
- En Suisse, il y a trop d'appareils médicaux dernier cri. Le nombre de tomographes par résonance magnétique (IRM) en service est dix fois supérieur aux besoins. Les exploitants entendent cependant bien amortir chaque appareil acheté à prix d'or. Voilà pourquoi ces installations sont utilisées plus souvent que nécessaire.

Parce que le système de rémunération est générateur de coûts: la plupart des prestations médicales sont payées à l'acte. Chaque fournisseur de soins a intérêt à dispenser le plus possible de prestations médicales, puisqu'il peut ainsi augmenter ses revenus. C'est ce qui explique pourquoi le problème principal n'est pas celui du prix mais celui du nombre de prestations. Toute réduction de prix ou presque peut être compensée par la multiplication du nombre de prestations médicales.

Parce que les surcapacités et le traitement laissé au choix du fournisseur de soins font que le nombre de prestations certes onéreuses mais qui n'en sont pas moins inutiles ne cesse d'augmenter. Les membres d'une famille « normale » sont ainsi opérés bien plus souvent (+30%) que les membres de la famille d'un médecin. Les différences sont aussi considérables entre les cantons, suivant la densité de spécialistes: à Bâle, pour prendre cet exemple, l'opération des amygdales est pratiquée sur deux fois plus d'hommes qu'aux Grisons, où les otorhinolaryngologues sont nettement moins nombreux. Pis encore: les deux tiers des médecins qui ont répondu à un sondage ont admis que le tiers de leurs interventions était inutile! Le niveau élevé des coûts n'est pas provoqué seulement par le revenu des médecins, mais aussi par les prestations occasionnées indirectement par les médecins (hôpital, laboratoires, médicaments, etc.; soit environ 80% du total des coûts). Les grandes différences existant entre les régions de Suisse en ce qui concerne les coûts de la santé correspondent assez exactement à la densité de médecins et au nombre de lits d'hôpitaux, mais elles sont absolument impossibles à expliquer par des raisons médicales.

Parce que les cantons, les communes, les caisses-maladie, les médecins, les hôpitaux et d'innombrables organisations barbotent dans la mare à canards de la politique suisse de la santé.

tous ayant leur mot à dire dans l'organisation du système de santé et chacun cherchant à re-filer aux autres le cadeau empoisonné de la responsabilité au chapitre des coûts. Dans aucun autre pays d'Europe, le gouvernement central n'a aussi peu de compétences qu'en Suisse pour réguler et coordonner la politique sanitaire. Personne n'assume de responsabilité globale. Il n'existe pas d'objectifs supérieurs dans le domaine de la politique sanitaire, ni même de contrôle pour vérifier si les objectifs sectoriels ont été atteints.

L'explosion des coûts n'est-elle pas simplement la conséquence logique des progrès de la médecine et de l'évolution démographique?

Non, car:

- Le coût élevé du système suisse de santé n'est pas simplement le prix à payer en contrepartie des progrès de la médecine ou de la qualité des soins. En effet: plusieurs pays dont le niveau de qualité des soins est comparable au nôtre ont pu stabiliser ces dernières années, voire réduire la part des dépenses de santé dans le PIB (Belgique, Danemark, Canada, Italie, Suède). Le total des coûts et la qualité des soins n'ont plus de rapport direct l'un avec l'autre. Dans les pays occidentaux industrialisés, l'accroissement des coûts de la santé ne prolonge pas l'espérance de vie. Celle-ci dépend aujourd'hui d'autres facteurs comme l'alimentation, la prévention, le cadre de vie, ou de facteurs culturels. Il est donc possible de maintenir une qualité élevée des soins en utilisant les ressources disponibles à meilleur escient, sans pour autant faire grimper pareillement les coûts.
- La qualité n'est certes pas gratuite. À l'inverse, le niveau élevé des dépenses n'est pas un gage de qualité, au contraire: les prestations dispensées sans raisons médicales sont fréquemment dangereuses (opérations superflues, médicaments non indiqués).
- L'accroissement continu des dépenses de santé par habitant n'est pas la conséquence de l'évolution démographique (augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population). Le vieillissement démographique n'est responsable qu'à hauteur de 20 pour cent de la croissance des coûts de la santé. Les statistiques indiquent assurément que la population âgée occasionne des dépenses plus élevées que la moyenne. Or ce n'est pas l'âge qui fait grimper les coûts, c'est l'approche de l'heure de la mort. Et la plupart des gens meurent justement à un âge avancé.

Le système suisse de santé est aujourd'hui régi par cette maxime: qui profite commande! (au lieu de: qui paie commande).

La LAMal a-t-elle failli?

Les mesures de maîtrise des coûts prescrites ou déclenchées par la LAMal n'ont pas encore toutes déployées leurs effets. Une chose est cependant sûre aujourd'hui déjà: dans l'optique de la maîtrise des coûts, cette loi ne peut que décevoir les espoirs placés en elle, car elle se trompe d'enjeu et ne s'attaque pas aux vrais problèmes. La création d'une certaine concurrence entre les assureurs, voulue par la LAMal, ne réduit pas les surcapacités génératrices de

coûts que l'on trouve chez les fournisseurs de prestations. Elle a par contre amené les caisses-maladie - malgré la compensation des risques et malgré l'obligation d'admettre toutes et tous les candidat(e)s - à vouloir se débarrasser des assuré(e)s malades et âgés.

I. Comment l'initiative se propose-t-elle de maîtriser les coûts?

L'initiative demande la mise en place de mesures régulatrices, qui devraient être davantage mises en œuvre et coordonnées. Il faut supprimer les surcapacités, réduire les prix surfaits, faire la chasse au gaspillage.

L'initiative demande que la Confédération et les cantons veillent à mettre en œuvre une efficace maîtrise des coûts de la santé. Cela suppose aussi des mesures de prévention, de formation, etc. En particulier:

- Les cantons doivent établir des planifications sanitaires (et donc supprimer les surcapacités).
- La Confédération doit réglementer la (coûteuse) médecine de pointe et coordonner les planifications sanitaires des cantons.
- La Confédération doit fixer le prix maximum des prestations du domaine de la santé et donc celui des médicaments.
- La Confédération doit édicter des dispositions sur les conditions d'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie et veiller à un contrôle efficace de la qualité (p. ex. en réduisant le nombre de médecins). C'est la seule façon de démanteler vraiment les surcapacités.
- La Confédération doit intervenir lorsque, en dépit de ces mesures, le nombre de prestations médicales dispensées reste excessif.

L'autonomie cantonale n'est cependant pas simplement abolie: les cantons peuvent encore et toujours veiller, par des mesures innovatrices, à ce que les ressources financières soient affectées à bon escient dans le domaine de la santé (exemple à suivre: les campagnes d'information qui ont été couronnées de succès au Tessin). La Confédération sera chargée uniquement des tâches qui seront remplies le plus judicieusement sur le plan fédéral. Lorsqu'un canton n'entreprend rien ou traîne les pieds lorsqu'il s'agit de maîtriser les coûts, la Confédération doit aussi intervenir dans l'intérêt des assuré(e)s.

Le nouveau système de financement apportera aussi sa contribution à la gestion efficace des ressources: la mission de veiller à la mise en œuvre d'une assistance médicale financièrement abordable, adaptée aux besoins, et de fixer les taux de TVA et les cotisations des assuré(e)s relèvera d'une seule et même responsabilité, celle des législatifs et exécutifs fédéraux et can-

tonaux. Les hausses des taux de la TVA et des cotisations doivent être justifiées devant le peuple, elles ne sont pas populaires, témoignent que le travail a été mal fait, et créent une pression sur les élu(e)s pour qu'ils se battent afin de contenir l'augmentation des coûts.

Les mesures de maîtrise des coûts risquent-elles de supprimer des emplois?

Non, au contraire. Si nous réussissons à ramener à la normale les coûts trop élevés enregistrés actuellement dans le domaine hospitalier, les moyens ainsi dégagés pourront être investis pour développer raisonnablement le domaine ambulatoire, qui exige beaucoup de personnel mais est dans l'ensemble moins coûteux (soins à domicile, soins aux malades de longue durée, soins aux personnes du troisième et du quatrième âge).

L'initiative ne nous mène-t-elle pas à l'économie planifiée et à l'étatisation de la médecine?

Non. Ni le système de santé (fournisseurs de prestations) ni les institutions d'assurance ne seront étatisés. La concurrence entre les assureurs pourra toujours jouer et les médecins continuer d'exercer leur activité en libres praticiens. L'État doit cependant fixer des garde-fous pour éviter de voir l'appât du gain des fournisseurs de prestations générer toujours plus de coûts dont les assuré(e)s ne retirent pas le moindre avantage. Il s'agit donc d'instaurer un contrôle démocratique, en application de la formule « qui paie commande ».

Le marché ne pourrait-il pas apporter une meilleure solution à ces problèmes?

Non. Comme les coûts de la santé sont largement induits par les fournisseurs de prestations eux-mêmes, les habituels mécanismes du marché ne fonctionnent pas. C'est le contraire qui est vrai: plus il y a de marché et plus les coûts augmentent, comme le montre à l'évidence ce qui se passe en Suisse et dans nombre d'autres pays. Le pays où le système de santé est le plus ouvert au marché - le marché y règne même sans restriction aucune - est aussi celui (les Etats-Unis) où les coûts sont le plus élevés - une fois et demie plus élevés qu'en Suisse - et où une frange importante de la population a une couverture sanitaire insuffisante. Le renforcement des moyens d'intervention de l'État est la seule et unique réponse pour arriver à stabiliser les coûts de la santé et continuer d'assurer à l'ensemble de la population l'accès à des soins de qualité.

Les restrictions imposées à l'admission des fournisseurs de prestations n'entrent-elles pas en contradiction avec le rejet du numerus clausus?

Les restrictions imposées à l'admission des fournisseurs de prestations et le numerus clausus sont deux choses différentes. Restreindre l'admission des fournisseurs de prestations n'a rien

à voir avec la limitation du nombre de places dans les facultés de médecine ou dans les instituts de formation. Cela revient seulement à limiter le nombre de fournisseurs de prestations qui ont le droit de pratiquer leur activité à la charge de l'assurance-maladie. D'autres activités, par exemple dans la recherche, dans l'enseignement, auprès des autorités, etc. ne sont pas concernées.

J. Autres répercussions de l'initiative

Que vont devenir les caisses-maladie?

Les caisses-maladie ne seront pas supprimées et pourront continuer à travailler en se faisant concurrence: elles pourront encore et toujours jouer leur rôle propre. Elles resteront acquéreur de prestations et partenaires de négociations des fournisseurs de prestations. Elles cesseront toutefois de percevoir des primes. La TVA et les primes des assuré(e)s seront perçues par les autorités fiscales (d'où réduction des frais d'administration des caisses!). Le produit sera redistribué aux assureurs-maladie, pour chaque personne assurée, selon une clé de répartition tenant compte de la diversité des structures de risques des assureurs (suivant l'âge, le sexe, etc.). Si une caisse-maladie réalise des excédents, elle doit les verser à ses membres et devient du coup plus attractive que d'autres. Cette solution fait qu'il est toujours de l'intérêt des caisses-maladie de lutter pour maîtriser les coûts. Elles ne devront cependant plus essuyer les plâtres pour les autorités politiques ni payer pour leur inertie.

La CNA pourrait-elle aussi faire son entrée sur le marché de l'assurance-maladie?

L'arrivée de la CNA sur le marché, souhaitée par beaucoup, est indépendante de l'initiative populaire; elle peut déjà et elle pourra demain être rendue possible par le parlement fédéral, à la faveur de simples modifications légales.

Que deviendront les assurances complémentaires?

Il sera toujours possible de souscrire une assurance complémentaire. Quiconque désire un certain confort que ne lui procure pas l'assurance obligatoire sera toujours libre de se l'assurer autrement.

Et que deviendront les systèmes alternatifs du genre HMO, réseaux de santé et médecins de famille?

Sur le fond, ces modèles ont leur utilité (dans la mesure où ils ne sapent pas la solidarité entre bien-portants et malades) et il sera toujours possible d'y adhérer. Les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations conservent la liberté de contribuer à la maîtrise des coûts par des solutions novatrices.

Annexes: Texte de l'initiative populaire
 Liste des orateurs/oratrices
 Feuille de calcul de cotisation (documentation du PSS)

Initiative populaire fédérale « La santé à un prix abordable (initiative-santé) »

Les citoyennes et citoyens suisses soussignés ayant le droit de voter demandent, en vertu de l'art. 121 de la constitution fédérale et conformément à la loi fédérale du 17 décembre 1976 sur les droits politiques (art. 68s.), que

I

La constitution fédérale est modifiée 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'alinéa 3. Les différences de risques entre assureurs sont compensées. Les excédents seront ristournés aux assuré(e)s.
- 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 fédérale 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'article 34bis, alinéa 3, de la constitution, doivent correspondre au moins au total des primes versées au titre de l'assurance 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'article 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 alinéas 3 et 5 de l'article 34bis par voie d'ordonnance.
- 2 Il tiendra notamment compte des principes suivants :
 - ^a Pour le calcul des cotisations selon l'alinéa 3 lettre b, on appliquera une exonération de fr. 20'000 sur le revenu et de fr. 1'000'000 sur la fortune réelle.
 - ^b La part des cotisations des assuré(e)s calculées en fonction de la fortune réelle selon l'alinéa 3 lettre b se montera au moins au quart du total des cotisations perçues selon ce même alinéa.

Liste d'oratrices/orateurs

B = bureau P = privé

Barbezat Francis
c/o SEV
Case postale 186
3000 Berne 16
TB 031/357 57 57
FB 031/357 57 58

Brunner Christiane
c/o FTMH
Case postale 272
3000 Berne 15
TB 031/350 23 61
FB 022/350 22 66

Ecoffey Eva
c/o FTMH
Case postale 272
3000 Berne 15
TB 031/350 21 11
FB 031/350 22 66

Gross Jost
Schellenbergstr. 7
8535 Herdern
TP 052/747 23 90
FP 052/747 23 91

Hausser Dominique
Rue des Gares 25
1201 Genève
TB 021/693 04 09

Leuthy Fritz
Rehlagstr. 33
3018 Berne
T + FP 031/981 09 08

Baumann-Bieri Stephanie
Inselmatt
3262 Suberg
TP 032/389 12 36
FP 032/389 16 08

Cabiallavetta Beat
Bolleystrasse 16/21
8006 Zurich
TB 01/255 11 11
FB 01/255 43 87

Fehr Jacqueline
Ackeretstr. 19
8400 Winterthur
TB 052/224 09 01
FP 052/224 08 99

Gysin Remo
Petersgraben 49
4051 Bâle
TP 061/261 71 81
FP 061/261 71 95

Koch Ursula
c/o Bauamt II
Uraniast. 7
8001 Zurich
TB 01/216 51 11
FB 91/212 15 24

Leuenberger Ernst
Käppelihofstr. 4
4500 Soleure
TB 031/357 57 57
FB 031/357 57 58

Beer Charles
c/o UNIA
Rue de Perron
1203 Genève
TB 022/310 45 77
FB 022/781 24 45

Cavalli Franco
Dir. Servizio oncologico
cantonale
Ospedale San Giovanni
6500 Bellinzona
TB 091/820 86 66
FB 091/820 90 44

Goll Christine
Kornhausstr. 34
8006 Zurich
TB 01/272 81 57

Hafner Ursula
Säntisstr. 45
8200 Schaffhouse
TP 052/625 64 75
FP 052/625 91 32

Küng Zita
c/o SIB
Case postale 915
8021 Zurich
TB 01/295 15 15
FB 01/295 15 55

Lüthi Ruth
Rte de Berne 15
1700 Fribourg
TB 026/305 29 05

Marti Peter
c/o FTMH
Case postale 272
3000 Berne 15
TB 031/350 21 11
FB 031/350 22 33

Oggier Willy
Ulmenstr. 5
9000 St-Gall
TP 071/278 65 79
FP 071/278 74 49

Rechsteiner Rudolf
Gasstrasse 65
4056 Bâle
TB 061/322 49 15
FB 061/322 49 20

Sax Anna
c/o PSS
Case postale
3001 Berne
TB 031/311 07 44
FB 031/311 54 14

Schüepf Doris
c/o SSP
Sonnenbergstr. 83
8032 Zurich
TB 01/266 52 52
FB 01/266 52 53

Zimmermann René
c/o SEV
Case postale 186
3000 Berne 16
TB 031/357 57 57
FB 031/357 57 58

Rieger Andi
c/o SIB
Case postale 915
8021 Zurich
TB 01/295 15 15
FB 01/295 15 55

Pedrina Vasco
c/o SIB
Case postale
8021 Zurich
TB 01/295 15 15
FB 01/295 17 99

Ritschard Rolf
c/o Polizeidepartement
Ambassadorsenhof
4500 Soleure
TB 032/627 28 20

Schera Giordano
c/o PTT+D
Case postale 6
3000 Berne 23
TB 031/379 33 33
FB 031/379 33 20

Steiert Jean-François
c/o PSS
Case postale
3001 Berne
TB 031/311 52 69
FB 031/311 54 14

Weber Hélène
c/o SEV
Case postale 186
3000 Berne 16
TB 031/357 57 57
FB 031/357 57 58

Nova Colette
c/o USS
Case postale 64
3000 Berne 23
TB 031/371 56 66
FB 031/371 08 37

Rechsteiner Paul
Rosenbergstr. 50
9000 St-Gall
TB 071/228 41 11
FB 071/228 41 12

Ruchti Hans-Ueli
c/o U-PTT
Oberdorfstrasse 32
3072 Ostermundigen
TB 031/939 52 11
FB 031/939 52 62

Schneider Jacques A.
Avocat
1, rue d'Aoste
1204 Genève
TB 022/312 35 55
FB 022/312 35 58

Tirefort Christian
c/o SLP
Case postale
3001 Berne
TB 031/390 66 11
FB 031/399 66 91

Wüthrich-Pelloli Urs
c/o SSP
Sonnenbergstr. 83
8032 Zurich
TB 01/266 52 52
FB 01/266 52 53

Ce que l'initiative vous permettra d'économiser

Chaque personne assurée peut comparer dès aujourd'hui sa prime actuelle d'assurance obligatoire en cas de maladie avec celle qu'il paiera vraisemblablement si l'initiative populaire est acceptée.

1. Prime actuelle

Les montants des primes indiqués aux pages suivantes proviennent de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Ils correspondent aux primes encaissées en 1998 dans tous les cantons.

Comment procéder: reportez-vous à la page de votre canton de domicile et cherchez y votre caisse-maladie. **Exemple:** canton de Vaud, Caisse vaudoise

2. Région de référence pour le niveau de la prime actuelle

La loi autorise les caisses-maladie à définir dans chaque canton trois régions de référence pour le niveau des primes: une chère, une moyenne et une plus avantageuse. Mais: votre commune de domicile ne se trouve pas forcément dans la même région, selon la caisse-maladie considérée. Vu la masse des données, nous avons donc renoncé à les traiter dans le détail. Règle générale: les chefs-lieux et les agglomérations figurent presque toujours dans la région la plus chère. Si vous n'êtes pas sûr, retenez la région moyenne. Les tableaux indiquent les primes de trois catégories de personnes: les enfants de 0 à 18 ans, les adultes en formation (18-25 ans) et les adultes.

Comment procéder: déterminez votre région de référence (par défaut la région moyenne), puis la catégorie de personne. Reportez le montant de la prime mensuelle dans la case A.

Exemple: région la plus chère; 2 ad. + 2 enf.: fr. 720.60

3. Charge future supplémentaire par la TVA

L'encadré ci-contre indique des montants mensuels arrondis, qui constituent une moyenne suisse calculée à partir du revenu imposable annuel, après extrapolation d'une consommation standardisée selon le pouvoir d'achat.

Comment procéder: reportez le montant dans la case B.

Exemple: revenu imposable de 60'000 francs; 74.- fr.

4. Future prime de l'assurance obligatoire (revenu/fortune)

L'initiative prend en compte, pour le calcul de la prime, le revenu imposable et la fortune réelle

Comment procéder: reportez votre revenu imposable annuel dans la case C, déduisez 20'000 fr. et inscrivez le résultat dans la case D. Multipliez par 0,0029 et inscrivez le résultat dans la case E. Puis inscrivez votre fortune réelle (tous les éléments de votre fortune à leur valeur vénale) dans la case F, déduisez 1'000'000 fr. et inscrivez le résultat sous G, multipliez par 0,000083 (résultat: case H).

Exemple: revenu imposable 60'000 francs, prime de 116., fortune de 450'000, prime de 0.00 fr.

5. Calculer la différence de prime entre aujourd'hui et un avenir possible!

Il vous reste à additionner les montants inscrits dans les cases B, E et H. Reportez ce total dans la case I: ce sont les coûts mensuels de votre future assurance obligatoire en cas de maladie... si l'initiative populaire est acceptée! Les cases J et K vous indiquent la différence avec la charge qui pèse sur vous aujourd'hui. Pour l'exemple considéré, vous devez obtenir une économie annuelle de fr. 6'367.20

Revenu imposable annuel	supplément mensuel TVA
20'000.-	35 fr.
30'000.-	48 fr.
40'000.-	54 fr.
50'000.-	64 fr.
60'000.-	74 fr.
70'000.-	83 fr.
80'000.-	96 fr.
90'000.-	111 fr.
100'000.-	121 fr.
110'000.-	133 fr.
120'000.-	146 fr.
130'000.-	161 fr.
140'000.-	176 fr.
150'000.-	191 fr.

Prime mensuelle actuelle pour toute la famille selon les tableaux (case A):		A
Charge supplémentaire TVA (case B):		B
Revenu fiscal (case C):	C	facteurs de multiplication:
Déduction forfaitaire selon l'initiative	-20'000.-	
Revenu annuel déterminant (case D)	D	x 0,0029
Fortune réelle totale (case F)	F	x 0,000083
Déduction forfaitaire selon l'initiative	- 1 mio. Fr.	
Fortune déterminante (si négative = 0)	G	H
Coût mensuel de la future assurance (B + E + H)		I
Différence mensuelle par rapport à la prime actuelle (A-I)		J
Economie annuelle par rapport à la prime actuelle (J x 12)		

Formulaire de calcul de cotisation

Mon économie avec l'initiative

- Inscrivez dans la case A le total de la prime mensuelle actuelle de tous les membres de votre famille.
- Inscrivez dans la case B le montant correspondant au supplément mensuel de TVA, selon les indications de l'encadré ci-contre.
- Reportez ensuite votre revenu imposable annuel dans la case C et procédez aux calculs (cases D et E).
- Faites de même avec votre fortune réelle totale dans la case F et procédez aux calculs (case G et H). Attention, une fortune négative vaut ici zéro.
- Finalement, calculez les coûts futurs de votre assurance (case I), la différence mensuelle avec votre prime actuelle (case J) et votre économie annuelle si l'initiative est acceptée (case K).

Si vous aboutissez, en cas d'acceptation de l'initiative, à une charge plus élevée qu'aujourd'hui, soit vous avez laissé se glisser une erreur dans vos calculs – contrôlez soigneusement, cela en vaut la peine! – soit vous appartenez à la frange des 10% les plus riches de notre pays, qui devront effectivement payer davantage pour financer les coûts de la santé.

Charge due à la TVA	
Revenu fiscal annuel	supplément mensuel TVA
20'000.-	35 fr.
30'000.-	48 fr.
40'000.-	54 fr.
50'000.-	64 fr.
60'000.-	74 fr.
70'000.-	83 fr.
80'000.-	96 fr.
90'000.-	111 fr.
100'000.-	121 fr.
110'000.-	133 fr.
120'000.-	146 fr.
130'000.-	161 fr.
140'000.-	176 fr.
150'000.-	191 fr.

Prime mensuelle actuelle pour la famille selon le tableau du canton de domicile:	A
--	---

Charge due aux pour-cent supplémentaires de TVA	B
---	---

Revenu fiscal annuel	C	Facteur de multiplication	E
Déduction forfaitaire selon l'initiative	- 20'000 fr.		
Revenu déterminant	D		

Fortune réelle	F	x 0,000083	H
Déduction forfaitaire selon l'initiative	- 1'000'000 fr.		
Fortune déterminante (si négative = 0)	G		

Coût mensuel de la future assurance (B + E + H)	I
---	---

Différence mensuelle par rapport à la prime actuelle (A - I)	J
--	---

Economie annuelle par rapport à la charge actuelle (J x 12)	
---	--

Titres déjà publiés dans la série „Documentation“ de l'USS:

- 27 Gatt - Uruguay-Round - OMC. Le point de vue des syndicats. Avril 95.
- 28 Négociations collectives 1994. Un aperçu des CCT conclues par les fédérations de l'USS. Avril 95.
- 29 Le recul des effectifs s'est arrêté. Evolution des effectifs des syndicats 1994. Août 95.
- 30 La mise en oeuvre de la nouvelle loi sur l'assurance-chômage. Normes de qualité pour les „mesures relatives au marché du travail“. Septembre 95.
- 31 *Prévoyance professionnelle (2e pilier). Commentaire des principaux aspects de la loi fédérale sur le libre passage et de la loi fédérale sur l'encouragement à la propriété du logement
- 32 Propositions pour améliorer la situation économique. Décembre 95.
- 33 *Loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes, Leg. Indications concernant l'application et l'interprétation de la loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes. Janvier 96.
- 34 La formation professionnelle en question. Février 96.
- 35 Révision partielle de la loi sur le travail: heures supplémentaires, travail de dimanche, travail de nuit. Février 1996.
- 36 Négociations collectives 1995. Mars 96.
- 37 Evolution des effectifs des syndicats de l'USS en 1995. Juillet 96.
- 38 Modèles d'horaires de travail flexibles sous la loupe. Octobre 96.
- 39 La Suisse peut se permettre une meilleure loi sur le travail. Octobre 96.
- 40 La crise dure: absence de politique conjoncturelle ou manque de compétitivité? Octobre 96.
- 41 Les services publics ont un avenir. Janvier 1997.
- 42 L'assurance-maladie doit devenir plus sociale ! Janvier 1997.
- 43 Formation professionnelle et pénurie de places d'apprentissage - Problèmes et propositions de solutions. Février 1997
- 44 Réduire le temps de travail et l'aménager avec souplesse - Projet d'initiative populaire mis en consultation. Février 1997.
- 45 Négociations collectives 1996 - Un aperçu des CCT conclues par les fédérations de l'USS - mars 1997
- 46 Réforme de l'USS – Scénarios pour l'évolution des fédérations membres de l'USS, des unions syndicales cantonales et de l'Union syndicale suisse. Avril 1997.
- 47 Non à la réduction des indemnités journalières de chômage ! Juin 1997.
- 48 Les dispositions légales sur la protection et la participation des travailleuses et travailleurs. Textes de loi, commentaires, jurisprudence, améliorations proposées. Juin 1997.
- 49 Pertes dans les secteurs traditionnels, gains dans de nouveaux segments. évolution des effectifs syndicaux. Juillet 1997
- 50 Oui à la réforme des PTT ; Contester ? Non ! Co-aménager. Juillet 1997
- 51 L'Economie est l'affaire des femmes – Résultats du 6e Congrès des femmes des 23 et 24 mai '97 à Bienne.
- 52 Erosion du revenu net des chômeurs et chômeuses – Arguments contre une réduction systématique des indemnités de chômage. Documentation pour la votation populaire du 28 septembre 1997. Août 1997.
- 53 Négociations collectives 1997. Mars 1998
- 54 La santé à un prix abordable – Documentation concernant l'initiative populaire sur l'assurance-maladie du PSS et de l'USS. Mars 1998
- 55 Plus de participation pour mieux protéger les travailleuses et les travailleurs. Mars 1998.

Chaque numéro commandé coûte 4 francs l'exemplaire; le prix des numéros (22, 31, 33) de plus grand volume (marqués d'une *), est de 8 francs l'exemplaire. Nous pouvons vous fournir des photocopies des numéros épuisés.

Talon de commande: à retourner à l'USS, E. Pretto/E. Dupont, c.p. 64, 3000 Berne 23; télécopie 031/371 08 37

Je m'abonne à la série „Documentation“ de l'USS:

- en même temps qu'au „Service de presse“ de l'USS (Fr. 60.- par an): []

- uniquement (Fr. 30.- par an): []

Je vous commande les numéros de „Documentation“ suivants:

n°	nombre d'ex.
n°	nombre d'ex.
n°	nombre d'ex.

Nom, prénom:

Rue:

NP/localité: