

Prise de position

Politique de santé – Propositions de réforme pour un système d'assurance-maladie financièrement supportable

I. Exigences de l'usam

Organisation faïtière des PME, l'Union suisse des arts et métiers usam représente 280 associations et quelque 300 000 entreprises. En tant que numéro 1 des PME helvétiques, elle s'engage sans répit pour l'aménagement d'un environnement économique et politique favorable au développement des petites et moyennes entreprises.

A ce titre, l'usam exige

- **que le Parlement édicte enfin des mesures fermes pour réduire durablement l'expansion des coûts de l'assurance obligatoire des soins;**
- **que l'augmentation de la quote-part et de la franchise ainsi que la promotion de l'OFSP et d'autres modèles d'assurance incitent les assurés à adopter un comportement plus conscient et plus responsable en matière de coûts;**
- **que l'augmentation des prix des médicaments soit combattue par des baisses de prix, par la promotion de la concurrence entre les fabricants, par l'autorisation d'importations parallèles et par la promotion de l'automédication;**
- **que la concurrence soit favorisée par la levée de l'obligation de contracter, par l'élimination des planifications et des interventions étatiques ainsi que par l'application méthodique de systèmes de financement monistes;**
- **que l'efficacité et la transparence soient accrues, notamment en dissociant les flux de financement;**
- **que le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire soit restreint et qu'il soit défini dans le sens d'une liste positive;**
- **que la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons soit remise en question de manière critique, que l'on s'éloigne de la pensée à petite échelle et que la politique de santé s'oriente davantage sur les besoins des régions économiques existantes;**
- **que les soins et l'aide à domicile (Spitex) soient encouragés, afin de réduire encore la durée des séjours en hôpitaux et en centres de soins, et que les organisations Spitex privées et d'utilité publique aient des chances égales;**
- **que l'idée d'introduire une caisse unique soit abandonnée, que le système des réductions de prime ne soit pas étendu, que le système de financement actuel soit dans l'ensemble maintenu et que l'étatisation insidieuse du système de santé soit stoppée.**

II. Remarques liminaires

Le système de santé suisse compte sans nul doute parmi les meilleurs du monde. En effet, le niveau de qualité élevé et le libre accès aux prestations médicales se répercutent positivement sur le bien-être et la qualité de vie de notre population. Les employeurs en profitent d'ailleurs eux aussi, car une main-d'œuvre en bonne santé est plus performante et les délais d'absence pour cause de maladie et d'accident sont réduits grâce aux progrès de la médecine. Tout cela rejaillit positivement sur les primes d'assurance et permet aux entreprises de réaliser des économies. Le secteur de la santé publique compte lui aussi parmi les principaux employeurs de Suisse. En 2005, il occupait en effet pas moins de 376 142 personnes au total (après conversion en équivalents plein temps), ce qui correspond à 12% de tous les emplois. Il est également frappant de constater la forte augmentation des emplois dans la branche, qui a atteint 2,3% entre 1995 et 2005 alors qu'elle n'a été que de 0,1% pour tous les autres secteurs réunis.

Un système de santé d'une telle qualité, qui ne connaît pratiquement pas de problèmes de fourniture, a forcément son prix. En 2007, le coût global du système de santé suisse s'élevait à 55,2 milliards de francs, soit 10,6% du produit intérieur brut (PIB). Ce coût a augmenté de plus de 50% depuis 1995, tandis que les prix à la consommation n'ont augmenté que de 10% dans la même période. En 2007, les coûts de la santé se sont répartis de la manière suivante entre les différents fournisseurs de prestations: 35,1% pour les hôpitaux, 17,2% pour les institutions médico-sociales pour personnes âgées, malades chroniques, handicapées et autres, 31,0% pour les prestataires de services ambulatoires, 9,1% pour le commerce de détail (pharmacies, drogueries, appareils thérapeutiques), 1,9% pour l'Etat, 4,4% pour les assureurs et 1,1% pour les institutions à but non lucratif.

En 2007, les différents agents financeurs ont contribué comme suit au coût global de la santé s'élevant à 55,2 milliards de francs en Suisse: 16,2% proviennent de l'Etat (Confédération, cantons, communes), 35,2% de l'assurance maladie LAMal, 7,7% d'autres assurances sociales (AVS, AI, assurance-accidents, assurance militaire), 9,2% des assurances privées et 31,7% sont pris en charge par les ménages privés (participation aux coûts et autres financements privés). L'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal ne supporte ainsi qu'un bon tiers des coûts globaux liés à la santé. La participation financière des différents agents s'est modifiée au fil du temps et il faut en l'occurrence relever que la part de l'Etat a tendance à se réduire.

En 2007, les prestations brutes de l'assurance obligatoire des soins se sont élevées à 21,6 milliards de francs répartis comme suit sur les principaux groupes de coûts: hospitalisations 24%, soins hospitaliers ambulatoires 13%, visites médicales ambulatoires 22%, médicaments 20%, homes médicalisés 8%, physiothérapie 3%, laboratoires 3%, Spitex 2% et autres 5%. La somme des primes nécessaires s'élevait à 19,7 milliards de francs en 2007. Entre 1997 et 2007, le volume des primes a grimpé de 5% par an en moyenne, tandis que l'augmentation des prix à la consommation restait inférieure à 1% par an durant la même période.

Les causes de cette augmentation particulièrement élevée des coûts dans le domaine de la santé sont multiples, mais les principales sont probablement les suivantes:

- **Démographie:** Les dépenses de santé augmentent considérablement dans la dernière phase de vie. Vu l'évolution démographique de notre société (augmentation du nombre de personnes re-traitées, diminution de la population active), la part des personnes entrant dans la phase de vie au cours de laquelle les coûts de santé sont particulièrement élevés ne cesse de croître. En conséquence, les coûts moyens de la santé prennent l'ascenseur.

- **Progrès médicaux:** Les progrès de la médecine contribuent pour beaucoup à l'amélioration de la qualité des prestations de santé, mais font grimper les coûts. Les méthodes de traitement et les médicaments conventionnels sont complétés ou remplacés par d'autres, généralement nettement plus coûteux. La quantité de méthodes de traitement et de médicaments disponibles augmente et les prix augmentent en parallèle. Les innovations permettent de traiter aujourd'hui des maladies autrefois considérées comme incurables. Ce fait, qui constitue certes une bénédiction pour les personnes concernées, entraîne aussi les prix vers le haut. L'innovation prolonge la vie des personnes atteintes de maladies incurables, ce qui implique des coûts supplémentaires.
- **Comportement revendicatif des assurés:** Les personnes assurées adoptent plus facilement un comportement à risque que celles qui n'ont pas de couverture d'assurance (**hasard moral / risque moral**). Les personnes assurées accordent en effet moins de valeur à la prévention et à la protection de la santé. De plus, lors d'un cas d'assurance, elles sont moins enclines à éviter les coûts ou à les maintenir bas. Elles font appel à plus de prestations à prix plus élevés sur la base de la couverture d'assurance existante. La santé est considérée comme un bien de consommation, particulièrement utilisé parce qu'il est pour l'essentiel financé par un tiers, à savoir l'assureur. Comme sa participation est faible, le patient n'a que peu d'**intérêt** financier à éviter les coûts ou du moins à les maintenir bas. Le non-échelonnement des primes de l'assurance obligatoire des soins accentue la différence entre les coûts occasionnés et la prime payée, particulièrement chez les assurés plus âgés, ce qui met sérieusement à mal la solidarité des assurés plus jeunes. Le système actuel n'incite pas la plupart des assurés à adopter un comportement **responsable**. L'obligation de s'assurer et les directives strictes de la LAMal ne permettent pas aux assurés qui se comportent de manière respectueuse des coûts et de leur santé d'en retirer des avantages financiers. En contrepartie, ceux qui mettent leur santé en péril (consommation de drogues, mauvaise alimentation, manque de mouvement, etc.) ne sont pas ou pratiquement pas sanctionnés pécuniairement. L'augmentation du volume de la demande (volume des prestations fournies) constitue un autre facteur important de la hausse des coûts. D'une part, cette hausse est due au vieillissement de la population et, d'autre part, au manque d'incitation à éviter une surconsommation liée au système. La pression exercée par l'Etat sur les prix des différentes prestations peut inciter les fournisseurs de prestations à compenser les revenus perdus en augmentant les volumes.
- **Insuffisances liées au système:** L'obligation de contracter a pour conséquence que les fournisseurs de prestations qui travaillent de manière inefficace restent sur le marché. Le système de santé suisse actuel n'honore pas les fournisseurs qui offrent des prestations d'une qualité supérieure à la moyenne. Le **manque de concurrence** agit comme un frein aux prestations et comme un accélérateur de coûts. De même, la structure **fédéraliste du système de santé** se répercute négativement dans de nombreux domaines. Un manque de collaboration intercantonale peut entraîner l'inefficacité et l'excès de prestations. De plus, ce manque peut retarder ou empêcher des épurations structurelles nécessaires. La quête cantonale de prestige empêche une spécialisation plus pointue et une répartition plus judicieuse des tâches. Enfin, certaines inefficacités du système sont dues à la multifonctionnalité des cantons qui cumulent les rôles de propriétaire, de financier, de partenaire tarifaire et d'autorité de surveillance.

III. Présentation du problème

La hausse continue des primes des caisses maladies (5% en moyenne depuis l'introduction de la LAMal) a des répercussions négatives non seulement pour les assurés, mais aussi pour les PME:

- La hausse massive des primes d'assurance-maladie réduit le pouvoir d'achat des personnes actives, ce qui freine la consommation.

- La perte de pouvoir d'achat due à la hausse des coûts de la santé fait grimper les revendications salariales des syndicats (indépendamment du fait que 40% des assurés bénéficient aujourd'hui de réductions de prime).
- L'augmentation des dépenses des pouvoirs publics pour la politique de santé réduit la marge de manœuvre pour des baisses d'impôts, voire obligent l'Etat à trouver des recettes supplémentaires (taxes ou impôts).
- Dans les domaines qui touchent les PME, les coûts des assurances sociales – notamment ceux de l'assurance-accidents professionnels et de l'assurance-invalidité – augmentent, ce qui se répercute sur leurs primes.
- Le risque de voir les milieux politiques tenter de décharger une partie des coûts de la santé sur les employeurs augmente (cf. discussion sur les coûts de la santé associés au travail).
- Le risque augmente aussi de voir les milieux politiques tenter de couvrir une partie des coûts de la santé via des charges salariales, comme cela se fait à l'étranger.
- Les entrepreneurs sont eux aussi des payeurs de primes et ressentent durement les hausses de coûts supérieures à la moyenne.
- Si l'évolution des dernières années devait continuer au même rythme, le risque de voir le système actuel s'effondrer et être remplacé par une fourniture de prestations purement étatique augmente.

Les PME sont d'avis qu'il est grand temps de prendre enfin des mesures fermes pour endiguer la hausse des coûts dans le domaine de la santé.

IV. Mesures pour endiguer la hausse des coûts

L'élaboration de mesures efficaces pour freiner la hausse des coûts de l'assurance obligatoire des soins compte parmi les tâches politiques les plus urgentes de ces prochaines années. Dans le cadre du champ d'application de la LAMal, voici les domaines qui, selon l'usam, présentent un besoin d'action particulièrement urgent:

- **Augmentation de la quote-part:** Les assurés devront à l'avenir faire preuve d'un plus grand sens des responsabilités. Il faut ici créer plus d'incitations pour que les assurés se comportent de manière plus responsable. Il s'agit de combattre les effets indésirables du *hasard moral*. Pour ce faire, un financement propre plus élevé constitue la mesure la plus efficace. C'est pourquoi l'usam exige que la quote-part actuelle de 10% passe à 20%. Parallèlement, la limitation de la quote-part actuelle à 700 francs doit être relevée à 1500 francs au moins. On pourrait aussi envisager l'introduction d'un modèle avec une quote-part échelonnée (p. ex. 30% sur les premiers 1000 francs, 20% sur les 2000 suivants et 10% sur les 2000 suivants).
- **Augmentation de la franchise:** Parallèlement à l'augmentation de la quote-part, l'usam exige aussi l'augmentation de la franchise minimale de 300 francs actuellement à 500 francs au moins. L'usam envisage également la transformation de l'actuelle assurance-maladie obligatoire en une assurance gros risque qui ne couvrirait que les coûts dépassant un montant minimal (p. ex. 3000 francs par cas). Les coûts résiduels seraient à la charge des assurés ou couverts par une assurance complémentaire facultative qui aurait le droit d'encaisser des primes correspondant aux risques.
- **Limitation du catalogue de prestations:** Aujourd'hui, les caisses-maladies sont obligées, sous certaines conditions, de prendre en charge les coûts de chirurgie esthétique, les soins consécutifs aux opérations de chirurgie esthétique, le traitement des addictions, les pilules amaigrissantes ou les anneaux gastriques. Cela fait inutilement grimper les coûts de l'assurance de base. De ce fait, l'usam exige que le catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins soit sensiblement restreint. Pour pouvoir éviter une extension du catalogue des prestations de base, l'usam

exige de modifier le système en une liste positive. Elle a également pensé à l'introduction d'une assurance-maladie à trois niveaux. Le cas échéant, le niveau de base obligatoire couvrirait un catalogue de prestations fortement limité. Le second couvrirait une gamme de prestations complémentaires (le niveau 1 et le niveau 2 correspondraient plus ou moins au catalogue de prestations actuel). Il serait envisageable d'inclure dans le niveau 2 les cinq méthodes de médecine complémentaire exclues en 2005, si la preuve de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique exigée par la loi est scientifiquement établie et que l'admission de ces méthodes n'engendre aucun coût. Le niveau d'assurance 2 serait facultatif. Il serait dans l'ensemble réalisé sur la base actuelle et comprendrait une obligation de contracter (de la part de l'assureur) ainsi qu'une composante de redistribution dans une mesure limitée. Le troisième niveau correspondrait à l'actuelle assurance complémentaire selon la LCA.

- **Abrogation de l'obligation de contracter:** L'obligation de contracter entrave la concurrence, ce qui peut avoir des répercussions négatives tant sur les prix que sur la qualité. De plus, elle empêche d'évincer les moutons noirs parmi les fournisseurs de prestations. C'est pourquoi l'usam exige que l'obligation de contracter soit abrogée ou du moins assouplie. Parmi les mesures d'accompagnement, l'usam pourrait accepter de voir définir certaines règles de jeu auxquelles les assureurs devraient se tenir dans le cadre de la collaboration avec les fournisseurs de prestations.
- **Promotion d'organisations HMO et d'autres modèles d'assurance:** L'usam est d'avis que les organisations HMO et d'autres modèles d'assurance permettraient de créer des incitations à l'économie efficaces. C'est pourquoi elle soutient leur promotion que ce soit par le biais de réductions de prime, de quote-parts plus avantageuses ou autres. En respectant bien sûr sans réserve les principes actuariels.
- **Economies sur les médicaments:** L'usam exige la mise en oeuvre de mesures permettant également de réduire les coûts des médicaments. Il faut donc promouvoir la concurrence entre les fabricants en imposant les mêmes conditions-cadre pour les préparations originales et les génériques. Le niveau des prix des médicaments doit être abaissé en tenant compte et en garantissant à la fois une qualité de traitement élevée et la sécurité des patients. Les importations parallèles doivent être autorisées dans un cadre contrôlé, comme c'est le cas depuis quelques années pour les médicaments dont le brevet est arrivé à échéance (notamment pour les génériques).
- **Promotion de l'automédication:** Il faut promouvoir l'automédication pour éviter des consultations médicales inutiles en cas de maladies ou d'affections légères et pour renforcer le sens des responsabilités des assurés. L'usam exige notamment que les conditions légales soient créées pour que les assurés qui se traitent et se soignent eux-mêmes avec des médicaments non soumis à ordonnance, en suivant les instructions et en faisant appel à des spécialistes formés, bénéficient d'avantages financiers par rapport à ceux qui suivraient un traitement ambulatoire chez un médecin ou dans un hôpital. Il convient notamment de promouvoir aussi le recours aux médicaments traditionnels, naturels, qui font leur preuve depuis des années et ont peu d'effets secondaires indésirables.
- **Amélioration de la collaboration intercantonale:** La structure fédéraliste du système de santé suisse entraîne des inefficacités et des coûts supplémentaires dans différents domaines, et rend les réformes plus difficiles. L'usam exige dès lors que les compétences cantonales soient ajustées. Elle voudrait également voir changer la pensée « à petite échelle » et la politique de santé suisse s'orienter davantage sur les besoins des régions économiques existantes. L'usam est globalement favorable à l'abandon de l'économie planifiée actuellement en vigueur concernant la fourniture de prestations hospitalières. Ici, elle préconise de recommencer à appliquer plus de principes d'économie de marché afin de réduire les interventions de l'Etat.

- **Épuration structurelle dans le domaine hospitalier:** La Suisse dispose d'une densité hospitalière élevée, notamment à cause de la structure fédéraliste de son système de santé, ce qui engendre des coûts supplémentaires. L'usam exige que des adaptations structurelles soient entreprises dans le domaine des hôpitaux également. La médecine de pointe doit être répartie de manière ciblée sur quelques centres. De plus, il faut garantir la transparence des flux financiers. Le concept de financement moniste doit être systématiquement appliqué dans le cadre du nouveau système de financement et il faut assurer que les institutions publiques et privées bénéficient de chances égales.
- **Promotion des soins et du suivi hors de l'hôpital (Spitex):** Pour réduire les coûts, il faut réduire encore la durée de séjour à l'hôpital et dans les homes médicalisés. Cela ne sera possible que par le biais d'offres de rechange valables. C'est pourquoi l'usam est favorable à la promotion des organisations système Spitex, qui prennent une importance toujours plus grande dans notre société et notre système de santé. Il faut donc améliorer les conditions-cadre pour les prestataires de services Spitex, notamment en leur donnant une position égale à celle des hôpitaux et des homes. Pour stimuler la concurrence, les organisations Spitex privées doivent être traitées sur le même pied que les organisations publiques, notamment en ce qui concerne les dispositions légales, la fiscalité et le soutien des pouvoirs publics.
- **Amélioration de l'efficacité:** Le fait de supprimer les inefficacités permet de réaliser des économies sans faire subir de réduction de prestations aux assurés. L'élimination de la planification étatique et la promotion d'instruments favorisant la concurrence permettent d'améliorer l'efficacité. De plus, il faut s'assurer d'éliminer tous les facteurs de distorsion de concurrence entre les fournisseurs de prestations privés et publics. Enfin, l'application systématique du financement moniste contribue lui aussi à supprimer des inefficacités. L'usam constate également de lourdes inefficacités au niveau de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments. Dans la loi sur les produits thérapeutiques, le législateur doit veiller à ce que l'autorisation de mise sur le marché soit adaptée à la pratique et au potentiel de risques que présentent les médicaments. La sévérité des réglementations en vigueur entraîne une extension du marché noir (p. ex. commandes par Internet) et la suppression d'emplois dans notre pays.
- **Système de bonus/malus pour l'assurance-maladie:** Pour encourager le sens des responsabilités des assurés qui se comportent de manière responsable face à leur santé et aux coûts, il faut introduire un système de bonus dans l'assurance-maladie obligatoire. Il faut en effet octroyer une réduction de prime l'année qui suit une année durant laquelle l'assurance-maladie n'a pas eu à effectuer de paiement. Le système de bonus doit être un modèle de rabais dégressif qui prévoit également des hausses de niveau, comme c'est le cas par exemple pour l'assurance automobile.
- **Financement moniste:** Le principe de financement moniste doit être appliqué de manière systématique non seulement dans le domaine des hôpitaux, mais encore dans l'ensemble du secteur de notre système de santé auquel touche l'assurance-maladie obligatoire.

Le camp gauche – verts travaille ardemment à l'extension de l'étatisation du système de santé et exige des mécanismes de financement qui impliquent encore plus les agents financeurs de notre société. L'usam rejette fermement de tels concepts et défend en cela les positions suivantes:

- **Pas de caisse unique:** La concurrence entre les caisses permet aux assurés de choisir parmi un grand nombre de modèles d'assurances différents. Les coûts supplémentaires des assurances au niveau du marketing sont plus que compensés par des contrôles rigoureux dans le domaine des décomptes de prestations ainsi que par une prise d'influence ciblée sur le coût des prestations. L'assuré dispose du libre choix. A l'instar du peuple qui a rejeté très clairement deux initiatives populaires s'y rapportant – l'usam s'oppose à d'éventuelles nouvelles tentatives visant à introduire une caisse unique.

- **Pas d'extension du système de réduction des primes:** De l'avis de l'usam, le fait d'accorder des réductions de prime supplémentaires ne soigne que les symptômes et non le fond du problème si cette mesure vise uniquement à alléger un peu la charge de certains groupes de population. Cela empêche plutôt de combler ou d'aplanir les lacunes liées au système. En outre, ces réductions grèvent toujours plus les budgets de la Confédération et des cantons. Ce système de réduction a également des répercussions toujours plus négatives sur la classe moyenne qui participe majoritairement à leur financement, sans pouvoir en tirer profit, raison pour laquelle l'usam rejette fermement une extension du système de réduction des primes.
- **Pas de transformation radicale du système de financement:** Certains milieux répètent à l'envi que l'actuel système de primes par tête est antisocial. Ils oublient en cela que l'assurance de base obligatoire ne couvre aujourd'hui qu'un tiers des coûts globaux de santé. De plus, des réductions de prime déchargent financièrement des couches toujours plus vastes de la population (un bon 40% à l'échelle nationale et nettement plus de la moitié dans certains cantons). C'est pourquoi l'usam refuse clairement une transformation fondamentale de l'actuel système de financement (primes de caisse-maladie en fonction des revenus, financement partiel par le biais de la TVA). Les réformes du système de santé doivent résolument mettre l'accent sur le frein à la hausse des coûts et non sur d'autres modèles de financement.
- **Abandon de l'étatisation du système de santé:** Le système de santé suisse est nettement trop réglementé et cela ne donne pas des résultats concluants. En effet, toutes les révisions et toutes les interventions de l'Etat n'ont pas réussi à endiguer la hausse des coûts. Au contraire, puisque ce sont précisément les agents payeurs (ex. les hôpitaux) sur lesquels l'Etat exerce la plus grande influence, qui ont enregistré les plus fortes hausses de coûts ces dernières années. C'est pourquoi l'usam exige que la progression de l'étatisation du système de santé soit corrigée. De même, elle considère qu'il faut revenir à une organisation plus libérale de l'assurance-maladie obligatoire et redonner une plus grande importance aux instruments de concurrence.
- **Refus d'une nouvelle loi sur la prévention et d'un Institut pour la prévention et la promotion de la santé:** L'usam soutient une politique de prévention adaptée visant à endiguer la hausse des coûts de la santé et à améliorer l'état de santé de la population. Elle considère les bases légales existantes suffisantes pour atteindre ces objectifs et rejette donc résolument l'élaboration d'une nouvelle loi sur la prévention ainsi que la création d'un Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé. Il n'est en effet pas nécessaire de créer de nouvelles bases juridiques pour satisfaire à la nécessité incontestable de protéger la jeunesse et pour promouvoir le dépistage précoce individuel. Il semble en revanche indispensable d'appliquer des mesures ciblées et efficaces plutôt que des actions nationales qui limitent encore plus la liberté de la population et de l'économie par des directives et des interdictions supplémentaires disproportionnées.

V. Conclusion

L'augmentation des coûts de l'assurance-maladie obligatoire constitue une charge qui grandit à vue d'oeil pour les PME. Les entrepreneurs doivent non seulement faire face à la hausse constante de leurs propres primes, mais également à la détérioration des conditions-cadre de l'économie dont la cause est directement ou indirectement liée à la forte augmentation des coûts de la santé. Faute d'endiguer la hausse des coûts de la santé, un effondrement du système actuel paraît de plus en plus probable et il est à craindre qu'une telle situation se répercute défavorablement sur les PME. L'usam exige donc que les milieux politiques prennent enfin des mesures sévères pour enrayer l'explosion menaçante des coûts dans l'assurance-maladie obligatoire.

L'usam exige notamment que des incitations plus fortes soient créées par le biais de l'augmentation de la quote-part et de la franchise, par la promotion d'organisations HMO et d'autres modèles d'assurance ainsi que par la promotion de l'automédication pour que les assurés retrouvent un comportement plus responsables. Il faut promouvoir la concurrence en éliminant l'obligation de contracter, ce qui devrait se répercuter positivement tant sur la qualité que sur le prix des prestations fournies. Il faut limiter une fois encore le catalogue des prestations et le reformuler dans le sens d'une liste positive. Le prix des médicaments doit être amené au niveau pratiqué à l'étranger. Il faut remettre en question la structure fédéraliste du système de santé et passer d'une pensée « à petite échelle » à une orientation de la politique de santé suisse sur les besoins des régions économiques existantes. L'usam s'oppose à d'éventuels efforts visant à introduire une caisse unique. Elle rejette une extension du système des réductions de prime ainsi qu'une transformation fondamentale du système de financement actuel. Enfin, elle se déclare résolument en faveur d'une correction de la progression insidieuse de l'étatisation de notre système de santé.

Berne, le 21 avril 2010

Responsable du dossier

Kurt Gfeller, vice-directeur usam

Téléphone 031 380 14 31, mél. k.gfeller@sgv-usam.ch