

Charte usam

Pour des soins de santé efficaces et rentables

Union suisse des arts et métiers usam



1. Introduction

Les soins de santé dispensés en Suisse comptent parmi les meilleurs du monde. Le niveau de qualité élevé et le libre accès aux prestations médicales rejaillissent positivement sur le bien-être de notre population et sur notre qualité de vie. Le domaine de la santé est également très important pour notre économie et fait partie des principaux moteurs de la recherche et du développement. En 2005, ce domaine représentait 376 142 emplois au total (convertis en équivalents plein temps), soit 12% de l'emploi global.

Comme il faut s'y attendre, un système de santé d'une telle qualité, qui ne connaît guère de pénuries, a aussi son prix. Depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie en 1995, les coûts de la santé augmentent d'environ 4,5% en moyenne par an. La raison de cette hausse nettement supérieure au renchérissement général s'explique par le vieillissement démographique de notre société, le progrès médical, l'évolution des exigences des assurés ainsi que par diverses lacunes inhérentes au système (cf. prise de position usam du 27 janvier 2010). Par ailleurs, une trop faible importance est accordée à la responsabilité individuelle des assurés. La croissance des coûts dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie AOS dépend pour un tiers des prix et pour deux tiers des quantités.

L'augmentation constante des primes des caisses-maladie ne frappe pas uniquement les assurés, mais a aussi des répercussions négatives sur les PME, raison pour laquelle l'usam appelle à une réforme profonde du système de santé, axée sur des valeurs libérales. Elle est convaincue que la suppression de certains défauts ainsi que l'instauration d'incitations plus fortes à recourir aux prestations médicales et thérapeutiques avec une meilleure conscience des coûts occasionnés permettraient de réaliser des économies sans remettre en question le niveau élevé de nos soins de santé.

2. Principes d'une politique de santé libérale

Une politique de santé libérale repose sur le principe de la concurrence régulée (« Autant d'Etat que nécessaire, autant de concurrence que possible »).

Le financement de notre système de santé doit continuer de reposer sur plusieurs piliers. Le pourcentage de la participation financière des pouvoirs publics ne doit pas diminuer davantage encore. Pour réduire la hausse des primes de l'assurance de base, promouvoir la responsabilité individuelle et conduire les assurés à recourir aux prestations avec une meilleure conscience des coûts occasionnés dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, l'usam prône une plus forte participation aux coûts de la part des assurés.

La Confédération et les cantons élaborent des objectifs de législature vérifiables en matière de politique de santé et en contrôlent le respect et les conséquences financières.

3. Exigences de l'usam

1. Dans une assurance-maladie sociale à caractère obligatoire, la solidarité entre bien portants et malades, jeunes et vieux, riches et pauvres ainsi qu'entre hommes et femmes joue un rôle essentiel. Ce rôle ne doit néanmoins pas dispenser l'individu d'assumer sa responsabilité personnelle.
2. Pour surveiller et réguler l'assurance-maladie sociale, la Confédération institue une autorité de surveillance du marché de la santé indépendante de l'administration, garantit la transparence nécessaire et crée les conditions permettant d'assurer des soins de santé de bonne qualité, efficaces et rentables.

3. Les cantons garantissent la sécurité d'approvisionnement de leur population. Ils veillent en priorité à éviter le sous-approvisionnement et non à planifier les différentes prestations de façon détaillée.
4. La concurrence règne entre les assureurs-maladie aussi bien dans le domaine de l'assurance de base que dans celui de l'assurance complémentaire. Cette concurrence intervient au niveau de la qualité des soins et de la gestion des coûts.
5. Les hôpitaux et autres fournisseurs de prestations sont juridiquement indépendants et gérés selon les principes de l'économie d'entreprise.
6. Les assurés ont le droit de changer périodiquement d'assureur-maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire.
7. Les assureurs ont l'obligation d'accepter les assurés dans le cadre de l'assurance de base.
8. Les assurés doivent pouvoir choisir entre différentes gammes de prestations des assureurs. En l'occurrence, les assureurs-maladie doivent offrir le même ensemble de prestations légales minimales à tous les assurés.
9. L'assurance-maladie obligatoire ne prend en charge que des prestations efficaces, appropriées et économiques. Des prestations non basées sur des preuves ou des prestations qui ne relèvent pas de l'assurance n'entrent pas dans le catalogue de prestations d'une assurance-maladie sociale.
10. Les prestations dépassant le cadre de l'assurance obligatoire des soins doivent être couvertes par les bénéficiaires, qui soit concluent à cet effet des assurances complémentaires, soit les paient eux-mêmes.
11. Les distorsions financières entre fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires, publiques et privées, médicales et non médicales sont éliminées pour déployer des effets modérateurs de coûts. Pour ce faire, on applique le principe du financement moniste. Les fonds publics doivent être maintenus dans le système de façon adéquate.
12. Les participations des assurés doivent autant que possible être utilisées pour influencer leur comportement et non servir à un simple refinancement. Dans le cadre de participations plus élevées, les rabais doivent être calculés selon les principes actuariels et n'être octroyés qu'ultérieurement.
13. La liberté de contracter doit être introduite en respectant les conditions-cadre suivantes:
 - a) Les assureurs sont libres de choisir les fournisseurs de prestations avec lesquels ils concluent des contrats visant à garantir la couverture de base obligatoire.
 - b) Les fournisseurs de prestations sont libres de choisir les assureurs avec lesquels ils concluent des contrats dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.
 - c) Prix, qualité, quantités et durées font partie intégrantes du contrat.
 - d) Les partenaires contractuels conviennent des prix des prestations (aucune indemnisation des frais).
 - e) La Commission de la concurrence s'oppose aux restrictions à la concurrence.
 - f) Les assureurs ont l'interdiction d'exercer des activités de fournisseurs de prestations ou de participer économiquement à celles-ci.

- g) Des assurances complémentaires peuvent être conclues aussi bien dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire.
 - h) La compensation des risques doit être efficace.
 - i) Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie AOS, les assurés ont un droit illimité à la substitution des prestations en ce qui concerne la prise en charge des coûts des fournisseurs de prestations, que ceux-ci aient ou non un lien contractuel avec un assureur-maladie.
 - j) La protection tarifaire ne s'applique qu'aux fournisseurs de prestations ayant des liens contractuels avec l'assureur-maladie de l'assuré.
14. Les assurés doivent avoir, dans le cadre du choix de produits d'assurance, un choix de prestations (d'hôpitaux, de médecins ainsi que d'autres fournisseurs de prestations) par-delà les frontières cantonales.
15. Les coûts de la réglementation dans le domaine des soins de santé doivent être abaissés de 20% au minimum par une réduction des prescriptions étatiques, au sens de la résolution adoptée par le Congrès suisse des arts et métiers du 28 mai 2010.

Berne, 24 août 2011

Responsable du dossier

Kurt Gfeller, vice-directeur usam

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