

Des primes d'assurance maladie moins élevées pour la classe moyenne, grâce à la réduction des coûts de la santé



Document de fond de l'UDC Suisse sur la politique de santé

septembre 2025

Table des matières

1. Situation initiale : explosion permanente des coûts.....	3
1.1 Les coûts ont plus que doublé en 25 ans.....	3
1.2 Coûts plus élevés = augmentation des primes.....	5

1.3 Les progrès médicaux et l'élargissement des prestations comme facteurs de coûts.....	6
1.4 L'immigration de masses et l'asile, des facteurs de coûts.....	7
1.5 Les coûts cachés de la migration incontrôlée se chiffrent en milliards.....	9
1.6 Structures et redistribution comme facteurs de coûts.....	13
1.7 Pas de maîtrise des coûts sans mesures radicales.....	15
2. Les solutions de l'UDC.....	17
2.1 La responsabilité individuelle fait baisser les primes.....	17
L'introduction d'un forfait mineur pour l'admission d'urgence à l'hôpital.....	17
Le maintien des régions de primes pour l'assurance maladie.....	18
L'augmentation de la franchise minimale.....	18
2.2 Les profiteurs du système ne doivent avoir droit qu'aux prestations de base	20
Prestations de base pour les migrants demandeurs d'asile.....	20
Les migrants demandeurs d'asile doivent être financés par les impôts.....	21
Les personnes qui bénéficient d'une réduction de primes alors qu'elles pourraient payer la prime doivent avoir accès aux prestations de base.....	22
2.3 Introduction d'un « modèle soins de base ».....	22
2.4 Autres mesures.....	23
Réduire la bureaucratie dans le secteur de la santé.....	23
Franchises minimales et primes plus élevées pour les nouveaux immigrants.....	24
Contrats pluriannuels.....	24
Assurer les soins de base au niveau régional et coordonner la médecine de pointe au niveau national.....	25
Envisager un assouplissement de l'obligation de contracter.....	25
S'inspirer du modèle de Singapour.....	26
3. Conclusion : réduire les coûts de la santé, renforcer la classe moyenne.....	27

1. Situation initiale : explosion permanente des coûts

1.1 Les coûts ont plus que doublé en 25 ans

Le système de santé suisse coûte environ 94 milliards de francs par an, soit plus de 11% du produit intérieur brut (PIB). En 2000, ces coûts s'élevaient encore à environ 40 milliards de francs, ce qui représentait alors environ 9% du PIB.¹ **En 25 ans, les coûts de la santé ont donc été multipliés par 2.3 !**

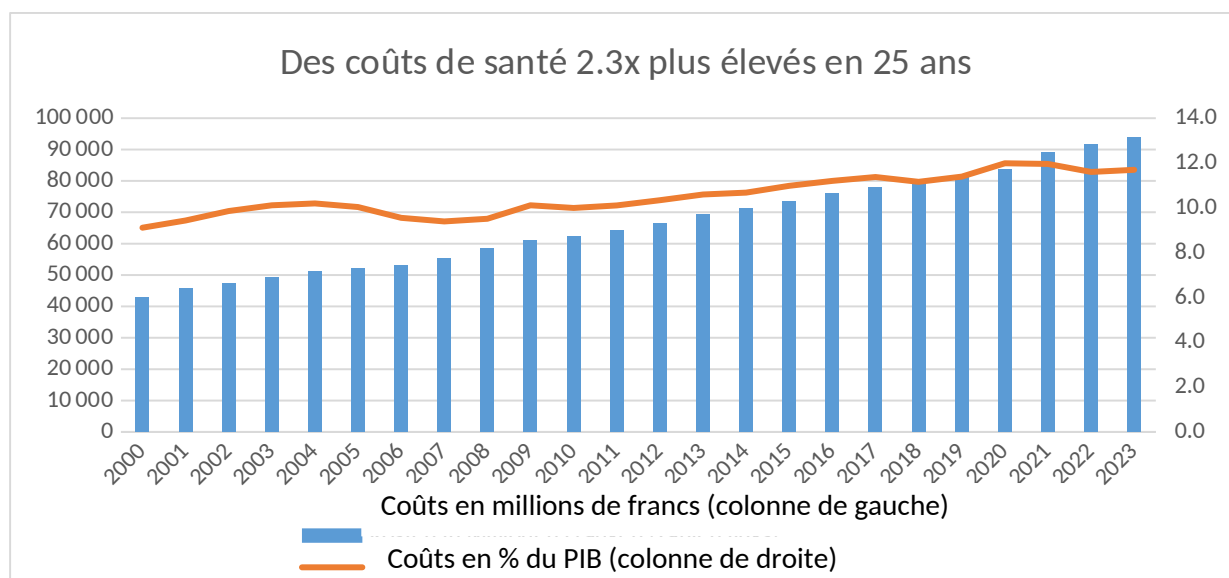


Illustration 01 : Coûts de la santé en millions de francs et en pourcentage du produit intérieur brut. Source : OFS 2025, je-d-14.05.01.01.

Quand on rapporte ces chiffres par personne, **la santé coûte 881 francs par personne et par mois** ; cela représente plus de 10'000 francs par an. Ici aussi, les coûts ont explosé. En 2000, les coûts s'élevaient à 499 francs par personne et par mois, soit environ 6'000 francs par an.² Cela signifie qu'en moyenne, **les coûts par personne ont été multipliés par 1.7 !**

¹ OFS, 2025, je-d-14.05.01.01.

² OFS, 2025, je-d-14.05.01.01.

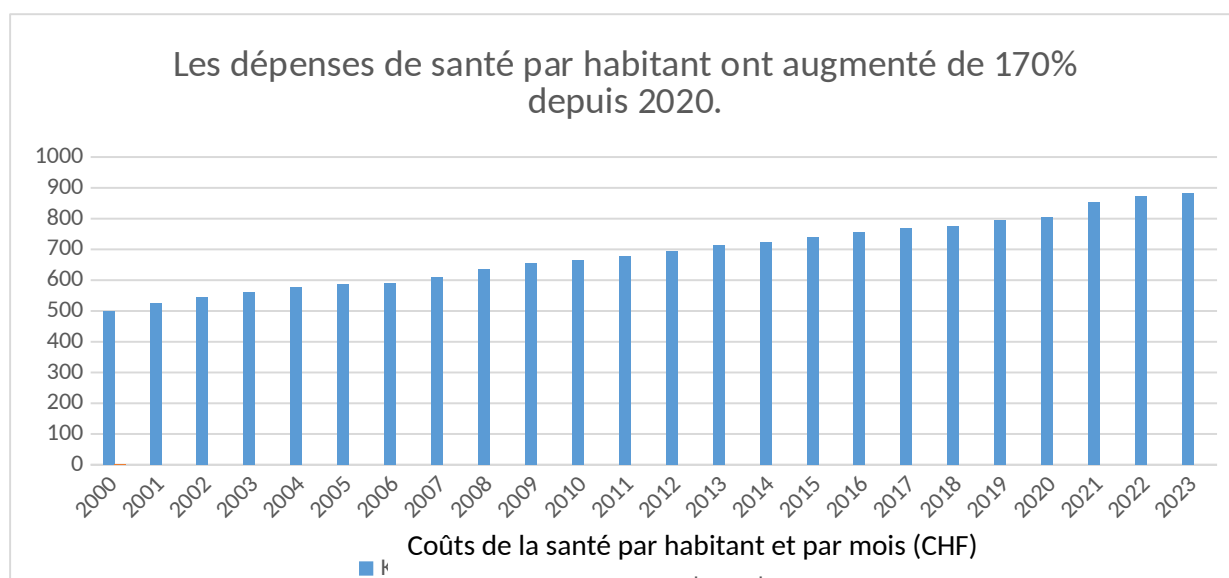


Illustration 01: Coûts de la santé par habitant et par mois, en francs suisses.
Source : OFS, 2025, je-d-14.05.01.01.

Cette évolution met en évidence l'interaction entre trois facteurs de coûts :

- Premièrement, les progrès **médicaux et l'extension des prestations** dans l'assurance maladie obligatoire sont des **facteurs de coûts** importants. Une **mentalité d'assurance tous risques** se développe de plus en plus, accélérant encore la hausse des coûts. Voir également le chapitre 1.3
- Deuxièmement, l'**immigration de masse** est un **facteur de coûts**. En 2000, la Suisse comptait environ 7.1 millions d'habitants. 25 ans plus tard, elle en compte près de 9 millions, essentiellement à cause de l'immigration. C'est précisément pendant cette période que les coûts de la santé ont explosé. Pourquoi ? **Car les immigrés ont droit à toutes les prestations dès leur arrivée en Suisse, de surcroît gratuitement (comprenez : aux frais des contribuables) pour les migrants demandeurs d'asile**, l'Etat prenant en charge leurs primes d'assurance. Cela crée des incitations perverses à une utilisation excessive du système, entraînant une augmentation des coûts totaux et par habitant. Voir également le chapitre 1.4
- Troisièmement, **le système de santé suisse est un système fermé**. Avec l'obligation d'être assuré et la forte intervention de l'État, la concurrence ne peut guère jouer des coudes. La différenciation des prestations, l'amélioration de l'efficacité et l'innovation doivent souvent céder le pas aux prescriptions étatiques, à la bureaucratie et au contrôle administratif. Tout cela contribue à faire grimper les coûts. Voir également le chapitre 1.5

1.2 Coûts plus élevés = augmentation des primes

L'explosion des coûts dans le secteur de la santé entraîne une **augmentation des primes d'assurance maladie**. Les coûts sont en effet répercutés sur la population. Comme il existe une **obligation**, c'est-à-dire que tout le monde est tenu d'avoir une assurance maladie, **la concurrence fait défaut en tant qu'instrument correcteur**.

En clair, entre 1996 et 2024, la prime **moyenne d'assurance maladie obligatoire a été multipliée par 2.6**. Elle a donc presque triplé, passant de 1'539 francs à **4'278 francs par assuré et par an**.³

La hausse est en outre frappante si l'on compare les dernières années ; 2020, la moyenne était de 3'777 francs. En 2024, elle avait déjà augmenté de 10%. C'est plus que l'inflation sur la même période.

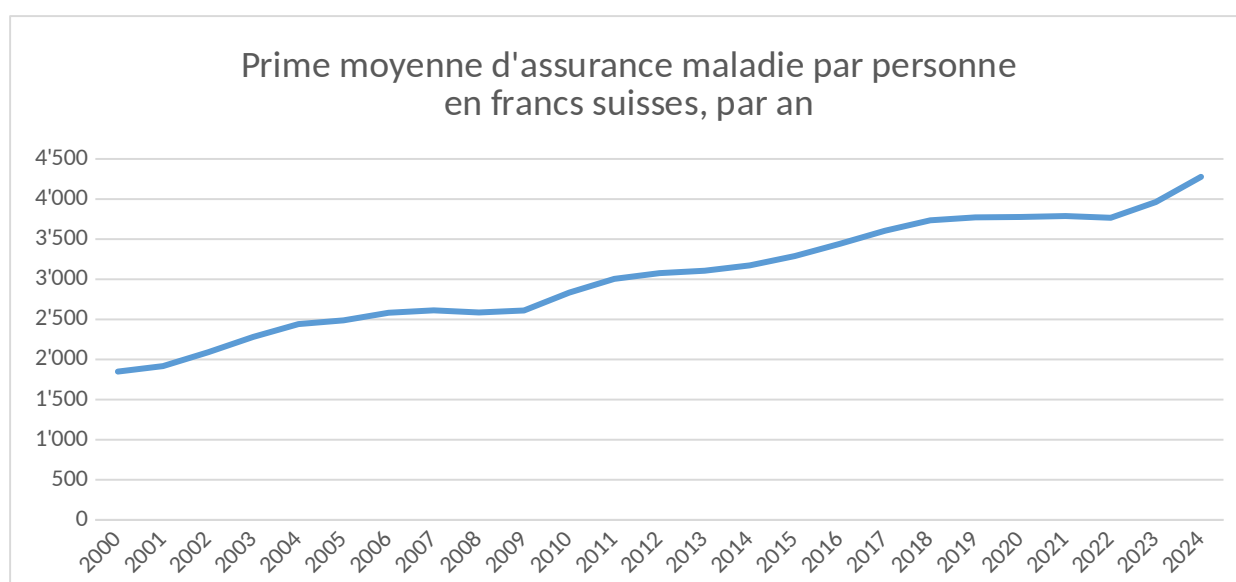


Illustration 03 : Prime moyenne obligatoire de l'assurance-maladie en francs par personne.
Source : OFS, 2025, statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2024, STATKV2024-301d.

1.3 Les progrès médicaux et l'élargissement des prestations comme facteurs de coûts

Les **progrès médicaux** sont une force positive. Mais ces progrès deviennent un facteur de coûts dans le système de santé lorsqu'ils sont pris en charge par l'**assurance maladie obligatoire**.

L'Institut pour l'économie empirique de la santé de la CSS a calculé un exemple : « **Depuis 2012, les nouveaux médicaments pris en charge par l'assurance de base** ont entraîné des coûts supplémentaires de **180 francs par personne, ce qui correspond à près d'un tiers de la croissance totale**. En revanche, pour les médicaments

³ OFS, 2025, Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2024, STATKV2024-301d.

déjà disponibles en 2012, les dépenses par personne assurée ont diminué de 33 francs. L'augmentation des coûts des médicaments est donc due aux médicaments qui ont été nouvellement pris en charge par l'assurance de base après 2012. Le progrès technologique est donc l'un des principaux facteurs de la hausse des coûts. »⁴

Le mécanisme est simple : la médecine progresse. Ces progrès se traduisent notamment par de nouveaux médicaments, de nouvelles machines et de nouvelles formes de thérapie. L'utilisation de ces innovations doit bien sûr être rémunérée. D'une part, différents acteurs du secteur de la santé ont intérêt à proposer ces nouvelles prestations dans le domaine obligatoire. D'autre part, les assurés ont intérêt à bénéficier de ces nouveautés et s'attendent de plus en plus à ce qu'elles fassent partie des prestations obligatoires. **Il en résulte une dynamique auto-alimentée de l'offre et de la demande. Mais avec l'augmentation des prestations obligatoires, les coûts – et donc les primes – montent en flèche.** Dans le contexte d'une société vieillissante, cette dynamique est particulièrement explosive et remet de plus en plus **en question l'équité entre les générations**, qui est le fondement même du système.

Les prestations obligatoires sont toutefois également étendues sans progrès médical. Les prestations de **physiothérapie, de psychothérapie, de massages médicaux ou de sages-femmes, qui sont de plus en plus souvent facturées au titre des prestations obligatoires, en sont un exemple.**

Il en va de même pour les hôpitaux ; la Suisse dispose d'une forte densité hospitalière. Cependant, de nombreux hôpitaux n'atteignent pas le nombre minimal de cas requis. Dans une étude réalisée en 2022, *santésuisse* constate que « **56% des établissements hospitaliers n'atteignent pas le nombre minimal de cas** dans plus de 50% des groupes de prestations de planification hospitalière (SPLG) examinés, et environ 10% dans tous les SPLG ». ⁵ Pour *santésuisse*, cela pose problème pour des raisons de qualité, mais c'est aussi un facteur de coûts, car cette situation témoigne d'une surcapacité. **Les surcapacités entraînent des coûts supplémentaires** qui pèsent lourdement sur les cotisants. En d'autres termes, **trop d'hôpitaux proposent les mêmes prestations, restent sous-occupés et agissent de manière non coordonnée.**

⁴ CSS Institut pour l'économie empirique de la santé, 2024, [Moteurs des coûts de la santé: le facteur démographique est surestimé](#)

⁵ Santésuisse, 2022, [Auswertung Fallzahlen ausgewählte Eingriffe DE.pdf](#).

De manière générale, on constate qu'une **mentalité « casco complète »** s'est installée dans les esprits ; on attend toujours plus de prestations obligatoires. Au lieu de miser sur la responsabilité individuelle et de rechercher systématiquement l'alternative la moins chère, nombreux sont ceux qui attendent aujourd'hui le *nec plus ultra* de l'assurance de base, engendrant une augmentation des coûts et des primes.

1.4 L'immigration de masses et l'asile, des facteurs de coûts

Rien qu'en 2024, **83'392 personnes ont immigré en Suisse** (solde net).⁶ À cela s'ajoutent les 27'740 nouvelles demandes d'asile enregistrées en 2024. Cette immigration de masse a également des répercussions sur le système de santé.⁷

Toute personne arrivant en Suisse bénéficie dès **le premier jour de l'intégralité des prestations d'un système de santé 5 étoiles**, sans avoir jamais investi un seul centime dans ce système. Selon les chercheurs de l'IWP, l'âge moyen des immigrés est de 30 ans.⁸

Voici une comparaison édifiante : **Un immigré de 30 ans a accès à toutes les prestations** dès le premier jour de sa souscription à l'assurance. **Qu'a-t-il cotisé jusqu'à présent, c'est-à-dire avant son immigration en Suisse ? Rien. Prenons maintenant un trentenaire né en Suisse**, qui bénéficie également d'un accès complet au catalogue de prestations LAMal. **Ce dernier a déjà cotisé pendant 30 ans, soit un total d'environ 66'588 francs.**⁹ Ce capital fait défaut chez les immigrés. Plus un immigré est âgé, plus son capital est insuffisant. Or, plus un immigré est âgé, plus il est susceptible de recourir à des prestations. Le déficit est donc en réalité encore plus important.

Le financement du système de santé ne fonctionne que si la population jeune, généralement en meilleure santé, cotise plus qu'elle ne perçoit en prestations de santé. Ce rapport s'inverse avec l'âge. **L'immigration de masse perturbe cependant cet équilibre.**

⁶ SEM, 2025, Statistiques annuelles sur l'immigration, 2024.

⁷ SEM, 2025, Statistiques annuelles sur l'immigration, 2024.

⁸ Dr. Marco Portmann et Joel Gysel MA, 2024, [Wahrnehmungen und Fakten zur Zuwanderung](#). Selon le SWI, on peut encore distinguer les catégories suivantes : « La majorité (6 sur 10) des immigrés ont entre 20 et 45 ans, tandis que les moins de 20 ans et les plus de 45 ans représentent chacun environ 20 % des arrivées. » Pauline Turuban, 2025, [En Suisse, 4 personnes sur 10 sont issues de la migration – qui sont-elles?](#)

⁹ Calcul basé sur les primes moyennes de 105 francs (0-18 ans), 279 francs (19-25 ans) et 397 francs (à partir de 26 ans). Année de référence 2022.

Avec une immigration nette moyenne d'environ 70'000 personnes par an, le secteur de la santé aura besoin de plus de 300 médecins supplémentaires, de plus de 300 lits d'hôpital supplémentaires et de plus de 1'700 infirmiers supplémentaires. Cela représente des coûts supplémentaires énormes, qui se traduiront par une augmentation des primes d'assurance maladie.

Un facteur aggravant est que **les migrants demandeurs d'asile ne paient pas leurs soins de santé**. C'est l'État qui s'en charge (comprenez : les contribuables). Pendant longtemps, on ignorait le coût de cette mesure mais grâce à l'insistance du groupe parlementaire fédéral UDC, le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) a publié les chiffres correspondants en 2023.

En 2020 et 2021, **les coûts de santé des migrants demandeurs d'asile ont été respectivement 27 % et 23 % supérieurs à ceux du reste de la population**. En 2022, ils ont certes baissé de 4%, mais cette baisse peut s'expliquer par une erreur d'arrondi. Le tableau est clair : Les migrants demandeurs d'asile génèrent des coûts nettement plus élevés que les Suisses¹⁰ et ces coûts sont intégralement pris en charge par l'État, sans franchise !

Malgré ce constat clair, **ce calcul est plutôt sous-estimé** et ce pour deux raisons : Premièrement, ce calcul ne tient pas compte des frais dentaires, des coûts des médicaments non soumis à ordonnance et de certaines thérapies non médicales. Deuxièmement, la comparaison avec la moyenne suisse n'est pas pertinente. La population des migrants demandeurs d'asile est plus jeune et plus masculine que la population suisse. Un groupe similaire de jeunes hommes représente les coûts les plus faibles dans la population moyenne.

Le SEM a donc systématiquement sous-estimé les coûts ; pourtant, ceux-ci restent supérieurs à la moyenne suisse.

1.5 Les coûts cachés de la migration incontrôlée se chiffrent en milliards

La migration incontrôlée pèse également de manière indirecte, voire cachée, sur le secteur de la santé. En voici quelques exemples :

Les immigrés clandestins et les milliards qu'ils coûtent au système de santé

¹⁰ Beobachter, 29 juin 2023, Le poids des demandeurs d'asile sur le système de santé, [Zahlen zu Gesundheitskosten von Asylsuchenden: Thomas Aeschi und Samira Marti kommentieren sie | Beobachter](#)

Selon différentes estimations, la Suisse compte entre 76'000 et 100'000 sans-papiers, c'est-à-dire des personnes sans statut de séjour valable.¹¹ D'autres études estiment même le nombre de résidents illégaux entre 70'000 et 300'000.¹² Malgré leur statut illégal, ces personnes ont accès à des prestations médicales dont les coûts doivent être pris en charge par la collectivité.

Comme indiqué ci-dessus, les coûts de la santé s'élèvent à 881 francs par personne et par mois, soit plus de 10'000 francs par an. Selon une estimation prudente de 76'000 sans-papiers, les coûts annuels de la santé s'élèvent donc à au moins 760 millions de francs. Selon une estimation plus élevée de 100'000 personnes, ce chiffre atteint déjà un milliard de francs par an.

Ce calcul est toutefois encore sous-estimé, car les sans-papiers ne consultent souvent un médecin que lorsque leurs problèmes de santé sont déjà avancés. Cela entraîne des coûts de traitement supérieurs à la moyenne. De plus, ils ont souvent recours aux services d'urgence coûteux des hôpitaux, n'ayant pas accès à des cabinets médicaux moins onéreux.

Les étrangers majoritaires dans les hôpitaux suisses : la pandémie de Covid-19 révélatrice

La pandémie de coronavirus a révélé de façon édifiante qui sollicite le plus le système de santé suisse. Alors que les étrangers représentent environ 25% de la population suisse, ils constituaient la majorité des patients hospitalisés pendant la pandémie.

Les chiffres concrets pour 2021 montrent l'ampleur alarmante du phénomène : Dans le canton de Zurich, 70 à 80% des patients en soins intensifs atteints du Covid-19 étaient issus de l'immigration.¹³ Cette surreprésentation n'est pas le fruit du hasard, mais due à des causes structurelles. De nombreux étrangers, en particulier ceux issus de certaines cultures, ont l'habitude dans leur pays d'origine de se rendre directement à l'hôpital en cas de problèmes de santé, plutôt que de consulter d'abord un médecin généraliste,¹⁴ ce qui entraîne une surcharge systématique des services d'urgence coûteux.

¹¹ Le Conseil fédéral, 2020, Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat de la Commission des institutions politiques du Conseil national du 12 avril 2018 (18.3381).

¹² Université de Lucerne, 2015, recherche juridique sur les sans-papiers, <https://www.unilu.ch/forschung/aktivitaeten/fokus-forschung/rechtsforschung-zu-sans-papiers/>

¹³ NZZ, 14.9.2021, Origine des patients atteints du coronavirus admis en soins intensifs : le canton de Zurich publie pour la première fois des données clés, <https://www.nzz.ch/zuerich/corona-und-nationalitaet-erstmalig-liegen-genauere-zahlen-vor-ld.1645175>

¹⁴ NZZ, 18.6.2024, Les services d'urgence ne sont pas destinés aux petits bobos. Il est judicieux de facturer les fausses urgences, <https://www.nzz.ch/meinung/spitaeler-gebuehr-fuer-falsche->

Cette utilisation abusive du système engendre des coûts supplémentaires se chiffrant en millions. Une intervention d'urgence coûte trois à 5x plus cher qu'une consultation chez le médecin de famille. Avec environ 100'000 interventions d'urgence évitables par an, cela représente à lui seul un surcoût de 200 à 300 millions de francs, qui est répercuté sur l'ensemble de la population sous forme d'augmentation des primes d'assurance maladie.

Abus systématique du droit d'asile pour bénéficier d'une médecine de pointe gratuite

Le système d'asile suisse est de plus en plus utilisé abusivement comme une porte d'entrée pour bénéficier de soins médicaux gratuits. Des cas concrets montrent comment le système est systématiquement exploité, tandis que les coûts sont répercutés sur les contribuables et les assurés sociaux suisses.

Le cas de la Géorgie : tourisme médical organisé sous couvert de demandes d'asile

Depuis début 2024, le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) a enregistré une douzaine de demandes d'asile émanant de Géorgiens gravement malades qui viennent en Suisse uniquement pour y recevoir un traitement médical.¹⁵ Ces personnes déposent des demandes d'asile alors qu'elles savent qu'elles n'ont aucune chance d'aboutir, uniquement pour avoir accès au système de santé suisse. Le mécanisme est simple : les ressortissants géorgiens peuvent entrer en Suisse sans visa. Dès qu'ils déposent une demande d'asile, ils bénéficient automatiquement d'une assurance maladie et l'État prend en charge tous les coûts (primes, franchise et quote-part). Ils bénéficient ainsi d'une assurance complète et gratuite (aux frais des contribuables) pour une médecine de pointe, sans avoir jamais versé un franc dans le système.

Changements de sexe pris en charge par l'assurance maladie

Les changements de sexe effectués aux frais de l'assurance maladie par des demandeurs d'asile déboutés constituent un autre exemple d'abus du système de santé. L'interpellation 18.4014 au Parlement a mis en lumière un cas de ce type.¹⁶ Le plus perfide dans tout cela, c'est qu'alors que les citoyens suisses doivent souvent attendre des an-

[notfaelle-ist-sinnvoll-Id.1835396](#)

¹⁵ SRF, 8.8.2024, Les demandes d'asile émanant de personnes gravement malades proviennent exclusivement de Géorgie, <https://www.srf.ch/news/schweiz/kosten-im-gesundheitssystem-asylgesuche-von-schwerkranken-kommen-ausschliesslich-aus-georgien>

¹⁶ [Interpellation 18.4014](#), Barbara Steinmann, « Changement de sexe d'un requérant d'asile débouté »

nées pour subir des opérations non vitales et payer des franchises et des quotes-parts élevées, les demandeurs d'asile bénéficient de traitements gratuits pour des interventions non-vitales. Les caisses d'assurance maladie prennent en charge les coûts des opérations de changement de sexe lorsqu'une nécessité médicale est attestée. Cette pratique conduit à une médecine à deux vitesses, dans laquelle les demandeurs d'asile bénéficient de meilleures prestations que les citoyens suisses qui travaillent. Pour une opération de 10'000 francs, un Suisse doit s'attendre à une franchise de 2'500 francs et à une quote-part de 700 francs, soit un total de 3'200 francs à payer de sa poche, alors qu'un demandeur d'asile ne paie rien.

Réductions des primes pour les étrangers : quand la classe moyenne paie 2x

Le système de réduction des primes révèle une autre anomalie du système de santé suisse. Alors que la classe moyenne active doit payer des primes d'assurance maladie toujours plus élevées, les étrangers et les demandeurs d'asile bénéficient de manière disproportionnée des subventions de l'État.

Assurance maladie automatique pour les demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile bénéficient automatiquement d'une assurance maladie dès le premier jour de leur séjour en Suisse. L'État prend en charge non seulement les primes, mais aussi la franchise et la quote-part.¹⁷ Ils bénéficient ainsi d'une assurance complète gratuite, alors qu'un salarié moyen suisse devra payer plus de 4'200 francs de primes d'assurance maladie (chiffres 2024), auxquels s'ajoutent encore la franchise et la quote-part.

Cette inégalité de traitement est choquante : un demandeur d'asile qui n'a jamais versé un seul centime au système bénéficie de meilleures conditions qu'un Suisse qui paie des primes depuis des décennies ! Alors que le Suisse doit d'abord payer sa franchise à chaque visite chez le médecin, le demandeur d'asile peut consulter gratuitement.

Réductions des primes selon la nationalité

La répartition des réductions de primes ordinaires pose également problème. Après 7 ans de séjour en Suisse, les étrangers ont droit à des réductions de primes, même s'ils n'ont pas payé d'impôts auparavant.¹⁸ Cette réglementation conduit à des situations absurdes : un petit entrepreneur suisse dont le revenu dépasse légèrement le plafond

¹⁷ SODK, 2018, Soins médicaux pour les demandeurs d'asile.

ne bénéficie d'aucune réduction des primes et doit payer l'intégralité de celles-ci. Un étranger disposant d'un revenu similaire peut en revanche bénéficier de réductions s'il remplit les conditions de durée de séjour.

Les autorités ne publient pas systématiquement les chiffres concrets relatifs à la répartition des réductions de primes selon la nationalité. Ce n'est pas un hasard, mais bien un calcul politique ; les chiffres montreraient en effet que les étrangers bénéficient de manière disproportionnée de ces subventions.

La double charge qui pèse sur la classe moyenne

Les PME suisses supportent la majeure partie du poids du système de santé. Elles paient non seulement des primes d'assurance maladie élevées, mais financent également, par le biais de leurs impôts, les réductions de primes accordées à d'autres. Cette double charge est particulièrement choquante quand on sait qu'une part importante des réductions de primes est versée à des personnes qui n'ont jamais cotisé au système ou qui n'y ont cotisé que pendant une courte période. Un petit entrepreneur suisse paie donc non seulement ses propres primes d'assurance maladie, mais finance également, par le biais de ses impôts, l'assurance maladie gratuite des demandeurs d'asile et les réductions de primes pour les étrangers.

1.6 Structures et redistribution comme facteurs de coûts

L'autre **facteur de hausse des prix** est le système en lui-même, avec son **caractère obligatoire, l'extension constante des prestations et les interventions de l'État**. Un bref retour en arrière vaut la peine : en 1996, la nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMal) a été introduite après une votation populaire. Seule l'UDC a combattu la loi et mis en garde contre l'explosion des coûts.

La ministre de la santé de l'époque , **Ruth Dreifuss** , a défendu sans relâche la loi. Avant la votation, la **conseillère fédérale socialiste** a promis à la population des soins médicaux « de haute qualité », « encore abordables pour tous et chacun ».¹⁹ La concurrence entre les médecins, les hôpitaux, etc. rendrait leurs prestations « inévitablement moins chères ». Les coûts supplémentaires se situeraient dans un « cadre rai-

¹⁸ UDC Zürich, 2025, réductions des primes, <https://svazurich.ch/unsere-produkte/weitere-produkte/krankenversicherung--kvg-/praemienverbilligung/wer-hat-anspruch-.html>

¹⁹ Pour ces citations et les autres dans cette section, voir la section 2.1 dans « Argumentaire sur les deux votations sur l'assurance maladie du 9 juin 2024 », <https://www.udc.ch/positions/documents-de-fond/>

sonnable ». « La manière dont les opposants à la loi parviennent à leurs chiffres m'échappe ; ils sont totalement tirés par les cheveux ».²⁰

Parmi les opposants figurait Ueli Maurer, alors Conseiller national, qui avait mis en garde contre des milliards de coûts supplémentaires : « Nous ne devons pas faire une loi que nous ne pouvons pas payer ». La révision n'apportera qu'une redistribution qui sera « supportée par la classe moyenne, donc par nous »²¹ serait payé deux fois par le biais de l'augmentation des primes et des impôts.

Dès l'entrée en vigueur de la LAMal, les coûts ont grimpé en flèche. Dans une tentative d'apaisement, Ruth Dreifuss a affirmé en 1999 : « Nos mesures de maîtrise des coûts sont chaque année plus efficaces ». C'est pourtant le contraire qui s'est produit. La loi sur l'assurance-maladie est l'un des leurres les plus coûteux pour la population suisse. Qu'en est-il **aujourd'hui** ? Les déséquilibres se sont solidement installés :

- Cette redistribution rend l'ensemble du système **opaque**. Sur les 869 francs par mois et par personne que coûte le système de santé, **l'État en finance près de 33%**. Il n'y a donc **pas de principe de causalité**, les coûts ne peuvent pas être clairement attribués et **les contribuables supportent encore une charge supplémentaire en plus de la prime**. La réduction des primes, conçue comme un soutien, **accentue encore la redistribution**. De plus, elle incite à tort un plus grand nombre de personnes à profiter de la redistribution.
- Le **manque de concurrence** entre les prestataires de soins n'incite pas à une planification rationnelle des prestations et des sites en fonction des besoins réels de la population. En outre, **les incitations à réduire les coûts ou à augmenter l'efficacité de la fourniture des prestations font défaut**.
- Les fournisseurs de prestations sont tous les organismes qui fournissent une prestation dans le domaine de la santé. Ils s'agit par exemple des hôpitaux, des médecins ou des dentistes. Le problème du système de santé est que **les coûts ne cessent d'augmenter pour presque tous les fournisseurs de prestations**.²² Les trois principaux fournisseurs de prestations sont les hôpitaux, les établissements médico-sociaux (par exemple les maisons de retraite et de soins, les services d'aide et de soins à domicile, les centres de traitement des addictions) et les cabinets médicaux. Rien qu'en 2023 - la statistique la plus récente selon l'Office fédéral de la sta-

²⁰ Voir note de bas de page n° 11.

²¹ Voir note de bas de page n° 11.

²² OFS, 2025, gr-d-14.05.01.07.

tistique - les **hôpitaux** ont généré 34.1 milliards de francs de coûts pour les prestations de santé. Cela représentait une augmentation d'environ 4% par rapport à l'année précédente. Les coûts des **établissements médico-sociaux** se sont élevés à 15.1 milliards de francs, soit plus de 4% de plus que l'année précédente. Les coûts des **cabinets médicaux** se sont élevés à 14.9 milliards de francs, soit environ 7% de plus que l'année précédente.

- Les prestations dans le domaine obligatoire ne cessent de s'étendre. Le conseiller national UDC Sebastian Frehner a demandé en 2018 une liste de l'évolution du catalogue des prestations dans le domaine obligatoire.²³ Dans sa réponse, l'administration a admis sans ambages que « les listes des nouvelles prestations et des prestations supprimées ainsi que les indications sur les coûts supplémentaires et les économies à la charge de l'AOS sur toute la période depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, demandées par l'auteur de l'interpellation, ne sont pas disponibles sous cette forme ». On ne veut pas de transparence ni d'aperçu des facteurs de coûts. La même réponse à l'interpellation tente tout de même de quantifier. Même si l'administration veut masquer le fait par des acrobaties chiffrées, les prestations ont été développées.²⁴

Si l'on regarde de plus près l'évolution des coûts des prestataires, on constate une chose importante : **les coûts des cabinets dentaires restent à peu près constants depuis 2017.**²⁵ Pourquoi est-ce important ? Ces fournisseurs de prestations sont financés de la manière la plus conforme à la vérité des coûts et au principe du pollueur-payeur. Les autres ont beaucoup de subventions et de redistributions cachées. Cela signifie que **là où règne la vérité des coûts, les coûts n'augmentent pas ou augmentent moins**. Plus important encore : les soins dentaires ne sont pas inclus dans l'assurance obligatoire. Ils sont en grande partie payés en fonction des besoins réels. Par conséquent : **Là où les clients paient pour leurs besoins réels, les coûts n'augmentent pas ou pratiquement pas.**

²³ [18.3847](#) Interpellation. Développement du catalogue de prestations de l'AOS depuis l'entrée en vigueur de la LAMal

²⁴ Voici une partie de la réponse à l'interpellation 18.3847 : « Une analyse de l'OFSP en 2016 sur les adaptations de prestations entre 2010 et 2015 a révélé, dans le domaine de l'OPAS et de l'annexe 1, 26 nouvelles admissions et 25 adaptations d'entrées existantes, avec des coûts supplémentaires d'environ 100 millions de francs, dans le domaine de la Liste des moyens et appareils (LiMA), 21 nouvelles admissions, 16 adaptations et 4 suppressions, avec des économies de coûts totales d'environ 20 millions de francs, et dans le domaine de la Liste des analyses (LA), 30 nouvelles admissions, 15 adaptations et 70 suppressions, avec des coûts supplémentaires d'environ 5 millions de francs ».

²⁵ OFS, 2025, gr-d-14.05.01.07.

1.7 Pas de maîtrise des coûts sans mesures radicales

La situation est tendue. L'administration fédérale n'a manifestement aucun intérêt à identifier, quantifier et gérer les facteurs de coûts dans le secteur de la santé. Or, **sans mesures radicales, les coûts continueront d'exploser. Les primes augmenteront** donc et par conséquent, **le pouvoir d'achat réel**, notamment de la classe moyenne, **diminuera**. Les points suivants peuvent être constatés en tant que résumé et conclusion de la situation de départ :

- La loi sur l'assurance maladie (LAMal) ne freine pas l'explosion des coûts de la santé. Elle la renforce même. Les promesses faites par le Conseil fédéral lors de la votation populaire de l'époque se sont révélées vaines.
- Les coûts de la santé augmentent massivement : en francs au total, en francs par habitant et par rapport au produit intérieur brut. Aujourd'hui, la Suisse possède l'un des systèmes de santé les plus chers par rapport au produit intérieur brut.
- Dans le système de santé, il y a peu de coordination et beaucoup de redistribution ainsi que de nombreuses subventions (cachées).
- C'est surtout la classe moyenne qui travaille et paie des impôts qui supporte le poids de la redistribution. En effet, la classe moyenne est déjà le groupe de population le plus important de Suisse en termes de volume. Il en résulte une situation moins favorable pour la classe moyenne et une diminution de son pouvoir d'achat.
- Les franchises plus basses de la LAMal invitent justement à recourir aux prestations. Cela augmente la pression sur la redistribution et donc sur les coûts et les primes.
- Les migrants demandeurs d'asile génèrent des coûts de santé beaucoup plus élevés par personne que les Suisses. Or, ces migrants sont entièrement pris en charge par l'État ; ils ne sont pas soumis au principe de solidarité de la LAMal. En d'autres termes, les Suisses paient pour les frais de santé plus élevés des migrants demandeurs d'asile qui ne contribuent pas eux-mêmes au système.
- L'immigration fait grimper les coûts de la santé. En effet, sans avoir jamais contribué, les immigrés bénéficient dès leur premier jour en Suisse de l'intégralité des prestations.
- Dans les domaines de la santé où la vérité des coûts et le principe du pollueur-payeur sont mieux appliqués, la hausse des coûts est moins importante. Dans les cabinets dentaires, les coûts sont même restés stables.
- Sans réformes visant à corriger les mauvaises incitations, les coûts de la santé ne pourront pas être maîtrisés. En outre, des mesures sont nécessaires pour corriger les avantages accordés aux migrants en matière d'asile et aux immigrés.

2. Les solutions de l'UDC

2.1 La responsabilité individuelle fait baisser les primes

Le principal levier pour lutter contre les coûts élevés du système de santé est la responsabilité individuelle. Il faut **s'écarter de la mentalité « tout risque » qui prend de l'ampleur**. Concrètement, cela signifie ne plus aller immédiatement chez le médecin pour une bagatelle comme un rhume, toujours choisir l'alternative de traitement la moins chère, privilégier les génériques et miser sur les traitements ambulatoires lorsque cela est possible.

Pour l'UDC, il est clair que le système de santé reste fondamentalement de la compétence des cantons. **L'UDC s'oppose à une nouvelle compétence fédérale. Elle s'oppose** tout aussi fermement **à la caisse maladie unique**. La centralisation et l'uniformisation ne sont pas compatibles avec la responsabilité individuelle. Elles sont génératrices de coûts, car elles délèguent la responsabilité à des systèmes centralisés sans concurrence. De plus, la caisse unique réduirait au mieux les frais administratifs. Les problèmes du système de santé en tant que tels ne seraient pas abordés.

Afin de renforcer la responsabilité individuelle, l'**UDC** demande **des améliorations ciblées** du système de santé actuel de la Suisse. Ces améliorations reposent sur la vérité des coûts et des incitations positives. **Celui ou celle qui sollicite moins le système doit être récompensé**. Cela permet de réduire les coûts et donc les primes. L'UDC demande donc :

L'introduction d'un forfait mineur pour l'admission d'urgence à l'hôpital

Les services d'urgence des hôpitaux sont parfois très sollicités. Le nombre de consultations a fortement augmenté ces dernières années. Les raisons de ce phénomène sont multiples. Il s'avère toutefois que les urgences hospitalières constituent dans de nombreux cas le premier point de contact, même lorsque l'urgence n'est pas avérée d'un point de vue médical. Cela est particulièrement vrai chez les jeunes ou dans les groupes de population étrangers.

L'introduction d'une taxe d'urgence peut inciter à procéder d'abord selon le modèle à choix pour de telles bagatelles. **La taxe est due lorsqu'il n'y a pas d'urgence du point de vue médical**. Dans les « véritables » cas d'urgence, la taxe n'a pas lieu d'être. La responsabilité individuelle est ainsi renforcée de manière ciblée.

Un projet en ce sens a été discuté au sein des commissions de politique de santé du Parlement et a fait l'objet d'une consultation en bonne et due forme. L'UDC soutient le projet.²⁶

Le maintien des régions de primes pour l'assurance maladie

Les primes d'assurance maladie reflètent la structure des coûts d'une région. Si les coûts sont particulièrement élevés, les primes sont plus importantes. Si les coûts restent faibles, les primes sont moins élevées. En principe, les primes diffèrent selon les cantons. Dans les cantons où les différences régionales sont importantes, il existe différentes régions de primes. Cette différenciation est un instrument de concurrence qui permet de distinguer les primes en fonction du degré de responsabilité personnelle.

Une plus grande responsabilité individuelle entraîne une baisse des coûts et donc des primes. L'UDC s'engage donc pour le **maintien** et le développement de cette **différenciation entre les régions de primes**.

L'augmentation de la franchise minimale

Lors de l'introduction de la LAMal, la franchise minimale était de 150 francs. Elle a été adaptée pour la dernière fois en 2004. Une augmentation de la franchise minimale aurait un impact sensible sur les coûts de la santé. Comme le montrent différentes études, une franchise plus élevée conduit à un choix plus ciblé des prestations sollicitées. **Une légère augmentation de la franchise permet de réaliser d'importantes économies. Cela permet à son tour de faire baisser les primes.**

L'UDC agit en conséquence. La conseillère nationale Diana Gutjahr et la conseillère aux Etats Esther Friedli demandent dans leurs motions identiques une **adaptation des franchises minimales à la situation réelle**.²⁷

Gemäss einer Studie aus dem Jahr 2017 besteht einen Zusammenhang zwischen höheren Franchisen, tieferen Kosten im Gesundheitswesen und tieferen Krankenkassenprämien.²⁸ Die Ergebnisse dieser Studie sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

²⁶ [17.480 | Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins](#)

²⁷ [24.3636 | Adapter la franchise minimale aux conditions réelles](#) und [24.3608 | Adapter la franchise minimale aux conditions réelles](#)

²⁸ Kaiser, Boris; Gerfin, Michael, 24.10.2017, Höhere Franchisen reduzieren Kosten. *Die Volkswirtschaft*, [Höhere Franchisen reduzieren Kosten – Die Volkswirtschaft](#).

Franchise (in Fr.)	300	500	1000	1500	2000	2500	TOUS
Age	54,4	57,7	44,2	43,7	40,1	41,1	50,0
Revenu mensuel équivalent CHF	4113	4262	4695	4786	5149	5171	4461
Modèle (médecin de famille, télémedecine, etc.) en %	47,8	45,8	70,7	71,8	88,0	75,5	58,4
NB visites annuelles chez le médecin	8,5	7,7	4,3	3,2	2,5	2,2	6,1
Prestations (brut, par an)	6717	5844	2514	1710	1185	1103	4519
Séjour à l'hôpital l'année précédente (en %)	11,8	10,0	3,8	2,6	1,5	1,2	7,7
Part des assurés (en %)	46,6	13,8	3,5	14,5	4,9	16,5	100,0

Illustration 5: Lien entre les franchises et le comportement dans le domaine de la santé. Source : Kaiser und Gerfin, 2017, [Höhere Franchisen reduzieren Kosten – Die Volkswirtschaft](#)

La plus grande partie des assurés, environ 60%, a une franchise basse de 300 ou 500 francs par an. Ce groupe reçoit des prestations relativement élevées du système (respectivement 6'717 et 5'844 francs), se rend beaucoup plus souvent chez le médecin (respectivement 8.5 et 7.7 visites par an) et enregistre une augmentation plus importante des séjours hospitaliers par rapport à l'année précédente (respectivement 11.8 et 10%). En outre, seule une minorité de ce groupe choisit d'autres modèles de réduction des coûts, comme le modèle du médecin de famille ou Telmed.

Toutefois, parmi les 45% environ qui ont choisi une franchise minimale de 300 francs, 60% environ ne l'utilisent pas du tout. Cela signifie qu'ils n'utiliseraient pas non plus une franchise plus élevée. Cela signifie à nouveau qu'ils ne perdent rien à augmenter leur franchise.²⁹

Environ 40% des assurés ont choisi des franchises annuelles de 1'000 francs ou plus. Ils bénéficient de moins de prestations - 2'500 à 1'100 francs par an, vont moins souvent chez le médecin - entre 3.8 et 1.2 visites par an -, ont un nombre d'hospitalisations qui augmente moins fortement par rapport à l'année précédente - entre 3.8 et 1.2% -, et choisissent en majorité des mesures complémentaires qui permettent de réduire les coûts.

Si l'on misait sur des franchises plus élevées, il serait possible de maîtriser les coûts et de faire baisser les primes sans réduire les prestations, selon l'étude. Ces résultats ont été confirmés une nouvelle fois en 2024. Une étude du *Basel Center for Health Econo-*

²⁹ NZZ, 28.10.2024, [Franchise 10000 Franken – Solidarität nur für teure Krankheiten?](#)

mics commandée par l'assureur-maladie Helsana, montre : **Si la franchise minimale passait de 300 à 500 francs, les coûts du système de santé diminueraient d'environ 1.2 milliard de francs par an.** Selon la caisse et le modèle, cela pourrait entraîner une **économie de primes allant jusqu'à 160 francs par assuré et par an.**³⁰

Cela n'entraînerait pas une situation moins favorable. En effet, environ 56% des assurés n'utilisent pas la totalité de leur franchise (état 2019).³¹ Si l'on doit tout de même épuiser la franchise, le montant plus élevé est compensé par l'économie de primes. Pour les malades chroniques et autres personnes vulnérables, il existe des prestations d'assurance spéciales qui répondent mieux aux besoins de ces personnes qu'une franchise basse avec des primes élevées. En résumé : **L'augmentation de la franchise minimale permet d'alléger la charge des payeurs de primes.**

2.2 Les profiteurs du système ne doivent avoir droit qu'aux prestations de base

Prestations de base pour les migrants demandeurs d'asile

Les migrants demandeurs d'asile ne paient pas eux-mêmes leurs primes ; ces dernières sont prises en charge par les autres assurés. Cette redistribution flagrante renchérit les primes. En 2024, plus de 200'000 personnes se trouvaient dans le système d'asile.

Le coût moyen des primes d'un demandeur d'asile hébergé dans un centre fédéral d'asile s'élevait à 240 francs par mois en 2022. Pour 100'000 demandeurs d'asile (comme en 2022, y compris les Ukrainiens effectivement enregistrés), cela représenterait, extrapolé sur une année, 288 millions de francs uniquement pour le paiement des primes ! A cela s'ajoutent des dizaines de milliers de migrants qui sont déjà dans le processus d'asile. Les coûts mensuels moyens par personne pour la franchise et la quote-part s'élevaient à 233 francs en 2021.

C'est pourquoi **les migrants demandeurs d'asile** ne doivent plus avoir droit qu'à une **prestation de base**. Dans leur cas, les **soins ordinaires** doivent donc être garantis **en cas de maladie ou d'urgence**. Mais cela signifie à l'inverse que leur liberté de choix, notamment le libre choix du médecin, de l'hôpital ou de la thérapie, ainsi que les prestations doivent être limités. Il devrait y avoir pour eux une obligation de soins surveillés et coordonnés en cas d'événement de santé, de premier conseil avant la méde-

³⁰ NZZ, 11.9.2024, Höher Franchisen führen zu tieferen Gesamtkosten, [20240911 Hoehere Franchisen fuehren zu tieferen Gesamtkosten.pdf \(unibas.ch\)](#)

³¹ NZZ, 28.10.2024, [Franchise 10000 Franken – Solidarität nur für teure Krankheiten?](#)

cine spécialisée et les génériques. Cette focalisation sur les soins de base doit être garantie tant dans le domaine de la santé somatique aiguë que dans celui de la santé mentale.

Les migrants demandeurs d'asile doivent être financés par les impôts

Afin d'alléger la pression sur les primes, la prime des demandeurs d'asile ne devrait plus être supportée par les payeurs de primes mais par l'Etat. Le **financement** serait ainsi **entièrement assuré par les impôts**, sans implication des caisses d'assurance maladie régulières. Les caisses maladie pourraient ainsi être déchargées, ce qui permettrait de maintenir les primes à un niveau plus bas. Certes, cela ne mettrait pas fin à la redistribution, mais elle ne se ferait plus au détriment des payeurs de primes. La conseillère nationale UDC Diana Gutjahr a déposé une intervention à ce sujet.³²

Par ailleurs, si les frais de santé des migrants demandeurs d'asile étaient pris en charge par les pouvoirs publics, **ils devraient être présentés de manière transparente**. Cela offrirait à nouveau la possibilité d'un meilleur contrôle politique et d'autres contre-mesures. Le conseiller national UDC Thomas Aeschi a déposé une intervention qui répond à cette préoccupation.³³ La conseillère nationale UDC Vroni Thalman-Bieri a emprunté une voie similaire dans une autre motion.³⁴

Les personnes qui bénéficient d'une réduction de primes alors qu'elles pourraient payer la prime doivent avoir accès aux prestations de base.

Les bénéficiaires de réductions de primes, qui pourraient en fait payer les primes, péjorent également le système. Il en résulte des coûts plus élevés pour le système et, par conséquent, des primes plus élevées pour la grande masse des personnes qui paient des subsides réguliers.

³² [24.4159 | Frais de santé pour les personnes bénéficiant du statut S. Alléger la charge financière des cantons](#)

³³ [24.4170 | Freiner la hausse des primes de l'assurance-maladie. Faire payer directement par l'État, et non plus par l'assurance obligatoire des soins, les frais de santé des requérants d'asile, des réfugiés reconnus, des étrangers admis provisoirement et des migrants bénéficiant du statut S \(en réduisant fortement le catalogue des prestations!\)](#)

³⁴ [24.3752 | Soulager rapidement le système de santé en faisant supporter à la Confédération les coûts liés à l'asile](#)

Cette inégalité de traitement doit être corrigée et la **réduction des primes** doit être **ciblée sur les personnes qui en ont réellement besoin**. Les bénéficiaires de réductions de primes, qui pourraient pourtant payer leur prime, doivent eux aussi être obligés de recourir aux soins ordinaires en cas de maladie ou d'urgence. Mais ils devraient eux aussi renoncer à la liberté de choix et ils devraient eux aussi se soumettre à des soins intégrés.

2.3 Introduction d'un « modèle soins de base »

L'introduction d'un nouveau modèle d'assurance avec **une charge de primes réduite**, appelé « modèle de soins de base », doit être mise en œuvre en tant que complément à la loi sur l'assurance maladie. Ce modèle offre à tous les assurés, sur une base volontaire, la possibilité d'organiser leurs soins de santé à une prime plus basse. Le « modèle de soins de base » s'adresse en particulier aux personnes qui sont prêtes à accepter des restrictions dans le choix de leurs soins médicaux en contrepartie de primes plus basses.

Ce modèle se concentre sur les **soins ordinaires en cas de maladie et d'urgence**. Ainsi, les soins de santé de base sont toujours garantis. Contrairement à l'assurance obligatoire des soins traditionnelle, ce modèle renonce toutefois au libre choix du médecin, de l'hôpital et de la thérapie. Cela signifie que les assurés sont liés à des réseaux de soins prédéfinis, ce qui conduit à **une organisation plus efficace et moins coûteuse des prestations médicales**.

En outre, le modèle comprend une obligation pour les assurés de recourir aux soins intégrés. Celle-ci prévoit que toutes les mesures médicales soient coordonnées et harmonisées entre elles. Avant de consulter des spécialistes, une première consultation est obligatoire, par exemple par un médecin de famille ou un centre de télémédecine. Cela doit permettre de réduire les visites inutiles chez les spécialistes et les coûts qui y sont liés. Par ailleurs, les assurés sont encouragés à utiliser des génériques plutôt que des médicaments originaux plus chers, si cela est médicalement justifié.

Le « modèle de soins de base » offre donc une possibilité de réduire les coûts de la santé sans mettre en péril les soins de base. Il représente une alternative flexible pour ceux qui sont prêts à restreindre leur liberté de choix dans le système de santé au profit d'un allègement financier et pourrait ainsi contribuer de manière importante à la stabilisation des coûts de la santé en Suisse.

Ce « modèle de soins de base » peut être associé à **des incitations positives** sous forme de bonus. Par exemple, les assurés disposant de directives anticipées ou d'une carte de don d'organes peuvent bénéficier d'un rabais ou recevoir un bonus. **Ceux qui se comportent de manière à réduire les coûts doivent donc être récompensés**

2.4 Autres mesures

Réduire la bureaucratie dans le secteur de la santé

La bureaucratie et la réglementation entraînent une augmentation des coûts.

Le système de santé suisse se caractérise par une forte densité réglementaire. La suppression ciblée de règles et de prescriptions permet de réduire les coûts. Le conseiller national UDC Thomas de Courten a déposé l'intervention 24.3441 « Réduire les coûts de la santé et les primes en supprimant des réglementations bureaucratiques inutiles dans le domaine des soins médicaux ».³⁵

Elle veut obliger le Conseil fédéral à examiner comment la charge administrative croissante des médecins, du personnel médical spécialisé et des soignants, due aux réglementations bureaucratiques, aux obligations de documentation et de *reporting*, aux statistiques et à l'archivage, peut être freinée efficacement et ramenée à des proportions raisonnables, proportionnées et efficaces, sans que la qualité des traitements et la sécurité des patients ne soient mises en danger. Grâce à cette intervention, la **réduction de la bureaucratie** dans le secteur de la santé peut enfin commencer.

Franchises minimales et primes plus élevées pour les nouveaux immigrés

Les personnes immigrées ont un accès direct au système de santé 5 étoiles de la Suisse. Elles peuvent bénéficier de toutes les prestations sans avoir été des cotisants nets au préalable. Pour corriger l'effet de cette erreur de conception, les personnes immigrées doivent **être soumises à une franchise obligatoire de 2'000 francs et à un modèle à option pendant les cinq premières années de leur établissement en Suisse**. Une fois qu'elles auront atteint la cinquième année après leur établissement, elles passeront au régime obligatoire ordinaire.

Ces personnes doivent également payer une **prime plus élevée**. Cette prime plus élevée doit être comprise et calculée comme une **compensation** pour l'immigration dans **l'infrastructure et la structure sociale déjà établies** du système de santé suisse.

³⁵ [24.3441 | Réduire les coûts de la santé et les primes en supprimant des réglementations bureaucratiques inutiles dans le domaine des soins médicaux](#)

Pour les **frontaliers**, il faut clairement appliquer le principe selon lequel seules les personnes disposant d'une assurance suisse sont traitées en Suisse. Les cantons frontaliers ayant conclu des accords avec l'étranger doivent également établir la vérité des coûts. **Les fonds suisses ne doivent jamais payer ou subventionner le traitement des étrangers (personnes sans assurance suisse).**

Contrats pluriannuels

Aujourd'hui, les contrats de l'assurance de base sont valables un an. L'introduction de contrats pluriannuels (en option) permet de **réduire le nombre de changements de caisses maladie et donc les coûts administratifs pour les assurances maladie**. Ces économies sont répercutées sur les assurés par le biais de **modèles de bonus** et se répercutent donc en fin de compte sur les primes. De même, en raison de l'engagement contractuel à long terme, il est plus intéressant pour les assurances maladie d'**investir dans la prévention en matière de santé et donc dans la prévention des maladies**.

La motion 23.3504 « Renforcer les soins coordonnés par des contrats pluriannuels dans la LAMal », qui demande au Conseil fédéral de permettre la conclusion de contrats pluriannuels volontaires entre les assureurs-maladie et les assurés, a déjà été acceptée.³⁶ Il appartient désormais au Conseil fédéral de les mettre en œuvre.

Assurer les soins de base au niveau régional et coordonner la médecine de pointe au niveau national

Les hôpitaux occupent justement une place particulière dans le contexte des fournisseurs de prestations. Les **soins de base** doivent être **assurés** sur l'ensemble du territoire national. Les **soins étendus et la médecine de pointe** doivent toutefois être **coordonnés à travers les cantons, dans des régions de soins**. Afin d'éviter que les cantons n'attribuent des mandats de prestations dépassant les besoins et ne créent ainsi des surcapacités régionales, les critères de planification doivent en outre être complétés par des critères relatifs à la nécessité des besoins. Les listes d'hôpitaux sont ici un instrument précieux.

La planification hospitalière et l'établissement des listes d'hôpitaux doivent rester de la compétence des cantons, car eux seuls connaissent les besoins régionaux, qui doivent être pris en compte de manière appropriée, même dans le cadre d'une planification suprarégionale de l'approvisionnement. Une planification intercantonale des soins de santé hospitaliers, dans laquelle l'offre est harmonisée au-delà des

³⁶ [23.3504 | Renforcer les soins coordonnés par des contrats pluriannuels dans la LAMal](#)

frontières cantonales au sein de régions de soins supracantonales, n'a toutefois guère lieu jusqu'à présent. Une planification hospitalière intercantonale ainsi qu'une attribution commune et coordonnée des mandats de prestations (liste des hôpitaux) permettraient **d'endiguer la surabondance actuelle de l'offre hospitalière et de réduire ainsi les coûts de manière significative, tout en favorisant fortement la qualité.**

Le législateur a reconnu que les efforts déployés jusqu'à présent par les cantons n'étaient pas satisfaisants et que le potentiel de la planification hospitalière suprarégionale n'était pas encore épuisé. La révision de l'ordonnance sur l'assurance maladie a permis, dans un premier temps, de renforcer la coordination intercantonale. L'introduction d'une coordination régionale par les cantons et l'attribution des mandats de prestations au sein d'une région de soins permettraient d'exploiter encore mieux et plus rapidement le potentiel.

Envisager un assouplissement de l'obligation de contracter

La loi sur l'assurance maladie en vigueur prévoit l'**obligation de contracter**. Celle-ci oblige les assureurs-maladie à conclure un contrat avec chaque fournisseur de prestations admis. Seuls des critères formels tels que les certificats de qualification professionnelle ou les exigences en matière d'infrastructures sont pertinents pour l'admission. Les **exigences en matière de qualité et d'économicité des prestations ne jouent jusqu'à présent qu'un rôle secondaire dans la réalité.**

Aujourd'hui, il n'existe pas de possibilité de faire un choix parmi plusieurs fournisseurs de prestations sur la base de critères tels que la qualité et la couverture et d'utiliser cette possibilité comme instrument de soins. Ainsi, des points tels que l'offre excédentaire existante ou la fourniture inefficace de prestations par un fournisseur de prestations ne sont pas pertinents pour son admission dans une convention tarifaire. Cela doit changer.

L'assouplissement de l'obligation de contracter doit être examiné comme un instrument efficace contre l'explosion des volumes et des coûts. **Les soins aux patients doivent être garantis.** Mais les caisses d'assurance maladie doivent avoir la liberté de choisir avec quel fournisseur de prestations elles souhaitent être liées par contrat. Cela crée davantage de concurrence et peut améliorer la rentabilité et la qualité.

S'inspirer du modèle de Singapour

Le système de santé de Singapour, tout comme le système suisse, est considéré comme l'un des meilleurs au monde. L'espérance de vie est presque identique dans les deux pays. Parallèlement, les coûts du système de santé par habitant sont presque

trois fois moins élevés à Singapour qu'en Suisse. **Le modèle singapourien prévoit que tous les habitants versent chaque mois, avec leur employeur, un pourcentage fixe de leur salaire sur un compte individuel de santé, à l'instar de la prévoyance professionnelle en Suisse.** Sur ce compte bloqué s'accumule au fil des ans une fortune qui est utilisée pour le traitement de problèmes de santé « généraux ». Pour couvrir les risques importants tels que les hospitalisations coûteuses, il existe en outre une assurance à haut risque.

L'objectif d'un tel modèle est à nouveau de renforcer la prise de conscience des coûts et la responsabilité individuelle. En Suisse, le système pourrait être appliqué en ce sens qu'une partie de la prime d'assurance maladie serait également versée sur un **compte santé** individuel pour financer des traitements généraux. Les cotisations seraient ajustées en fonction des risques afin de tenir compte des besoins plus élevés des personnes âgées, par exemple. Le reste serait utilisé pour une assurance à haut risque. La relation contractuelle entre l'assurance-maladie et l'assuré ne serait pas modifiée par rapport au modèle actuel.

3. Conclusion : réduire les coûts de la santé, renforcer la classe moyenne

Dans le domaine de la santé, l'UDC mise sur la responsabilité individuelle et l'économie de marché. La responsabilité individuelle implique que l'on planifie soi-même sa vie et que l'on assume les conséquences de ses propres actes. Dans ce contexte, on peut faire beaucoup plus confiance à l'individu et aux familles individuelles que ne le font les pouvoirs publics. La plupart des gens trouvent un bon équilibre entre la prévention et le recours aux prestations du système de santé. L'économie de marché implique la concurrence, par exemple entre les caisses d'assurance maladie et dans l'offre de médicaments, la réduction de la bureaucratie et l'augmentation constante de l'efficacité.

Mais le système de santé est tellement dirigé par l'État que la responsabilité individuelle et l'économie de marché ne peuvent pas y remédier seules. L'assurance maladie obligatoire s'est révélée être un piège coûteux. L'extension constante des prestations et l'immigration démesurée sont d'autres facteurs de coûts. La classe moyenne supporte les conséquences négatives de cette explosion des coûts. Les primes toujours plus élevées grignotent leur budget, entraînant une perte du pouvoir d'achat réel de la classe moyenne.

Il est donc urgent d'introduire des mesures dès maintenant. L'UDC a des solutions pour résoudre le problème de l'expansion constante des coûts et de la hausse des primes. L'augmentation des franchises minimales, l'introduction d'un « modèle de soins de base » et le traitement différencié des migrants demandeurs d'asile dans le domaine de la santé permettront d'économiser des milliards et de faire baisser les primes. En outre, l'introduction d'une taxe de bagatelle lors de l'admission d'urgence à l'hôpital et de franchises minimales plus élevées pour les nouveaux immigrants ainsi que l'option de contrats pluriannuels sont de bonnes mesures de réduction des coûts.

S'agissant des prestataires du système de santé, il convient de s'attaquer aux plus coûteux, à savoir les hôpitaux. Les soins de base doivent être assurés au niveau régional. La médecine de pointe doit toutefois être coordonnée. Les listes d'hôpitaux peuvent être un bon instrument dans ce contexte.

La politique de santé de l'UDC apporte des avantages concrets aux Suissesses et aux Suisses :

- ✓ La baisse des coûts du système de santé atténue la hausse des primes.
- ✓ La diminution de la charge des primes augmente le pouvoir d'achat, en particulier celui de la classe moyenne.

- ✓ Plus de choix en termes de plans et d'options signifie que l'on peut choisir soi-même ce pour quoi on veut payer.
- ✓ L'augmentation de l'efficacité des processus améliore la qualité des soins de santé.
- ✓ Le traitement ciblé des migrants demandeurs d'asile crée de la transparence, contribue à une baisse des coûts et donc des primes.