

**EXIGENCES**

**PAPIER DE POSITION DU PS SUISSE**

**UNE CONCURRENCE QUI COÛTE CHER**

Pour un système de santé publique solide

Amendements 1 - 20



## 5. EXIGENCES

La Confédération et les cantons ont l'obligation de garantir pour toute la population des soins de santé adaptés aux besoins de chacun et accessibles financièrement.

### 5.1 Limiter le poids des primes pour les ménages

Le financement des prestations de santé devient une bombe à retardement sociale lorsque la pression financière exercée sur les ménages par les primes par tête ne cesse d'augmenter. Les systèmes de réductions des primes individuelles cantonaux doivent être organisés de telle façon que la charge des primes soit plafonnée à 10 % au maximum du revenu disponible de tous les ménages. Cela implique du même coup un passage, souhaitable du point de vue sociopolitique, du financement par les primes au financement par l'impôt.

#### Mesures :

- a) Au niveau suisse, nous créons des règles pour un système de réduction des primes qui limite pour tous les ménages la pression financière exercée par les primes de caisse maladie. Des interventions parlementaires à ce sujet ont déjà été déposées (motions Maury Pasquier 16.3494 et Steiert 16.3498).
- b) Le Comité directeur du PS Suisse se voit chargé de mettre au point une initiative populaire fédérale visant à limiter la charge des primes pour tous les ménages à hauteur de 10 % au maximum du revenu disponible des ménages (v. mandat pour un travail préparatoire en vue d'une « initiative sur les primes »).

**A-1 ; PS canton de Saint-Gall :** ajout de compléments et de précisions à propos de la base de calcul

*La base de calcul pour la charge maximale des primes doit tenir compte non seulement du revenu, mais aussi de la fortune d'un ménage. Il faut en outre préciser ce que l'on entend par « revenu disponible » et comment un tel revenu peut être défini.*

**Motif :** *L'acceptation de la nouvelle réglementation pâtirait du fait que des personnes très fortunées, du fait de leurs stratégies d'optimisation fiscale, ne déclarent aucun revenu et se voient encore gratifiées d'un allègement en ce qui concerne les primes de caisse maladie. Pour la viabilité générale de l'initiative, il est par ailleurs important que l'on trouve une voie plausible et compréhensible pour déterminer les bénéficiaires.*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation modifiée

**Motif :** Le Comité directeur partage les considérations de la proposition d'amendement. Il considère qu'il s'agit de poser cette exigence de la manière la plus générale et large possible, afin de ne pas restreindre le champ des possibilités à examiner. Il va de soi qu'il sera tenu compte des réflexions exposées dans la proposition dans le cadre des travaux relatifs à la mesure b) du ch. 5.1. Le concept de revenu déterminant laisse toutefois une plus grande marge de manœuvre pour une

---

clarification appropriée et rend possible la prise en compte de la fortune. Le Comité directeur propose la nouvelle formulation suivante (concerne formulation dans l'introduction et mesure b) :

Ancienne version : ... que les charges des primes d'assurance-maladie soient limitées à 10 % du revenu disponible des ménages.

**Nouveau :** ... que les charges des primes d'assurance-maladie soient limitées à 10 % du revenu disponible des ménages, la situation de fortune devant également être prise en compte. (mesure b)

**A-2 ; PS canton d'Argovie :** nouvelle mesure à titre de complément

*Nouvelle mesure :* Le financement doit se faire en fonction du revenu plutôt qu'au travers d'une prime par tête.

**Motif :** Le financement actuel du système de santé via une prime par tête est un système totalement antisocial. Avec le système actuel, les petits et les moyens revenus sont sollicités de façon disproportionnée. Pour une partie toujours plus grande de la population, les primes qui augmentent représentent une sérieuse charge financière. Des primes liées au revenu soulageraient ce groupe de population et mèneraient en même temps à un financement socialement acceptable du système de santé.

**Proposition du Comité directeur :** acceptation modifiée

**Motif :** Le Comité directeur partage la nécessité d'instaurer un financement du système de santé publique qui soit juste. Cela est même souligné dans l'introduction de ce papier. Les deux premières mesures sont perçues comme atteignables à court et moyen termes. La mesure formulée de cette manière pourrait rendre les exigences a) et b) caduques. Afin d'assurer une certaine cohérence, la formulation suivante est proposée :

**Nouvelle mesure :** À long terme, le financement de l'assurance-maladie obligatoire doit se faire en fonction du revenu plutôt que par une prime par tête.

**A-3 ; PS canton de Saint-Gall :** proposition pour une exigence supplémentaire

**Proposition :** Parmi les exigences supplémentaires du PS Suisse, on mentionnera l'abolition des primes par tête pour la caisse maladie et le passage à un système de primes en fonction du revenu, deux choses qui doivent impérativement figurer dans le présent papier de position.

**Motif :** Cette exigence n'est pas nouvelle. Au contraire, elle a constitué ces dernières années une composante fondamentale de la politique de la santé du PS. En 2007, l'initiative correspondante du PS intitulée « Pour une caisse maladie unique et sociale » a fait l'objet d'une votation populaire et a échoué. Nous pouvons com-

---

*prendre que l'on ne veuille pas de nouveau lancer une initiative populaire avec ce contenu dix ans après cet échec. Ce qui pour nous n'est pas acceptable est que l'exigence de l'abolition des primes par tête (antisociales) doive disparaître complètement de l'agenda du PS. Elle demeure pour nous un aspect de la politique de la santé du PS auquel il est impensable de renoncer et elle a donc sa place dans le présent papier.*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation modifiée au profit de A-2

**A-4 ; Adil Koller (SP Baselland), Philipp Wilhelm (SP Graubünden), Andrea Blättler (SP Bern Nord), Stefan Wittlin (SP Basel-Stadt), Sandra Eichenberger (SP Basel-Stadt), Reto Weibel (SP Basel-Stadt):** nouvelle formulation mesure b)

**b) Nouvelle formulation :** *Il faut limiter la charge des primes pour tous les ménages à 10 % au maximum du revenu disponible du ménage.*

**Motif :** *Les signataires sont également d'accord avec l'exigence d'une limitation de la charge des primes pour tous les ménages à hauteur de 10 % au maximum du revenu disponible des ménages. À vrai dire, le lancement d'une initiative est pour nous un processus qui ne devrait pas simplement figurer dans un paragraphe du présent papier. C'est pourquoi il existe encore un mandat séparé sur lequel on votera ultérieurement. La proposition de suppression de ce paragraphe est donc moins une critique du contenu qu'une critique visant la procédure. Pour les signataires, il s'agit de dire qu'il devrait y avoir – pour le lancement d'une initiative – un processus qui fasse appel à la base et aux Partis cantonaux et qui offre aussi de réelles possibilités de choix. Et, notamment lorsque nous nous dirigeons vers une année électorale, il est important que cela se passe et se fasse. Pour que les initiatives soient soutenues par toute la base et qu'un nombre suffisant de signatures soit récolté, il faut une implication adéquate des différents acteurs.*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation

**Motifs :**

~~Le Comité directeur du PS Suisse se voit chargé de mettre au point une initiative populaire fédérale visant à~~ Il est nécessaire que les charges des primes d'assurance-maladie soient limitées à 10 % du revenu disponible des ménages, la situation de fortune devant également être prise en compte. (cf. Le point séparé à l'ordre du jour et la proposition A-1 du Comité directeur « Mandat pour un travail préparatoire en vue d'une « initiative sur les primes » »).

---

## 5.2 Renforcer le système de santé publique

Avant que tous les hôpitaux ne soient transformés en sociétés anonymes, vendus et convertis en cliniques de luxe, les pouvoirs publics doivent de nouveau assumer une plus grande responsabilité. La classe politique doit se défaire de l'idée qu'un « marché de la santé » dont les rênes sont tenues par les actionnaires est moins cher et plus efficace. Ce sont en particulier les soins de base destinés à une population vieillissante qui ont besoin d'un soutien public. La classe politique doit formuler des objectifs clairs en matière de santé et mettre à disposition les moyens nécessaires pour les atteindre.

### Mesures :

- a) Le Conseil fédéral et le Parlement formulent des objectifs de santé nationaux qui ont un caractère contraignant pour les cantons. Quelques objectifs possibles en matière de santé :
- Tout un chacun a accès à des prestations de haute qualité pour les soins de base et la gériatrie, les soins de longue durée, la psychiatrie, les soins chroniques, la médecine palliative, l'oncologie, etc.
  - La qualité et l'économicité des prestations de l'assurance de base sont examinées tous les X ans.
  - Les maladies psychiques liées au stress sont réduites de 30 %.

**A-5 ; PS canton de Saint-Gall :** nouvelle formulation mesure a)

**Nouvelle formulation :** « Le PS exige du Conseil fédéral et du Parlement qu'ils formulent des objectifs de santé nationaux ayant un caractère contraignant pour les cantons. »

**Motif :** Une mesure ne peut être adoptée que dans les limites des compétences respectives. L'exigence (que nous partageons) s'adresse au Conseil fédéral et au Parlement. Il n'y a toutefois aucune garantie qu'ils mettent en œuvre cette mesure, comme le suggère la formulation initiale.

**Proposition du Comité directeur :** acceptation

- b) Les transformations des hôpitaux publics en sociétés anonymes ainsi que d'autres projets de privatisation sont combattus par le PS Suisse par voie référendaire (dans plusieurs cas, des votations organisées au cours de ces dernières années ont été couronnées de succès, par exemple dans les cantons de Zurich et du Tessin. Il existe des plans de privatisation concrets, par exemple dans les cantons d'Argovie, de Zurich, de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne).

**A-6 ; PS canton du Tessin :** nouvelle mesure à titre de complément

**Nouvelle mesure :** Le PS Suisse soutient les Partis cantonaux dans leur examen de la possibilité de lancer des initiatives sur le renforcement des soins de santé pu-

---

*blics. Ceux-ci peuvent par exemple se fixer comme objectif d'obtenir que l'on doive – pour l'inscription d'un institut sur la liste hospitalière cantonale – garantir des standards stricts de qualité et de sécurité, une offre adéquate en places de formation et des conditions de travail progressistes. De même, les initiatives peuvent aussi viser à ce que les soins de base médicaux soient garantis de façon généralisée et que l'on crée des places de formation pour les médecins de famille.*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation modifiée

**Motif :** Le Comité directeur est d'accord avec les différents aspects de la proposition de complément. Ceux-ci sont déjà détaillés dans d'autres paragraphes, par exemple au chapitre 5.6 (critères d'inscription sur une liste hospitalière) ou au chapitre 5.8 (approvisionnement de base sur l'ensemble du territoire). Est proposée la formulation ci-après, afin que l'étendue et la description détaillée soient en harmonie avec les autres mesures.

**Nouvelle mesure :** Le PS Suisse soutient les Partis cantonaux dans le lancement d'initiatives et d'interventions (parlementaires) destinées à renforcer les soins de base publics.

**A-7 ; Fabian Molina, Lukas Peter :** nouvelle mesure à titre de complément

Nouvelle mesure : *La Confédération et les cantons augmentent progressivement leurs contributions aux prestations de santé, d'assistance et de soins.*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation

### **5.3 Rembourser les prestations ambulatoires et stationnaires de la même manière**

Parce que les cantons participent au financement uniquement dans le secteur stationnaire, on en arrive à la situation paradoxale où les prestations qui sont fournies à titre ambulatoire font augmenter les primes de l'assurance-maladie. Les cantons ne doivent pas utiliser abusivement le transfert du secteur stationnaire au secteur ambulatoire au titre de mesures d'économies, mais ils doivent apporter une contribution financière aux soins de santé tant ambulatoires que stationnaires. Parallèlement, ils ont besoin de compétences de régulation dans le secteur ambulatoire. Le contrôle des admissions pour les médecins par les cantons apparaît aujourd'hui comme une mesure efficace et viable, comme le montre le rapport du 3 mars 2017.

#### **Mesures :**

- a) Les services de santé stationnaires et ambulatoires sont cofinancés par les pouvoirs publics.

- 
- b) Le contrôle des admissions pour les médecins par les pouvoirs publics doit être ancré dans la LAMal une fois pour toutes. Pour éviter les situations de sur- et de sous-appvisionnement, il est nécessaire de prendre en considération le taux d'occupation des fournisseurs de prestations et la mobilité des patient-e-s, aussi par-delà les frontières cantonales (message du Conseil fédéral en préparation).
  - c) Il faut se doter d'une réglementation uniforme pour le contrôle des appareils de diagnostic médical (iv. pa. Carobbio 14.466)

#### **5.4 Limiter le pouvoir des caisses maladie**

Les mandats payés exercés pour le compte d'assureurs-maladie sont incompatibles avec un mandat de conseiller national ou de conseiller aux États, car les assureurs maladie assument des tâches étatiques et font ainsi partie de l'administration.

Les caisses maladie ne sont pas compétentes pour la politique de la santé, mais pour la gestion des dossiers relatifs aux assurances. Il n'appartient pas aux assureurs de décider quelles prestations sont remboursées et lesquelles ne le sont pas. Les décisions quant aux garanties de prise en charge des frais doivent être prises selon des critères uniformes, techniquement fondés et ne doivent plus être abandonnées à l'appréciation arbitraire des différentes caisses maladie. Des propositions de solutions pour des remboursements uniformes et équitables des frais existent depuis des années déjà, mais elles n'ont pas encore été adoptées.

#### **Mesures :**

- a) Les représentantes et les représentants des caisses maladie ne doivent pas être membres du Parlement fédéral (iv. pa. Steiert 14.445 et motion Gysi 16.3587).
- b) Les analyses de qualité, d'économicité et d'efficacité pour les médicaments « hors étiquette » et toutes les mesures médicales qui requièrent des garanties de prise en charge des frais sont menées par une entité indépendante et selon des critères uniformes dans toute la Suisse.

<b>A-8a ; PS canton d'Argovie : nouvelle mesure à titre de complément</b>
---

*Nouvelle mesure : Le PS s'engage à long terme pour une caisse maladie publique.*

**Motif :** Malheureusement, la votation « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » de 2014 s'est soldée par un échec. Le PS doit malgré tout continuer de viser l'objectif d'une caisse maladie publique et cet objectif doit figurer comme exigence centrale dans le catalogue de mesures du papier de principe. Une caisse maladie publique permettrait de résoudre de nombreux problèmes liés au système de santé abordés dans le présent papier. Comme c'est le cas pour de nombreux autres acquis sociaux, on a besoin de plusieurs tentatives pour pérenniser certains acquis.

---

**A-8b ; Adil Koller (SP Baselland), Philipp Wilhelm (SP Graubünden), Andrea Blättler (SP Bern Nord), Stefan Wittlin (SP Basel-Stadt), Sandra Eichenberger (SP Basel-Stadt), Reto Weibel (SP Basel-Stadt):** Ajout à l'introduction sur l'exigence 5.1 et nouvelle mesure

**Ajout d'un complément dans l'introduction :**

*Le financement des prestations de santé devient une bombe à retardement sociale lorsque la pression financière exercée sur les ménages par les primes par tête ne cesse d'augmenter. Les systèmes de réduction des primes cantonaux doivent être organisés de telle façon que la charge des primes soit plafonnée à 10 % au maximum du revenu disponible de tous les ménages. Cela implique du même coup un passage, souhaitable du point de vue sociopolitique, du financement par les primes au financement par l'impôt. Dans le même temps, on doit enfin éviter que l'inutile pseudo-concurrence dans l'assurance de base ne continue d'entraîner des hausses des primes. Au lieu de l'actuelle prolifération anarchique des caisses maladie privées, on aura besoin à l'avenir, pour atteindre cet objectif, d'une caisse de santé publique au niveau cantonal ou au niveau national.*

**Nouvelle mesure :** *Le PS s'engage à court terme pour l'introduction de caisses de santé cantonales et travaille à long terme à l'introduction d'une caisse de santé publique unique au niveau national.*

**Motif :** *La discussion à ce sujet et l'exigence de caisses de santé cantonales ont déjà pris corps dans quelques cantons. La mise en place de caisses cantonales constituerait une mesure à court terme judicieuse et applicable. Dans le même temps, de nouveaux sondages ont montré qu'une caisse de santé publique emportait une adhésion toujours plus large. Le PS devrait impérativement maintenir et promouvoir cette exigence de longue date.*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation A-8a, rejet A-8b

**Motif :** Tout comme cela a été mentionné dans l'introduction, il ne s'agit pas d'abandonner l'exigence d'instaurer une caisse-maladie publique. Il est question, dans ce papier, de s'attaquer à la problématique de l'augmentation des coûts de la santé, d'en identifier les principaux facteurs et de proposer des mesures y relatives. Aux yeux du Comité directeur, il est crucial de mettre l'accent sur les évolutions récentes du système de santé, en particulier sur les effets de l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012, car cela n'avait jamais été traité dans un quelconque document du PS. La thèse principale qui a résulté de l'analyse postule que la concurrence entre les fournisseurs de prestations est le principal facteur de coûts (cf. aussi le ch. 4.2 de l'analyse). C'est dans ces domaines qu'il apparaît important de proposer des mesures plus ou moins urgentes afin de freiner l'explosion des primes d'assurance-maladie. La démarche consiste aussi, en quelque sorte, à répondre à l'une des critiques principales qui ressortait de l'analyse du résultat de l'initiative « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » de 2014 : la population ne croyait pas à la possibilité de mettre un frein à l'augmentation des primes au tra-

---

vers d'une caisse publique. Néanmoins, le Comité directeur convient que la concurrence néfaste entre les caisses maladie demeure un problème et que l'exigence formulée dans la proposition peut tout à fait trouver une place dans le cadre de ce papier, qui traite justement de la problématique liée à la concurrence. Le Comité directeur se rallie à la formulation de la proposition A-8a. La base du présent papier consiste à viser une plus forte harmonisation et standardisation du domaine de la santé, avec moins de fédéralisme. Cette approche est également valable pour la mise sur pied d'une caisse publique nationale d'assurance-maladie. Le Comité directeur se montre critique envers une approche qui prioriserait la création de caisses publiques au niveau cantonal, sans que cela ne se fasse dans une perspective nationale.

**A-9 ; PS canton de Saint-Gall : complément**

**Proposition :** Parmi les exigences supplémentaires du PS Suisse, on mentionnera le démantèlement du système actuel basé sur la concurrence entre les caisses maladie privées et la création d'un organisme public d'assurance-maladie (dans le papier de position).

**Motif :** Pour le motif, nous pouvons renvoyer à notre première proposition pour compléter le papier. Ici aussi : nous nous opposons à ce qu'une exigence soit abandonnée pour la simple raison que l'on a dû essuyer une défaite lors d'une votation populaire sur ce thème. Au contraire, l'exigence toujours valable doit rester une composante de notre catalogue d'exigences et l'on doit chercher à lui donner satisfaction en temps utile avec des moyens politiques adaptés.

**Proposition du Comité directeur :** acceptation modifiée au profit de A-8a

## 5.5 Maîtriser les coûts et réguler par-delà les cantons

Les exemples de Saint-Gall et de Vaud prouvent que les systèmes dans lesquels les cantons prennent et gardent les choses en main fonctionnent bien. Saint-Gall met déjà en œuvre une stratégie de réseau depuis 2003. Celle-ci comprend des soins de base proches du domicile dans neuf hôpitaux régionaux publics et des soins centralisés avec des offres spécialisées qui sont garanties par l'Hôpital cantonal et par des contrats de prestations. Grâce à un budget global, conjugué avec des mandats de prestations clairs, le canton de Vaud a pu améliorer l'économicité dans ses hôpitaux et stopper l'augmentation — dommageable — du volume des prestations. Seuls quatre cantons, à savoir celui de Lucerne, de Schwyz, de Vaud et du Valais, effectuent une analyse systématique des besoins pour la planification de l'approvisionnement.

---

## Mesures :

Au lieu de 26 planifications hospitalières, nous avons besoin d'une planification des besoins et d'une gestion intercantonale des soins de santé. Les instruments de contrôle seront des directives destinées à garantir la qualité des indications (adéquation des prestations à fournir) – ces directives seront combinées avec des budgets globaux. Nous empêchons ainsi la fourniture de prestations inutiles qui génèrent des coûts élevés et portent préjudice aux patient-e-s. Dans le même temps, le rationnement est exclu, ce qui permet de maintenir la dotation en personnel et en infrastructures.

**A-10 ; Bea Heim :** nouvelle formulation mesure

*Nouvelle formulation :*

*Au lieu de 26 planifications hospitalières cantonales, il faut des planifications des besoins et des contrôles dépassant les frontières cantonales afin de garantir des soins de santé de bonne qualité et conformes aux besoins et de maîtriser les coûts. Servent d'instruments de contrôle : des directives pour des soins intégrés et une stratégie de qualité axée sur les indications et les résultats. Des prescriptions en matière de transparence pourraient favoriser la qualité des traitements et des budgets globaux pourraient améliorer l'efficacité des coûts. On préviendrait ainsi des prestations et des risques inutiles qui génèrent des coûts élevés et portent préjudice aux patientes et aux patients. Dans le même temps, on mettrait un frein au rationnement et à la réduction des effectifs.*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation

## 5.6 Définir les critères d'inscription sur une liste hospitalière

La Confédération doit définir des critères d'inscription des hôpitaux sur les listes hospitalières cantonales. Cela implique que les hôpitaux rédigent un rapport sur la qualité annuel en se conformant à des standards uniformes. De plus, les hôpitaux inscrits sur les listes doivent prendre en charge une part minimale des patient-e-s au bénéfice d'une assurance en division commune. Ils doivent en outre garantir des conditions de travail équitables. Finalement, il faut une clause du besoin pour les appareils de technique médicale coûteux.

**A-11 ; PS canton d'Argovie :** modification d'une phrase dans l'introduction

*Ancienne formulation :* [...] Ils doivent en outre garantir des conditions de travail équitables.

*Nouvelle formulation :* [...] et le personnel doit être soumis à une convention collective de travail

**Motif :** La formulation creuse « conditions de travail équitables » ne définit en aucun cas les conditions de travail précises. Les termes « conditions de travail acceptables pour le personnel » figurant dans l'initiative parlementaire 16.472 ne sont eux aussi

---

que moyennement satisfaisants. Ils laissent beaucoup de place à l'interprétation, beaucoup de latitude à l'employeur ou à l'employeuse et beaucoup de marge de manœuvre dans les conditions d'engagement. Si nous souhaitons offrir au personnel des conditions de travail réellement **bonnes**, nous ne pouvons renoncer ni au règlement sur une CCT ni au concours des syndicats. C'est la raison pour laquelle nous devrions attirer l'attention sur ce point au moins dans le texte introductif.

**Proposition du Comité directeur :** acceptation modifiée

**Motif :** Pour le personnel des hôpitaux publics, on applique souvent le droit du personnel de l'administration publique. Les conventions collectives de travail deviennent nécessaires une fois qu'une entreprise de droit public est transformée en une société ayant une forme juridique privée, par exemple en une société par actions. Par ailleurs, la Loi sur le travail n'est souvent pas respectée pour les médecins (hommes et femmes). Le Comité directeur propose la formulation suivante :

**Nouvelle formulation :** [...] et le personnel doit être soumis soit au droit du personnel public, soit à une convention collective de travail. La Loi sur le travail doit être strictement respectée.

## Mesures :

lv. pa. Carobbio 16.472 :

La LAMal doit fixer des critères minimaux pour l'inscription des hôpitaux sur les listes cantonales. Ces critères tiendront compte des éléments suivants :

1. qualité des prestations offertes conformément à des standards, sur la base d'un rapport annuel sur la qualité,
2. quorum de patient-e-s,
3. dignité des conditions de travail,
4. nombre de places de formation,
5. respect de la clause du besoin pour l'achat et l'installation d'équipements médicaux coûteux.

**A-12 ; Jeunesse socialiste :** complément mesure point 3

Nouveau : 3) dignité des conditions de travail **et respect strict de la Loi fédérale sur le travail**

**Motif :** Notre système de santé survit grâce à la terrible exploitation des travailleurs de la santé. 70 % des hôpitaux ne respectent pas la Loi fédérale sur le travail, notamment auprès de leur médecin-assistant. Le Parti socialiste est le parti qui doit refuser cette hypocrisie et exiger un véritable respect de la loi fédérale sur le travail. Nous devons lutter pour le respect de la loi fédérale sur le travail et mettre fin aux 60h/semaine chroniques.

---

*Cosignataires : Brice Touilloux, Luana Schena, Timothy Oesch, Dario Engeloch, Daria Vogrin, Tamara Funiciello, Joelly Brütsch, Nina Hüsser, Ronja Jansen, Julia Baumgartner, Lewin Lempert*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation modifiée au profit de A-11

## **5.7 Promouvoir de nouveaux modèles de remboursement et d'approvisionnement**

Les tarifs TARMED et SwissDRG génèrent de mauvaises incitations : ils favorisent un surapprovisionnement préjudiciable en soins et la sélection des patient-e-s. Il s'agit de promouvoir, de mettre en réseau et de développer en continu des offres intégrées pour les malades chroniques, la collaboration interprofessionnelle et les centres de santé régionaux par des offres stationnaires et ambulatoires. Nous avons besoin de modèles de remboursement et de modèles de soins qui renforcent la coopération, la coordination et la prévention. Ils doivent faciliter l'ajustement des traitements aux besoins individuels des patient-e-s (par exemple stationnaires ou ambulatoires, établissement médico-social ou réhabilitation). À l'avenir aussi, tous les tarifs doivent être approuvés par les autorités publiques compétentes.

### **Mesures :**

- a) TARMED et SwissDRG doivent être adaptés en permanence, de telle façon que les incitations pour une médecine et des soins axés sur les patient-e-s soient renforcées. La médecine de famille (dans TARMED) et un bon approvisionnement en soins hospitaliers pour les patient-e-s particulièrement vulnérables (dans SwissDRG) doivent être renforcés.
- b) Les cantons et les communes encouragent les réseaux de santé régionaux, interprofessionnels.

**A-13 ; PS canton du Tessin :** complément dans la mesure b)

*Nouvelle formulation : Les cantons et les communes encouragent les réseaux de santé régionaux, interprofessionnels et sur l'ensemble du territoire.*

**Proposition du Comité directeur :** acceptation

**A-14 ; Jeunesse socialiste :** complément dans l'introduction et adaptations dans la mesure a)

**Complément dans l'introduction :** Les tarifs TARMED et SwissDRG génèrent de mauvaises incitations : ils favorisent un surapprovisionnement préjudiciable en soins et la sélection des patient-e-s. **Ils facilitent les bénéfiques des cliniques privées et accélèrent l'endettement des hôpitaux publics. Ainsi ils posent les jalons d'une politique d'austérité et d'affaiblissement du service public au profit**

---

**du secteur privé.** Il s'agit de promouvoir, de mettre en réseau et de développer en continu des offres intégrées pour les malades chroniques, la collaboration interprofessionnelle et les centres de santé régionaux par des offres stationnaires et ambulatoires. Nous avons besoin de modèles de remboursement et de modèles de soins qui renforcent la coopération, la coordination et la prévention. Ils doivent faciliter l'ajustement des traitements aux besoins individuels des patient-e-s (par exemple stationnaires ou ambulatoires, établissement médico-social ou réhabilitation). À l'avenir aussi, tous les tarifs doivent être approuvés par les autorités publiques compétentes.

**Mesures :**

- a) TARMED et SwissDRG doit être adapté en permanence, de telle façon que les incitations pour une médecine et des soins axés sur les patient-e-s soient renforcées. La médecine de famille (dans TARMED) et un bon approvisionnement en soins hospitaliers pour les patient-e-s particulièrement vulnérables (dans SwissDRG) doit être renforcée. **Le système de SwissDRG doit être aboli et remplacé par un financement aux journées d'hospitalisation avec facteur correcteur par rapport à l'acte médical, à l'instar de la psychiatrie.**
- b) Les cantons et les communes encouragent les réseaux de santé régionaux, interprofessionnels.

**Motif :** La logique du système SwissDRG est doublement malsaine : elle favorisera toujours le système privé sur le public, car les hôpitaux privés peuvent par définition choisir leur cas, ainsi ils auront toujours les bons cas et les hôpitaux publics prendront en charge les cas à risque de complication. Le système SwissDRG favorise les hôpitaux à pousser dehors les patients le plus vite possible, puisqu'un ou 2 jours d'hospitalisations supplémentaires ne donneront pas plus de remboursement par l'assurance.

Cosignataires : Brice Touilloux, Luana Schena, Timothy Oesch, Dario Engeloeh, Daria Vogrin, Tamara Funiciello, Joelly Brütsch, Nina Hüsser, Ronja Jansen, Julia Baumgartner, Lewin Lempert

**Proposition du Comité directeur :** rejet

**Motif :** Il n'est pas faux de dire que SwissDRG est le fruit d'une « logique de la concurrence ». Le problème principal réside dans l'obligation de réaliser des bénéfices, qui résulte du fait que les investissements doivent être refinancés à partir des forfaits par cas. Ce point est thématiqué au paragraphe 5.10 et, à titre de mesure, il est demandé que les investissements soient de nouveau financés par les cantons. Un passage aux forfaits journaliers créerait de nouveaux problèmes. Par exemple, cela inciterait à allonger ou à prolonger la durée du séjour dans les hôpitaux.

---

## 5.8 Maintenir un approvisionnement de base sur l'ensemble du territoire

Les réseaux de médecins et les cabinets de groupe constituent un moyen judicieux de lutter contre la pénurie en médecins de famille qui se profile. Ils permettent à une génération plus jeune et plus féminine de médecins de pratiquer la médecine de famille dans les régions rurales également, et ceci, sans que ces professionnels doivent pour autant être disponibles 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Font aussi partie du domaine des soins de base les hôpitaux régionaux, les services d'aide et de soins à domicile (Spitex), les thérapies, les services sociaux, les proches (proches aidants) et les bénévoles. Ils ont tous besoin de structures et d'un soutien public. À l'inverse, les centres de santé à but lucratif renforcent le surapprovisionnement en soins dans des endroits où il existe déjà une offre suffisante.

**A-15 ; Fabian Molina, Lukas Peter : complément**

*Nouvelle formulation : Font aussi partie du domaine des soins de base : les hôpitaux régionaux, les services d'aide et de soins à domicile (« Spitex »), les thérapies, les services sociaux, les proches (proches aidants), les bénévoles ainsi qu'un conseil et une coordination qui soient complets.*

**Proposition du Comité directeur : acceptation**

### Mesures :

- a) Le rôle des infirmières et infirmiers et celui des autres professions médicales doivent être renforcés. Par exemple, les professionnels de la santé (« Advanced Practice ») dûment qualifiés peuvent pratiquer à charge de l'assurance-maladie sans ordonnance médicale (accès direct).
- b) Le PS Suisse salue l'initiative sur les soins infirmiers de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) lancée en 2017. L'initiative demande la reconnaissance et l'encouragement des soins infirmiers comme une composante importante des soins. De même, tout un chacun devrait avoir accès à des soins correspondant aux besoins.
- c) Il faut une clause du besoin pour les fournisseurs de prestations ambulatoires (voir paragraphe 5.3).

---

**A-16 ; Fabian Molina, Lukas Peter** : nouvelle mesure à titre de complément

*Nouvelle mesure* : Chaque personne assurée doit pouvoir nommer un interlocuteur personnel de santé<sup>1</sup>, dont les prestations sont prises en charge par l'assurance-maladie.

**Proposition du Comité directeur** : acceptation

**A-17 ; Fabian Molina, Lukas Peter** : nouvelle mesure à titre de complément

*Nouvelle mesure* : Promotion des centres de santé de proximité et démocratiques. Par exemple : unir les organes de santé communautaires, les connaissances médicales, les soins, la prise en charge et l'entraide.

**Proposition du Comité directeur** : acceptation

**A-18 ; PS60+** : nouvelle mesure à titre de complément

*Nouvelle mesure* : Le PS Suisse se voit chargé d'élaborer un rapport équivalent sur les conséquences de la concurrence et de la privatisation dans le secteur des soins de longue durée (EMS et services d'aide et de soins à domicile [« Spitex »]). Le rapport doit aussi se pencher sur l'importance économique des proches aidants ou/et de l'entourage qui prend soin des personnes dans le besoin.

**Motif** :

- La stratégie de la privatisation des institutions a aussi atteint le secteur des soins de longue durée.
- Du point de vue du PS Suisse, les répercussions du nouveau financement des soins doivent être analysées.
- Depuis la mise en œuvre du nouveau financement des soins, la pression financière augmente sur les institutions spécialisées dans les soins de longue durée, ce qui entraîne un transfert des coûts sur résidents.
- Le financement résiduel des cantons a pour conséquence que les coûts effectifs pour les prestations de soins et de prise en charge ne sont plus couverts.
- Les services fournis par les proches aidants (ou/et l'entourage) sont certes souhaitables et sont irremplaçables pour les soins à domicile, mais leur importance économique n'est pas reconnue.
- Il faut aspirer à un renforcement efficace du système public de santé aussi pour le secteur des soins de longue durée.

---

<sup>1</sup> Plus d'informations sur le modèle :

<http://www.sgb.ch/themen/sozialpolitik/gesundheit/artikel/details/modell-persoенliche-gesundheitsstelle-pgs-ein-idealer-vorschlag-zur-reform-der-gesundheitspolitik/>

---

**Proposition du Comité directeur :** acceptation

**Motif :** Comme le Comité directeur l'indique dans l'introduction à ce papier, le PS Suisse va se consacrer à la thématique des soins de longue durée dans les mois qui viennent. Tant la forme que les ressources requises resteront à clarifier.

## 5.9 Les primes financent les prestations de santé plutôt que les profits

Les bénéfices provenant de l'exploitation des hôpitaux et des cabinets ambulatoires, qui trouvent leurs financements via les primes de l'assurance des soins obligatoires et les impôts, doivent être reversés aux assurés et aux pouvoirs publics. Font exception les réinvestissements dans l'entreprise, les mesures de qualité et les prestations de coordination des soins. Ces établissements de santé ne verseront en particulier pas de bonus liés aux performances ni de dividendes aux actionnaires. Les salaires des managers des hôpitaux et des caisses maladie doivent être plafonnés.

### Mesures :

- a) Il faut fixer dans la LAMal des règles claires pour l'utilisation des recettes provenant des primes et des impôts : les éventuels bénéfices des institutions sanitaires doivent rester dans l'entreprise et être réinvestis. Il faut exclure le versement de participations aux bénéfices.
- b) Les salaires versés aux dirigeants des caisses maladie et des fournisseurs de prestations de santé, qui sont financés via les primes de l'AOS et les impôts, doivent être plafonnés et ne pas dépasser, par exemple, le montant d'un salaire de conseiller fédéral (postulat Carobbio 16.3617).

## 5.10 Pour un financement public des investissements des hôpitaux

Parce que les investissements doivent eux aussi être payés à partir des forfaits par cas SwissDRG, tous les hôpitaux figurant sur les listes sont obligés de dégager des rendements. La pression sur les bénéfices entraîne une course aux équipements de pointe coûteuse et favorise ainsi l'augmentation des dépenses de santé. Les investissements doivent donc de nouveau être contrôlés par les pouvoirs publics, et non être financés à partir des forfaits par cas DRG.

### Mesures :

Les investissements des hôpitaux publics, qui sont aujourd'hui pris en compte dans les forfaits par cas SwissDRG, doivent de nouveau être financés par les cantons.

## 5.11 Désenchevêtrer les structures de propriété

L'exploitation de structures sanitaires est l'affaire de personnes appartenant au corps médical et de professionnels de la santé dûment qualifiés. Les caisses maladie ne doivent pas exploiter de cabinets de groupe ambulatoires. Les hôpitaux ne peuvent exploiter des cabi-

---

nets ambulatoires que s'ils servent aux soins de base, par exemple dans des régions rurales, mais pas à des fins de sélection des patient-e-s. Il est toutefois aussi inadmissible que les médecins, le personnel soignant et les thérapeutes puissent gagner de l'argent avec des prestations inutiles et superflues aux frais de la collectivité.

**Mesures :**

- a) Les caisses maladie et les autres investisseurs commerciaux ne doivent pas gérer de cabinets de groupe.
- b) Il faut faire barrage aux versements de bonus aux médecins hospitaliers pour la réalisation d'objectifs quantitatifs ou le « recrutement » de groupes spécifiques de patient-e-s (postulat Heim 16.4120).
- c) Il faut faire barrage aux pratiques contraires à l'éthique, comme les paiements en échange du transfert de patient-e-s à telle ou telle institution sanitaire (postulats Heim 15.3061 et Hardegger 15.3062).

**5.12 Renforcer le pouvoir de codécision des patient-e-s et du personnel de santé**

Les décisions managériales dictées par le profit n'apportent pas de résultats probants dans les soins de santé. Elles ont au contraire un impact négatif sur les patient-e-s et le personnel de santé. Il faut plus d'investissements publics et à but non lucratif dans le système de santé et il faut plus de concertation du côté des patient-e-s et du personnel — également en ce qui concerne les décisions d'investissement. Les décisions sur l'utilité des prestations médicales doivent être prises par les patient-e-s, les proches, les médecins et le personnel de santé, en commun et selon des critères transparents.

**Mesures :**

- a) Dans les organes directeurs (conseils d'administration) des hôpitaux et des institutions sanitaires financés par les primes et les impôts, il faut mettre en poste des représentants du personnel de santé et des patient-e-s (des interventions parlementaires sont prévues).
- b) Les salaires financés au travers des primes et des impôts ainsi que les conditions de travail du personnel doivent répondre aux standards du secteur public.

**A-19 ; PS canton d'Argovie : modification mesure b)**

*Nouvelle formulation : Les salaires et les conditions d'engagement du personnel des établissements de santé financés par les primes et les impôts doivent être réglemmentés par une convention collective de travail (CCT).*

**Motif** : voir motif A-11

**Proposition du Comité directeur** : acceptation modifiée

**Motif** : voir motif A-11. Le Comité directeur propose la formulation suivante :

---

Les salaires et conditions d'engagement du personnel des établissements de santé financés par les primes et les impôts doivent répondre aux standards des entreprises publiques ou être réglementés par une convention collective de travail.

**A-20 ; Jeunesse socialiste :** nouvelle exigence avec des mesures à titre de complément

*Nouvelles mesures :*

**5.13 : Promotion de la recherche transparente et publique**

*L'immense partie de la recherche médicale suisse est financée par le secteur privé, notamment les entreprises pharmaceutiques. Cette recherche est principalement axée sur l'essai de nouvelles molécules médicamenteuses ou l'utilisation d'anciens médicaments pour de nouvelles indications. Nous avons ainsi une multiplication de molécules sans réelle amélioration de la santé. Elle génère la plupart des publications scientifiques du monde médical suisse. La Confédération doit augmenter son apport économique pour augmenter les fonds publics dans la recherche notamment non médicamenteuse et défendre par exemple la médecine préventive. Une plus grande transparence doit être également mise en place par le corps médical.*

**Mesures :**

- a) *Les médecins devront préciser de manière transparente leurs liens avec les entreprises pharmaceutiques et les diverses recherches qu'ils effectuent. Et ce notamment vis-à-vis de leurs patient-e-s, lorsqu'ils donnent un cours, une conférence ou une interview dans les médias.*
- b) *Un nouveau médicament ne pourrait être mis en vente en Suisse s'il n'est pas prouvé comme étant plus efficace que la molécule standard. En l'absence de preuve, ce médicament peut être vendu à condition que son prix soit 20 % inférieur à la molécule standard.*
- c) *La Confédération augmente les ressources du Fonds Nationale Suisse (FNS).*

*Cosignataires:* Brice Touilloux, Luana Schena, Timothy Oesch, Dario Engeloch, Daria Vogrin, Tamara Funiciello, Joelly Brütsch, Nina Hüsser, Ronja Jansen, Julia Baumgartner, Lewin Lempert

**Proposition du Comité directeur :** acceptation

## GLOSSAIRE

Ambulatoire et stationnaire	Sont considérés comme ambulatoires tous les traitements qui n'impliquent pas une ou plusieurs nuits à l'hôpital (par exemple dans un cabinet médical ou à la polyclinique). Si au moins une nuit est passée à l'hôpital, il s'agit d'un séjour stationnaire. En psychiatrie, réhabilitation et soins de longue durée, il y a aussi des offres stationnaires ou ambulatoires. Le partage du financement entre canton, caisse maladie et patient varie selon qu'un traitement est stationnaire ou ambulatoire (→ clé de financement).
Clé de financement	Le financement des séjours stationnaires à l'hôpital est partagé selon la clé de financement suivante : le canton à hauteur de 55 % – après déduction de la quote-part et de la franchise – et la caisse maladie (assurance de base) à hauteur de 45 %. Les frais de médecin et les frais hospitaliers ambulatoires sont payés à 100 % par la caisse maladie. Cela signifie qu'un traitement ambulatoire, bien que globalement meilleur marché, revient aux assuré-e-s souvent plus cher qu'un séjour à l'hôpital. Pour les soins de longue durée et les services d'aide et de soins à domicile (Spitex), on applique encore une autre clé de financement, avec une contribution nettement plus élevée des personnes ayant besoin de soins.
Modèle du médecin de famille	Toute personne assurée ayant opté pour le modèle du médecin de famille s'engage, dans tous les cas, à consulter d'abord le médecin de famille et à ne pas aller directement chez un médecin spécialiste (par exemple).
Modèle HMO	Toute personne assurée ayant opté pour le modèle HMO se fait traiter dans un cabinet de groupe ou chez des médecins qui se sont regroupés en un réseau de soins.
Soins intégrés	Les soins intégrés ont pour objectif de renforcer la coopération entre les différents fournisseurs de prestations de santé. Ceux-ci sont regroupés en réseaux de soins. Dans ce cas, une instance, en règle générale le médecin de famille, coordonne l'intégralité du processus de soins. Une composante importante du travail en réseaux de soins est l'assurance de la qualité. Cela convient surtout aux patient-e-s souffrant de maladies chroniques et multiples.
Financement hospitalier	Depuis le 1er janvier 2012, l'on applique en Suisse une nouvelle réglementation pour le financement hospitalier. Elle comporte entre autres la → clé de financement, la planification hospitalière par les cantons, l'égalité de traitement entre hôpitaux publics et privés, le libre choix de l'hôpital et les forfaits par cas → SwissDRG. À partir des forfaits par cas, les hôpitaux doivent financer, outre les prestations médicales et de soins, leurs nouvelles constructions et d'autres investissements. Pour ce faire, ils sont également contraints de dégager des bénéfices.
SwissDRG	Depuis le 1er janvier 2012, les hôpitaux facturent selon le nouveau système tarifaire SwissDRG (DRG = Diagnosis Related Groups). Les patient-e-s sont classés dans des groupes de cas en fonction des diagnostics les concernant et d'autres caractéristiques, par exemple l'âge, le sexe, le degré de gravité de leur maladie, etc. Pour chaque groupe de cas, on définit un certain prix, le forfait par cas. Avec le système DRG, les hôpitaux sont incités à raccourcir la durée des séjours à l'hôpital et à traiter un nombre maximal de patient-e-s.
TARMED	Les médecins actifs dans le secteur ambulatoire facturent dans toute la Suisse selon le tarif TARMED. Il s'agit d'un tarif à la prestation. En clair : plus nombreux et plus coûteux sont les examens effectués et les traitements pratiqués par les médecins, plus leur revenu augmente.