

PAPIER DE POSITION DU PS SUISSE

UNE CONCURRENCE QUI COÛTE CHER

Pour un système de santé publique solide



Contenu

Résumé	3
1. Introduction	4
2. Quand la santé devient une mine d'or, cela coûte cher	5
2.1 Adieu aux patient-e-s, bienvenue aux client-e-s.....	5
2.2 La concurrence est un inducteur de coûts.....	6
2.3 Le personnel paie les pots cassés.....	7
2.4 Le système de santé est un aspect du service public.....	7
3. En Suisse, le paysage de la santé est en mutation	7
3.1 Le nouveau financement hospitalier déploie ses premiers effets.....	8
3.2 Un seul mot d'ordre : générer des bénéfiques.....	9
3.3 Les investisseurs voient dans la santé un moyen de faire des affaires.....	9
3.4 Les cabinets de groupe permettent d'attirer des patient-e-s qui rapportent.....	10
3.5 Les cabinets de groupe sont souhaitables, mais ils ne sont pas nécessairement meilleur marché.....	11
3.6 Les cantons en plein conflit intérieur.....	12
3.7 La privatisation renchérit le système de santé.....	12
4. Les coûts augmentent, mais pas pour tout le monde	13
4.1 L'augmentation des primes est supérieure à la moyenne.....	14
4.2 Les coûts qui pèsent dans la balance.....	15
4.3 La charge du financement est répartie de façon inégale.....	19
4.4 Les payeur-euse-s de primes supportent la charge principale.....	19
5. Exigences	20
5.1 Limiter le poids des primes pour les ménages.....	20
5.2 Renforcer le système de santé publique.....	20
5.3 Rembourser les prestations ambulatoires et stationnaires de la même manière.....	21
5.4 Limiter le pouvoir des caisses maladie.....	21
5.5 Maîtriser les coûts et réguler par-delà les cantons.....	22
5.6 Définir les critères d'inscription sur une liste hospitalière.....	22
5.7 Promouvoir de nouveaux modèles de remboursement et d'approvisionnement.....	23
5.8 Maintenir un approvisionnement de base sur l'ensemble du territoire.....	23
5.9 Les primes financent les prestations de santé plutôt que les profits.....	24
5.10 Pour un financement public des investissements des hôpitaux.....	24
5.11 Désenchevêtrer les structures de propriété.....	25
5.12 Renforcer le pouvoir de codécision des patient-e-s et du personnel de santé.....	25
6. Glossaire	26
7. Sources	27
8. Table des graphiques	27

RÉSUMÉ

Dans le paysage de la politique sanitaire de la Suisse, il y a une forte tendance à la concurrence et à la privatisation. La tendance est en majeure partie imputable au nouveau financement hospitalier. Parce que les forfaits par cas (SwissDRG) doivent aussi couvrir les investissements, les hôpitaux publics et privés sont obligés de faire des profits. Ils sont exposés à une concurrence accrue et doivent se faire une place sur le « marché de la santé ». Par ailleurs, il y a toujours plus d'incitations négatives, qui mènent par exemple à des opérations inutiles. Trop de personnes doivent entrer prématurément dans un établissement médico-social parce qu'on les fait sortir trop tôt de l'hôpital et que les séjours de réhabilitation ne sont pas financés. Cela est humainement et économiquement préoccupant.

Les victimes sont les patientes et les patient-e-s qui occasionnent des coûts élevés et génèrent de faibles rendements : personnes âgées, sans ressources, souffrant de maladies chroniques, psychiques ou multiples et les gens qui vivent en marge de la société. La pression concurrentielle mène à une médecine de deuxième classe pour ces patient-e-s « peu intéressants » – que les pouvoirs publics devront au final prendre en charge. À l'inverse, les patient-e-s assurés en division privée, en bonne forme, inscrits dans un système de soins coordonnés et faciles à soigner bénéficient d'un excellent service à l'hôpital et en cabinet ambulatoire.

La concurrence dans le système de santé enrichit certains investisseurs et fait exploser les primes de l'assurance-maladie. La médecine ambulatoire affiche des taux de croissance élevés, ce qui ne profite pas seulement aux patient-e-s, mais aussi aux hôpitaux, qui s'assurent par les cabinets de groupe ambulatoires l'accès à une clientèle très rentable. Comme l'intégralité des coûts dans le domaine ambulatoire est prise en charge par les caisses maladie, la croissance se répercute ici directement sur les primes. Ainsi, les primes augmentent nettement plus rapidement que les coûts totaux dans le système de santé, et les payeurs de primes financent de cette manière les bénéfices des investisseurs et les bonus pour les médecins qui opèrent plus que nécessaire. Ce sont les ménages de la classe moyenne avec enfants qui pâtissent le plus de la charge croissante des primes.

Globalement, la présente analyse montre que la concurrence dans le système de santé entraîne une augmentation des coûts. Elle conduit à des situations de surapprovisionnement dans les régions où les perspectives de profits sont élevées et de sousapprovisionnement dans les autres régions où les incitations financières sont insuffisantes. Là où les pouvoirs publics interviennent au bon endroit pour exercer un effet régulateur, les soins de santé sont plus proches de la population, plus efficaces et moins coûteux. Ce papier appelle à un renforcement du système de santé publique et du financement public, à une stratégie efficace de la qualité, à la maîtrise des coûts, à de nouveaux critères pour l'inscription sur les listes des hôpitaux et à plus de pouvoir de codécision pour le personnel de santé et les patient-e-s. Les soins de base stationnaires et ambulatoires doivent rester accessibles partout. Le plus urgent est de limiter la charge des primes à 10% au maximum du revenu disponible des ménages.

CHAPITRE SOUMIS AUX PROPOSITIONS D'AMENDEMENT

A noter que, dans ce papier de position, seules **les propositions du chapitre 5** sont amendables.

Chaque proposition doit être spécifiquement assignée et assortie d'une demande concrète et d'une explication (supprimer, modifier, compléter). Veuillez SVP transmettre vos propositions au format Word.

Pour des raisons de coûts et de temps, seules les propositions du Comité directeur seront traduites.

Nous remercions les dépositaires d'amendements de respecter ce point.

1. INTRODUCTION

Le système de santé suisse est généralement vanté comme l'un des meilleurs au monde. Pourtant, il est en pleine mutation. Certes, il va au-devant de nombreux défis liés notamment au vieillissement démographique. Ce phénomène soulève régulièrement de nombreuses interrogations sur les coûts qu'il générera et les répercussions qu'il aura sur les primes. Il en va de même avec les progrès de la médecine. Mais il est une évolution qui est presque complètement passée sous silence et qui a un impact tout aussi important sur les coûts de la santé et les primes de l'assurance-maladie : il s'agit de l'économisation et de la privatisation du secteur de la santé.

Depuis plusieurs années, les partis bourgeois vendent leurs recettes « libérales »¹ à la population en promettant des réductions de coûts et une amélioration de la qualité des soins, mais il n'en a rien été. Au contraire, certaines décisions imposées par la majorité de droite du Parlement n'ont fait qu'aggraver la hausse des primes. Cela pose un certain nombre de questions sur la garantie d'un accès aux soins universel d'une qualité irréprochable et à un prix abordable pour toutes et tous. L'émergence d'une médecine à deux vitesses en est la conséquence et le principe de solidarité qui sied à l'assurance obligatoire des soins se voit gravement menacé.

En tant que défenseur des acquis sociaux et du service public, le Parti socialiste (PS) souhaite dénoncer ces élans de libéralisation, qui auront tôt ou tard un impact violent sur le portemonnaie des assuré-e-s. Tel est le propos de ce nouveau papier de position : il s'agit de poser de nouvelles exigences pour répondre à la hausse ininterrompue des primes et offrir une alternative aux recettes de la droite, lesquelles s'attaquent *de facto* indirectement ou directement à la liberté de choix des patient-e-s ainsi qu'à l'accès aux thérapies efficaces et de qualité. En réalité, les propositions de cette même droite servent les seuls intérêts de grands groupes hospitaliers privés, des caisses maladie et de l'industrie phar-

¹ Citons ici par exemple la levée de l'obligation de contracter, pour les assureurs maladie, l'augmentation de la franchise minimale ou son adaptation à l'évolution du coût de la vie, la réduction du catalogue des prestations de l'assurance de base au profit des assurances complémentaires ou encore le renforcement de la concurrence entre les fournisseurs de prestations (notamment dans le domaine ambulatoire).

maceutique tout en privant l'Etat d'instruments de contrôle démocratique essentiels au bon fonctionnement du système et pour le bien des assuré-e-s.

Le PS se voit dans l'obligation de réagir et de mettre l'accent sur certains éléments relativement inédits qui sont apparus, entre autres, avec l'introduction du nouveau financement hospitalier. Ceux-ci requièrent des mesures urgentes pour endiguer l'explosion des primes. Pour le PS, il n'est pas question ici de mettre de côté certaines exigences classiques comme la promotion de la prévention, l'amélioration de la qualité des soins, l'instauration d'une caisse maladie publique ou la mise en place de primes dépendantes du revenu, l'encouragement des soins intégrés ou encore le renforcement de la compétence ainsi que des droits des patient-e-s. Bien au contraire, ces exigences sont toujours valables – au même titre que l'instauration d'un système public de financement des soins ou l'institution d'un fonds de compensation pour la prise en charge financière des cas de traitements spécialement coûteux. Ce sont des mesures que nous jugeons nécessaires afin de contribuer à freiner la hausse des coûts de la santé. Du reste, ce papier de position a pour objectif de mettre en avant les priorités futures du PS en matière de politique de santé.

Ce papier de position se focalise sur la commercialisation des prestations de santé dans les hôpitaux et les cabinets médicaux. Le PS s'attèlera à la question des soins de longue durée durant les prochains mois, pour lesquels nous avons aussi identifié un besoin d'agir urgent : la qualité des soins à domicile et dans les établissements médico-sociaux doit être garantie et améliorée. En effet, les soins de bonne qualité ainsi que l'assistance doivent être à la portée de toutes et tous, aussi bien aujourd'hui que dans le futur.

2. QUAND LA SANTÉ DEVIENT UNE MINE D'OR, CELA COÛTE CHER

Les soins de santé en tant que service public sont soumis à une pression croissante. Les investisseurs privés sont en train d'exploiter le système de santé comme un nouveau secteur d'activités commerciales – en même temps que les marges s'amenuisent dans les branches économiques traditionnelles. Tout en prêchant tel un mantra la maxime trompeuse selon laquelle « la concurrence amène plus de qualité et des prix plus bas », le camp bourgeois favorise l'affaiblissement du rôle des pouvoirs publics. Il a exposé les hôpitaux à une pression concurrentielle nuisible et artificielle. Il veut imposer la liberté de contracter pour les caisses maladie et supprimer les instruments de contrôle étatique, par exemple en matière de compétences tarifaires. Les lobbyistes des assurances, de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie des technologies médicales siègent au Parlement et n'éprouvent aucune gêne lorsqu'il s'agit de procurer des avantages à leur clientèle active sur le marché de la santé.

2.1 Adieu aux patient-e-s, bienvenue aux client-e-s

Un renforcement de la concurrence entre les fournisseurs de prestations fait le bonheur des groupes de personnes bien loties, qui sont confrontées à des problèmes de santé moins graves et passagers. Ils ont accès aux connaissances nécessaires, peuvent se payer les bonnes assurances complémentaires et font office de client-e-s pour les professionnel-

le-s de la santé. Mais toute personne souffrant d'une maladie grave sur une période prolongée dépend de la solidarité, de l'assistance et de prestations adaptées à sa situation individuelle. Un système de santé régi par la concurrence est voué à l'échec en particulier pour les patient-e-s âgés, les malades chroniques ou ceux souffrant de troubles psychologiques, les cas complexes ainsi que les personnes pauvres et vivant en marge de la société. Il échoue également dans sa mission de prévention et de promotion de la santé. Pour ces personnes et ces tâches, ce sont en fin de compte les pouvoirs publics qui restent compétents. Il en résulte une médecine à deux vitesses onéreuse. Et le principe de solidarité, sur lequel repose l'assurance-maladie sociale, ne cesse de s'affaiblir.

2.2 La concurrence est un inducteur de coûts

Une stratégie de profit dans le système de santé fait exploser les coûts, sans aucune amélioration de la qualité des soins. Les cabinets médicaux ambulatoires gérés par les grands groupes privés dégagent de bons rendements. Les paiements de bonus aux médecins pour des opérations financièrement rentables sont devenus la norme dans les hôpitaux suisses. Les dividendes et les bonus sont dans une large mesure financés par les pouvoirs publics et les payeurs de primes. Les ménages à faible et moyen revenu contribuent, de par les primes, au financement de bâtiments flambant neufs et d'équipements médicaux hors de prix.

Le fait que la concurrence et la privatisation dans le système de santé y induisent plus d'efficacité et plus de qualité est une affirmation souvent répétée², dont le fondement est exclusivement idéologique et non empirique. La concurrence fait rage par exemple dans la chasse aux cas présentant des tarifs intéressants (par exemple opérations du cœur, du genou et de la hanche) et conduit parfois à une surmédicalisation qui ne sert pas à soigner les patient-e-s, mais simplement à augmenter les bénéficiaires (Beobachter, 22.07.2016) – ce qui à son tour se répercute sur les primes. La levée temporaire du moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux de 2012 à mi-2013 a entraîné une explosion du nombre des cabinets de médecins spécialistes, en particulier dans les villes (Obsan 2015). Conséquence : une hausse des coûts, qui aurait pu être évitée avec une limitation des admissions adéquate. Au milieu de l'année 2017, le Conseil fédéral présentera un nouveau projet de loi pour une réglementation affinée des admissions des médecins.

La comparaison avec d'autres pays européens montre que les systèmes de santé contrôlés par l'État sont moins chers et parfois plus efficaces pour ce qui est du rapport entre les coûts et les résultats en matière de santé – par exemple l'espérance de vie ou la mortalité infantile à la naissance (OCDE 2016). D'un autre côté, il est vrai aussi que la liberté de choix du prestataire, par exemple en Grande-Bretagne ou dans les pays scandinaves, est limitée. Or, pour la population vivant en Suisse et pour le PS aussi, le libre choix du médecin est un bien précieux. Celle-ci a toutefois aussi un prix. Il s'agit donc de trouver un équilibre entre « orientation client » et « alignement sur les besoins des patientes et des patient-e-s malades et dans le besoin ». Le lobby des caisses maladie présent au Parlement s'est fixé pour objectif, au nom du « renforcement de la concurrence », d'imposer la liberté de con-

² Par exemple Felder (2017)

tracter et, par-là, de restreindre de façon généralisée le libre accès des patient-e-s aux médecins.

2.3 Le personnel paie les pots cassés

La commercialisation de la santé accentue aussi la pression sur le personnel médical. Là où les hôpitaux sont transformés en sociétés anonymes, le droit du personnel du secteur public est aboli. Les augmentations de salaires qui avaient lieu de manière générale ne s'effectuent plus qu'individuellement. Les inégalités de salaires entre les employé-e-s ordinaires et les hauts cadres augmentent petit à petit. Le niveau salarial de la plupart des professions de la santé n'est plus en adéquation avec la contrainte physique et psychique qui va de pair avec le travail posté et l'accompagnement des malades. Pour toutes ces raisons, il n'est plus guère possible d'exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier à plein temps, ce qui revient *de facto* à des régressions au niveau des salaires. En plusieurs endroits, la conciliation entre travail et famille est négligée d'une façon impardonnable. Il en résulte un nombre élevé de personnes qui abandonnent la profession, ce qui est inacceptable eu égard à la pénurie de main-d'œuvre spécialisée dans le domaine de la santé.

2.4 Le système de santé est un aspect du service public

Notre service public, qui est toujours aussi fort en comparaison internationale, est une réelle chance pour la Suisse. Il poursuit au fond des objectifs d'intérêt collectif et est synonyme d'une économie contrôlée démocratiquement. Les entreprises du service public doivent de ce fait être comprises comme des acteurs importants d'une économie durable – cela est aussi valable notamment pour le système de santé. Les patient-e-s ne s'attendent pas à ce que les traitements et les soins soient les plus efficaces en termes de coûts, mais veulent que leurs besoins soient pris au sérieux. La concertation entre les patient-e-s et le personnel de santé mène à de meilleurs résultats que des décisions managériales – non seulement en matière de santé, mais souvent aussi au niveau économique.

3. EN SUISSE, LE PAYSAGE DE LA SANTÉ EST EN MUTATION

Les réformes en matière de politique de la santé sont-elles vraiment paralysées ? À vrai dire, de nombreux projets sont bloqués – en raison de l'opposition des assureurs maladie, du corps médical, de l'industrie pharmaceutique et d'autres groupes de pression. Leurs représentants au Parlement ont par exemple empêché une surveillance efficace de l'assurance-maladie sociale, une réglementation définitive du contrôle des admissions pour les médecins ou un renforcement du rôle des infirmiers. Les objets politiques visant à promouvoir une hygiène de vie saine sont régulièrement torpillés³. L'agenda de réformes « Santé2020 », approuvé par le Conseil fédéral à la fin 2013, se retrouve élagué point par point. En voici un florilège : il n'y a pour l'heure ni stratégie globale de la qualité ni réelles vérifications de l'économicité⁴, pas de modèles de financement socialement plus accep-

³ L'exemple le plus récent est la toute nouvelle loi sur les produits du tabac, qui visait à renforcer la protection de la jeunesse et à restreindre la publicité.

⁴ Un projet de loi pour le renforcement de la qualité et de l'économicité a échoué au Conseil des Etats fin 2015.

tables⁵, pas d'encouragement à la collaboration interprofessionnelle⁶ et pas de renforcement de la prévention⁷. En raison des intérêts particuliers des différents groupes de médecins et du désintérêt des assureurs maladie, la révision du tarif médical ambulatoire TARMED a pour le moment échoué. Le Conseil fédéral doit maintenant adapter la structure tarifaire dans les limites de ses compétences subsidiaires. En mars 2017, il a envoyé en consultation un projet qui réduit en particulier les inégalités entre les prestations techniques et les soins de base⁸.

3.1 Le nouveau financement hospitalier déploie ses premiers effets

En 2007, le Parlement a décidé d'adopter une réforme de fond lourde de conséquences, qui est entrée en vigueur au début de l'année 2012 : depuis lors, pour le financement hospitalier, on applique de nouvelles règles conformes à la logique du marché. Aux termes de celles-ci, les hôpitaux sont exposés à une concurrence renforcée au niveau des coûts et sont contraints de dégager des bénéfices pour amortir leurs investissements. La rémunération des prestations se fait par l'intermédiaire de forfaits par cas (SwissDRG). L'étude mandatée par le Groupe socialiste aux Chambres fédérales sur la politique hospitalière donne des informations sur les conséquences intentionnelles et non intentionnelles de cette nouvelle forme de rémunération (Sax 2016). Les principaux constats de cette étude peuvent se résumer comme suit :

- La pression concurrentielle croissante déclenche paradoxalement une course aux équipements de pointe et en matière d'architecture. Cela dégènera dans une « bulle hospitalière » si la vague de déréglementation se poursuit au rythme actuel.
- Il n'existe aucune preuve scientifique démontrant les effets positifs des déréglementations et de la concurrence dans le secteur hospitalier, ni en termes de qualité, ni en termes d'économicité.
- Tant les patient-e-s (potentiels) que les professionnel-le-s de la santé attendent en premier lieu d'un hôpital qu'il offre de la bonne qualité avec du personnel bien formé.
- Les premiers résultats de l'évaluation intermédiaire du nouveau financement hospitalier montrent que :
 - les paiements de bonus liés au nombre de prestations fournies par des médecins hospitaliers au cours de ces dernières années ont augmenté
 - les hôpitaux réagissent parfois à la pression concurrentielle par la sélection des patient-e-s
 - les cantons entrent dans un conflit entre le renforcement exigé de la concurrence et leur tâche consistant à assurer un bon approvisionnement.

⁵ Plusieurs cantons qui se sont mis eux-mêmes en difficultés financières sont en train de procéder à des coupes dans les moyens alloués aux réductions individuelles de primes. Un projet du conseiller fédéral Alain Berset qui visait à réduire les rabais maximaux accordés aux franchises à option et à renforcer ainsi la solidarité au sein de l'assurance-maladie a échoué en raison de l'opposition de la droite.

⁶ La majorité bourgeoise du Parlement a rejeté en 2016 l'intégration du niveau Master au sein de la loi sur les professions de santé. Ainsi, l'on a manqué l'occasion de mieux régler le partage des tâches entre les domaines d'activités du personnel soignant, des physiothérapeutes et des sages-femmes présentant des compétences élargies.

⁷ Le Conseil des Etats a enterré à une courte majorité une loi sur la prévention fin 2012.

⁸ Communiqué de presse de l'OFSP du 22 mars 2017

Le nouveau financement hospitalier entraînera à moyen terme de grands bouleversements dans le paysage hospitalier. Les pouvoirs publics devront toujours plus garantir les soins hospitaliers pour des patient-e-s souffrant de maladies complexes, polymorbides, à faible revenu et vivant en marge de la société, parce que ces personnes pénalisent – en termes de concurrence – les hôpitaux appliquant le système tarifaire SwissDRG.

3.2 Un seul mot d'ordre : générer des bénéfices

Ces dernières années, de nombreux hôpitaux publics ont été transformés en sociétés anonymes. En 2013, un hôpital de droit public sur trois était organisé en société anonyme. Ils n'étaient encore que 14% en 2003 (Credit Suisse 2013). Une transformation en SA n'est toutefois pas encore assimilable à une privatisation, car les actions peuvent rester en mains publiques, soit de façon illimitée⁹, soit pendant un délai d'attente¹⁰. En 2014, l'on dénombrait au total 154 hôpitaux suisses sur 289 qui étaient organisés en SA ou en Sàrl. Et 60 hôpitaux étaient des entreprises publiques. On ne trouvera ni les conditions de la propriété ni les chiffres comparatifs des années précédentes dans la statistique de l'OFS, car les critères ont été modifiés. Il est certain que, depuis 2013, d'autres hôpitaux publics ont été convertis en SA. Les chiffres précis ne sont toutefois pas connus.

Une conséquence du nouveau financement hospitalier est que les hôpitaux, tant publics que privés, doivent amortir leurs investissements au travers de leurs revenus. Ils doivent donc impérativement réaliser des bénéfices. Aucun hôpital ne peut se soustraire à la concurrence. Les hôpitaux publics fonctionnent toujours plus comme des entreprises privées et se laissent guider par les indicateurs économiques. S'ils font des bénéfices, ils les distribuent à leurs actionnaires – dans ce cas, les cantons – et contribuent ainsi à l'assainissement des finances cantonales¹¹. La répartition des bénéfices des hôpitaux aux propriétaires d'actions, qu'ils soient privés ou publics, constitue un détournement des recettes provenant des primes et conduit à des augmentations de primes (cf. aussi « Der Landbote », 02.08.2016).

3.3 Les investisseurs voient dans la santé un moyen de faire des affaires

Alors que la classe politique déplore un « blocage des réformes », quelque chose se trame en coulisse. Nombreux sont celles et ceux qui souhaitent manger une part du gâteau des dépenses de la santé suisse qui s'élèvent à quelque 70 milliards de francs. Même celles et ceux qui, jusqu'à présent, étaient restés quelque peu à l'écart de ce secteur, s'y mettent. Il y a une sorte de ruée vers l'or dans le secteur de la santé : les investisseurs privés sont en train d'exploiter le système de santé comme un nouveau secteur d'activités commerciales.

⁹ C'est le cas, par exemple, de Spital Thurgau AG ou de Solothurner Spitäler AG.

¹⁰ L'hôpital cantonal de Winterthur devrait être transformé, dans un premier temps, en une société anonyme. Après un délai d'attente de cinq ans, les actions pourraient être vendues à des privés. Pour réduire la participation cantonale au-dessous de 51%, il faudrait une décision du Grand Conseil soumise au référendum. En mai 2017, les Zurichoises et Zurichois voteront sur ces plans de privatisation.

¹¹ En 2015, l'Hôpital cantonal de Winterthur a procédé en tant qu'établissement de droit public à une répartition des bénéfices de 5,3 millions de francs en faveur du canton de Zurich. L'Hôpital cantonal lucernois a distribué en tant que SA près de 18 millions de francs au canton. L'hôpital Thurgau AG a payé au canton un dividende d'un demi-million de francs. En 2016, les Spitäler Schaffhausen, en tant qu'établissement de droit public indépendant, ont dégagé un bénéfice de 17.6 millions de francs. Un cinquième de ce montant va au canton au titre de part des bénéfices.

Avec des hôpitaux et des cabinets de groupe médicaux ou/et des centres de santé, il est possible de dégager de bons rendements. Des investisseurs suisses et étrangers ont déjà repris plusieurs cliniques – par exemple Hirslanden et Swiss Medical Network (SMN, anciennement Genolier) – ou s’apprêtent à le faire – par exemple Fresenius, Rhön et Ameos. Le commerce des cabinets de groupe et des centres de santé bat son plein. Voici quelques exemples d’investisseurs : Medbase AG (Migros), Praxis Gruppe Suisse AG, Swiss-Med-Net AG ou mediX. Au cours des cinq prochaines années, les spécialistes estiment à un milliard de francs les investissements dans les soins de base ambulatoires (AZ 12.02.2016).

3.4 Les cabinets de groupe permettent d’attirer des patient-e-s qui rapportent

Il ne s’agit toutefois pas seulement de gagner de l’argent avec des cabinets de groupe ambulatoires. Cela devrait même être difficile à réaliser, en particulier pour les cabinets proposant des soins de base qui ne se trouvent pas à un endroit très fréquenté. En outre, les grands cabinets de groupe ont de la peine à recruter suffisamment de médecins qualifiés. On peut réaliser de meilleurs rendements avec des spécialités comme la chirurgie, la dermatologie ou la radiologie. Relevons qu’en fonction de l’évolution du différend entourant les positions du TARMED, des ajustements seront possibles¹².

La ruée sur les cabinets de groupe s’explique par des perspectives de rendement indirectes : l’enjeu porte sur l’accès aux patient-e-s qui pourraient être intéressants pour les hôpitaux d’un point de vue économique. Tant les hôpitaux privés que les hôpitaux publics achètent ou ouvrent des cabinets de groupe ambulatoires et des centres de santé ambulatoires, afin de s’assurer que des patient-e-s leur seront attribués pour des interventions ou des traitements stationnaires. Ils ont ainsi aussi la possibilité de sélectionner des patient-e-s à un stade précoce en fonction de leur potentiel de rendement.

3.4.1 Les hôpitaux se lancent dans le commerce ambulatoire

Les cliniques privées et les hôpitaux publics sont à la recherche de nouveaux secteurs de croissance qu’ils trouvent dans la médecine ambulatoire. L’expansion ne fait que commencer. Voici quelques exemples actuels :

- Hirslanden dispose de cinq centres de santé ambulatoires en Suisse alémanique. D’autres sont prévus. De plus, le directeur de Hirslanden, Ole Wiesinger, a, selon des informations parues dans les médias, l’intention de créer des centres de radiologie supplémentaires. Et cela bien que la Suisse couvre parfaitement le besoin en radiologie.
- Hirslanden gère un service ambulatoire de cardiologie dans la clinique privée Moncucco à Lugano. Ainsi, les patient-e-s cardiaques sont « enrôlés » pour aller à la Hirslanden Klinik à Zurich, bien qu’il y ait déjà un centre de cardiologie à Lugano.
- SMN a acheté des participations à hauteur de 40% dans l’entreprise de télémédecine Medgate.

¹² Il est vraisemblable que des disciplines spéciales à haute technicité figureront à l’avenir en moins bonne place dans la structure tarifaire et que les centres de radiologie, par exemple, seront moins rentables.

-
- Dans la région aéroportuaire zurichoise, l'Hôpital cantonal de Winterthur (KSW) et l'Hôpital Bülach sont en plein duel pour l'acquisition de patient-e-s provenant de leur zone de chalandise commune. Le KSW a ouvert en février 2017 un nouveau cabinet de groupe dans le centre commercial de Glatt (Einkaufszentrum Glatt). L'hôpital Bülach (Spital Bülach) a repris en 2016 la plupart des actions de l'« Airport Medical Center » à l'aéroport de Zurich.
 - L'Hôpital universitaire de Zurich prévoit de mettre en place un service des urgences et des services de soins ambulatoires sur quelque 10'000 mètres carrés dans la superstructure « The Circle » de l'aéroport.
 - Le groupe privé bernois Lindenhofgruppe va reprendre ou projette de créer des centres médicaux à Laupen, Gurmels, Mühleberg et Schliern.
 - À la fin du mois de juin 2016, l'Hôpital cantonal de Baden a ouvert une grande clinique de jour avec différentes spécialités médicales qui n'avaient auparavant été proposées qu'à Aarau.
 - Au printemps 2017, l'hôpital STS AG ouvrira sur la place de la gare de Thoune un centre de cabinets qui comprendra notamment un cabinet sans rendez-vous ainsi qu'un cabinet de médecine spécialisée pour la gastroentérologie.
 - L'Hôpital cantonal de Lucerne projette de mettre en place au sud de la ville un centre de santé sur une superficie d'environ 1'000 mètres carrés.
 - L'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne a repris en avril 2016 le cabinet « Urologie Kirschgarten » à Bâle.
 - L'hôpital de Zollikerberg a ouvert en octobre 2015 une permanence pour femmes près de la gare de Stadelhofen à Zurich.

3.5 Les cabinets de groupe sont souhaitables, mais ils ne sont pas nécessairement meilleur marché

Du point de vue de la politique des soins, les cabinets de groupe ambulatoires offrent de nombreux avantages. Le modèle du médecin de famille en tant que combattant solitaire, à la disposition de ses patient-e-s 24 heures sur 24, est en train de disparaître. Les cabinets de groupe permettent d'avoir des horaires de travail réglementés et du travail à temps partiel, ce qui correspond aux besoins des médecins plus jeunes. On peut ainsi trouver des fournisseurs de soins de base mieux qualifiés, qui sont prêts à maintenir une offre de base médicale aussi en dehors des grandes villes. Du point de vue des patient-e-s aussi, les cabinets de groupe facilement accessibles leur simplifient la vie. Ils peuvent parfois aussi se faire traiter après le travail ou en fin de semaine et doivent moins recourir aux services des urgences des hôpitaux.

En même temps, l'expansion de la médecine ambulatoire doit être appréhendée d'un regard critique, comme le montrent les exemples cités plus haut. Selon les informations parues dans la presse, des enquêtes réalisées par Santésuisse ont en outre révélé que les coûts pratiqués dans les cabinets de groupe étaient plus élevés que dans les cabinets individuels, pour autant qu'il ne s'agisse pas de cabinets HMO avec coresponsabilité budgétaire.

taire¹³. Comme explication plausible, on avance le fait que les patient-e-s, dans les cabinets de groupe, sont aiguillés vers des spécialistes plus rapidement.

3.6 Les cantons en plein conflit intérieur

Les cantons, qui en vertu de la loi ou de leurs constitutions respectives ont l'obligation de garantir les soins de santé à la population, sont toujours plus souvent entraînés dans un conflit d'intérêts. D'un côté, ils doivent veiller à ce que tous les patient-e-s, et en particulier les patient-e-s vulnérables, aient en tout temps accès à des prestations de santé de grande qualité. D'un autre côté, la législation exige que les fournisseurs de prestations publics et privés soient traités de manière égale. À long terme, il est clair que cette situation n'est pas tenable : un établissement devant remplir un mandat d'approvisionnement de base doit se fixer d'autres priorités qu'une entreprise à but lucratif, cotée en Bourse.

Quelques exemples fournis par les cantons

NE : Le Gouvernement neuchâtelois a fait savoir en avril 2016 qu'il souhaitait concentrer la médecine hautement spécialisée à l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel. SMN est ensuite intervenu en proposant de continuer de pratiquer la médecine de pointe à La Chaux-de-Fonds (L'Express, 28.05.2016)

TI : Le 5 juin 2016, la population tessinoise a rejeté un projet de loi qui voulait simplifier la coopération entre les exploitants d'hôpitaux publics et privés. Le conseiller aux États Manuele Bertoli a alors lancé l'idée de racheter la clinique privée Sant'Anna des mains de SMN. Or, celle-ci n'était pas en vente, ont fait savoir les propriétaires (Giornale del Popolo, 10.06.2016).

ZH : Le Grand Conseil zurichois ne souhaite pas seulement transformer l'Hôpital cantonal de Winterthour en une société par actions, mais aussi rendre possible sa vente ultérieure à des investisseurs privés. L'on votera sur un projet en ce sens en mai 2017.

3.7 La privatisation renchérit le système de santé

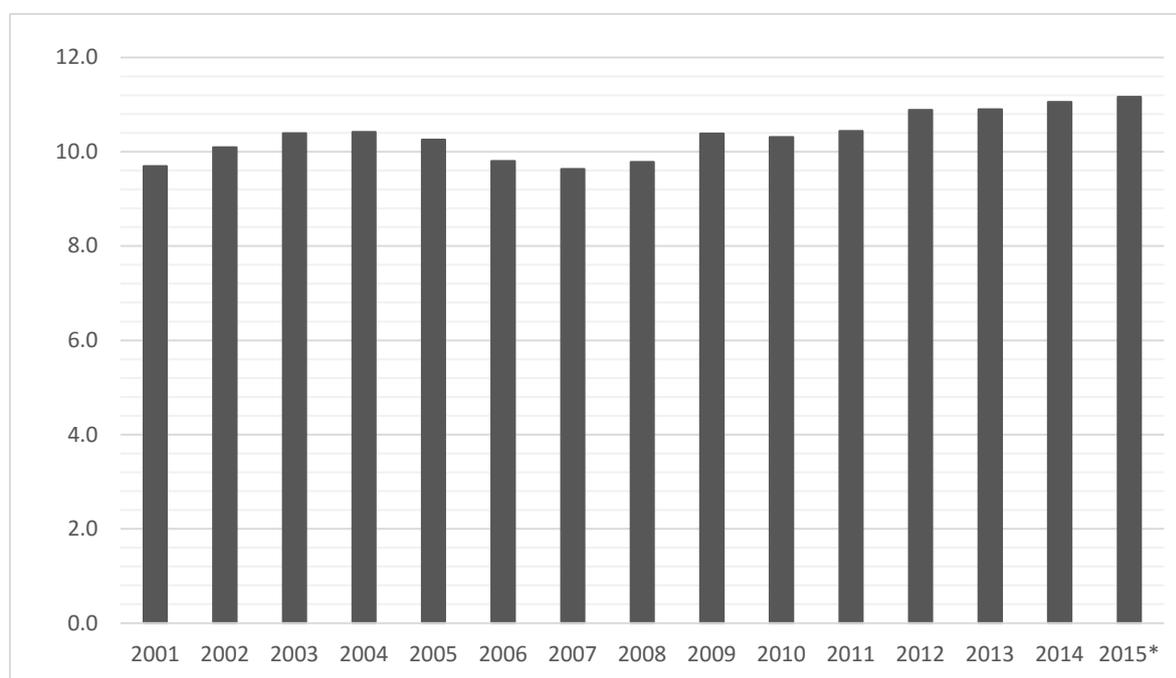
Il n'est pas démontré de façon empirique que l'externalisation des soins de santé améliore l'efficacité. La privatisation ne conduit généralement pas à une compétition basée sur la qualité, mais à une concurrence pour l'acquisition de patient-e-s assurés en division privée, qui ne représentent pas des cas compliqués, génèrent des coûts aussi bas que possible et sont très rentables. Les stratégies qui diminuent les coûts à long terme – comme les coopérations entre fournisseurs de prestations et différentes professions de la santé, la promotion des compétences des patient-e-s et les modèles de soins intégrés pour les personnes souffrant d'une maladie chronique – sont moins demandées lorsque le rendement constitue l'objectif primaire. C'est par la sélection des patient-e-s et – paradoxalement – par la surmédicalisation que l'on peut réaliser des bénéfices le plus simplement.

¹³ Medinside, le 7 mars 2016: <https://www.medinside.ch/de/post/sind-gruppenpraxen-wirklich-kostentreiber>

Du point de vue de la politique sociale, ce qui pèse fortement dans la balance, c'est l'augmentation supérieure à la moyenne des primes de l'assurance-maladie. Celle-ci va de pair avec la croissance spectaculaire observée dans le domaine ambulatoire. Ce propos est développé dans le chapitre suivant.

4. LES COÛTS AUGMENTENT, MAIS PAS POUR TOUT LE MONDE

Au cours des 15 dernières années, les dépenses de santé ont augmenté, passant d'environ 45 milliards de francs à plus de 70 milliards de francs. Certes, cela peut sembler spectaculaire. Toutefois, si l'on prend en considération la croissance de la population, mesurée à l'économie dans son ensemble, l'augmentation s'avère modérée (Graphique 1). Il faut noter que le secteur de la santé croît en permanence, même durant les périodes de crise économique. Mais l'on ne saurait parler d'une « explosion des coûts ».



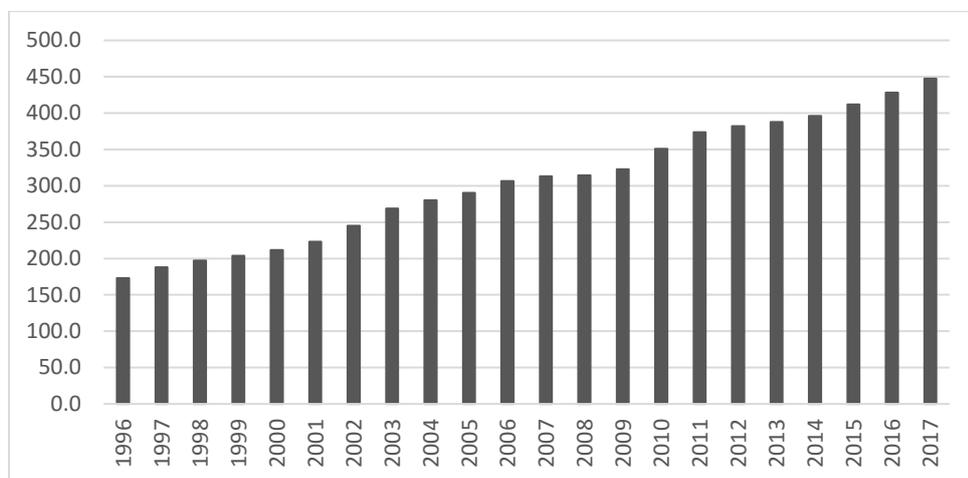
Graphique 1 Les dépenses de santé comme part du produit intérieur brut PIB (source : OFS/SECO/* Estimation KOF)

Au cours des prochaines décennies, la génération des baby-boomers va entrer dans le troisième âge. Le nombre de décès va très nettement augmenter pour la première fois depuis quatre décennies¹⁴. C'est lorsque l'on est dans la dernière partie de son existence que l'on doit faire face aux coûts les plus élevés. Et, ainsi, une augmentation du nombre de décès conduira probablement à une plus forte croissance des dépenses de santé.

¹⁴ Selon une estimation de l'Office fédéral de la statistique, le nombre de décès en Suisse va augmenter, pour passer de 60'000 aujourd'hui à 100'000 d'ici à 2060.

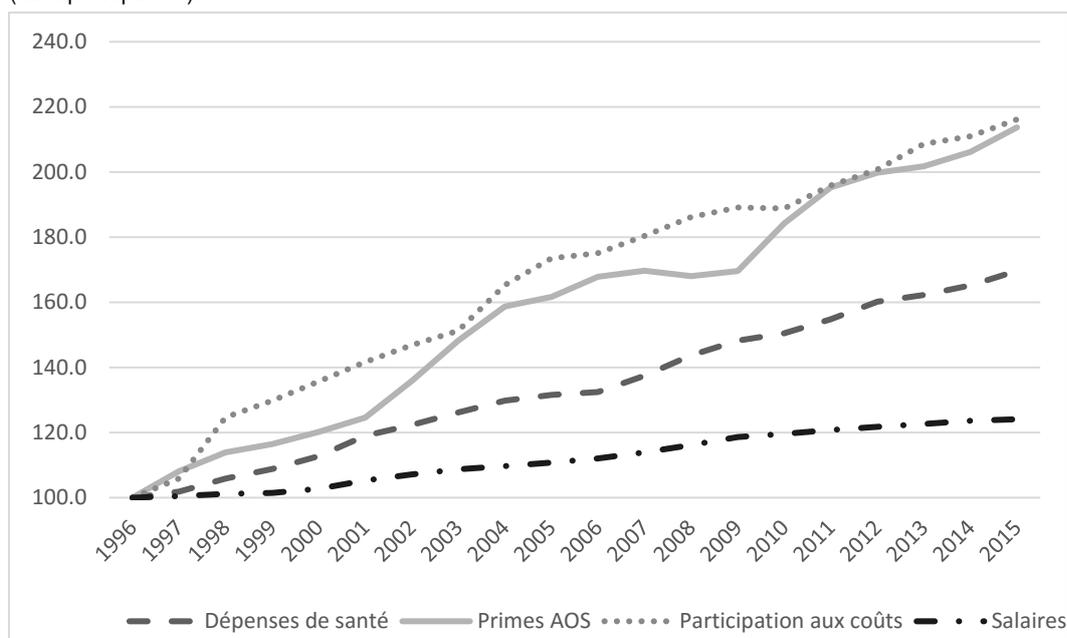
4.1 L'augmentation des primes est supérieure à la moyenne

Au cours de ces dernières années, les primes de l'assurance de soins obligatoire (AOS) ont augmenté sensiblement – et douloureusement pour une grande partie de la population (Graphique 2).



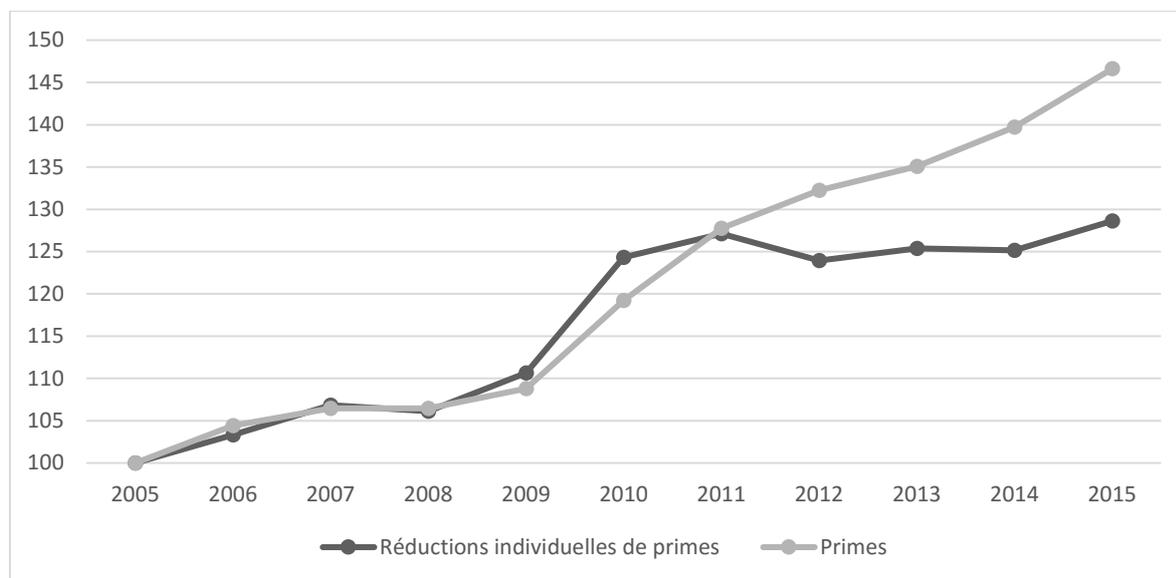
Graphique 2 Prime moyenne mensuelle à partir de 26 ans, modèle standard, franchise ordinaire (source : OFSP)

La part des dépenses de santé qui est financée par l'AOS a fortement augmenté au cours des 20 dernières années. La pression exercée sur les coûts est ainsi particulièrement notable pour les payeur-euse-s de primes. Les dépenses totales pour la santé ont augmenté de près de 70% depuis l'introduction de la LAMal il y a de cela 20 ans. Les primes de l'assurance-maladie et la participation aux coûts des patient-e-s ont plus que doublé pendant la même période. Les salaires n'ont, quant à eux, de loin pas suivi cette évolution (Graphique 3).



Graphique 3 Index de l'évolution des dépenses de santé, des primes de caisse maladie, des participations aux coûts et des salaires (source : OFSP Statistique de l'AOS, T 9.06)

Cela est d'autant plus grave que les réductions individuelles de primes n'ont plus suivi l'augmentation des primes depuis 2011 (Graphique 4). Pour les ménages à faible ou moyen revenu comptant plusieurs personnes, les primes de de l'assurance-maladie sont devenues une charge croissante. En 2014, une famille de quatre personnes vivant dans le canton de Berne devait dépenser jusqu'à 20% de son revenu disponible pour l'assurance de base obligatoire, comme le montre le monitoring de l'OFSP sur l'impact de la réduction des primes.



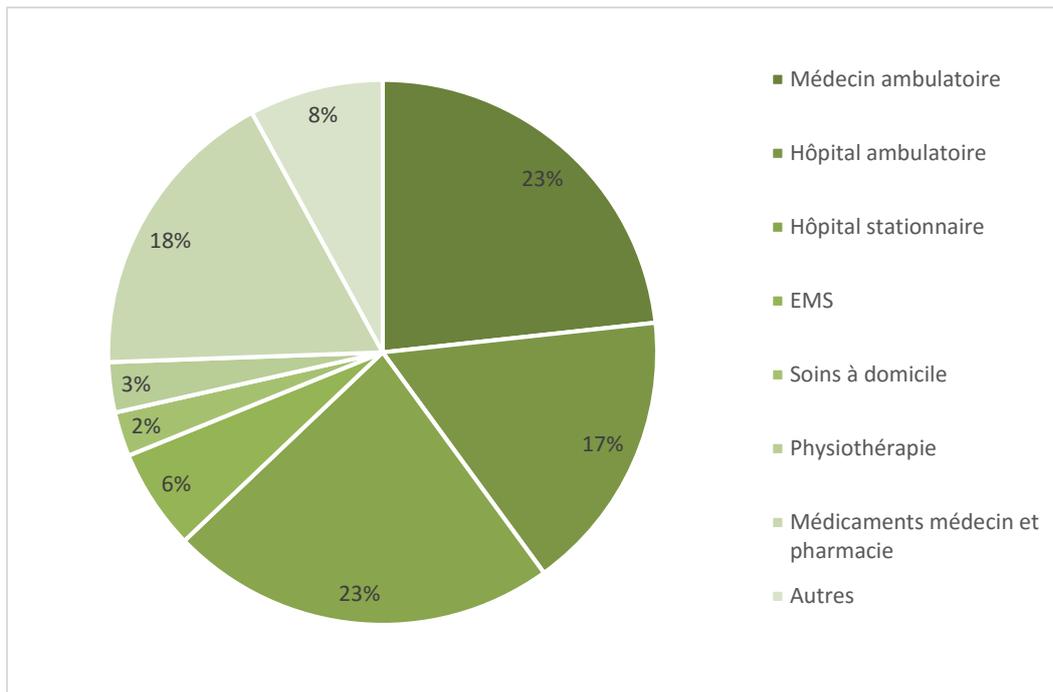
Graphique 4 Index de l'évolution des primes et de la réduction des primes (source : OFSP Statistique de l'AOS, T 3.02 / 4.01)

La forte augmentation des primes est liée à une évolution qui est en principe souhaitable, à savoir le transfert des prestations hospitalières stationnaires vers le domaine ambulatoire. Alors que le canton paie 55% de la facture pour les patient-e-s traités en stationnaire à l'hôpital de soins aigus, la caisse maladie paie l'intégralité de la facture pour les prestations ambulatoires. Ainsi, une opération pratiquée en ambulatoire peut au total se révéler meilleur marché qu'à l'hôpital. Pour les payeurs de primes, elle est malgré tout plus chère, parce qu'ils doivent régler 100% de la facture contre 45% en stationnaire.

Ci-dessous l'on démontre comment les fournisseurs de prestations ambulatoires, notamment, tirent les primes de l'assurance-maladie à la hausse.

4.2 Les coûts qui pèsent dans la balance

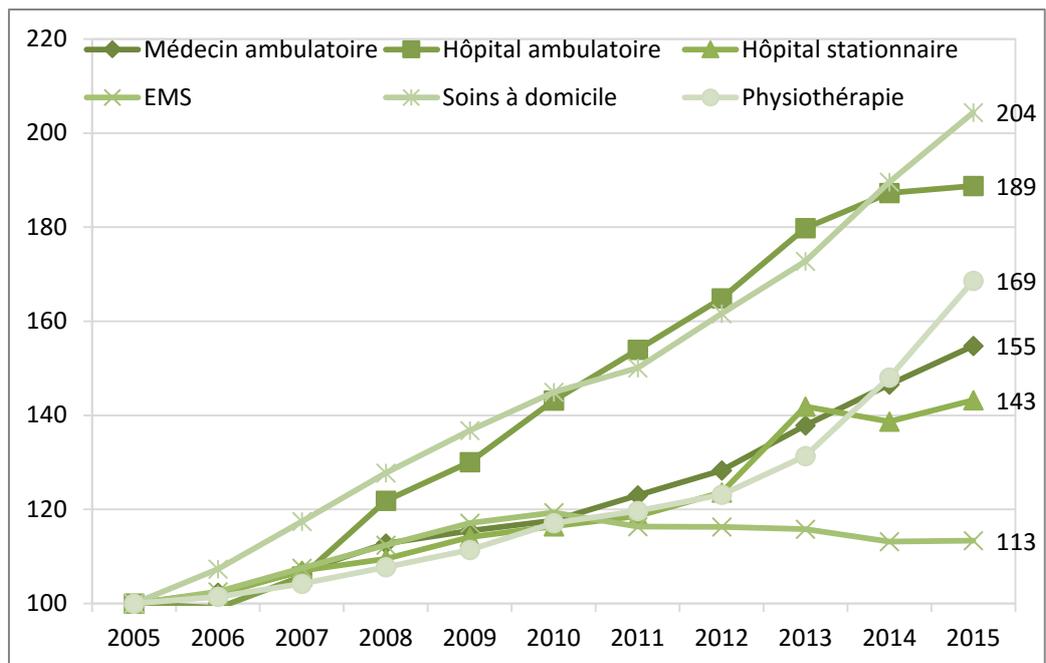
Le Graphique 5 détaille les domaines de coûts dans l'assurance obligatoire des soins. En 2015, les hôpitaux (traitements ambulatoires et stationnaires) ont généré 40% des coûts de l'assurance-maladie. Les cabinets médicaux ambulatoires ont contribué pour près d'un quart aux coûts. Les médicaments qui sont achetés chez le médecin ou en pharmacie ont aussi pesé lourd (18%).



Graphique 5 Parts des coûts selon les groupes de coûts dans l'assurance de base, 2015 (source : OFSP Statistique de l'AOS)

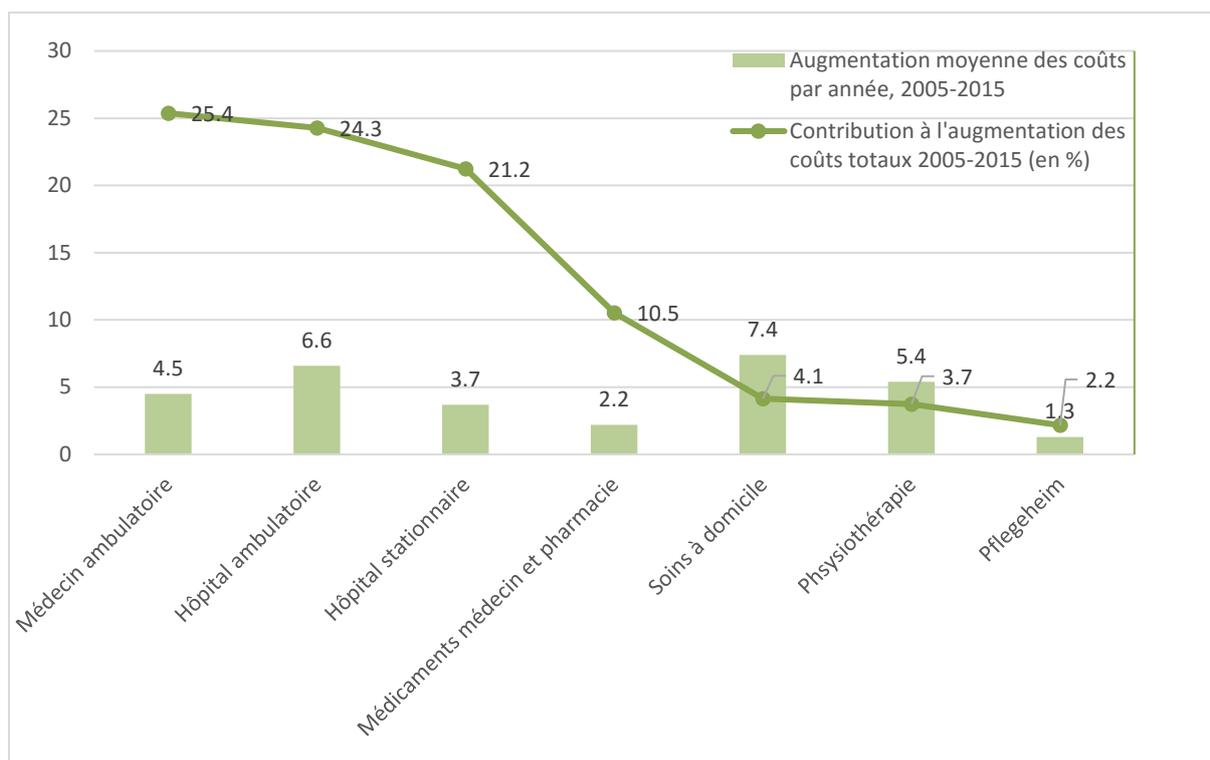
4.2.1 Les soins ambulatoires favorisent l'augmentation des primes

Le Graphique 6 montre la croissance des différents groupes de coûts au cours des 10 dernières années. Ce sont les secteurs « hôpital ambulatoire » et « services d'aide et de soins à domicile (Spitex) » qui ont affiché les plus grands taux de croissance entre 2005 et 2015. Si l'on prend en considération les évolutions dans le domaine stationnaire des hôpitaux et dans le domaine ambulatoire, l'on remarque tout d'abord que les coûts stationnaires se sont stabilisés après une hausse des coûts massive en 2013. Reste à voir si cette stabilisation sera durable – les fortes fluctuations pourraient aussi avoir un lien avec des difficultés de facturation lors de la transition vers le nouveau système d'indemnisation. En outre, la part de financement des cantons augmentera encore partiellement jusqu'en 2017. En général, le transfert vers le domaine ambulatoire s'est accentué – ce sont avant tout les cabinets médicaux qui ont une nouvelle fois nettement progressé depuis 2012. Cette tendance se poursuit en 2016, comme le suggère le monitoring de l'évolution des coûts de l'OFSP.



Graphique 6 Index de l'évolution des coûts selon les groupes de prestations dans l'assurance de base (source : OFSP Monitoring des coûts de l'AOS)

Les points figurant sur la ligne dans le Graphique 7 montrent quels sont les plus grands inducteurs de coûts dans l'assurance de base obligatoire. C'est le groupe de coûts « médecin ambulatoire » qui a contribué pour la plus grande part à l'augmentation des coûts totaux, suivi du groupe « hôpital ambulatoire » et du groupe « hôpital stationnaire ». Les colonnes montrent les taux de croissance annuels dans le groupe de coûts concerné. Tandis que la forte croissance des services d'aide et de soins à domicile (Spitex) est pour ainsi dire négligeable pour les coûts totaux, les hôpitaux et les cabinets médicaux sont responsables de près des trois quarts de l'augmentation des coûts dans l'assurance de base.



Graphique 7 Croissance des groupes de coûts et contribution à l'augmentation des coûts par domaine (représentation PS Suisse)

4.2.2 Les cabinets médicaux progressent

À côté des prestations fournies dans le domaine hospitalier ambulatoire, les cabinets médicaux ambulatoires représentent la plus grande part de l'augmentation des coûts. Ici, l'augmentation des coûts au cours des 2-3 dernières années s'est une nouvelle fois accélérée. Un grand nombre de nouveaux cabinets sans rendez-vous se sont ouverts dans des endroits bien fréquentés ainsi que des cabinets spécialisés affichant des coûts élevés, par exemple des instituts de radiologie ou des services chirurgicaux en ambulatoire. L'introduction des forfaits par cas, combinée avec l'assouplissement du gel des admissions, a favorisé l'augmentation du nombre de cabinets médicaux. Cette évolution se répercute directement sur les primes de l'assurance-maladie.

4.2.3 Les services d'aide et de soins à domicile (Spitex) et la physiothérapie progressent, mais à un faible niveau

Les dépenses des services d'aide et de soins à domicile (Spitex) et de la physiothérapie affichent également un taux de croissance élevé. Les services d'aide et de soins à domicile (Spitex) ont toutefois occasionné en 2015 seulement 2% des dépenses totales de l'assurance de base. Ici, la poursuite de la croissance est plus digeste et même souhaitable, car les soins à domicile répondent aux besoins de nombreux patient-e-s âgés. Elle est en outre comparativement bon marché. Les personnes ayant besoin de soins paient de leur propre poche une part considérable des coûts pour les services d'aide et de soins à domicile. La physiothérapie, utilisée à bon escient, peut se substituer aux coûts médicaux,

par exemple en ceci qu'elle rend non nécessaires des interventions chirurgicales pour des blessures au genou ou d'autres blessures.

4.2.4 Les caisses maladie font des économies avec les EMS

Avec le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis 2011, les coûts de l'assurance-maladie pour les soins de longue durée stationnaires ne sont pas seulement stables, mais même légèrement en recul. Les tarifs en vigueur par niveau d'encadrement et de soins sont restés constants. Dans l'établissement médico-social, on applique un régime de financement qui pèse de plus en plus sur le budget des pouvoirs publics, mais aussi, et surtout, sur celui des personnes qui ont besoin de soins. Ce n'est que grâce aux prestations complémentaires que le financement du séjour dans un établissement médico-social est garanti pour toutes et tous sans que les payeur-euse-s de primes ne doivent encore passer à la caisse.

4.3 La charge du financement est répartie de façon inégale

Ces dernières années, la charge du financement des prestations de santé a augmenté surtout pour les ménages disposant d'un petit revenu ou d'un revenu moyen. Cela s'explique par l'augmentation supérieure à la moyenne des primes par tête dans l'assurance obligatoire des soins et de la participation aux coûts (voir Graphique 3). Le système de réductions des primes individuelles protège certes les faibles et moyens revenus, mais il manque sa cible dans le cas des ménages dont le revenu se situe juste au-dessus de la limite de revenu donnant droit à des réductions de primes. Dans de nombreux cantons, cette partie de la population est la victime des mesures d'économies actuelles et omniprésentes. L'objectif social mis en place au cours des années 1990 par le Conseil fédéral – et qui est toujours valable – exige que les primes ne dépassent pas 8% du revenu disponible du ménage. Aucun canton ou presque n'atteint complètement cet objectif. C'est surtout pour les ménages avec enfants et les jeunes que les coûts des primes mensuelles constituent un fardeau. Les primes deviendront ainsi, à plus ou moins long terme, une bombe à retardement sociopolitique.

4.4 Les payeur-euse-s de primes supportent la charge principale

En regardant les choses de plus près, nous pouvons voir que l'évolution des coûts dans le système de santé est surtout problématique dans le sens où c'est l'assurance-maladie obligatoire qui supporte la charge principale de la croissance des dépenses. L'augmentation des primes est, d'un point de vue sociopolitique, problématique parce que celles-ci sont perçues indépendamment du revenu. Les primes augmentent parce qu'il y a une ruée vers l'or sur le « marché de la santé », et en particulier dans le secteur ambulatoire. Cette ruée a augmenté l'importance des services hospitaliers ambulatoires et laissé apparaître de nouveaux cabinets médicaux en tant qu'objets de rendement. Dans le secteur ambulatoire, les investisseurs peuvent gagner de l'argent en étendant les prestations et en élargissant l'éventail des offres, par exemple avec de nouveaux centres de radiologie, des policliniques chirurgicales et la médecine sportive. Tout ceci se fait sur le dos des assuré-e-s.

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 »).

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%.

-
- 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).

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-approvisionnement, 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

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.

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 intercantionales 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.

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.

Mesures :

Iv. 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.

5.7 Promouvoir de nouveaux modèles de remboursement et d'approvisionnement

Les tarifs TARMED et SwissDRG génèrent de mauvaises incitations : ils favorisent un sur-approvisionnement 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). A 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.

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 sur-approvisionnement en soins dans des endroits où il existe déjà une offre suffisante.

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).

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 cabinets 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.

Proposition du Comité directeur : accepter

6. 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.

7. SOURCES

BAG Kostenmonitoring Krankenversicherung: <http://www.bag.admin.ch/kmt/>

Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie

OFSP Monitorage de la réduction des primes (Kurzbeschreibung und Tabellen auf Französisch, Bericht auf Deutsch):

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-g-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemienverbilligung/monitoringpraemienverbilligung.html>

OFS Statistique des hôpitaux : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ks.html>

Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins. Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat 16.3000 CSSS-E du 12 janvier 2016 du 03.03.2017

Credit Suisse, Système de santé suisse 2013 – Le marché hospitalier en mutation, août 2013

Felder Stefan (2017) : Position dominante des cantons dans le domaine hospitalier : où est la Commission de la concurrence ? La vie économique 3/2017(p. 20-22)

Obsan Bulletin 4/2015 : Moratoire sur l'installation des médecins en cabinet privé : évolution de leur effectif

OECD Health Statistics 2016: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Sax Anna, Franziska Iff (2016): Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit. Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung, Januar 2016

Seiler Roman (12.02.2016): «Jetzt setzen Investoren auf Gewinne mit Gruppenpraxen». Aargauer Zeitung

Signorell Gian und King Jessica (22.07.2016): «Der fatale OP-Wahn». Beobachter

Stoffel Deborah (02.08.2016) «Wenn auch der Kanton Renditen sehen will». Der Landbote

Weitere Medienberichte

Geschäftsberichte von Schweizer Spitälern

8. TABLE DES GRAPHIQUES

<i>Graphique 1 Les dépenses de santé comme part du produit intérieur brut PIB (source : OFS/SECO/ *Estimation KOF).....</i>	<i>13</i>
<i>Graphique 2 Prime moyenne mensuelle à partir de 26 ans, modèle standard, franchise ordinaire (source : OFSP).....</i>	<i>14</i>
<i>Graphique 3 Index de l'évolution des dépenses de santé, des primes de caisse maladie, des participations aux coûts et des salaires (source : OFSP Statistique de l'AOS, T 9.06).....</i>	<i>14</i>
<i>Graphique 4 Index de l'évolution des primes et de la réduction des primes (source : OFSP Statistique de l'AOS, T 3.02 / 4.01).....</i>	<i>15</i>
<i>Graphique 5 Parts des coûts selon les groupes de coûts dans l'assurance de base, 2015 (source : OFSP Statistique de l'AOS).....</i>	<i>16</i>
<i>Graphique 6 Index de l'évolution des coûts selon les groupes de prestations dans l'assurance de base</i>	<i>17</i>
<i>Graphique 7 Croissance des groupes de coûts et contribution à l'augmentation des coûts par domaine (représentation PS Suisse).....</i>	<i>18</i>