

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

**Avis donné par**

Nom / société / organisation : Parti socialiste suisse

Abréviation de la société / de l'organisation : PS

Adresse : Theaterplatz 4, Case Postale, 3011 Bern

Personne de référence : Jacques Tissot

Téléphone : 031 329 69 62

Courriel : jacques.tissot@pssuisse.ch

Date : 14 septembre 2018

**Remarques importantes :**

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage de ce formulaire !
2. Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision/Protéger un document/Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.
3. Utilisez une ligne par article, alinéa et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
4. Veuillez faire parvenir votre avis au **format Word** d'ici au **15 septembre 2018** à l'adresse suivante : [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)
5. Le champ « nom/société » n'est pas obligatoire.

**Nous vous remercions de votre collaboration!**

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

**Table des matières**

<b>Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif</b>	<b>3</b>
<b>Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications</b>	<b>8</b>
<b>Autres propositions</b>	<b>11</b>
<b>Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

**Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif**

nom/société	Commentaire / observation
PS	<p>Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant l'avant-projet de mise en œuvre de l'initiative parlementaire 09.528 et de nous avoir transmis les documents y afférents. Nous tenons à exprimer ici une critique formelle à l'égard du rapport explicatif : il eût été utile, pour une meilleure compréhension et pour ne pas devoir à chaque fois se rapporter au chapitre 3.1.4, d'inscrire au chapitre 4 relatif au commentaire des dispositions les explications quant aux propositions minoritaires.</p> <p>Sur le principe, le Parti socialiste suisse (PS) est en faveur d'un financement uniforme des prestations de santé. En 2009 déjà, il avait déposé une motion pour l'uniformisation des financements des prestations de l'assurance-maladie obligatoire (09.3535). Celle-ci avait été adoptée par le Parlement et l'on attend depuis sa mise en œuvre. Le PS est d'avis qu'il y a une nécessité de simplifier les flux financiers dans le système de santé suisse. Il est certain que les différences entre le financement des domaines stationnaires et ambulatoires génèrent des incitatifs négatifs. Nonobstant, la voie choisie par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) n'est pas acceptable aux yeux du PS. De fait, la majorité de droite de la commission a l'intention de confier aux assureurs le rôle d'agent payeur si bien que les cantons devraient leur verser de manière forfaitaire leur participation financière sans qu'ils ne puissent exercer plus aucun contrôle démocratique sur l'utilisation des deniers publics. Ainsi, les cantons signeraient un chèque en blanc aux 52 assureurs privés encore actifs dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), lesquels gèreraient à eux seuls les 30 milliards de francs que vaut aujourd'hui la LAMal. En l'état, le PS s'oppose frontalement au dessein de la droite bourgeoise. Dans les faits, il s'agit d'affaiblir considérablement le rôle des pouvoirs publics dans la gestion du système de santé suisse, et plus particulièrement de l'approvisionnement en soins. Avec la solution proposée, les caisses-maladie disposeraient d'un pouvoir considérable en la matière. Elle saperait en outre l'efficacité de tous les instruments dont disposent les cantons pour mieux maîtriser la hausse des coûts – ceux des budgets globaux ou encore de la planification hospitalière, par exemple.</p>
PS	<p>L'an dernier, le PS a réaffirmé dans un papier de position son engagement ferme en faveur d'un système de santé publique solide<sup>1</sup>. Il a eu l'occasion d'y dénoncer l'économisation et la privatisation du secteur de la santé comme facteurs essentiellement responsables de la hausse des coûts et des primes. En guise de contre-mesure, le PS revendique la mise en place d'une gestion forte du système de santé par l'Etat afin de reprendre le dessus sur l'évolution des dépenses et de neutraliser les acteurs simplement mus par l'appât du gain. Soulignons que l'avant-projet en question constitue tout sauf un renforcement du rôle des cantons et que les caisses-maladie sont sur le point de s'arroger de plus en plus de compétences en matière de politique de la santé. Paradoxalement, la droite bourgeoise ne cesse de mettre en cause le "rôle multiple" joué par les cantons, ce qui serait impropre à un système concurrentiel ; or ces mêmes personnes sont en train de transférer cette étiquette aux assureurs. Il n'est pas envisageable pour le PS que des acteurs privés reçoivent autant de pouvoirs dans le cadre d'une assurance sociale et qu'ils brassent des</p>

<sup>1</sup> Cf. Papier de position du PS Suisse, *Une concurrence qui coûte cher. Pour un système de santé publique solide*, papier approuvé par l'Assemblée des Délégué-e-s le 24 juin 2017 à Fribourg : [https://www.sp-ps.ch/sites/default/files/documents/internetvorlage\\_gesundheitspapier\\_f\\_0.pdf](https://www.sp-ps.ch/sites/default/files/documents/internetvorlage_gesundheitspapier_f_0.pdf)

## Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

	<p>sommes aussi importantes provenant de l'impôt. Au demeurant, l'avant-projet de la commission remet profondément en question le mandat constitutionnel de l'art. 117a attribuant à la Confédération et aux cantons les compétences nécessaires en matière d'approvisionnement en soins médicaux de base et, partant, les instruments dont ils doivent disposer pour exercer leurs tâches respectives. Le PS déplore le fait que la commission n'ait pas procédé à une analyse sur la constitutionnalité de la réglementation à l'aune dudit article.</p>
PS	<p>Au niveau de la maîtrise des coûts, le PS a déjà à maintes reprises exigé que diverses mesures fussent mises en place. En premier lieu, il faut réduire et annihiler les incitatifs négatifs favorisant l'augmentation du volume des prestations ou maintenant des tarifications inadéquates. En outre, il serait grand temps qu'une solution durable fût adoptée pour gérer l'admission des fournisseurs de prestations – plus particulièrement des médecins – dans le domaine ambulatoire. Cela fait des années que la droite bourgeoise – tenue en laisse par les caisses-maladie – reste volontairement indifférente et amorphe face à la hausse des primes incessantes. Le PS n'est pas prêt d'entrer en matière sur le présent avant-projet tant qu'une solution durable satisfaisante allant dans le sens de ce qu'a proposé le Conseil fédéral avec le projet de révision de la LAMal <a href="#">18.047</a>. Il n'est pas imaginable de contraindre les cantons à verser une contribution aux assureurs sans qu'ils ne disposent d'instruments efficaces pour piloter l'approvisionnement en soins et qu'ils n'aient leur mot à dire. Si nécessaire, le PS est prêt à jeter toute son énergie dans la bataille contre le diktat des caisses. Au demeurant, tous les signes laissent entendre actuellement que la majorité de droite de la commission n'affiche aucune volonté de faire avancer le dossier et que ce dernier risque fort bien de se solder par un échec.</p>
PS	<p>En fait, le PS soutient pleinement le premier des objectifs principaux poursuivis par l'avant-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N). Ainsi, la CSSS-N entend mieux exploiter le potentiel du transfert de prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire lorsque cela est judicieux du point de vue médical. De l'avis de la majorité de la commission, le financement moniste devrait favoriser le développement des soins intégrés si bien que l'on devrait moins recourir à des interventions stationnaires. Le domaine ambulatoire étant généralement moins coûteux, la hausse des coûts devrait être mieux maîtrisée. Or pour atteindre pareil objectif, des instruments simples, efficaces et éprouvés peuvent être mis en place. Le Département fédéral de l'Intérieur (DFI) a décidé d'élaborer une liste des interventions qui devraient uniquement être effectuées en ambulatoire. La nouvelle réglementation entrera en vigueur dès le début de l'année 2019. Ladite liste fixe un socle minimal qui devrait être étendu à d'autres prestations qui pourraient être fournies dans le domaine ambulatoire lorsque cela est médicalement indiqué. De même, le renforcement de la médecine de famille contribuerait à l'implantation d'une meilleure coordination des soins, améliorerait la qualité sur toute la chaîne de traitements et, partant, ferait baisser le nombre d'hospitalisations. L'avant-projet de la commission ne contient aucune mesure de ce type. Il se résume à un simple transfert des recettes fiscales cantonales aux assureurs.</p>
PS	<p>Le deuxième objectif consiste à stabiliser les parts respectives du financement des prestations de l'AOS assumées par les cantons et les caisses-maladie. Il sied de relever ici que les patient-e-s en Suisse assument aujourd'hui déjà une part considérable du financement des soins et que cette dernière a fortement crû ces dernières années. Selon la statistique de l'OCDE, la Suisse se démarque par une participation de la population aux dépenses de la santé relativement élevée en comparaison internationale. Celle-ci s'élève aujourd'hui à 29,6 pour-cent, bien plus qu'en France (9,8%), en Allemagne (12%) ou encore aux Pays-Bas (11,2%) – ces derniers ayant un système de santé comparable avec la Suisse. Cet indicateur est corrélé avec la proportion des personnes qui renoncent aux soins pour des raisons financières. Selon l'enquête de l'Observatoire suisse de la</p>

## Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal): procédure de consultation

	santé, la part d'assuré-e-s ayant renoncé aux soins pour des raisons financières est passée de 10,3 à 22,5% entre 2010 et 2016. <sup>2</sup> De ce point de vue-là, le PS juge indispensable qu'une part supérieure des dépenses totales de la santé soit financée par l'Etat afin de décharger les patient-e-s.
PS	Troisièmement, la CSSS-N souhaite inciter les agents de financement à instaurer une tarification adéquate des prestations fournies dans les deux secteurs. Cet objectif est louable aux yeux du PS, nonobstant nous jugeons que l'instauration d'un financement moniste tel que prévu par la commission ne changera rien aux problèmes actuels puisque l'avant-projet touche uniquement à la manière de financer les prestations, et non à leur tarification. Dans les faits, les constructions tarifaires TARMED et SwissDRG génèrent de mauvaises incitations dans le sens qu'ils favorisent un sur-approvisionnement en soins, la fourniture de traitements inutiles et la sélection de patient-e-s lucratifs/ves. Le PS revendique la mise sur place de modèles de remboursement qui favorisent la coopération, la coordination et la prévention. Or, le financement moniste préconisé par la commission ne rectifiera pas la situation actuelle et n'encouragera point la révision de Tarmed. La mise sur pied d'une organisation tarifaire nationale est devenue inéluctable pour contraindre les partenaires tarifaires à développer, adapter et actualiser constamment les structures tarifaires du domaine ambulatoire.
PS	L'avant-projet de la CSSS-N se veut globalement neutre au niveau des coûts. Pour ce faire, la commission prévoit de fixer la contribution cantonale à 25,5% des prestations nettes des assureurs. Le reste serait pris en charge par ces derniers. Pour établir cette clé de répartition, la CSSS-N s'est penchée sur une analyse spéciale de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui a calculé les subventions des cantons et des communes à des hôpitaux de soins aigus, à des cliniques psychiatriques, à des cliniques de réadaptation ainsi qu'à d'autres cliniques spécialisées (hors prestations d'intérêt général). Les années 2012 à 2015 ont été prises en compte, puis les subventions ont été extrapolées de manière à atteindre la part de financement de 55% pour le secteur hospitalier étant donné que tous les cantons ne finançaient pas encore la part due dans le cadre du nouveau financement hospitalier. Ainsi, selon les calculs de l'OFS, l'Etat aurait subventionné la LAMal à hauteur d'un montant compris entre 7,3 et 7,7 milliards de francs durant la période étudiée (soit environ 10% des recettes fiscales cantonales). Cela correspondrait à une part moyenne de financement public de 25,5%, part qui devrait être reprise dans le cadre du financement uniforme. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a émis des doutes quant au calcul effectué par l'OFS. Selon les cantons, les chiffres avancés ne seraient pas vérifiables, ce qui ne facilite pas l'appréciation des conséquences financières de l'avant-projet. En soi, cela est le signe que ce dernier n'est pas suffisamment abouti en l'état. Il y aurait lieu d'établir une base de calcul commune et de procéder à une analyse approfondie des conséquences financières pour les acteurs concernés. Quoiqu'il en soit, le PS milite en faveur d'une augmentation de la part de financement assumée par les impôts afin de réduire la part prise en charge par les primes de l'assurance-maladie, qui, elles, sont antisociales.  Toujours au niveau des conséquences financières, le PS s'étonne du fait que le rapport ne décrive pas les conséquences financières pour les assureurs. La commission se contente uniquement de mentionner que l'institution commune visée à l'art. 18 LAMal subira des frais supplémentaires en raison de sa nouvelle tâche consistant à répartir les parts de financement cantonales. Or, cette tâche devra être financée par

<sup>2</sup> Cf. Clémence Merçay, *Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale*, Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Obsan, 2016 ([https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_dossier\\_56\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_56_0.pdf), consulté le 6 juillet 2018)

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

	<p>les assureurs, ce qui induira vraisemblablement une hausse des primes pour les assuré-e-s.</p> <p>Pour ce qui est des conséquences sur l'état du personnel, le PS estime qu'il est en outre indécent de laisser entendre que les cantons pourraient être amenés à licencier du personnel et à faire ainsi des économies en échange de la suppression du contrôle des factures. Le rapport explicatif ne fournit aucune précision à ce sujet, ce qui est tout à fait regrettable.</p>
PS	<p>De surcroît, le PS manifeste sa forte désapprobation à l'égard de l'allègement des assurances complémentaires et du renforcement des hôpitaux et des maisons de naissance conventionnés. Les cliniques privées ne figurant pas sur la liste hospitalière établie par les cantons recevront ainsi davantage d'argent de l'AOS puisqu'elles jouiront elles aussi de l'augmentation de la contribution de la LAMal aux soins de 45 à 74,5%. Le PS tient à relever qu'il s'agira de la deuxième fois après l'introduction du nouveau financement hospitalier en 2012 et en l'espace de quelques années que les hôpitaux privés et les assurances complémentaires profiteront d'une réforme sur le dos des assuré-e-s et de l'assurance de base. Au surplus, l'efficacité de la planification hospitalière cantonale est gravement affaiblie, ce qui n'est pas acceptable au vu des l'évolution des dépenses de la santé. Il faut en effet s'attendre à ce que le volume des prestations et les capacités se démultiplient, ce qui provoquera inmanquablement un nouveau choc de primes.</p>
PS	<p>Un autre élément inacceptable aux yeux du PS est l'augmentation annoncée de la participation aux coûts des assuré-e-s. Cet effet est dû au fait que ces derniers ne paient actuellement aucun pourcentage sur la part des prestations stationnaires assumées par les cantons, mais uniquement sur la part prise en charge par les assureurs. Désormais, comme les assureurs financeront directement l'ensemble des coûts, le montant sur lequel est calculée la participation aux coûts des assuré-e-s (quote-part) augmentera. La commission part de l'idée que cela ne devrait pas avoir de conséquences pour les assuré-e-s puisque les primes devraient diminuer en contrepartie d'une plus forte participation aux coûts. Or, nul ne peut aujourd'hui s'attendre à ce qu'à l'avenir les primes de l'assurance-maladie ne cessent de croître en raison de l'évolution démographique, du progrès technique et – en ce qui concerne le présent avant-projet – de l'augmentation probable du volume de prestations, lequel découlera de l'effet décrit dans notre remarque précédente. Au demeurant, l'on ne peut tolérer une nouvelle hausse de la participation des assuré-e-s compte tenu du fait que celle-ci figure déjà parmi les plus élevées en comparaison internationale.</p>
PS	<p>Enfin, en ce qui concerne la répartition des parts de financement cantonale, deux modèles sont sur la table des discussions. Le PS regrette que le rapport explicatif ne livre aucune comparaison des deux modèles et ne présente pas de manière détaillée leurs avantages et inconvénients respectifs. Nonobstant, nous considérons que les deux modèles présentent des désavantages et ne sont pas envisageables à ce stade.</p> <p>Le principal défaut de la variante basée sur les coûts réside dans le fait que les assureurs reçoivent la contribution cantonale quelle que soit la qualité de leurs services. Le modèle basé sur les risques serait problématique d'un point de vue financier et institutionnel, mais également de la transparence des coûts, puisque les contributions cantonales ne seraient pas réparties selon les factures effectives des prestations fournies, mais selon une probabilité que ces coûts pourraient être dus. De l'avis du PS, la prise en charge intégrée des patient-e-s doit être encouragée et atteinte par une autre voie qu'au travers de pures incitatifs économiques.</p>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

PS	Pour toutes les raisons invoquées dans ces remarques générales, le PS n'est pas disposé à entrer en matière sur ce projet. A ce titre, il soutient la minorité Gysi.
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

<b>Commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications</b>					
<b>nom/ société</b>	<b>art.</b>	<b>al.</b>	<b>let.</b>	<b>commentaire / observation :</b>	<b>Proposition de modification (texte)</b>
PS	18 et 42	2 <sup>octies</sup>  3		De l'avis du PS, il est primordial que les cantons conservent des instruments de contrôle pour vérifier les factures. Ce droit de regard est essentiel pour le domaine stationnaire en vue, notamment, d'une planification hospitalière adéquate. Il a également toute son importance pour le domaine ambulatoire. Les cantons se doivent d'assumer leur responsabilité financière qui consiste à garantir en tout temps l'utilisation efficace de l'argent du contribuable et de le démontrer au public. A cet effet, il faut établir la transparence totale relative aux données sur les coûts et les prestations et leur donner la possibilité de consulter les factures dans un délai raisonnable. Au surplus, les cantons ont le devoir de veiller au respect des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). Dans cet esprit, le PS apporte son soutien ferme à la minorité Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia. Il privilégie en revanche la variante dans laquelle ce contrôle peut être exercé au sein d'un organe dans lequel assureurs et cantons seraient représentés.	
PS	49a			Le PS s'oppose avec vigueur à ces adaptations. Cet article règle la rémunération des hôpitaux qui ne font pas partie de la planification hospitalière cantonale, mais avec lesquels les assureurs peuvent conclure des conventions si ceux-ci remplissent les conditions d'admission. Ainsi, les assureurs peuvent rémunérer les prestations fournies par les hôpitaux et maisons de naissance conventionnés sur les fonds de l'AOS. Dans le droit actuel, ils paient ces fournisseurs de prestations	



**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

			<p>jusqu'à 45% de la rémunération tandis que le reste est pris en charge par les patient-e-s ou une éventuelle assurance complémentaire. La majorité de la commission souhaite adapter la contribution de l'AOS à la nouvelle clé de répartition. Cela signifie que les assureurs pourront rémunérer les prestations jusqu'à 74,5% de la rémunération d'un hôpital répertorié. En d'autres termes, les assurances complémentaires seront déchargées aux dépens de l'assurance de base. Les assuré-e-s aisé-e-s au bénéfice d'une telle assurance paieront des primes plus basses sur le dos des personnes les plus pauvres – avant tout celles qui ne peuvent se permettre de conclure une assurance complémentaire. Enfin les hôpitaux privés gagneront du terrain puisque l'instrument de la planification hospitalière cantonale sera considérablement affaibli. A terme, la présence d'un plus grand nombre d'hôpitaux fera exploser les primes de l'assurance de base en raison d'une augmentation probable du volume de prestations et des capacités. Ces nouvelles dispositions sont absolument inacceptables pour le PS. Partant, nous soutenons la minorité Gysi, Carobbio Guscelli, Feri Yvonne, Häsler, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia pour conserver la contribution de l'AOS actuelle. En fait, ces fournisseurs de prestations conventionnés ne devraient aucunement toucher des fonds provenant des primes de la LAMal.</p>	
PS	60 79a	3	<p>Le droit de recours contre des tiers responsables dont il est question à cet article avait été accordé aux cantons dans le cadre du nouveau financement hospitalier, entré en vigueur en 2012. Cela devait d'éviter que le contribuable supporte une partie des dommages-intérêts et que des tiers responsables bénéficient d'un allègement financé par les recettes fiscales. Le présent avant-projet de la CSSS-N souhaite à nouveau priver les cantons de ce droit de recours direct au motif que ces derniers « ne cofinancent plus directement des prestations mais versent leur contribution aux assureurs ». Ainsi, les cantons profiteraient</p>	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

				uniquement des recours déposés par les assureurs, selon leur gré. Cette modification est inacceptable et témoigne de la volonté de la droite bourgeoise de priver peu à peu les cantons de leurs instruments de gestion de l'assurance-maladie sociale.	
PS	Ch. II	al. 2		<p>L'avant-projet de la commission prévoit d'attribuer au Conseil fédéral la compétence de fixer la date d'entrée en vigueur du financement moniste. Nous considérons que l'avant-projet ne devrait en aucun cas entrer en vigueur avant qu'une solution durable pour gérer l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire ne fût adoptée et mise en œuvre dans le sens de l'objet du Conseil fédéral (<a href="#">18.047</a>). Pour le PS, il est essentiel que ce dernier entre en vigueur le plus rapidement possible afin d'enfin offrir aux cantons un instrument efficace de maîtrise de la hausse des coûts. Dans cet esprit, le PS soutient la minorité Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Gysi, Heim, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia.</p> <p>En outre, il conviendrait d'examiner l'introduction d'une période transitoire de trois, voire cinq ans afin de permettre aux acteurs concernés d'adapter leurs structures et de prendre les mesures requises pour assurer la mise en œuvre de la réglementation.</p>	

Pour effacer des tableaux ou insérer de nouvelles lignes, cliquez sur « Révision / Protéger un document / Désactiver la protection » afin de pouvoir travailler dans le document. Voir guide dans l'annexe.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):  
procédure de consultation**

<b>Autres propositions</b>			
<b>Nom/société</b>	<b>Art.</b>	<b>Commentaire / observation</b>	<b>Proposition de texte</b>
PS	25a, al. 2	La réglementation en vigueur des soins aigus et de transition sont le fruit d'un compromis politique. Ces soins doivent permettre aux patient-e-s de pouvoir mener à nouveau une vie à la maison et de se soigner de manière autonome. Par le passé, la formulation plutôt floue de l'article a déjà été critiquée, notamment en vue de la prise en charge des coûts d'hébergement. La durée maximale de deux semaines devrait être revue à la hausse car elle ne répond guère aux besoins médicaux, si bien que les soins aigus et de transition ne sont pas suffisamment prescrits. La loi devrait prévoir quatre semaines avec une possibilité de prolongation en cas de besoin médical avéré.	