



Des mesures efficaces et sociales contre la hausse des coûts de la santé

Les coûts de la santé explosent et avec eux les primes d'assurance-maladie. Des incitations erronées conduisent à des traitements trop chers et trop nombreux, tandis que les soins de base sont sous-financés. Quant aux prix des médicaments, ils s'envolent – avec les dividendes des grandes entreprises pharmaceutiques – dans des proportions démesurées.

Les besoins des patient-es, des soins de base solides et une haute qualité pour toutes et tous devraient être au centre des préoccupations. Le PS présente des mesures concrètes qui permettent de réduire les coûts rapidement et efficacement, sans pour autant entraîner une baisse des prestations.

1. Moins de profits pour les groupes pharmaceutiques, des médicaments moins chers pour les gens

Le prix des médicaments en Suisse est beaucoup trop élevé par rapport à l'étranger¹. Pour les médicaments protégés par un brevet, nous payons en moyenne 5,4 % de plus qu'à l'étranger, pour les préparations originales dont le brevet a expiré, la différence est de 10,8 % et pour les génériques, elle atteint même 45,5 %. En comparaison avec d'autres pays européens, nous payons même jusqu'à deux fois et demie plus pour les génériques².

Mais ce n'est pas tout : en Suisse, non seulement leurs prix sont trop élevés, mais trop peu de médicaments génériques sont délivrés. La part des génériques prescrits et achetés s'élève tout juste à 22 %, alors qu'en Allemagne, elle dépassait déjà 80 % en 2019³.

De plus en plus de nouveaux médicaments coûtent plus de 100 000 à 500 000 francs par an et par patient-e. C'est notamment pour cette raison qu'en 2022, plus de 9 milliards de francs ont été facturés pour la première fois pour des médicaments dans le cadre de l'assurance de base, avec une forte tendance à la hausse⁴. Les coûts des médicaments correspondent ainsi à un petit quart des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le volume de marché des préparations originales dont le brevet a expiré représente à lui seul 1,3 milliard de francs. Le potentiel d'économies dans ce domaine est donc considérable. Des prix de médicaments plus bas réduisent les coûts de la santé et donc la charge des primes.

Le PS Suisse demande donc :

Les prix des médicaments doivent être réduits. Les prix des nouveaux médicaments doivent être freinés, notamment via l'engagement de la Suisse au niveau international en faveur d'un plafonnement. Le potentiel d'économies est également énorme pour les génériques. Pour cela, il faut une **obligation d'utiliser des génériques et des biosimilaires pour les préparations originales dont le brevet a expiré**. En combinaison avec des prix de référence, cela permettrait d'économiser directement et sans réduction des prestations **685 millions de francs par an**. Cela correspond à plus de deux pour cent de primes.

¹ santésuisse, [ici](#)

² Surveillant des prix, [ici](#)

³ Surveillant des prix, [ici](#)

⁴ santésuisse, [ici](#)

1. **Il faut une obligation d'utiliser des génériques et des biosimilaires ainsi que des prix de référence.** Si les génériques les moins chers étaient systématiquement prescrits et achetés, 200 millions de francs pourraient être économisés chaque année, et ce sans aucune perte de qualité. Un système de prix de référence pour les génériques permettrait d'économiser 350 à 400 millions de francs supplémentaires. Mais il n'y a pas que les génériques qui permettraient de réaliser des économies massives sans perte de performance : si les biosimilaires remplaçaient dans la mesure du possible les préparations originales dont le brevet a expiré, le potentiel d'économie serait de 100 millions de francs supplémentaires. Si les prix des préparations originales dont le brevet a expiré étaient également fixés selon le prix de référence⁵, les coûts baisseraient à nouveau de 35 millions de francs⁶. Potentiel d'économie total : 685 millions de francs par an.
2. En Suisse aussi, de nouveaux médicaments doivent être distribués. Mais ils ne doivent plus coûter plusieurs centaines de milliers de francs par an et par patient-e. Une **collaboration internationale** est nécessaire **pour freiner ces prix exorbitants**. En outre, il faut encadrer les bénéfices excédentaires prélevés par les entreprises pharmaceutiques.

Le PS Suisse s'est déjà engagé à plusieurs reprises en faveur de ces solutions afin de mettre un terme à ce commerce de plusieurs milliards. La majorité de droite du Parlement s'est opposée à cette mesure efficace et a récemment encore rejeté le système de prix de référence.

2. Renforcer les soins de base et la prévention, stopper la hausse des coûts pour les spécialistes

Les dépenses pour les soins de base stagnent, alors que les coûts des spécialistes augmentent fortement. Ainsi, les salaires des spécialistes sont 2 à 3 fois plus élevés que ceux des médecins de famille et des pédiatres⁷. Il en résulte une pénurie de médecins de famille, de psychologues et de pédiatres, ainsi qu'une pénurie de soins. Actuellement, sur les quelque 40 000 médecins en exercice, seuls 8 500 travaillent dans le domaine des soins de base⁸. Ce transfert des soins de base entraîne une hausse des coûts et une augmentation des volumes, car en plus de la charge de travail déjà élevée des hôpitaux, tou-tes les spécialistes doivent également remplir leurs salles d'opération. Outre l'augmentation inutile des coûts due à cette extension des volumes, cette évolution entrave également la progression de l'ambulatoire, qui permet de réduire les coûts.

Le manque de coordination entre les fournisseurs de prestations et l'absence de dossier électronique du patient (DEP) entraînent en outre des examens multiples, des plans de médication incomplets, des doublons inutiles dans le système de santé et, par conséquent, des risques pour les patient-es. Ces doublons sont également encouragés par les cantons ;

⁵ Dans un système de prix de référence, les médicaments sont répartis en différents groupes (les médicaments contenant des substances actives identiques ou similaires font partie du même groupe) et les assurances maladie ne remboursent plus qu'un montant maximal fixe par groupe (= prix de référence ou montant fixe), qui s'oriente en général vers les génériques les plus avantageux. Son montant est régulièrement revu.

⁶ santésuisse, [ici](#)

⁷ OFSP, [ici](#)

⁸ SRF, [ici](#)

par exemple, une planification suprarégionale des soins hospitaliers fait encore défaut aujourd'hui.

Le PS Suisse demande donc :

Il faut renforcer les soins de base (médecins de famille, hôpitaux publics, pédiatres, infirmières, psychothérapeutes) et améliorer la coordination de l'ensemble des soins médicaux. Pour ce faire, nous demandons de meilleurs tarifs pour les soins de base, l'introduction de centres de premier conseil et une mise en œuvre rapide de l'initiative sur les soins. Mais cela ne peut être financé que si ces coûts supplémentaires peuvent être compensés par les spécialistes.

1. **Il faut des tarifs différenciés :** les tarifs des spécialistes doivent baisser et ceux des médecins de famille et des autres prestataires de soins de base doivent augmenter. Parallèlement, les hôpitaux qui assurent des soins d'urgence, fonctionnent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ont l'obligation d'accueillir du personnel soignant ou de le former, doivent être mieux rémunérés aux frais des spécialistes.
2. **Un monitoring fonctionnel, la transparence des coûts et des objectifs de coûts efficaces sont la base d'adaptations tarifaires ciblées :** Le Parlement a considérablement affaibli les propositions du Conseil fédéral pour un monitoring des coûts ainsi que le contre-projet à l'initiative du Centre. L'élément central est que les partenaires tarifaires sont tenus d'adapter les tarifs lorsque les coûts augmentent de manière excessive. En outre, le pilotage au moyen d'objectifs de coûts efficaces doit garantir que les coûts n'augmentent que dans les soins de base, parce que c'est là que c'est nécessaire.
3. **Les services de première consultation renforcent la coordination** et luttent contre le flux d'informations stagnant entre les différents spécialistes. Les médecins de premier recours, tels que les généralistes, les pédiatres ou les infirmières de pratique avancée (APN)⁹, coordonnent mieux les traitements des patient-es et veillent à ce qu'aucun examen ne soit effectué à double, que le triage soit effectué dès le début et que les spécialistes ne soient consulté-es qu'en cas de nécessité. La numérisation du système de santé en fait également partie. Les prestations de ces services de première consultation doivent en outre être rémunérées. Avec un dossier électronique du patient utilisé à grande échelle, un autre grand pas serait fait pour réaliser et coordonner les traitements médicaux de manière plus efficace et moins coûteuse.
4. **Les nouveaux tarifs doivent être neutres en termes de coûts :** une révision du Tarmed est nécessaire. Le Conseil fédéral ne peut toutefois approuver le TARDOC et les nouveaux forfaits ambulatoires que s'il existe des mécanismes obligatoires qui interviennent en cas de hausse des coûts.

⁹ Les infirmières de pratique avancée («*Advanced Practice Nurses*», APN) sont des professionnel·les de la santé qui, grâce à une formation académique de niveau master consécutif, ont acquis des connaissances d'expert, des capacités de prise de décision dans des situations très complexes et des compétences cliniques pour une pratique infirmière élargie. Elles et ils prennent en charge des cas complexes dans différents contextes, forment leurs collègues ou servent de lien entre les patient-es, les proches et les professionnel·les de la santé d'autres milieux.

5. Les infirmiers et infirmières assurent des prestations indispensables dans le système de santé et sont souvent le premier point de triage dans le secteur hospitalier. **Des soins infirmiers qui fonctionnent bien et qui disposent de ressources suffisantes augmentent la qualité des traitements et permettent ainsi de réduire les coûts.** Pour cela, il faut une mise en œuvre rapide et complète de l'initiative sur les soins infirmiers. L'amélioration des conditions de travail, en particulier, doit être abordée et mise en œuvre rapidement, notamment pour pouvoir lutter contre la grave pénurie de personnel qualifié. En outre, les compétences et la rémunération des APN doivent être réglées.

Le PS Suisse s'est engagé au Parlement en faveur de toutes ces mesures. Toutefois, l'introduction de services de première consultation a été supprimée après la consultation sur le paquet de mesures de maîtrise des coûts II, car une nette majorité des participant-es à la consultation s'est opposée à cette mesure, dont notamment le centre, le PLR, l'UDC et le pvl ([ici](#)).

3. Mettre fin à la logique du profit dans le secteur de la santé, créer plus de transparence

Le défaut de construction fondamental du système de santé suisse est qu'il est censé fonctionner de manière lucrative. Il en résulte que les prestations rentables sont âprement disputées par les prestataires privé-es et les assurances-maladie privées et que les soins de base, la prévention et les soins sont négligés. **Les prestations rentables sont (trop) souvent effectuées, alors que les prestations dans le domaine des soins de base ne sont guère rentables¹⁰.**

Un nombre supérieur à la moyenne d'interventions (lucratives) sur les os et les articulations est pratiqué sur les personnes disposant d'une assurance complémentaire. Une indemnisation trop élevée entraîne une surconsommation de soins, le tarif médical de base devant toujours être pris en charge par l'assurance de base. **Cela fait grimper les coûts de la santé sans que les patient-es en profitent.** Les médecins de premier recours et les fournisseurs de prestations tels que les grands hôpitaux publics, qui prennent en charge tou-tes les patient-es non rentables, restent en revanche sur le carreau.

La pseudo-concurrence entre les caisses, qui devrait théoriquement entraîner une baisse des coûts pour les assuré-es, provoque en réalité l'effet inverse. Les caisses atteignent très rapidement leurs limites lorsqu'un trop grand nombre d'assuré-es les rejoignent. Ainsi, certaines grandes caisses maladie ont signalé des problèmes dans le traitement des nombreuses mutations fin 2022, lorsque près d'un quart des assuré-es ont changé de caisse – un record historique. **Au total, ces changements de caisse maladie coûtent chaque année aux assuré-es plusieurs centaines de millions de francs, ce qui représente un à deux pour cent de prime¹¹.** Et tout porte à croire que les dépenses publicitaires des caisses – financées, rappelons-le, par les assuré-es – seront encore plus élevées cette année.

Le PS Suisse demande donc :

La santé n'est pas un business ! Il faut mettre fin à la course au profit sur le dos des assuré-es. Les interventions ne doivent être effectuées que si elles sont médicalement indiquées et

¹⁰ Voir aussi la prise de position du PS « Une concurrence qui coûte cher » (2017), [ici](#)

¹¹ 20min, [ici](#)

ne doivent pas dépendre du statut d'assurance de la personne à traiter. Pour cela, il faut plus de transparence en ce qui concerne les salaires, le financement et un organe de contrôle indépendant. Une caisse maladie publique permettrait en outre de mettre un terme à la pseudo-concurrence dans le domaine de l'assurance de base et de réaliser des économies massives.

1. Il faut **plus de transparence** avec une statistique complète sur toutes les prestations facturées et les coûts des prestataires de soins ambulatoires¹². Cela implique également une transparence sur les salaires au sein des assurances-maladie et des prestataires de soins, tant pour l'assurance-maladie obligatoire que pour l'assurance complémentaire. Les accords entre les prestataires de soins et l'industrie de la santé, qui conduisent à l'utilisation de produits coûteux, doivent être interdits.
2. Une **instance indépendante** doit vérifier quelles interventions ne sont pas nécessairement effectuées sur la base d'une indication médicale, mais par exemple en raison d'une assurance complémentaire et donc d'une rémunération plus élevée. Cette fonction doit être assumée par une « FINMA pour les prestations médicales ». Ce ne sont pas les patient-es qui doivent signaler les erreurs de comportement potentielles. Cette instance indépendante ne doit en aucun cas empêcher les prestations nécessaires. Elle doit plutôt être chargée de sanctionner les fournisseurs de prestations en cas d'augmentation illégale des volumes.
3. Une **caisse maladie publique** régionale ou cantonale rend superflue la pseudo-concurrence dans l'assurance de base et permet de réaliser des économies massives sur les frais administratifs et publicitaires, qui sont aujourd'hui payés par les assuré-es. Une caisse maladie publique renforce en outre la prévention, qui améliore la santé de la population et réduit ainsi les coûts. En effet, les caisses privées n'ont aujourd'hui aucun intérêt économique à investir de manière substantielle dans la prévention.
4. **La prévention doit être efficacement renforcée dans la LAMal et les rôles doivent être clarifiés.** Dans ce contexte, la part financée par les impôts doit également être augmentée afin de promouvoir des programmes efficaces et bien coordonnés de promotion de la santé¹³.
5. **Pas de lobbyistes au Parlement :** tou-tes les membres du Parlement, ou du moins des commissions de la santé, ne doivent pas avoir de mandat dans le domaine de la santé. Seul un abandon de cette représentation d'intérêts permettrait une discussion ouverte.
6. **Pas de publicité et pas d'intermédiaires :** bien que le Parlement ait adopté récemment des lois en la matière, les commissions dans le domaine des assurances complémentaires ont été augmentées et une autorité de surveillance a été supprimée. Le PS demande donc que les appels téléphoniques gênants et les commissions inutiles pour changer de caisse soient interdits.

¹² Il existe certes des chiffres sur les prestations effectuées dans les hôpitaux. Il manque toutefois une présentation complète.

¹³ Cf. postulat Flavia Wasserfallen 22.3671 [ici](#)

Conclusion :

Il faut faire des économies dans le domaine des médicaments et des spécialistes. En contrepartie, il faut renforcer les soins de base.

Toutes les économies doivent être réalisées au sein du système. Le PS combat en revanche les mesures de réduction des coûts sur le dos des patient-es et des payeurs de primes : le PS s'opposera systématiquement, et si possible par référendum, à toute restriction du catalogue de prestations ou à toute augmentation de la franchise et de la quote-part.