



Résumé du papier de travail santé

Dans le domaine de la politique de la santé en Suisse, la tendance à la concurrence et à la privatisation s'est fortement renforcée. Le nouveau financement hospitalier est largement responsable de cette évolution. Le remboursement des prestations fournies dans le domaine hospitalier stationnaire au travers de forfaits par cas (SwissDRG) contraint tant les hôpitaux publics que privés à dégager des bénéfices, car ils sont exposés à une concurrence accrue et doivent composer avec le « marché de la santé ». Le prix à payer, c'est une augmentation incessante des primes chaque année. Les perdant-e-s dans cette histoire sont les patient-e-s qui engendrent des coûts élevés et génèrent de faibles rendements : il s'agit des personnes âgées, des personnes souffrant de maladies chroniques, de maladies psychiques ou de plusieurs maladies, et des personnes dépourvues de moyens comme toutes celles qui vivent à l'écart de la société. La pression de la concurrence stimule l'émergence d'une médecine à deux vitesses, qui est fatale à ces patients peu attractifs. Au final, c'est à l'Etat qu'il incombera de prendre soin d'eux. A l'inverse, les assuré-e-s privé-e-s et les patient-e-s en bonne santé, intégré-e-s dans un modèle intégré et faciles à traiter, bénéficient d'un excellent service à l'hôpital et dans les cabinets ambulatoires.

La concurrence dans le domaine de la santé permet à certains investisseurs de s'enrichir tout en laissant les primes d'assurance-maladie grimper de manière incontrôlée. La médecine ambulatoire présente des taux de croissance élevés, pas uniquement pour le bien des patient-e-s, mais aussi pour celui des hôpitaux, qui s'assurent grâce à des cabinets de groupe l'accès à une clientèle lucrative. Parce que dans le domaine ambulatoire les caisses maladie doivent régler la totalité des coûts, cette croissance a des répercussions directes sur les primes d'assurance-maladie. Ainsi, les primes augmentent bien plus rapidement que les coûts globaux de la santé, et ce sont les assuré-e-s qui paient les dividendes distribués aux investisseurs et les bonus accordés aux médecins, qui procèdent parfois à de nombreuses opérations inutiles – cela, dans de nombreux cas, pour remplir les objectifs fixés en début d'année au niveau du volume de prestations à fournir.

Dans l'ensemble, la présente recherche montre que la concurrence dans le domaine de la santé tire les coûts vers le haut. Là où les pouvoirs publics interviennent de manière ciblée et judicieuse, les soins médicaux sont plus proches des besoins de la population, plus performants et meilleur marché. C'est pourquoi nous exigeons un renforcement du service public dans le système de santé et dans son financement, une stratégie efficace sur la qualité, un contrôle des coûts, de nouveaux critères pour l'admission des hôpitaux sur les listes cantonales et plus de codécision pour le personnel soignant et les patient-e-s. L'approvisionnement en soins de base dans les domaines hospitalier et ambulatoire doit être maintenu à l'échelle nationale. Le plus urgent est une limitation des primes à maximum 10% du revenu disponible des ménages.

Le PS prévoit ainsi trois étapes distinctes :

Première étape :

Le PS Suisse invite ses Partis cantonaux à lancer des initiatives dans leurs cantons respectifs pour limiter le poids des primes de l'assurance-maladie obligatoire à 10% du revenu disponible des ménages. Pour ce faire, les systèmes de réductions individuelles de primes cantonaux doivent être adaptés.

Deuxième étape :

Le PS Suisse invite toutes ses sections à combattre avec force toute transformation en société anonyme d'hôpitaux publics et à lutter contre les projets de privatisation au moyen, notamment, de référendums. Dans de nombreux cas, nous avons remporté les scrutins populaires à l'instar, par exemple, des cantons de Zurich et du Tessin. Des plans de privatisation sont en cours, notamment dans les cantons d'Argovie, de Bâle-Ville et Bâle-Campagne, ainsi que dans celui de Zurich.

Troisième étape :

Le PS va déposer des interventions parlementaires au Parlement fédéral, afin de renforcer les critères d'admission sur les listes hospitalières cantonales à l'échelon national, par exemple en exigeant une part minimale de patient-e-s relevant de l'assurance obligatoire des soins ou encore une amélioration des conditions de travail du personnel.