

Le contre-projet à l'initiative pour la baisse des primes est inacceptable pour le corps médical

L'initiative de l'UDC pour la baisse des primes d'assurance-maladie n'a pas passé la rampe du Conseil national. C'est une bonne chose, car elle prévoyait d'instaurer la liberté de contracter et un financement moniste par les caisses-maladie, ainsi que de plafonner à 50% les contributions de la Confédération et des cantons. Autre aspect très problématique: elle exigeait une limitation du nombre des prestations prises en charge par l'assurance de base. Cela n'aurait rien signifié d'autre qu'un démantèlement de l'assurance sociale au profit des assurances complémentaires, et en faveur des assurés qui peuvent s'offrir le luxe de telles assurances en plus du minimum réglementaire. Le principe de la solidarité, pierre angulaire du système de santé suisse, aurait été entièrement sacrifié.

De façon surprenante, le Conseil national a accepté – contre l'avis de la commission préparatoire et malgré l'opposition du conseiller fédéral Pascal Couchepin – le contre-projet que lui soumettait le conseiller national radical zurichois Felix Gutzwiller. Ce texte prône, comme grands principes, une concurrence régulée et une haute qualité médicale, liées à l'économicité des prestations. Ce qui se cache concrètement derrière ces slogans, c'est notamment la volonté d'imposer la liberté de contracter, une plus grande responsabilisation du patient et le financement moniste des hôpitaux. Ce contre-projet représente-t-il une option acceptable pour une solution rapide du problème urgent des coûts de la santé?

A y regarder de plus près, il s'avère que le contre-projet, par rapport à l'initiative, n'est que la moins mauvaise de deux très mauvaises variantes.

- La *liberté de contracter* limite d'une part le patient dans le choix de son médecin et risque de mettre fin à la relation de confiance que l'un et l'autre entretenaient depuis de longues années, une relation qui contribue pourtant de façon décisive au succès du traitement. D'autre part, pour les médecins, la liberté de contracter peut revenir à une interdiction d'exercer, ce à quoi nous nous opposons évidemment avec véhémence! Il n'est pas difficile d'imaginer que pour les caisses, c'est avant tout l'économicité, donc le faible coût des prestations, qui servira de critère.
- Vouloir *renforcer la responsabilité individuelle des patients* est en principe une intention louable. La pratique quotidienne nous montre cependant que ce sont précisément les personnes socialement défavorisées qui, souvent, ne sont pas en situation d'assumer une telle responsabilité. Si l'on récompense les bons comportements et pénalise les autres, les milieux défavorisés, à la santé plus fragile, seront les premiers à en faire les frais, au sens propre et figuré du terme. De plus, il est

faux de faire croire que l'on peut choisir d'être bien portant ou non, car même quelqu'un qui vit sainement, fait régulièrement du sport, se nourrit de façon équilibrée, ne fume pas et consomme modérément de l'alcool peut évidemment tomber malade.

- Le *financement moniste des hôpitaux*, tel qu'il est proposé, entraînerait un déséquilibre flagrant entre les divers acteurs du système de santé et une très forte concentration de pouvoir chez les assureurs-maladie. On peut s'attendre là à une résistance massive de la part des cantons, qui devraient mettre des milliards à la disposition des caisses-maladie sans avoir leur mot à dire ni de possibilité suffisante de contrôle quant à l'utilisation de ces fonds. Or, comme on le sait, l'argent est souvent synonyme de pouvoir: on n'est pas loin d'une médecine à deux vitesses, ni du rationnement des soins.

Des prestations de soins de haute qualité et économiques et la transparence qui sont demandées par le contre-projet sont aussi l'objectif de la FMH. Mais l'approche proposée, à savoir que la qualité d'une prestation devrait se mesurer à son caractère économique et donc à son coût le plus bas possible, est complètement fautive du point de vue des médecins. Les critères économiques ne peuvent en aucun cas représenter le seul indice d'une qualité élevée, et ne peuvent être pris en compte que comme un indicateur parmi d'autres. Lors de sa dernière Assemblée des délégués, la FMH a lancé des idées telles que le Managed Care ou des critères de qualité obligatoires fixés conjointement avec les assureurs: ces propositions combinent l'économicité, la transparence et une qualité élevée, ces deux dernières notions induisant la première et permettant à chacun de bénéficier d'un système de santé performant à un prix abordable.

Ce contre-projet s'avère donc très pernicieux; il formule finalement des exigences identiques à celles de l'initiative retirée, sous une autre forme. Il faut s'attendre à une opposition véhémente de la part des cantons, et une acceptation par le peuple apparaît improbable. Malgré tout, il convient de ne pas relâcher notre vigilance. Il incombe au corps médical de continuer à agir avec créativité dans une optique tant économique que sociale, et à défendre énergiquement ses idées et ses revendications pour garder un système de santé de haute qualité et d'un coût raisonnable, ici, maintenant et à l'avenir.

Jacques de Haller, président de la FMH
Jacqueline Wettstein, responsable de la communication FMH