

Les contreprojets du Parlement sont inacceptables – ils doivent être abandonnés

L'initiative populaire de l'UDC «pour la baisse des primes dans l'assurance de base» a malheureusement réussi à susciter de la part du Parlement deux contreprojets inacceptables, un dans chaque Chambre. La FMH s'oppose très vigoureusement à ces textes.

Notons d'abord, pour que ce soit dit, qu'il vaudrait beaucoup mieux présenter cette initiative au peuple sans contre-projet, simplement telle qu'elle est, pour ce qu'elle est: un démontage dramatique de l'accès aux soins pour toutes et tous et aussi, il faut le dire, une attaque en règle contre celles et ceux, médecins et soignants divers, qui fournissent les prestations de notre système de santé.

Quant aux contreprojets des Chambres, cédant à l'air du temps, ils tentent de revenir à une vieille lune, la liberté de contracter, en confiant aux assureurs rien moins que le droit de distribuer les droits de pratique (proposition du Conseil des Etats); il s'agirait aussi de «garantir» la concurrence économique dans le système de santé, de passer de notre système actuel se fondant sur l'idée de «soins optimaux à la population» à celui de soins «minimaux» – un saut en arrière indigne! – et enfin de «promouvoir la responsabilité individuelle».

Ne s'attardant pas sur le fait idéologique que les contreprojets des Chambres répondent essentiellement à des effets de mode, la prise de position publiée par la FMH jeudi dernier fait ressortir plusieurs points fondamentaux que le Conseil des Etats, dans les semaines qui viennent, ne pourra pas ne pas prendre en considération.

- L'attribution d'un droit de pratique est un acte administratif qui doit être couvert par toutes les exigences liées à un Etat de droit (impartialité, égalité entre tous les justiciables partenaires, droits de recours, etc.) et ne peut d'aucune façon être confié à une caisse-maladie.
- Il serait complètement inadéquat de changer abruptement un paradigme fondamental du système de santé en passant de l'idée de soins «optimaux» à celle de soins «minimaux», comme le texte du Conseil national le prévoit.

Des soins «optimaux», comme actuellement, cela ne veut évidemment pas dire «le plus possible» mais bien «le mieux possible»; c'est simplement répondre aux critères bien connus d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Changer cela pour des soins minimaux serait un bond en arrière indigne de notre pays.

Ce serait aussi une injustice inacceptable pour tous ceux qui ont cotisé pendant des années en vue de traitements «optimaux» et qui, au moment où des soins deviendraient nécessaires, se retrouveraient avec un système qui ne leur offre plus que des traitements «minimaux»: une vraie escroquerie!

- Deux expertises juridiques de spécialistes réputés démontrent de façon absolument convaincante que l'exigence

de la concurrence dans le système de santé est incompatible avec quelque système tarifaire que ce soit; la loi sur les cartels est claire à ce sujet et ne souffre pas d'exception, si ce n'est à vider les mots de leur sens: le TARMED ou les DRG devraient être éliminés.

Vouloir «garantir la concurrence» dans le système de santé supposerait donc de réécrire toute la LAMa!

Mais surtout, il ne faut pas l'oublier, les tarifs ont au-delà de leur utilité pour les prestataires et les assureurs, une fonction essentielle de protection; ils empêchent que les prestations ne soient uniquement soumises aux lois du marché, ils visent une répartition équitable des ressources et l'égalité de traitement pour toutes et tous; grâce aux tarifs, les personnes à revenu modeste peuvent, elles aussi, avoir accès aux prestations de santé et les payer.

Bref, comme nous l'avons souvent déjà dit, les lois du marché et la concurrence ne sont pas applicables au système de santé!

- Le concept de la responsabilité personnelle, enfin, part de l'idée que tout le monde peut choisir ses facteurs de risque, ou à tout le moins est en situation de pouvoir les trier. Les sanctions contre celles et ceux qui refusent d'adapter leur comportement sont alors essentiellement financières: non-remboursement, participation accrue, élévation des primes ...

Or, parmi les facteurs de risque les plus importants figurent ce qu'on appelle les déterminants socio-économiques de la santé – les plus typiques sont la pauvreté ou le chômage, et leur influence sur la santé est notamment médiatisée par des facteurs de risque classiques: nutrition, tabagisme, hygiène de vie, stress ...

On voit ainsi qu'à l'évidence, les gens touchés par ces déterminants sont justement ceux qui doivent être le mieux soutenus par la société et protégés par l'Etat. Sanctionner ces facteurs de risque par des mesures financières éloignera ainsi des soins qui leur sont nécessaires celles et ceux qui en ont le plus besoin, mais qui sont les moins aptes à supporter des sanctions financières.

La notion de «responsabilité personnelle» est donc inadéquate, dans le contexte d'un système de santé qui se veut social et non discriminant.

Pour la FMH, les contreprojets des Chambres à l'initiative de l'UDC sont donc clairement inacceptables et nous nous battons contre eux avec toute notre énergie et par tous les moyens nécessaires, la meilleure solution restant de les abandonner purement et simplement lors des prochains débats parlementaires car ils sont en fait complètement inutiles.

Dr Jacques de Haller, président de la FMH