

1^{er} juin 2008: la Suisse vote sur la médecine et les médecins

Le premier week-end de juin, les Suissesses et les Suisses voteront sur la liberté de contracter et le financement moniste des soins. C'est là en effet, ni plus ni moins, ce que prévoit le contre-projet intitulé «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie», tel qu'il sera soumis au peuple après que l'UDC a retiré son initiative pour la baisse des primes.

Ce contre-projet peut paraître inoffensif à première vue. A y regarder de plus près, on constate toutefois à quel point il est pernicieux: s'il est approuvé par le peuple le 1^{er} juin, la liberté de contracter et le financement moniste seront bientôt une réalité.

Les partisans du contre-projet parlent de «concurrency régulée», un euphémisme qui, en fin de compte, ne signifie rien d'autre que la liberté de contracter. Or pour nous, les médecins, de même que pour nos patientes et nos patients, la liberté de contracter revient exactement à son contraire – elle est une absence de liberté: à l'avenir, seuls seront encore admis les prestataires de soins qui travaillent «à bon marché» et conformément aux exigences des assurances. Une pratique qui n'est possible que si l'on se concentre sur des patients généralement en bonne santé. Les médecins qui soignent des personnes âgées ou des malades chroniques – par exemple des diabétiques ou des patients atteints de maladies requérant des traitements intensifs – ne seront plus acceptés par les caisses comme partenaires contractuels. Et ce sont précisément ces patients-là, leurs patients, qui resteront sur le carreau.

Le financement moniste est lui aussi une exigence à courte vue. Qui gèrera ce financement? Si ce sont les cantons ou un organisme tiers, ils devront mettre sur pied tout un système de contrôle des prestations et de facturation – et les caisses-maladie deviendront alors inutiles. Il est donc vraisemblable que cette tâche reviendra aux seules caisses, qui auront désormais tous les pouvoirs. Elles seront à la fois juge et bourreau puisqu'elles détermineront qui peut travailler comme médecin, quels

patients peuvent être traités et quels traitements sont justifiés. Et ceci sans l'ombre d'un contrôle indépendant.

Pour ces raisons, la FMH doit opposer un non clair et net au contre-projet «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie». Les attentes du monde politique, telles qu'elles s'expriment notamment dans l'article constitutionnel soumis au vote, nous montrent clairement que les médecins doivent maintenant se manifester. L'obligation de contracter pourrait devenir du passé plus rapidement que nous ne le voudrions. Nous devons donc, nous aussi, envisager de nouvelles approches. Et plus rapidement nous proposerons des solutions de rechange, plus grande sera notre chance de faire passer nos idées. Avec le managed care et les réseaux de soins, nous avançons, en tant que corps médical, des propositions convaincantes pour un système de santé qui soit financièrement supportable et accessible à tous – tout en garantissant la haute qualité et l'économicité des prestations. Nous demandons donc

- la collaboration continue des prestataires de soins et des assureurs en tant que partenaires égaux en droits;
- la promotion du managed care et des réseaux médicaux;
- la création d'incitations favorisant ces réseaux;
- la liberté pour les médecins et les patients d'opter pour ou contre un réseau médical et
- la définition de critères de qualité.

Nous allons, ces prochains mois, nous engager activement dans la campagne de vote et continuer de concrétiser les dossiers du managed care et des réseaux médicaux. L'objectif que nous devons atteindre, c'est le maintien du libre choix pour le patient et, pour nous les médecins, du libre exercice de la profession. Ni plus ni moins.

*Dr Jacques de Haller,
président de la FMH*