

Contre-projet à l'initiative UDC

Un NON catégorique le 1^{er} juin 2008!*

Thomas Burgener

Conseiller d'Etat du canton du Valais,
Chef du Département de la santé, des
affaires sociales et de l'énergie

En décembre dernier, les Chambres fédérales ont rejeté l'initiative de l'UDC «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base». Cette initiative était effectivement difficilement soutenable, étant donné que sa mise en œuvre aurait impliqué une réduction massive des prestations à charge de l'assurance-maladie.

Par contre, les Chambres fédérales ont adopté un contre-projet, élaboré malheureusement à la hâte. Ce contre-projet sera soumis au vote populaire le 1^{er} juin prochain. En apparence, il ne semble pas apporter de grands changements. Cependant, il pose les bases constitutionnelles pour la mise en place d'une régulation du système de santé par les seuls principes de la concurrence et les règles du marché, au détriment de la garantie de l'accès aux soins pour tous et de la solidarité entre générations et entre bien-portants et malades.

En effet, ce contre-projet vise à inscrire dans la Constitution fédérale l'obligation de mettre en œuvre l'assurance-maladie conformément aux principes de la concurrence. Concrètement, cela veut dire introduire la liberté de contracter entre assureurs et fournisseurs, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire. De plus, le contre-projet prévoit que les contributions publiques soient versées à l'organisme qui finance les prestations. Ce qui revient à dire que l'on devrait introduire un financement moniste: les cantons se verraient alors dans l'obligation de verser leur participation aux coûts hospitaliers aux assureurs et non plus aux hôpitaux; les assureurs deviendraient ainsi les seuls agents à financer directement les établissements hospitaliers.

Cette perspective est inacceptable pour les prestataires de soins et pour les assurés, de même que pour les cantons, et ce pour plusieurs raisons.

En pouvant librement choisir, chaque année, quels fournisseurs de soins et quels hôpitaux pourront exercer à la charge de l'assurance-maladie, les assureurs disposeraient d'un pouvoir disproportionné, sans aucune légitimité démocratique. Ce serait dès lors eux qui décideraient de la planification hospitalière. Et contrairement aux directrices et directeurs cantonaux de la santé, ils ne seront pas sanctionnés lors des élections si les décisions prises ne conviennent pas à la population.

Les fournisseurs de prestations et les hôpitaux verront leur pouvoir de négociation drastiquement réduit, face à des assureurs détenant l'ensemble des moyens financiers, y compris la part cantonale, et pouvant décider chaque année qui sera remboursé ou non.

Le choix des prestataires remboursés se fera très vraisemblablement uniquement au regard des coûts, au détriment des médecins soignant des malades chroniques ou des personnes âgées dont les coûts de traitement sont évidemment plus élevés. Ces choix se feront également au détriment des hôpitaux publics qui, contrairement aux cliniques privées, ont l'obligation de prendre en charge tous les patients, y compris ceux engendrant des coûts de traitement plus élevés en raison de polymorbidités par exemple.

Les assurés y ont également tout à perdre. Le libre choix du fournisseur de prestations n'existera plus que pour les personnes ayant les moyens de s'offrir une assurance complémentaire. De plus, le contre-projet laisse la possibilité de revenir sur l'obligation d'assurance, puisqu'il prévoit que le Conseil fédéral peut (et non pas doit) déclarer l'assurance-maladie obligatoire. Une régression manifeste!

Les assurés ne doivent pas s'attendre à bénéficier d'une baisse de prime en contrepartie. En effet, l'efficacité de la liberté de contracter en termes de maîtrise des coûts n'est pas prouvée et est même de plus en plus mise en doute. M. Couchepin a lui-même déclaré devant le Conseil national en décembre dernier que la liberté de contracter ne permettrait pas automatiquement de réduire les coûts.

L'exemple des Etats-Unis illustre bien les résultats auxquels aboutissent les systèmes de santé régulés uniquement par les règles du marché: ce pays est celui dont les coûts de la santé sont les plus élevés, alors qu'une part importante de sa population ne bénéficie pas d'une assurance-maladie.

Au final, la liberté de contracter ne bénéficierait qu'aux assureurs. Elle leur permettrait de vendre davantage d'assurances complémentaires, secteur dans lequel les assureurs sont autorisés à réaliser des profits et fixer des primes différenciées selon l'âge ou l'état de santé de l'assuré. Cela engendrera inévitablement une discrimina-

* Extrait du discours tenu au
Congrès médical Quadrimed du
31 janvier 2008 à Crans-Montana.

Correspondance:
Thomas Burgener
Rue St-Martin 13
CH-3930 Viège

thomas.burgener@admin.vs.ch

tion des personnes âgées ou malades, réduisant à néant la solidarité dans l'assurance-maladie.

Fort heureusement, il existe d'autres moyens de maîtrise des coûts, plus efficaces, acceptables pour les différents partenaires, garantissant l'accès aux soins pour tous et n'anéantissant pas la solidarité envers les malades. Il s'agit:

- d'encourager la mise en place de réseaux de soins coordonnés;
- d'inciter les personnes malades (et non pas uniquement les jeunes en bonne santé) à y recourir, par exemple avec des franchises moins élevées;
- de confier une responsabilité budgétaire aux médecins participant aux réseaux;

- d'introduire l'obligation de consulter son médecin généraliste pour savoir si le recours à un spécialiste se justifie, exception faite des consultations en urgence ou auprès des certains spécialistes comme les gynécologues.

Je remercie la FMH et tous les médecins en Suisse de combattre ce projet désastreux. Un projet qui n'est pas dans l'intérêt des patientes et des patients. Un projet qui va à l'encontre des médecins et autres prestataires de soins. Un projet qui ne permet pas aux cantons de jouer leur rôle et de garants de l'approvisionnement en soins et d'arbitres.