

# La résurrection de la suppression de l'obligation de contracter et la perte du libre choix de son médecin

Edouard de Perrot

Le 1<sup>er</sup> juin prochain, le Conseil fédéral met en votation un nouvel article constitutionnel «117a» (www.parlement.ch), intitulé «qualité et efficacité dans l'assurance-maladie», qui représente un contre-projet à l'initiative populaire de l'UDC «pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base». D'accord sur le fond, mais jugeant le texte de cette initiative trop brutal pour être accepté par le peuple, le Parlement l'a reformulé, satisfaisant les initiateurs, qui ont retiré leur initiative. Permettez-moi de vous présenter quelques aspects du problème et de vous proposer mes réflexions à leur sujet.

La LAMal<sup>a</sup> régit l'assurance-maladie sociale. Interdite de tout but lucratif, celle-ci est *obligatoire* et instaure un catalogue de prescriptions pour les assureurs qu'elle reconnaît. Elle définit, par des critères de compétence, les fournisseurs de prestations qu'elle autorise à pratiquer à la charge de cette assurance-maladie obligatoire et à qui elle impose d'obéir à des exigences d'économie et de qualité. Elle garantit à l'assuré *le libre choix entre eux*. En outre, elle autorise les assureurs à pratiquer des assurances complémentaires.

*Ce système libéral* a un prix<sup>b</sup>, qui se répercute dans les primes, les franchises et la quote-part payées par les assurés. Au début des années 90, celles-ci ont explosé parce que la Confédération a supprimé les subventions qu'elle accordait jusque-là. Depuis, elles ont continué de croître, en raison de l'augmentation du coût de la vie, du perfectionnement des techniques de diagnostic et de soin, de l'augmentation et du vieillissement de la population.

Les *dépenses de santé* sont occasionnées par les patients qui consultent, par les médecins et les hôpitaux qui les examinent et les soignent et par le monde pharmaceutique qui leur fournit les médicaments prescrits. On ne peut les abaisser qu'en agissant sur ces trois ordres de facteurs, autrement dit, *en limitant* les prestations qui donnent lieu à remboursement, *en diminuant* le nombre et l'activité des médecins et des hôpitaux qui y pourvoient, *en abaissant* le prix des médicaments délivrés par les pharmaciens qui exécutent leurs ordonnances.

*C'est dans cet esprit que l'UDC a entrepris de démanteler un système qui avait fait ses preuves*, en

## Zur Abstimmung vom 1. Juni 2008

**Der Gegenvorschlag des Parlamentes (Art. 117 a BV) zur daraufhin zurückgezogenen SVP-Initiative ist solcherart verfasst, die Wählerschaft einzulullen und sie über seine wahre Intention im dunkeln zu lassen. Auch wenn die Aufhebung des Kontraktionszwangs und der Verlust der freien Arztwahl, die davon abhängig ist, nicht expressis verbis darin aufgeführt sind, so stehen doch genau sie durch ihre Verbindung mit dem angestrebten Monismus in der Spitalfinanzierung bei der Abstimmung vom 1. Juni auf dem Spiel.**

**Die offiziellen Erklärungen, die das leugnen, sind fadenscheinig, denn ein Art. 117 BV von drei Zeilen lässt sich nicht durch einen Art. 117 a von 24 Zeilen ersetzen, ohne dass sich nicht viel ändern würde. So hat es Bundesrat Couchepin am Radio bestätigt, der ihn nur widerwillig unterstützt, im Gegensatz zu Nationalrat und Dr. med. Felix Gutzwiller, der ihn laut und deutlich preist. Der durch diese Maserade und den rein ökonomischen Charakter der – was die menschlichen Aspekte der primär auf Solidarität basierenden obligatorischen Krankenversicherung betrifft – ungeeigneten Vorlage beunruhigte Autor möchte allen Versicherungsnehmern in Erinnerung rufen, dass auch er/sie einmal krank werden könnte.**

lançant son initiative. Celle-ci visait à réduire le catalogue de prestations donnant lieu à remboursement, à supprimer *l'obligation faite aux caisses-maladie de contracter avec tous les médecins porteurs du diplôme fédéral*, et à assurer le financement des hôpitaux par les seules caisses-maladie, subventionnées par l'État.

Au contraire de l'article 117 de la Constitution fédérale ayant actuellement cours, très simple et entièrement compatible avec la LAMal, dont il est clairement distinct, le nouvel article «117a», que propose le Conseil fédéral, touffu et amphigourique, emprunte et détourne à son profit

a Etat au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

b Supporté par les assurances seules pour la part ambulatoire, et en compte à demi avec le Canton pour la part hospitalière.

Correspondance:  
Dr Edouard de Perrot  
Psychiatre et Psychothérapeute FMH  
2, chemin des Noisetiers  
CH-1271 Givrins

edep@bluewin.ch

divers termes de cette LAMal, ipso facto «mise à mal». C'est ainsi qu'il dit que *l'assurance-maladie doit être mise en œuvre conformément aux principes de la concurrence et de la transparence* et qu'il encourage *la responsabilité individuelle des assurés* – qu'il préconise d'imposer aux fournisseurs des soins pris en charge par l'assurance-maladie *des conditions garantissant la qualité et la concurrence* – qu'il édicte que les personnes assujetties à l'assurance obligatoire *peuvent choisir librement un des assureurs-maladie reconnus ainsi que les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance maladie* – qu'enfin, «last but not least», *l'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à la charge des assurés, ainsi que par les contributions publiques versées à l'organisme qui finance les prestations.*

Nul besoin d'être grand clerc pour voir que ce discours au ton novateur cherche à faire passer incognito la suppression de l'obligation de contracter actuellement imposée aux caisses et son corollaire obligé, la perte de la liberté du patient de consulter le médecin de son choix. Et, qui plus est, non content de remettre le pouvoir de décision à l'entière discrétion des assureurs, il intronise ceux-ci souverains en matière de financement.

A terme, le but affiché des initiants, qui était de diminuer les primes de l'assurance-maladie obligatoire, sera peut-être atteint, satisfaisant les assureurs et les assurés *au prix de la perte de libertés essentielles* dans un domaine aussi sensible que la santé, puisqu'il briderait les malades, les médecins, les hôpitaux, les moyens thérapeutiques et le financement public, en confiant aux seuls assureurs le soin de décider ce qu'il convient de faire.

On passerait ainsi d'un système où les acteurs sont définis par leurs compétences professionnelles, elles-mêmes garanties par la Confédération, à un système dont les agents seraient soumis aux volontés d'un conglomérat d'assureurs, qui se baptisent pudiquement santésuisse et qui agissent au seul nom de critères financiers. Le libre choix du médecin, de l'hôpital et des moyens diagnostics et thérapeutiques inévitables ferait place au dirigisme de l'assureur, qui déciderait sans contrôle des dépenses engagées qu'il entend rembourser. Les critères médicaux céderaient le pas à des critères commerciaux, et la conscience professionnelle, que stimule l'émulation, à la concurrence rendue impitoyable par la servitude où seraient réduits les fournisseurs de soins.

Il est vrai que ce résultat, qu'on assure bénéfique, ne toucherait que la part régie par l'assurance obligatoire. Parce qu'il y a, Dieu soit loué, l'assurance complémentaire, soumise au seul Code des obligations, un peu moins contraignant

que la LAMal. La tendance actuelle étant de décharger l'Etat, on peut difficilement s'empêcher de penser que les autorités politiques cherchent ainsi à favoriser un déplacement du centre de gravité des dépenses de santé, du domaine de l'assurance *obligatoire*, improductive, voire onéreuse, vers celui qu'on dit *libéral* de l'assurance complémentaire, combien plus lucratif.

A chacun d'en juger. Mais, quoi qu'il en soit, il me semble que tout électeur a intérêt à se souvenir que s'il est un assuré bien portant, soucieux des primes qu'il paie, il peut aussi se retrouver un assuré malade, bien malgré lui, et que l'on s'assure quand on va bien, parce que la maladie, imprévisible et menaçant chacun, occasionne des charges financières insupportables à la majeure partie des bourses. D'où le caractère mutualiste de l'assurance.

### Glossaire

La longueur du nouvel article constitutionnel «117a», inhabituelle, et sa rédaction en charabia expose le lecteur à une perplexité compréhensible. Quelques explications, concernant sa terminologie novatrice, ne paraissent pas inutiles:

- *principes de la concurrence et de la transparence*: agents ayant cours dans le monde de l'industrie et du commerce, où ils se montrent efficaces en matière de prix pour le consommateur, et donc attractifs, se répercutant sur le carnet de commande du producteur. Le politique le transpose sans autre dans le domaine de la santé, qu'il réduit ainsi à n'être qu'un avatar de la vie économique;
- *la responsabilité individuelle des assurés*: vertu sous-employée par les assurés, de préférence romands, qui font exprès de tomber malades et de consulter le médecin à tout bout de champ, occasionnant des dépenses inutiles à leur assureur. Il est impératif de la stimuler, en amenant les assurés à renoncer à tomber malades;
- *des conditions garantissant la qualité et la concurrence*: médecins, hôpitaux et pharmaciens ne songeant qu'à s'enrichir, il faut impérativement les rappeler à plus d'austérité, en les opposant les uns aux autres dans une guerre des prix sans merci. On ne remboursera plus les prestations de ceux qui n'y parviendraient pas;
- *les personnes assujetties à l'assurance obligatoire*, c'est-à-dire vous et moi, *peuvent choisir librement un des assureurs-maladie reconnus ainsi que les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance maladie* est la nouvelle désignation de la suppression de l'obligation de contracter et de son corollaire, la suppression du libre choix de son médecin et de son hôpital. Sous cette nouvelle formulation, implicite et astucieuse, ces deux suppressions sont formellement indétectables;
- *l'assurance des soins est financée par les primes et les participations aux coûts à la charge des assurés, ainsi que par les contributions publiques versées à l'organisme qui finance les prestations* signifie tout simplement que, non seulement, l'Etat entend déléguer aux assureurs la compétence en matière de financement des prestations, mais qu'il leur alloue les sommes qu'il y consacre, les laissant gérer ce pactole<sup>c</sup> sans contrôle.

<sup>c</sup> Estimé à 56,6 milliards de francs pour 2007 par le KOF Centre de recherches conjoncturelles de l'EPF de Zürich. [www.kof.ethz.ch](http://www.kof.ethz.ch) → News → Gesundheitsausgaben.