

Marc Müller, président CMPR

## Le loup dans la bergerie

En janvier dernier, l'assemblée des délégués de la FMH a décidé que le corps médical devait s'engager dans la campagne de votation sur la nouvelle formulation de l'art. 117a de la Constitution fédérale.

Jusqu'ici la Chambre médicale avait menacé à plusieurs reprises d'opposer un référendum à la suppression de l'obligation de contracter. Le corps médical également avait envisagé de s'opposer contre la prolongation de la « clause du besoin » pour l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux, au cas où celui-ci ne serait pas soumis à des modifications acceptables.

Pourquoi alors combattre la nouvelle version de l'article formulée par l'Assemblée fédérale?

Comme souvent, le diable se cache dans les détails. Le texte, conçu à l'origine comme un contre-projet à l'initiative de l'UDC retirée depuis lors, a été déposé par le prof. Felix Gutzwiler au Conseil des Etats, et sa formulation renforcée lors de la discussion au Conseil National. Ce texte s'est soudainement mué pour régler, dans un jargon quelque peu hermétique, l'admission des prestataires ambulatoires et hospitaliers. Déjà au cours de la discussion au Conseil national, mais surtout lors de la procédure de consultation consécutive, il devint clair que cette régulation concernait « l'admission par les assureurs », c'est-à-dire la liberté de contracter.

Même si les partisans de cette contre-proposition soulignent que cette interprétation dépasse de loin leurs intentions, l'approbation inconditionnelle du texte par Santéuisse en dit long ...

Il est absolument inadmissible que les assureurs-maladie puissent décider de l'existence des médecins sur la seule base de données économiques.



L'article 117a renferme encore d'autres sujets brûlants de la politique de la santé. Il n'y aurait à priori rien à redire au financement moniste des hôpitaux, si le moniste en question ne se réduisait pas aux seuls assureurs-maladie. Les cantons s'y opposent fermement. Il serait urgent également de réguler le financement des soins. A nouveau, la notion de « soins minimaux » présente une utilité très réduite. C'est en fait la solidarité qui est ici remise en jeu.

Nous autres médecins de premier recours devons discuter du principe. Il n'est pas question d'accepter une suppression de l'obligation de contracter unilatérale. Il est absolument inadmissible que les assureurs-maladie puissent décider de l'existence des médecins sur la seule base de données économiques.

L'existence de critères de qualité et de décision, élaborés conjointement par les prestataires de services et les prestataires financiers, est une condition *sine qua non* de la liberté de contracter, comme nous l'avions communiqué à plusieurs reprises aux Conseils. Nous sommes d'avis qu'il est plus facile d'atteindre un objectif d'optimisation des soins dans le domaine de la santé par la promotion du *managed care* et par une compensation des risques efficace. Actuellement, il n'y a aucune raison valable pour lever l'obligation de contracter. Le libre choix du médecin par le patient ne doit pas être remis en question à la légèreté.

Et du reste, un tel règlement ne doit certainement pas figurer dans la Constitution fédérale mais dans la LAMal.

Chers médecins de premier recours, pour toutes ces raisons nous vous exhortons à soutenir le combat de la FMH contre la nouvelle formulation de l'art. 117a de la Constitution fédérale lors de la campagne de votation!

Dr Marc Müller, Ärztgemeinschaft Joderlicka, 3818 Grindelwald  
marc.mueller@hin.ch

Jacques de Haller, Président de la FMH

## Pour conserver le libre choix du médecin: NON au diktat des caisses le 1<sup>er</sup> juin



### Votation populaire du 1<sup>er</sup> juin 2008

Le 1<sup>er</sup> juin 2008, le peuple suisse votera sur le nouvel article constitutionnel 117a qui régit l'assurance-maladie. Cet article, dans sa nouvelle teneur, contient certes de belles paroles telles que « qualité » et « efficacité économique », mais il aura en réalité des conséquences dramatiques.

Le conseiller aux Etats Hans Altherr l'a dit ainsi: « Ce projet d'article a deux assises: la liberté de contracter et le financement moniste des soins. » [traduction] En d'autres termes, c'est le libre choix du médecin qui est en jeu. De plus, les caisses exerceraient seules le pouvoir

de décision sur les fonds destinés aux prestations médicales de base (financement moniste, voir encadré).

L'article 117a met aussi en danger les soins: la prise en charge des prestations de soins ne serait plus un élément obligatoire de l'assurance de base mais deviendrait facultative. Seul un non clair et net à cet article peut empêcher que les soins ne deviennent un luxe privé, que les caisses gèrent seules le système moniste et que l'on supprime le libre choix du médecin.

### Les enjeux de la votation:

- On veut remplacer l'article actuel de la Constitution sur l'assurance-maladie par un nouvel article – **aux dépens des soins, des patients et des médecins.**
- Cet article jette de la poudre aux yeux avec des mots attrayants tels que **liberté de contracter et financement moniste**, des notions qui recouvrent en fait tout autre chose.
- Liberté des caisses signifie en fait **perte de liberté des patients**: seuls les médecins qui génèrent peu de coûts seraient encore reconnus par les caisses. Les patients ne pourraient plus choisir librement le médecin qu'ils désirent consulter.
- Un seul organisme gérerait l'argent des prestations actuellement financées conjointement par les cantons et les caisses. **Ce financement moniste serait assumé par les caisses.** On assisterait à une dangereuse concentration de pouvoir.
- La responsabilité individuelle prônée par le nouvel article **pénaliserait les personnes socialement défavorisées**, qui ont plus de difficultés à parvenir à un mode de vie sain.
- Les caisses ne seraient plus tenues de financer les soins hors de l'hôpital – par exemple les soins à domicile, les soins transitoires ou de longue durée. **Suivant les cas, il faudrait dépenser tout son argent pour bénéficier de ces soins.**

### Campagne: «Non au diktat des caisses!»

La votation qui s'approche sera décisive pour l'avenir du système de santé suisse. La FMH s'engage avec différents partenaires dans une campagne nationale pour un NON le 1<sup>er</sup> juin. Afin d'assurer que le peuple et les cantons refusent cette modification constitutionnelle, elle appelle les organisations de base, les sociétés de discipline et tous ses membres de la FMH à soutenir activement la campagne «NON au diktat des caisses».

Info: [www.non-au-diktat-des-caisses.ch](http://www.non-au-diktat-des-caisses.ch)

### NON aux caisses en tant que gérantes du financement moniste

Une deuxième conséquence catastrophique de l'article 117a serait le financement moniste des soins. Même si l'on peut concevoir qu'un seul organisme gère les fonds de la santé au lieu de deux comme c'est actuellement le cas (caisses et cantons, voir encadré), il n'en demeure pas moins que la modification constitutionnelle prévue aurait des conséquences inacceptables: comme l'article BV 117a ne précise pas qui gérerait le système moniste, c'est aux caisses que reviendrait la tâche d'administrer seules les fonds du système de santé. Car si on en chargeait les cantons ou un organisme tiers, ceux-ci devraient commencer par mettre sur pied un système de décompte, ce qui représenterait une charge financière énorme. En revanche, les caisses disposent déjà du système de facturation et de contrôle nécessaire. Mais il est absolument injustifiable que les assurances, gérées de facto comme des entreprises privées, administrent et distribuent de façon autonome, sans le moindre contrôle officiel efficace, des milliards de francs d'argent public.

### Supprimer le libre choix du médecin?

Un coup d'œil au procès-verbal des débats parlementaires révèle clairement *quel est le véritable objectif de l'article 117a: c'est la levée de l'obligation de contracter qui est visée sous le nom trompeur de liberté contractuelle*, ce qui revient, en clair, à supprimer le libre choix du médecin. Si cet article était accepté, les caisses pourraient décider librement avec quels médecins elles collaborent. En effet, elles ne seraient plus tenues légalement de rembourser les prestations de tout médecin exerçant dans le cadre de l'assurance de base. Elles ne travailleraient donc plus avec des médecins qui soignent des patients nécessitant un traitement intensif tels que les personnes âgées ou les malades chroniques. Ces personnes auraient alors des difficultés à trouver encore un médecin! En outre, si le patient n'était plus libre de choisir un médecin en qui il ait confiance, son adhésion au traitement – fondée précisément sur une relation de confiance – en pâtirait et, partant, la qualité des soins. Le corps médical se doit donc de veiller au refus de l'article constitutionnel 117a pour une raison claire: la tâche de garantir la qualité de la médecine suisse ne peut être confiée aux caisses-maladie, ce d'autant moins qu'il existe des solutions de rechange convaincantes telles que le managed care et les réseaux médicaux.

C'est le libre choix  
du médecin  
qui est en jeu!

### Les prestations de soins sont à prendre en charge par l'assurance de base

La LAMal de 1996, actuellement en vigueur, formule un point important à propos des soins extra-hospitaliers: les caisses-maladie remboursent les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins transitoires. L'article constitutionnel veut rendre ces prestations obligatoires facultatives. Un acquis de poids serait ainsi sacrifié. Les personnes nécessitant des soins ne pourraient plus compter sur les caisses pour participer à leur financement, bien qu'elles aient payé pendant des années des primes couvrant notamment les prestations de soins ambulatoires. L'article 117a BV romprait donc un contrat intergénérationnel, au détriment des personnes âgées, des malades chroniques et des personnes en situation de handicap. Si la Suisse accepte cet article constitutionnel, c'est à la prise en charge et au soutien de ces personnes qu'elle dira non. A cela s'ajoute que ce sont

Pour les patients, les  
désavantages seront  
considérables ...

justement ces personnes qui dépenseraient tout leur argent pour recevoir les soins nécessaires et seraient ensuite tributaires des contributions publiques. La conséquence en serait des séjours hospitaliers plus nombreux et plus longs ainsi que des coûts inutiles, qui dépasseraient de loin les coûts des soins ambulatoires actuels.

Pour le comité de la SSMG: Margot Enz Kuhn

## Non à la médecine à deux vitesses et à la concurrence tarifaire

SSMG  
SGAM

**Prise de position de la SSMG sur le contre-projet à l'initiative de l'UDC «Pour la qualité et l'efficacité économique dans l'assurance-maladie»**

La SSMG s'engage en faveur d'un système de santé de qualité et économique en faveur de l'ensemble de la population et soutient le principe de solidarité. L'assurance de base doit garantir à l'assuré une prise en charge globale. Les patients doivent, à l'avenir, disposer de la liberté de choix de leur médecin. Une médecine de premier recours solide, présente dans toutes les régions du pays et de qualité élevée, doit être le fondement de ce système qui n'a pas à se plier au diktat d'une médecine à deux vitesses ni à la puissance de contrôle sans limite des assureurs-maladie.

La SSMG a expliqué sa position à l'attention de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE) comme suit:

### Un système de santé qui allie qualité médicale et efficacité économique

L'efficacité économique du système passe par un *encouragement systématique de la qualité des prestations* et non par une accentuation de la concurrence dans le domaine des coûts. Des médecins de famille bien formés et en nombre suffisant sont à la fois la caractéristique et la condition incontournable de la qualité. La concurrence tarifaire est incompatible avec la LAMal (protection tarifaire, obligation tarifaire, structure tarifaire uniformisée, etc.) et avec notre conception d'un système de santé basé sur les principes de solidarité et d'équité entre l'ensemble des citoyens.

### Autorisation de pratiquer des fournisseurs de prestation

Une politique cohérente en matière d'autorisations de pratique présuppose l'existence de critères de qualité définis conjointement par les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations. Des critères économiques comme seule référence sont totalement inacceptables. La SSMG défend donc avec conviction les solutions de type «Managed Care» en combinaison avec une compensation des risques efficace.

### Renforcer l'autonomie des assurés

Les médecins de famille soutiennent avec conviction la *responsabilité sur leur santé* de nos patients. L'identification des facteurs de

Comité «Non au diktat des caisses»  
Case postale 55  
3000 Berne 15  
info@non-au-diktat-des-caisses.ch  
www.non-au-diktat-des-caisses.ch

risque de même que des efforts accrus en matière de mesures préventives répondent à cet objectif. Une nouvelle augmentation de la participation financière des patients passerait totalement à côté de cet objectif et ne ferait que diminuer l'accès aux soins des plus démunis. Inciter les individus à un comportement responsable au niveau économique par rapport à leur santé, c'est apporter une qualité dans les réponses aux questions actuelles de santé.

### Principe de financement moniste

L'introduction du principe du financement des prestations dans les hôpitaux (Swiss DRG) permettra de procéder aux comparaisons requises. Dans le domaine ambulatoire, le rapport entre qualité et prix pour une certaine prestation doit être défini dans le cadre du Managed Care, comme le demande la SSMG. La revendication légitime de la transparence ne justifie pas selon nous les risques élevés que présente une telle concentration des risques chez un seul prestataire de financement. Nous soutenons à cet égard le principe d'un équilibre entre les différents acteurs du domaine de la santé.

Pour résumer, la SSMG recommande:

- le rejet du contre-projet «Pour la qualité et l'efficacité économique dans l'assurance-maladie»;
- d'accélérer les réformes dans le cadre des révisions partielles de la LAMal;
- de faire avancer les bases légales relatives au Managed Care et pour une compensation des risques efficace.

En outre, la SSMG apporte un soutien sans réserve à la position et aux arguments de la FMH à ce sujet.

Des informations supplémentaires seront publiées dans l'Info SSMG 1/2008  
→ [www.ssmg.ch](http://www.ssmg.ch)

Dr Margot Enz Kuhn  
Kurplatz 3, 5400 Baden  
menzkuhn@hin.ch