

## **21.04.2008 Conférence de presse - Centre de presse Berne**

### **Article constitutionnel 117a sur l'assurance maladie**

Un large front s'est constitué contre cet article constitutionnel sur l'assurance maladie. Il est formé du PS, des Verts, du PCS, des prestataires de soins, médecins, infirmières, soins à domicile et des mouvements de personnes âgées et handicapées.

Cet article constitutionnel a été élaboré afin de servir de contre-projet à l'initiative UDC pour la baisse des primes dans l'assurance de base. Il a aussi servi à éviter un échec cuisant de cette initiative déraisonnable devant le peuple juste avant les élections. L'UDC a pu ainsi retirer son initiative, ce qu'elle a fait le 11 janvier 2008. Le peuple ne se prononcera donc que sur le contre projet.

#### **Mais que lui reproche-t-on ?**

##### **1. Démantèlement de l'assurance maladie sociale et solidaire**

Cet article constitutionnel est une tentative de démantèlement de l'assurance maladie sociale et solidaire. A l'article 117a, al. 4, il est écrit que « La Confédération **peut** déclarer l'assurance maladie obligatoire de manière générale ou pour certaines catégories de personnes ». L'assurance est aujourd'hui obligatoire, depuis 1996, et c'est le fondement même de la solidarité entre les bien portants et les malades. Mettre une formule potestative, c'est revenir en arrière et permettre au Parlement de supprimer cette obligation le cas échéant.

##### **2. Limitation du choix du médecin**

Le projet réaffirme la notion de concurrence. Ce qui se cache derrière ce terme, c'est la vieille idée, chère aux assureurs, de la liberté de contracter. Mais la liberté de contracter est une liberté pour l'assureur, pour le patient, c'est une limitation du choix du médecin. Le patient, s'il veut être remboursé, doit se faire soigner par un médecin agréé par son assureur. Les caisses auront sans doute tendance à choisir les médecins selon des critères essentiellement économiques. Cela pourrait avoir des répercussions pour les personnes handicapées et les malades chroniques, car certains médecins pourraient être tentés de faire une sélection des risques pour diminuer leurs frais.

Si les médecins les plus performants et les plus chers n'obtiennent plus de contrats de l'assurance de base, il ne travailleront plus que pour les personnes aisées, qui peuvent s'offrir des complémentaires. C'est un élément de plus de médecine à deux vitesses.

##### **3. Plus d'obligation d'assurer les soins**

Ce projet fait une distinction entre les prestations en cas de maladie et de maternité et les prestations en cas d'accident et de besoin en soins réguliers. Pour les soins, il

se contente d'une formule potestative, ce qui permettrait au Parlement de décider de ne plus garantir le financement des soins. Les soins de longue durée, qui touchent plus particulièrement les malades chroniques et les personnes âgées et handicapées pourraient ne plus faire partie du catalogue des prestations.

#### **4. Augmentation des franchises et participations**

Ceci découle de l'article 117a, al. 3b. On veut encourager la responsabilité individuelle des assurés. Cela signifie en d'autres termes, que l'on veut augmenter la participation des malades à leur traitement, de manière à éviter qu'ils aillent voir un médecin pour de petits riens. C'est évidemment surtout une discrimination envers les plus pauvres. Ceux qui sont aisés iront quand même voir le médecin et c'est un nouveau élément de médecine à deux vitesses.

Les malades chroniques et les personnes handicapées, qui ne peuvent éviter d'aller chez le médecin, verraient leurs charges augmenter.

Avec cet article, on pourrait aussi appliquer l'idée de faire participer plus fortement les personnes dont le comportement n'est pas adéquat en matière de santé : les fumeurs, les alcooliques, etc.

#### **5. Tous les pouvoirs aux assureurs**

Ce contre-projet fait la part très belle aux assureurs. Cela n'est pas étonnant : un quart des membres de la Commission de la santé du Conseil national et la moitié de la Commission des Etats, représentent les intérêts des caisses maladie.

Autant dire que les autres partenaires du système de santé n'ont pas eu la possibilité de se faire entendre dans le cours de cette procédure et que leurs intérêts ne sont pas pris en considération. Je pense en particulier aux patients, mais aussi aux médecins et aux pharmaciens et bien sûr aux cantons, qui s'érigent vivement contre des décisions qui les dépossèdent de leur compétences, tout en laissant payer une part importante des frais de santé.

La liberté de contracter permet aux assureurs de choisir selon leurs propres critères les prestataires dont ils veulent rembourser les soins. Ils ont donc un pouvoir de décision face aux prestataires de soins.

Le monisme concentre tous les financements entre les mains des assureurs, qui peuvent ensuite piloter le système à travers ces financements. Actuellement, les cantons participent largement aux coûts des hôpitaux, des EMS et des soins à domicile. Il paraît peu logique qu'ils continuent à payer autant, sans pouvoir contrôler eux-mêmes la manière dont les fonds sont dépensés et veiller à la qualité et à la suffisance de l'offre en prestations.

