

12.03.08 : 1^{er} juin : NON aux articles constitutionnels sur l'assurance maladie

Proposés comme contre-projet à l'initiative UDC dite « pour la baisse des primes dans l'assurance maladie », les nouveaux articles constitutionnels sur l'assurance maladie péjorent la situation des patients et des médecins et donnent un pouvoir discrétionnaire aux assureurs maladie. Ils doivent être énergiquement refusés.

L'initiative UDC n'avait aucune chance d'être acceptée en votation populaire. Combattue par les patients, les prestataires de soins et les cantons, elle promettait de faire un résultat catastrophique... En cette année électorale 2007, il fallait donc trouver un moyen de la retirer sans perdre la face. Les partis de droite ont offert ce cadeau à l'UDC en élaborant, à la va-vite et sans consultation réelle les articles constitutionnels que nous allons voter le 1^{er} juin,

Ces articles constitutionnels font de la santé un marché et veulent l'organiser selon le principe de la concurrence. Avec le système de financement moniste et la liberté de contracter, ils donnent un pouvoir considérable aux assureurs, demandent aux cantons de payer sans pouvoir contrôler, privent les patients du libre choix du médecin et font un premier pas dans la direction de la médecine à deux vitesses. A cela s'ajoutent les augmentations prévisibles des franchises et des participations et les restrictions des prestations remboursées par le catalogue de base.

, même si l'expérience montre que la concurrence ne joue pas vraiment et qu'il faut de multiples cautèles pour éviter les dérapages. Ils veulent un financement « moniste ». Cela veut dire que les cantons doivent payer leur contribution aux assureurs et que ceux-ci gèrent l'ensemble du financement de la santé. Les cantons s'y opposent bien sûr fermement, le pouvoir des assureurs étant exagéré. Ils veulent introduire la « liberté de contracter », c'est-à-dire la liberté pour les assureurs de choisir les médecins dont ils veulent rembourser les prestations. Mais le patient, lui, n'est plus libre de choisir son médecin. Il doit se faire soigner par un praticien qui est remboursé par son assurance. C'est aussi un premier pas vers la médecine à deux vitesses : des médecins bon marché, remboursés par les assurances de base et des médecins spécialistes, très chers, remboursés uniquement par les assurances complémentaires et dont les soins ne sont plus accessibles aux patients ordinaires. Ils font la promotion de la responsabilité individuelle, traduit en langage technique : ils veulent l'augmentation des franchises et des quote-parts payées par les patients. Les assureurs pourront aussi faire un tri dans le catalogue des prestations remboursées et sortir un certain nombre de prestations, jugées de confort, prestations qui ne seront plus remboursées que par les assurances complémentaires et donc, qui ne seront plus accessibles non plus à l'assuré de base. Les assureurs espèrent bien sûr augmenter l'intérêt pour les assurances complémentaires et faire ainsi de lucratives affaires. Pour le patient, pour le médecin, pour les pouvoirs publics, il n'y aura que des désavantages....