


**FMH**

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Fédération des médecins suisses

Federazione dei medici svizzeri

Swiss Medical Association

## Constitution fédérale Art. 117: Assurance-maladie et assurance-accidents

<sup>1</sup> La Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents.

<sup>2</sup> Elle peut déclarer l'assurance-maladie et l'assurance-accidents obligatoires, de manière générale ou pour certaines catégories de personnes.

## Projet de caisse unique: contre-proposition de la FMH

Cst art. 117 ( al. 3-5 nouveaux)

<sup>3</sup> La Confédération donne le mandat aux caisses-maladie d'assumer la gestion de l'assurance-maladie sociale en collaboration avec les cantons, les fournisseurs de prestations et les patients.

<sup>4</sup> Les caisses-maladies ont une structure démocratique et assument la représentation des intérêts sociaux et financiers de leurs assurés.

<sup>5</sup> Les caisses-maladies se consacrent exclusivement à l'assurance-maladie et à l'assurance accident sociales et n'ont aucun lien structurel, organisationnel ou économique avec une autre activité.

### Commentaires et développement

#### Ad alinéa 3:

Une collaboration constructive entre assureurs-maladie au sens de la LAMal, cantons, fournisseurs de prestation et patients revêt une importance capitale. Les problèmes du domaine de la santé ne peuvent être résolus que par une approche commune.

#### Ad alinéa 4:

Une structure démocratique permet aux assurés affiliés à une caisse d'en influencer l'évolution et de bénéficier de toute la transparence voulue. Les formes d'organisation entrant en ligne de compte pour la mise en application légale, à l'art. 12, 1<sup>er</sup> al. LAMal, sont notamment l'association, la fondation, et éventuellement la société coopérative.

#### Ad alinéa 5:

Les caisses-maladie reconnues se limitent à gérer l'assurance-maladie sociale (assurance des soins de base et assurance d'indemnités journalières), ainsi que l'assurance accident sociale. Des assurances complémentaires ou de protection juridique, par exemple, ne peuvent pas être proposées par une caisse, qu'elle agisse seule ou en coopération avec des tiers. Renoncer aux activités hors LAMal et aux liens structurels, organisationnels ou économiques avec des tiers assure l'indépendance et la transparence des caisses, garantit le bon usage de l'argent des primes versées, et évite les conflits d'intérêts. L'inscription dans la loi se fera à l'art. 12, 2<sup>e</sup> al. LAMal: limitation de l'activité au seul domaine LAMal et renonciation aux coopérations.



# FMH

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Fédération des médecins suisses

Federazione dei medici svizzeri

Swiss Medical Association

Les médecins ont quelque chose de spécifique à dire dans le débat politique!

Leur expérience humaine, leur engagement pour la santé et la prévention, leur humanisme un peu particulier, sont autant de raisons pour les médecins de vouloir faire entendre leur voix.

Nous travaillons en effet dans un domaine où les exigences sont «autres», où il s'impose de garder à l'œil la relativité respective de l'économique et du bio-psycho-social. Autrement dit, les médecins sont une partie importante du champ politique dans leurs efforts de continuellement recentrer le débat.

Cette volonté de nous impliquer, volonté nouvelle, nous avons décidé de la réaliser évidemment sans esprit de corporatisme étroit, de façon constructive, et en faisant droit à la médecine, c'est-à-dire aux exigences de la santé, au sens large, et de l'éthique.

- Dans cet esprit, le contre-projet de la FMH prend acte des difficultés actuelles:
  - le monde des caisses-maladie, qui brasse une part énorme du revenu des ménages, est totalement opaque;
  - les liens financiers croisés et les conflits d'intérêts sont un état de fait inacceptable;
  - enfin la population, face à un mur d'incompréhension, face à une vraie jungle administrative, se résigne en maugréant;
- le contre-projet de la FMH prend acte des besoins de changement, tant dans la population que dans le monde politique:
  - l'argent des primes ne doit plus être géré par un système opaque et mal contrôlé;
  - les liens et interactions économiques doivent être clarifiés;
  - le partenariat doit devenir la règle dans le système de santé;
- le contre-projet de la FMH prend acte de la réalité concrète quant aux besoins et aussi, de façon réaliste, quant aux possibilités politiques:
  - l'exaspération de la population est réelle;
  - on ne peut simplement balayer sans autre l'initiative du MPF;
  - on ne peut risquer de gâcher l'occasion d'une votation populaire sur ce thème qui doit absolument évoluer;
- le contre-projet de la FMH prend acte de nos options éthiques (y compris socio-politiques) et médicales:
  - le respect de la personne, le fonctionnement citoyen, la démocratie sont des concepts clés à promouvoir sans cesse;
  - impliquer les citoyen-nes dans la gestion du système est essentiel pour les ré-intéresser à la gestion de la santé et à la prévention.

Jacques de Haller, Président de la FMH


**FMH**

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Fédération des médecins suisses

Federazione dei medici svizzeri

Swiss Medical Association

Berne, 16 février 2006

## **Contre-projet constitutionnel de la FMH à l'initiative «Pour une caisse unique et sociale»**

**Dr Yves Guisan, Vice-président FMH et Conseiller national PRD**

Contrairement aux espoirs que laissait attendre la LAMal, les augmentations constantes des primes d'assurance-maladie ont pris des proportions socialement et économiquement insupportables pour de très nombreux ménages et personnes. La classe moyenne a fortiori se voit de plus en plus sévèrement touchée parce qu'elle n'a droit à aucune mesure d'abaissement des primes. L'objectif postulé à plusieurs reprises d'une participation financière personnelle de 8% au plus du revenu, en particulier lors de la dernière révision de la LAMal qui a capoté en 2003, n'est de loin pas réalisé et ne pourrait d'ailleurs que difficilement l'être tant les difficultés paraissent insurmontables.

Il en résulte que les augmentations régulièrement enregistrées chaque automne ne suscitent pas seulement la déception, mais une véritable exaspération.

Force est de constater que la concurrence entre les caisses n'a débouché sur strictement aucun résultat concret quelconque en matière de maîtrise des coûts. Elles ont jusqu'à présent tenté de minimiser les augmentations de primes par sélection des risques plutôt que par des dispositions effectives de gestion des coûts.

Les mesures prises par la Confédération n'ont-elles consisté pour l'essentiel qu'à augmenter les franchises ou les participations, réalisant de ce fait un nouveau transfert de charge sur les assurés dans l'idée de les «responsabiliser» davantage.

La FMH rejette d'ailleurs fermement cette culpabilisation de la maladie que personne, par définition, n'a délibérément choisie et elle reste fermement convaincue que la prévention et le libre accès pour tous est une condition sine qua non d'une prise en charge efficace et économique. D'ailleurs ces transferts de charge n'ont abouti qu'à des artifices comptables temporaires et n'ont jamais résolu les problèmes de fonds.

De l'avis de la FMH toujours, les questions liées à la maîtrise des coûts ne peuvent pas se résoudre que par des mesures autoritaires, répressives et même vexatoires vis-à-vis des fournisseurs de prestations ou face à la demande des assurés.

En outre, tout ceci se fait sous l'égide d'un marché soi disant régulé, mais fondamentalement ambigu. Les projets de limitation de l'offre et de la demande en discussion actuellement au Parlement, en particulier la suppression de l'obligation de contracter, ont pour effet principal d'effectuer une très forte distorsion du marché avec une pression considérable sur l'assurance

sociale au bénéfice de l'assurance privée (dans la mesure où les assurés ont encore les moyens de la financer). Les perspectives de maîtrise des coûts restent extrêmement hypothétiques dans ces conditions ou alors au prix de disparités et d'inégalités sociales flagrantes, en évidentes en contradiction avec un système solidaire et obligatoire. Les conflits d'intérêt inhérents à la structure mixte publique et privée des caisses-maladie jouent également à cet égard un rôle non négligeable.

La FMH entend assumer pleinement ses responsabilités envers la société en matière de coûts de la santé. Toutefois un processus centré sur les relations individuelles entre personnes ne peut que difficilement obéir à des règles unilatérales limitées à des aspects structurels et financiers macro-économiques. Qui plus est, la relation individuelle est une composante fondamentale des valeurs éthiques de la médecine et ne saurait être immolée au profit d'une prise en charge sur un mode industriel. La FMH est dès lors persuadée que ces problèmes ne peuvent être maîtrisés que par la concertation des différents intérêts en présence et la mise en commun des compétences, plutôt qu'au travers d'affrontements et de rapports de force conflictuels. L'élaboration de solutions véritables nécessite la participation de tous les acteurs de la santé, ainsi que la mise en place d'un processus démocratique à tous les niveaux. C'est la condition sine qua non pour assurer la prise de décisions équitables et surtout leur acceptation, donc leur efficacité.

L'initiative sur la caisse unique réalise sans doute ces objectifs en partie puisqu'elle postule une structure paritaire. En cela elle va certainement à l'encontre des négociations partenariales préconisées. Toutefois elle se brise sur des obstacles politiques qui compromettent son succès, malgré le large soutien bien compréhensible dont elle bénéficie au gré des augmentations annuelles de primes qui ont dépassé le seuil du tolérable. Le bouleversement absolument considérable qu'elle exige, avec les difficultés non négligeables de mise en œuvre qu'il représente, est-il vraiment nécessaire pour corriger les dysfonctionnements actuels? En cela elle ouvre un vaste chantier litigieux de liquidation des anciennes caisses qui certainement dépasse les objectifs poursuivis.

Son deuxième défaut est d'imposer une réforme de financement parallèlement à la réforme structurelle majeure qu'elle propose en premier lieu. Or non seulement le cumul d'objectifs différents dans le cadre d'une même initiative est en soi déjà problématique lorsqu'ils ne réalisent pas une convergence intrinsèque, mais surtout ces questions ont en l'occurrence déjà fait l'objet d'une initiative populaire très clairement rejetée par le peuple et les cantons le 18 mai 2003. Certes l'opinion publique évolue au gré du temps et des nouveaux paramètres en présence, mais revenir à la charge après 3 ans seulement paraît pour le moins présomptueux si ce n'est incongru. Même si les primes par tête sont la cause indiscutable de disparités sociales, des primes en fonction du revenu ne sont pas une panacée non plus. Cela pose des problèmes pratiques de mise en œuvre complexes, et quasiment insurmontables avec une pluralité de caisses. Quoi qu'il en soit, les propositions de la FMH ne préjugent en rien du financement, laissant ouvertes le maintien ou des modifications éventuelles du système actuel.

Le Conseil fédéral propose le rejet pur et simple de cette initiative en réitérant d'ailleurs en bonne partie l'argumentation déjà développée à propos de l'initiative «La santé à prix abordable». Même si son argumentation mêle impunément des éléments qui relèvent de la constitution et de la loi, il estime surtout qu'il appartient à la révision en cours de cette dernière de régler les problèmes de maîtrise des coûts. Toutefois la loi ne s'attaque pas aux contradictions structurelles fondamentales qui s'opposent à la mise en place de solutions effectives et de leur acceptation: confrontation entre partenaires plutôt que concertation, conflits d'intérêts sociaux avec les intérêts privés, absence de structure démocratique des

caisses-maladie. Il s'agit là de questions de principes qui doivent être mentionnées au niveau constitutionnel et ne peuvent se contenter seulement d'une réponse technique au niveau légal. Qui plus est la situation est devenue explosive. Se contenter de repousser sans plus l'initiative «Pour une caisse maladie-unique et sociale», alors qu'elle jouit d'un très fort courant de sympathie tant les frustrations sont exacerbées, constitue indiscutablement un déni non dénué de provocation face à des revendications légitimes et des problèmes réels. Cela est d'autant plus flagrant que les solutions proposées au niveau de révision de la loi sont contestables et contestées. De plus le risque d'un referendum est élevé. La FMH estime dès lors qu'un contreprojet s'impose. La FMH n'entend pas remettre en cause l'ensemble du système actuel. Sans avoir d'état d'âme particulier vis-à-vis du monopole éventuel d'une caisse unique, elle constate qu'un certain nombre de caisses relevant de secteurs économiques bien déterminés ou d'origine syndicales, agriculture, métallurgie, construction, hôtellerie et restauration entres autres, ne gèrent pas seulement l'assurance-maladie, mais l'ensemble du portefeuille d'assurances sociales. Ces caisses jouissent d'une large confiance de leurs adhérents et il serait sans doute peu constructif de leur retirer intempestivement le secteur de l'assurance-maladie. La FMH n'estime donc pas indispensable de démanteler les caisses actuelles. Par contre une autre orientation doit être donnée au système. La concurrence et le libre passage sont maintenus, mais dans une perspective différente et plus large prenant en compte d'autres facteurs du marché que les seuls résultats financiers de l'entreprise. Seul un fonctionnement partenarial et démocratique à l'abri des collusions et conflits d'intérêts est à même de rétablir la confiance.

### **Al. 3 (nouveau)**

Pourquoi stipuler le partenariat au niveau constitutionnel ? Le dispositif envisagé au niveau de la loi actuelle le prévoit déjà, en matière tarifaire en particulier. Toutefois il reste très ambigu. La révision de la LAMal en cours renforce encore cette ambiguïté en envisageant d'attribuer encore davantage de pouvoir aux caisses-maladie. Or l'expérience des 9 dernières années a démontré à l'envi l'inefficience totale voire l'ineptie d'un système qui débouche sur des rivalités et des conflits d'intérêts plutôt que la collaboration.

Notre système de santé fonctionne dans le cadre d'un marché à ressources limitées. Sa gestion repose donc sur des choix et non sur une régulation par le seul marché et ses intérêts économiques contradictoires, même si l'Etat en définit le cadre. Par ailleurs les primes ont atteint un niveau insupportable sur le plan économique et social. La négociation entre partenaires doit donc dépasser l'aspect purement comptable et tarifaire, ou les intérêts immédiats, pour faire place à des choix plus fondamentaux.

Comment garantir l'accès aux soins et l'octroi de prestations conformes à l'évolution du progrès médical? Comment garantir la qualité de la prise en charge malgré la diminution des moyens à dispositions? Comment optimiser l'utilisation de ces derniers? Comment délimiter ce qui appartient à l'assurance sociale de ce qui n'y émerge pas?

Répondre à ces questions fondamentales de santé publique et d'intérêt général requiert impérativement la mise en commun des compétences dans le respect mutuel.

Les décisions à prendre pour garantir l'avenir d'un système de santé basé sur une assurance obligatoire et solidaire vont imposer des contraintes certainement impopulaires à tous les niveaux. Cela nécessite un changement majeur de paradigme. La collaboration entre payeurs, assurés, fournisseurs de prestations et patients doit donc être un principe fondamental de fonctionnement à défaut duquel il est impossible de parvenir ni à la réalisation des objectifs

souhaitables, ni à leur acceptation. Dans ce contexte l'Etat doit bien sûr jouer un rôle d'arbitre ce qui ne lui enlève par ailleurs aucune de ses autres compétences.

Dans cette perspective, les assureurs vont devoir se réformer pour exercer véritablement leur mandat de représentation des assurés et des patients. Leur cadre de fonctionnement est explicité à l'alinéa 4 et 5.

Il est difficile d'imposer aux organisations de patients des modalités au niveau constitutionnel. Les organisations des patients sont morcelées entre les victimes de pathologies particulières, dialysés, transplantés, colostomisés, diabétiques, etc. ainsi que d'autres organisations de nature plus directement sociales. Il importe qu'elles se regroupent sous une bannière faitière pour faire valoir de manière plus efficace leur point de vue. L'exigence constitutionnelle aura sans aucun doute un effet incitatif décisif à cet égard.

A ce titre il y a lieu de préciser que les fournisseurs de prestations ne se limitent pas seulement aux médecins et aux hôpitaux, mais doivent également prendre en compte les soins à domicile et les établissements médico-sociaux. Ces différents aspects de la prise en charge sont largement complémentaires et ne peuvent être pris en considération isolément comme c'est trop souvent le cas actuellement. Cette prise en compte élargie représente un effort certainement déjà en cours au niveau des institutions et organisations. Mais la mise en place dans le terrain, l'élaboration de processus plus efficaces (mais respectant malgré tout la relation personnelle médecin-malade) demande une réflexion/collaboration partenariale y compris quant à sa composante économique.

Tout ceci est également un challenge pour la FMH. Comme elle en fait déjà actuellement la preuve, elle n'entend pas se retrancher derrière une attitude syndicale et défensive, mais au contraire se positionner, proposer, et participer dans une vision d'intérêt général.

Ce changement de paradigme représente par conséquent un défi extrêmement haut placé. Mais sans cette collaboration/concertation il n'y aura pas de solutions, mais seulement des conflits qui perdurent et démotivent avec leurs conséquences (pénurie de généralistes, pénurie chronique de personnel spécialisé, poursuite du renchérissement).

#### **Al. 4**

Pour élaborer des solutions dans un contexte particulièrement difficile, tous les partenaires doivent être paritairement associés. Les assurés ne sont actuellement pas formellement représentés. Ou si tel est le cas ils n'ont guère les moyens de s'exprimer, de faire valoir leur point de vue, et d'agir dans le cadre de l'application de la loi, si ce n'est sur le plan politique à titre de citoyennes/citoyens.

Auparavant les caisses-maladie avaient une structure mutualiste avec des assemblées locales et régionales permettant aux assurés de s'identifier à leur caisse et de faire entendre leur voix. Depuis la mise en vigueur de la LAMal, ces structures ont évolué de manière diverse pour surtout disparaître presque complètement à quelques exceptions près. Les conseils d'administration des caisses-maladie font l'objet de choix par cooptation au gré de relations personnelles ou d'options politiques et commerciales. Ils ne sont en rien représentatifs des assurés/consommateurs, qui sont aussi patients, et qui devraient pourtant constituer l'essentiel de leurs préoccupations. Il est essentiel qu'ils aient un intérêt à la bonne marche de leur caisse qui dépasse le simple niveau des primes.

Leur seul moyen d'action actuel est de changer de caisse au profit d'une autre plus avantageuse. L'écrasante majorité reste néanmoins fidèle à sa caisse en maugréant dans la résignation, convaincue que les caisses plus avantageuses ne le seront plus l'année suivante. Mais cette soit disant fidélité ne signifie en rien ni que les assurés participent, ni qu'ils approuvent. Or leur participation est essentielle à la compréhension et à l'élaboration de la stratégie de gestion qu'ils subissent; la complexité des problèmes à appréhender là ne sera de toute façon pas plus grande que maints sujets de votation !

Cette représentation effective des assurés est également indispensable à la recherche de solutions équilibrées pour maîtriser les coûts. Elle l'est d'autant plus qu'une bonne partie d'entre eux ne sont pas seulement des payeurs de primes, mais aussi des bénéficiaires de prestations dont les factures sont prises en charge, en d'autres termes également des patients. Ils sont donc l'expression de l'essentiel des préoccupations économiques des assureurs. Ce collectif est aussi un élément déterminant de l'acceptance dans les sacrifices que tous les partenaires devront concéder.

Ce changement de structure des caisses-maladie ne contribue pas seulement à un fonctionnement démocratique, mais aussi à la transparence. Les contrôles financiers ne se feront plus seulement par les instances de l'OFSP, par définition aléatoire vu le nombre limité de collaborateurs à disposition face à l'ampleur de la tâche, mais aussi directement par les membres de la caisse au même titre que les actionnaires ou les coopérateurs d'une grande société comme Nestlé ou la Migros. Les caisses seront obligées de mettre en place un organe de vérification des comptes qui ne sera plus de nature exclusivement technique avec un fonctionnement «dans le secret des dieux», mais aussi élu et donc en quelque sorte public.

Ces modifications structurelles ne changent toutefois rien à la mission d'assureur des caisses-maladie. Mais elles leur imposent d'être directement redevables de leur stratégie sociale et économique envers leurs membres. La concurrence prend dès lors une autre signification. Il ne s'agit plus simplement du niveau des primes, mais aussi de la qualité des services et de la concordance avec les attentes de leurs membres.

Il faut relever que ceux-ci seront aussi responsabilisés par, une meilleure information sur les problèmes à surmonter et une confrontation directe avec les réalités. Ils seront appelés à prendre position sur les propositions qui leurs sont faites par leur participation aux assemblées, en élisant des délégués, leurs organes de vérification des comptes et leurs conseils d'administration.

Les caisses-maladie seront alors véritablement au service de leurs membres et plus une équipe de copains ne représentant finalement que leurs propres intérêts.

## **Al. 5**

L'une des causes majeure des dérapages décrits précédemment est le conflit d'intérêt entre la gestion d'une assurance sociale obligatoire et solidaire par définition au service de tous, et l'assurance complémentaire privée génératrice de profit.

La concurrence économique n'a fait que semer la confusion dans ce domaine. La stratégie à développer pour agrandir sa part de marché ne peut pas du tout être la même dans un secteur social aux ressources par définition limitées et aux règles strictes définies par la loi que dans un domaine où l'offre et la demande jouent librement sans limitations, et où la légitimité est autre.

Les conflits d'intérêts et le mélange des genres sont par conséquent permanents. Ils débouchent en toute logique sur une politique visant à mettre sous pression l'assurance sociale qui ne rapporte rien, pour tenter de dégager des créneaux bénéficiaires au niveau de l'assurance complémentaire ou d'autres activités d'assurance parallèles. De même, le recrutement des assurés dans l'assurance de base est instrumentalisé pour fournir une clientèle pratiquement captive des assurances complémentaires privées. La CDS confirme ces constatations et estime également qu'une séparation plus stricte entre l'activité sociale et privée se justifie.

Le secret médical est dans cette opération un enjeu manifeste. Il est en principe garanti par la loi. De facto les cloisons entre les différents secteurs d'assurance ne sont pas d'une étanchéité absolue, même s'ils ressortent en principe d'une autre société que l'assurance de base. Les données de l'assurance-maladie permettent à cet égard non seulement de constituer un fichier facilitant les opérations de marketing, mais elles facilitent aussi considérablement la gestion des risques et donc des profits.

Même si cette question n'a jamais fait l'objet d'aucune plainte jusqu'à présent, le laxisme de la protection des données est néanmoins patent. La séparation rigoureuse de l'assurance-maladie des autres activités d'assurance sur le plan structurel, organisationnel et économique contribuera donc au renforcement de la protection des données et du secret médical.

Cette volonté de séparer strictement la gestion de l'assurance-maladie sociale des autres activités d'assurances ne limite en rien leurs compétences actuelles.

Il est évident que l'assurance d'indemnités journalières et l'assurance-accident des personnes qui ne sont pas salariées, qui sont des assurances sociales, ne sont pas touchées par cette exigence d'indépendance complète au niveau structurel, organisationnel et économique. Mais pour le reste la délimitation de ce qui fait partie de l'assurance sociale et ce qui n'y appartient pas est l'un des plus importants enjeux de la maîtrise des coûts. Ce débat essentiel et certainement chaud des prochaines années ne peut se faire que dans un processus partenarial et démocratique transparent et sans confusion d'intérêts.

Cette séparation sans ambiguïté entre assurance sociale et assurances privées est donc tellement importante, à la fois concrètement dans la maîtrise des coûts et symboliquement pour restaurer l'image et le capital de confiance des caisses-maladie, qu'elle doit figurer dans la Constitution d'une manière si claire qu'elle empêche tout contournement.