

Communiqué de presse

Berne, le 22 février 2008

Article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie»

La FMH dit non à la toute-puissance des caisses

Le 1^{er} juin, le peuple suisse votera sur un article constitutionnel qui ferait des caisses-maladie l'instance toute-puissante de notre système de santé. Les caisses recevraient chaque année des milliards de francs d'argent public, à gérer sans aucun contrôle indépendant. De plus, elles décideraient qui sont les médecins admis à pratiquer et quelles sont les prestations de soins prises en charge. Une telle concentration de pouvoir serait catastrophique, car seuls les aspects économiques détermineraient désormais la gestion des soins. C'est pourquoi les délégués de la FMH se sont prononcés pour un non à cet article constitutionnel.

Lors de leur assemblée d'hier, les délégués de la FMH ont décidé d'opposer un non clair et net à l'article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie». En effet, la formulation en est trompeuse et s'avère dangereusement séduisante: si le titre de l'article est apparemment inoffensif, sa teneur ainsi que les comptes-rendus des débats parlementaires révèlent clairement de quoi il retourne: on veut introduire la liberté de contracter et le financement moniste des soins. A l'avenir, les caisses se verraient confier des milliards de francs de deniers publics à gérer sans aucun contrôle externe. Elles pourraient décider seules quels médecins sont admis à pratiquer et le législateur, c'est-à-dire le Parlement, aurait désormais la possibilité de supprimer les prestations de soins (soins de transition, de longue durée, à domicile) de la loi sur l'assurance-maladie. Pour la FMH, la Fédération des médecins suisses, une telle concentration de pouvoir chez les caisses et la dégradation des soins médicaux qu'elle entraînera sont un scandale. Elle s'oppose donc à cette toute-puissance des caisses et à son ancrage dans la Constitution fédérale.

«Une concentration de pouvoir chez les caisses-maladie est à rejeter sans compromis» relève le Dr Jacques de Haller, président der FMH «car elle entraînera un démantèlement des soins de santé». Pour les caisses, la question des coûts est prioritaire: elles veulent maintenir leurs dépenses aussi basses que possible et ne travailler qu'avec des médecins qui génèrent peu de coûts. Les patients qui nécessitent une prise en charge régulière et parfois intensive, telles les personnes âgées ou celles qui souffrent de maladies chroniques comme le diabète, ne sont pas les bienvenus. La liberté de contracter qui est exigée est donc trompeuse: pour les patients, c'est en réalité une perte de liberté puisque ce sont les caisses qui détermineraient quels médecins sont encore admis à pratiquer. Si à l'avenir, les caisses décident quels sont les

médecins qui conviennent, cela signifiera un énorme recul en termes de qualité des soins, car une relation médecin-patient reposant sur la confiance est le fondement d'un traitement réussi et de la guérison du malade. Comme un fonctionnement efficace de la santé publique et surtout de la fourniture de soins ne peut être assuré qu'en partenariat et dans un régime où les droits de chacun sont égaux, il convient de rejeter fermement l'article constitutionnel proposé et les préjudices qu'il causerait à la population.

Renseignements:

Jacqueline Wettstein, responsable de la communication FMH

N° de tél.: 031/359 11 50, courriel: jacqueline.wettstein@fmh.ch

Pour une fourniture de soins basée sur le partenariat

La FMH préconise des soins médicaux fondés sur la qualité, le partenariat et le caractère économique des prestations:

- Le corps médical définit, d'entente avec ses partenaires du système de santé, des critères de qualité; ces derniers peuvent inclure des aspects économiques. Lorsqu'un médecin remplit ces critères et qu'il est admis à pratiquer par l'Etat, il ne peut être refusé par une caisse, indépendamment du fait qu'il exerce dans le cadre d'un modèle traditionnel ou d'un modèle du type managed care.
- Outre le modèle de prise en charge traditionnel, d'autres modèles de soin sont encouragés au niveau de la loi par des incitations judicieuses tant pour les patients (participation aux frais plus basse, rabais sur les primes) que pour les fournisseurs de prestations.
- Les modèles de réseaux médicaux ou de managed care ont un caractère facultatif, volontaire, aussi bien pour les médecins que pour les patients, ce qui est la condition de leur succès.