

Communiqué de presse de la FMH

Berne, le 29 octobre 2008

Assurance de base: la CSSS s'engage dans une voie problématique

La Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats (CSSS) s'est penchée aujourd'hui sur un modèle d'assurance de base duale qui prévoit de confier une grande partie de la gestion des ressources de la santé aux caisses-maladies, et donc de retirer cette compétence aux pouvoirs publics. De plus, avec ce modèle «Forster/Oggier», les médecins qui traitent des patients générant des coûts élevés, tels les malades chroniques ou les personnes âgées, auront désormais beaucoup de peine à trouver une caisse-maladie avec qui collaborer. Si la CSSS devait approuver ce modèle lors de sa prochaine séance, cela ne correspondrait pas à la volonté populaire. Elle devrait alors finalement accepter le bien-fondé du reproche selon lequel elle devient de plus en plus l'outil du lobby des caisses-maladies.

Le 1^{er} juin 2008, par 69,5% des voix, le peuple suisse a clairement voté en faveur de laisser les pouvoirs publics et les cantons continuer à gérer l'admission des médecins à pratiquer et le financement des hôpitaux. Les citoyens ont ainsi clairement rejeté l'article constitutionnel 117a et se sont exprimés contre une concentration de pouvoir chez les caisses. Une approbation de cet article aurait signifié la fin du libre choix du médecin, ce qui aurait porté préjudice à de nombreux patients et plus particulièrement aux malades chroniques et aux personnes âgées. La majorité des cantons, ainsi que la FMH en tant qu'une des nombreuses organisations de fournisseurs de prestations s'étaient prononcés pour un rejet de cet article constitutionnel.

Il est de tradition qu'après une votation, les gagnants puissent présenter leurs propositions. Ce n'est qu'après un rejet dûment motivé de celles-ci que tous les groupes concernés peuvent s'impliquer dans le débat, et notamment les perdants de la votation. La CSSS semble avoir oublié ces règles du jeu depuis le 1^{er} juin: elle a décidé de ne pas entrer en matière sur les propositions des gagnants du 1^{er} juin, à savoir les propositions des cantons et de la FMH, au nom de l'ensemble des fournisseurs de prestations. En revanche, elle s'occupe des nombreuses propositions soumises par le camp des perdants. Ceci démontre une fois de plus que le lobby des caisses-maladies fonctionne et que leurs cinq représentants siégeant à la CSSS ont réussi à s'imposer. Il est urgent que les membres de la CSSS se remémorent quels sont les devoirs et les tâches d'une commission.

Conjointement avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), la FMH a élaboré une proposition qui permet la levée de la clause du besoin tout en rendant possible une régulation différenciée de la fourniture de soins. Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet en cliquant [ici](#).

Renseignements:

Jacqueline Wettstein, responsable de la communication de la FMH

Tél. 031 / 359 11 50, e-mail: kommunikation@fmh.ch

www.fmh.ch

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS) s'est penchée sur le modèle d'une assurance de base duale. Ce modèle «Forster/Oggier» prévoit d'offrir à l'avenir deux variantes d'assurance de base obligatoire: les assurés devraient pouvoir choisir entre une variante d'«approvisionnement d'Etat» et une variante dite de «liberté de choix».

De l'avis de la FMH, le modèle «Forster/Oggier» est toutefois problématique pour les raisons suivantes:

- La gestion des ressources du domaine de la santé est une tâche des pouvoirs publics – c'est ce que le souverain a clairement rappelé lors de la votation populaire du 1er juin 2008. L'assurance de base proposée fait fi de la volonté populaire puisque dans sa variante «liberté de choix», elle confie précisément cette gestion des ressources aux caisses-maladies. Ces dernières pourront ainsi décider avec quels médecins des différentes spécialités elles entendent collaborer.
- Le modèle «Forster/Oggier» restreint inutilement la liberté de choix des assurés. En effet, il rend la variante «approvisionnement d'Etat» peu attractive par rapport à la variante «liberté de choix»: le choix actuel des franchises risque d'être supprimé si bien que les assurés ne pourront plus choisir entre différents modèles permettant de faire des économies. La FMH s'engage pour des modèles offrant une véritable liberté de choix aux assurés.
- La variante «liberté de choix» n'admet pas les contrats collectifs. Cela signifie que les assureurs pourront passer des contrats individuels avec des médecins. Dans ces conditions, le médecin qui compte parmi ses patients principalement des malades chroniques et des personnes âgées ne trouverait quasiment plus d'assureur avec qui collaborer, car ce dernier jugerait ses coûts trop élevés. C'est justement ce que le peuple a refusé le 1er juin dernier.