



# 05.055

Article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie» (contre-projet à l'initiative populaire «Pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base»)

## ARGUMENTAIRES CONTRE

**1er juin 2008**

**NON** au diktat  
des caisses!

Communiqué de presse

Berne, le 6 mars 2008

Votation du 1er juin sur le nouvel article constitutionnel

**Opposer un NON massif au diktat des caisses!**

**Le 1<sup>er</sup> juin, le peuple suisse votera sur un nouvel article constitutionnel. Celui-ci favorise unilatéralement les caisses-maladie au détriment des patients, qui sont relégués au dernier rang. Le libre choix du médecin et les soins à domicile sont menacés également. De plus, il est prévu que les caisses recevraient chaque année des milliards de francs d'argent public sans être soumises au moindre contrôle efficace. C'est pourquoi de nombreuses organisations, qui s'engagent quotidiennement pour le bien des patients, se sont regroupées au sein du comité «NON au diktat des caisses»: médecins, soignants, organisations de consommateurs et de patients, pharmaciens et dentistes, ainsi que d'autres organisations encore, luttent côte à côte pour le rejet de cet article constitutionnel.**

Le 1<sup>er</sup> juin, les Suisses et les Suissesses voteront sur l'article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie», dont la formulation positive fait miroiter des avantages qui n'en sont pas. Bien au contraire, ce nouvel article de la Constitution ferait des caisses-maladie l'instance toute puissante de la santé publique et reléguerait les patients au dernier plan. Le conseiller aux Etats Hans Altherr a clairement dit de quoi il retourne: «Ce projet d'article a deux assises: la liberté de contracter et le financement moniste des soins» (traduction). A l'avenir, les caisses détermineraient quels sont les médecins encore rentables et ne collaboreraient plus qu'avec des praticiens et thérapeutes qui génèrent peu de coûts. Les personnes âgées, mais aussi les malades chroniques, auraient alors de sérieuses difficultés à trouver un médecin. Les caisses pourraient imposer aux patients les médecins et thérapeutes qu'ils peuvent encore consulter ou non. En tant qu'entreprises privées, elles recevraient en outre annuellement huit milliards de francs d'argent public sans qu'aucun contrôle efficace ne soit exercé par une instance externe. A cela s'ajoute le fait que la Constitution permettrait dorénavant aux caisses de ne plus rembourser les prestations de soins prodiguées à l'extérieur des hôpitaux. Les patients en seraient réduits à payer ces prestations de leur poche, bien qu'ils aient payé fidèlement leurs primes d'assurance-maladie pendant des années.

Un transfert de pouvoir aussi massif en faveur des caisses et un tel mépris des patients sont absolument inacceptables. Il convient donc de dire haut et fort «NON au diktat des caisses!» C'est dans ce but que les organisations suivantes, qui s'investissent toutes pour le bien du patient, se sont regroupées au sein du comité «NON au diktat des caisses!»:

- la FMH – Fédération des médecins suisses
- la FPC – Fondation pour la protection des consommateurs
- l'ASI – Association suisse des infirmières et infirmiers
- la FSAS – Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé

- la COLISA – Conférence nationale suisse des ligues de la santé
- l'OSP – Organisation suisse des patients
- la FRC – Fédération romande des consommateurs
- la SSPh – Société suisse des pharmaciens
- SSO – Société suisse d'odonto-stomatologie

Ces organisations s'engagent ensemble pour un non à l'article constitutionnel projeté.  
Seul un refus clair et net de ce diktat des caisses permettra que la priorité continue d'être donnée à la santé des patientes et des patients.

Pour plus d'informations: [www.non-au-diktat-des-caisses.ch](http://www.non-au-diktat-des-caisses.ch)

**Comité «NON au diktat des caisses»**

Case postale 55

3000 Berne 15

[info@nein-zum-kassendiktat.ch](mailto:info@nein-zum-kassendiktat.ch)

Interlocutrice: Jacqueline Wettstein, tél. 031 359 11 50.

Comité «NON au diktat des caisses»  
Case postale 55  
3000 Berne 15

## ARGUMENTS

# Non, parce que le choix d'un médecin est une question de confiance

**L'article constitutionnel proposé veut supprimer le libre choix du médecin par les patients. A l'avenir, seules les caisses-maladie décideraient quels sont les médecins et thérapeutes admis pratiquer. Or, neuf Suisses et Suissesses sur dix ne veulent en aucun cas renoncer au libre choix de leur médecin<sup>1</sup> et tiennent à consulter un soignant en qui ils ont personnellement confiance. Et ce à juste titre: la relation de confiance entre patient et médecin est un fondement essentiel du succès du traitement et de la qualité des soins médicaux.**

Le nouvel article constitutionnel qui sera soumis au peuple suisse le 1er juin 2008 remet en question une valeur fondamentale du système de santé suisse: il veut abolir l'obligation de contracter et, partant, le libre choix du médecin. Le conseiller aux Etats Hans Altherr, entre autres, l'a confirmé en ces termes lors du débat à la Chambre haute du 6 décembre 2007<sup>2</sup>: «*Ce projet d'article a deux assises: la liberté de contracter et le financement moniste des soins*» (traduction). Mais la liberté revient dans ce cas à une perte de liberté, tant pour les patients que pour le corps médical. En effet, la liberté de contracter restreint d'une part le libre choix du médecin; d'autre part, elle équivaut pour de nombreux médecins à une interdiction d'exercer leur profession.

## Pas de libre choix pour les patients

La levée de l'obligation de contracter restreindrait massivement le libre choix du médecin par les patients. Actuellement, les caisses sont tenues de rembourser les factures de tous les médecins admis à pratiquer. A l'avenir, elles pourraient décider avec quels praticiens elles collaborent. Les caisses se concentreraient alors sur ceux qui soignent principalement des patients "en bonne santé" et génèrent donc moins de coûts. Quiconque a besoin d'un traitement coûteux aurait de grandes difficultés à trouver un médecin qui puisse facturer ses prestations à la charge de l'assurance-maladie. Abolir l'obligation de contracter, ce serait ouvrir en Suisse la chasse à ce qu'on appelle les bons risques. Les malades chroniques et les personnes âgées qui doivent souvent consulter un médecin seraient les premiers à en faire les frais.

## Diminution de l'adhésion au traitement

Même pour les patients mieux acceptés par les caisses, la levée de l'obligation de contracter s'avérerait très limitative. Si les caisses déterminaient à l'avenir avec quels médecins elles collaborent, les patients ne pourraient plus choisir librement le praticien qu'ils désirent consulter. Suivant les circonstances, il pourrait arriver que les caisses excluent précisément le médecin auquel ils faisaient confiance depuis des années. Ou que dans une région, le seul médecin encore admis à pratiquer ne soit pas, pour des raisons personnelles, celui qu'ils souhaitent choisir comme leur praticien de confiance. Or, la relation de confiance entre

patient et médecin est décisive pour le succès du traitement. Si elle ne fonctionne pas, la disposition du patient à collaborer aux mesures diagnostiques et thérapeutiques diminue d'autant. En fin de compte, c'est la qualité des soins médicaux qui en pâtit.

## **Interdiction d'exercer pour les médecins**

Le nouvel article constitutionnel déterminerait quels médecins, parmi les plus de 30 000 que compte la Suisse, pourraient encore exercer leur profession – sans tenir compte de l'ampleur de leurs connaissances et de leur expérience, ni de l'étendue de leur formation pré- et postgraduée. Le seul critère encore déterminant serait de savoir si un médecin traite des patients présentant de bons ou de mauvais risques, à savoir des patients générant peu ou beaucoup de coûts. Cela aurait des conséquences existentielles pour le corps médical, car toutes les caisses appliqueraient les mêmes règles. En clair, si une caisse excluait un médecin, les autres le feraient également – et le médecin concerné ne pourrait plus exercer sa profession.

## **Conséquence**

**L'obligation de contracter telle qu'elle existe actuellement représente la meilleure solution pour garantir des soins de santé optimaux. En effet, elle permet aux patients de choisir librement parmi les médecins admis à pratiquer par l'Etat. Accepter l'article constitutionnel proposé reviendrait à ériger les caisses en juges et à abolir l'Etat de droit.**

<sup>1</sup> Claude Longchamp et al.: Mehr Qualität , mehr Leistung, mehr Markt. Schlussbericht zum Gesundheitsmonitor 2007. Basel: Interpharma, 2007, Seite 53.

<sup>2</sup> [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch)

## **Non, parce que les caisses ne doivent pas tenir seules tous les cordons de la bourse**

**Les frais d'hôpital sont actuellement supportés conjointement par les caisses et les cantons. Ces coûts seraient désormais pris en charge par une seule instance. L'article constitutionnel proposé prévoit en effet que les cantons verseraient chaque année aux caisses des milliards de francs – sans aucune possibilité de contrôle par les pouvoirs publics. Le système de santé se trouverait ainsi livré au pouvoir des caisses, sans que les cantons puissent exercer un droit démocratique de regard ou d'intervention.**

Les débats parlementaires l'ont clairement montré: la concurrence exigée par le nouvel article constitutionnel inclurait le financement moniste des soins. Et le rapporteur de la commission parlementaire, le conseiller aux Etats Hans Altherr, l'a dit sans ambages le 6 décembre 2007 devant la Chambre haute: *«Ce projet d'article a deux assises: la liberté de contracter et le financement moniste»*. (traduction) Voilà qui reviendrait à mettre sens dessus dessous le système de financement actuel.

### **Les caisses dans le rôle du moniste**

Actuellement, le financement des traitements hospitaliers est géré par deux contributeurs: les cantons et les caisses. A l'avenir, il n'y aurait plus qu'un seul organisme chargé du financement. Il n'est guère imaginable que cette fonction soit assumée par les cantons ou par un nouvel organe créé à cet effet, car ces instances devraient mettre sur pied un gigantesque système de paiement - ce qui entraînerait d'énormes dépenses, et rendrait aussi les caisses-maladie inutiles. Il est donc évident que ce sont les caisses qui assureraient le financement moniste des soins. L'intervention du 6 décembre 2007 de la conseillère aux Etats Anita Fetz est parfaitement claire à cet égard: *«Mais en fin de compte, il s'agit là d'un système moniste géré par les caisses. Croyez-moi, ce sera, de façon parfaitement justifiée, la base de notre recommandation de vote. Comment le peuple pourrait-il être sûr, lors du vote, que ce ne sont pas les caisses qui auront ensuite tous les pouvoirs, puisque un organe de clearing tiers a déjà été refusé par cette Chambre?»* (traduction)

### **Pas de contrôle efficace**

A l'heure actuelle, les cantons versent leur contribution directement aux hôpitaux. Avec le nouvel article constitutionnel, c'est aux caisses-maladie qu'ils devraient transférer les montants destinés à l'indemnisation des prestations. Tous les moyens financiers – c'est-à-dire les contributions publiques et les primes – convergeraient donc vers les caisses. Elles seraient désormais seules à tenir tous les cordons de la bourse, et les pouvoirs publics n'exerceraient plus aucun contrôle efficace.

### **Une dangereuse concentration de pouvoir**

Le système actuel répartit clairement les rôles: les cantons en assument la planification, le pilotage et la responsabilité globale alors que les caisses se chargent du domaine des assurances. Les contributions cantonales correspondent à un achat ciblé de prestations de la part des pouvoirs publics. Elles sont un outil de pilotage essentiel permettant d'assurer des

soins médicaux en quantité suffisante, d'un coût avantageux et de haute qualité. Verser également les contributions publiques aux caisses reviendrait à supprimer cette répartition des rôles. On assisterait à un renforcement massif du pouvoir des caisses. Le secteur hospitalier serait livré à leur bon-vouloir et les cantons perdraient leurs compétences en matière de gestion et de direction du système. Une situation inacceptable, notamment du point de vue de l'équivalence fiscale: alors qu'elles sont administrées dans les faits comme des entreprises privées, les caisses recevraient des milliards de francs d'argent public qu'elles pourraient gérer et distribuer à leur guise.

## **Conclusion**

**Si les cantons devaient à l'avenir remettre aux caisses les subventions qu'ils versent actuellement aux hôpitaux, le système de santé suisse ne tarderait pas à être régi par le principe du «Qui paie, commande». Les cantons perdraient de leurs possibilités d'influence tandis que le pouvoir des caisses augmenterait massivement. L'article constitutionnel proposé, qui veut introduire la gestion moniste par les caisses, doit être refusé. C'est la seule façon de continuer à garantir une prise en charge hospitalière de haute qualité, responsable et d'un coût avantageux.**

## **Non, parce que les soins doivent rester accessibles à tous**

**A l'heure actuelle, il va de soi que l'assurance-maladie obligatoire rembourse sans discussion les coûts des soins nécessaires en cas de maladie et d'accident. La formulation facultative du nouvel article constitutionnel permettrait dorénavant de biffer ces prestations de l'assurance de base. Ce sont surtout les malades chroniques ou les personnes âgées - par exemple dans les EMS - qui seraient touchés. Ils ne pourraient soudain plus compter sur leur caisse-maladie, même après avoir payé leurs primes pendant des années.**

L'article constitutionnel «Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie» ébranle les fondements de la LAMal et remet en question le financement des prestations de soins. Et pourtant, avec l'introduction de la LAMal, le peuple suisse a dit oui à un système d'assurance qui met sur le même niveau les prestations de soins et les prestations médicales, diagnostiques et paramédicales: *«Ces prestations comprennent: les [...] soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des [...] personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical.»*<sup>1</sup>

### **De lourdes conséquences**

Le nouvel article constitutionnel aurait pour conséquence de supprimer cet acquis essentiel pour les soins et les personnes nécessitant des soins, car il se contente de stipuler que *«l'assurance des soins prévoit des prestations en cas de maladie et de maternité et peut prévoir des prestations en cas d'accident et de besoin en soins réguliers.»* En d'autres termes, les personnes nécessitant des soins ne pourraient, à l'avenir, plus compter sur la participation obligatoire des caisses aux coûts des soins prodigués à l'extérieur de l'hôpital. Cette formulation vague avec une simple "possibilité" laisse une trop grande marge de manœuvre au législateur: celui-ci a la liberté de prévoir les prestations en cas de besoin en soins réguliers soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de l'assurance des soins.

### **Une attaque frontale contre le financement des soins**

Ce sont donc les personnes âgées et celles nécessitant des soins qui se trouvent dans la ligne de mire de ce nouvel article constitutionnel. Une vieille stratégie est ainsi reprise qui consiste à distinguer entre prestations de soins médicaux et soins dus à l'âge et à procéder à des coupes dans ces derniers. On ne tient pas compte du fait qu'un diagnostic médical se trouve derrière toute prestation de soins. Ce projet de loi est une attaque frontale contre le financement des soins. Les améliorations déjà acquises aujourd'hui dans ce domaine seraient réduites à néant avec l'acceptation de ce contre-projet. De surcroît, on mettrait fin à un contrat entre les générations. Si les caisses n'étaient plus tenues de financer des soins à l'extérieur de l'hôpital, les patients devraient payer eux-mêmes les prestations qu'ils ont reçues, bien qu'ayant payé leurs primes de caisse-maladie fidèlement pendant des années. Quiconque ne peut pas se payer des soins dépendrait de l'aide publique ou devrait être soigné en milieu hospitalier, ce qui occasionnerait des hospitalisations plus nombreuses et plus longues ainsi que des coûts inutiles.



## Une procédure injustifié

Une modification si fondamentale de la Constitution durant la révision en cours de la LAMal ne se justifie pas non plus du point de vue de la procédure. Le contre-projet à l'initiative de l'UDC ne s'avère ni nécessaire ni utile étant donné que des modifications de la LAMal sont aussi possibles sans devoir adapter la Constitution fédérale.

En outre, il est incompréhensible que des prescriptions détaillées dans le domaine de l'assurance-maladie soient à nouveau introduites dans la Constitution fédérale, alors que la dernière révision totale de cette dernière visait à l'en libérer. De plus, le nouvel article constitutionnel court-circuite la compétence des cantons dans le système de santé et donne unilatéralement tout pouvoir aux caisses-maladie.

## Conclusion

**En acceptant l'introduction de la LAMal, le peuple suisse s'est prononcé pour un système d'assurance-maladie qui couvre aussi les soins dispensés à l'extérieur des hôpitaux. Le nouvel article constitutionnel mine cet acquis en donnant au législateur la possibilité de prévoir que les prestations de soins soient exclues de l'assurance de base. Les perdants seraient les personnes âgées et celles nécessitant des soins, qui ne pourraient plus compter sur la participation obligatoire des caisses à ces coûts, bien qu'elles aient payé des primes d'assurance pour cela pendant des années. Le nouvel article constitutionnel, avec sa formulation facultative asociale, doit donc être fermement rejeté.**

<sup>1</sup> Art. 25 de l'actuelle LAMal.



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Fédération des médecins suisses  
Federazione dei medici svizzeri  
Swiss Medical Association

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<sup>er</sup> 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

Elfenstrasse 18, Case postale 170, CH-3000 Berne 15  
Téléphone +41 31 359 11 11, Fax +41 31 359 11 12  
info@fmh.ch, www.fmh.ch

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](mailto: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.



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

## COMMUNIQUE DE PRESSE

11.3

Berne, le 15 février 2008

### **Article constitutionnel "Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie": la CDS dit clairement non.**

**La CDS rejette clairement l'article constitutionnel "Qualité et efficacité économique dans l'assurance-maladie". Le projet, qui sera soumis à votation le 1<sup>er</sup> juin 2008, vise à transférer sans examen aux assurances-maladie des deniers publics et le pouvoir de décision sur l'offre. Les cantons ne pourraient ainsi plus remplir le mandat qu'ils ont de garantir la prise en charge des soins.**

L'article constitutionnel prétend s'engager surtout pour la qualité et l'efficacité économique. Ces principes sont incontestés et inscrits déjà aujourd'hui au niveau de la loi. Mais la CDS s'oppose au transfert de fonds publics aux assureurs, qui pourraient décider sans directives de l'offre et de l'utilisation des fonds.

Les cantons devraient transférer aux caisses environ 8 milliards de francs chaque année. Ces fonds publics sont aujourd'hui utilisés de façon ciblée pour les prestations des hôpitaux, des EMS et des organisations d'aide et de soins à domicile parce que les contributions des assureurs ne couvrent de loin pas les coûts. De cette façon, les cantons garantissent aujourd'hui une prise en charge suffisante, accessible à tout moment et de partout et financièrement avantageuse. Sans ces fonds, ils ne pourraient plus remplir leur mandat de garantir la prise en charge. Quant aux caisses, elles n'auraient pas non plus un tel mandat.

Le transfert de fonds publics aux caisses contredit en outre les principes fondamentaux de l'action de l'Etat. Or, le principe de l'équivalence fiscale, de la possibilité démocratiquement légitimée de déterminer et d'influencer les dépenses de l'Etat, ne doit pas être enfreint.

Selon l'article constitutionnel, les assurés ne devraient plus pouvoir choisir que parmi les médecins et les hôpitaux admis par leur assurance. Le système de santé serait de la sorte soumis au dictat des caisses-maladie, qui influenceraient l'offre purement dans l'optique d'une prise en charge aussi bon marché que possible: les patients constituent un facteur de coûts pour les assureurs.

#### **Compléments d'information:**

Conseiller d'Etat Pierre-Yves Maillard, président de la CDS Directeur de la santé du canton de Vaud	021 316 50 00
Conseiller d'Etat Carlo Conti, vice-président de la CDS Directeur de la santé du canton de Bâle-Ville	061 267 95 23
Conseillère d'Etat Patrizia Pesenti, membre du Comité directeur de la CDS Directrice de la santé du canton du Tessin	091 814 44 80
Michael Jordi, secrétaire central suppléant CDS	031 356 20 20 / 079 702 20 90