

Référendum : Non à une médecine à deux vitesses !

La révision de la Loi sur l'assurance maladie (Réseaux de soins) votée par les chambres fédérales le 30 septembre 2011 est dangereuse pour notre santé.

1) Des réseaux de soins intégrés (dit aussi *Managed Care*)... très contraignants

L'objectif de cette réforme est de contraindre les assuré-e-s à adhérer à un réseau de soins intégrés. Un réseau est un groupe de fournisseurs de soins (médecins, mais aussi spécialistes, hôpitaux, EMS, soins à domicile, etc...) qui va diriger **complètement** l'accès aux examens, aux soins et aux thérapies des assuré-e-s du réseau.

2) Augmentation de notre participation individuelle aux frais

Pour nous obliger à entrer dans ces réseaux, le parlement a décidé que les traitements hors réseaux seront plus chers pour les malades. La participation aux frais de traitement est augmentée à 15 % (contre 10 % aujourd'hui); un-e patient-e pourrait devoir participer jusqu'à un montant annuel total de 1000 francs (aujourd'hui 700 francs, soit la quote-part). S'y ajouteront, au moins, 300 francs de franchise par an. Et l'on ne connaît pas encore les primes qui seront réclamées aux assuré-e-s qui resteront hors réseau : on peut déjà imaginer qu'elles seront prohibitives.

3) Libre choix du médecin réservé aux riches

Celles et ceux qui n'ont pas les moyens de telles dépenses iront donc dans un réseau et renonceront au libre choix de leur médecin. En contrepartie la participation restera fixée à 10 % (comme aujourd'hui) et la limite supérieure – la quote-part – sera fixée à 500 francs (700 francs aujourd'hui).

4) Des contrats prévoyant des primes de sortie élevées

Toute personne qui adhérera à un réseau de soins ne pourra plus en sortir pendant une période qui peut aller jusqu'à 3 ans. La nouvelle loi prévoit que toute sortie du réseau sera facturée : la prime de sortie sera fixée dans le contrat, elle sera salée.

5) Enveloppe budgétaire et restrictions

Les réseaux de soins devront conclure un contrat avec une ou des caisses-maladies pour régler, entre autres, le budget annuel de fonctionnement. Ce budget sera calculé selon une estimation des coûts des assuré-e-s du réseau. Si le réseau a sous-estimé son budget, il sera tenu responsable du déficit. C'est le principe de la coresponsabilité budgétaire.

6) Prestations médicales rationnées

La coresponsabilité budgétaire a pour conséquence que les médecins et autres fournisseurs de prestations (hôpitaux, laboratoires, spécialistes, etc.) auront intérêt à prescrire moins d'exams et de traitements – en particulier s'ils sont chers – ou à y renoncer, pour ne pas dépasser le budget. Ce système suppose aussi que, si le médecin prescrit moins de soins, il gagne plus d'argent. Le réseau doit se comporter comme une entreprise et non plus comme un service public.

7) Et le personnel de santé ?

Aujourd'hui déjà, dans toute la Suisse, le personnel de santé dénonce le manque d'effectifs et le stress résultant des mesures d'économies qui se succèdent depuis des années. Cette réforme va accentuer cette pression. Une pression particulièrement soutenue dans les structures qui travailleront dans ou avec les réseaux, car pour respecter les budgets qui seront imposés par les caisses maladie, il faudra réduire encore davantage les charges d'un personnel déjà surmené.

Nous vous invitons à dire NON à cette médecine à deux vitesses en signant le référendum jusqu'au 15 décembre 2011.

Le comité référendaire est composé de (état au 24.10.2011): SSP (Syndicat des services publics), ASMAC (Association suisse des médecins-assistant-e-s et chef-fe-s de clinique), VUA (Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte), AL Zürich (Alternative Liste).

Pour télécharger des cartes de signature : <http://www.managed-care-non.ch/>

Les médecins soutiennent activement ce référendum : <http://www.referendum-managedcare.ch/fr/arguments.html>