

# **Stéphane Rossini**

## *Vice-président du Conseil national*

### **Stop aux mensonges, oui au débat sur les vrais problèmes**

Les assureurs maladie et autres lobbys des profiteurs du système suisse de santé s'opposant à l'initiative populaire demandant l'introduction d'une Caisse publique d'assurance-maladie ont débuté leur campagne par le mensonge. Cette tentative de détournement d'attention est révélatrice de l'attitude douteuse de milieux qui n'ont que faire de l'intérêt général, qui se servent du système et profitent de ses lacunes.

Ainsi, tant l'Alliance Santé que la faïtière Santesuisse continuent de prétendre que l'initiative mettra fin aux primes pour enfants, aux franchises et aux modèles d'assurance particuliers (médecin de famille, HMO). Devant ces allégations mensongères et pour clarifier sa position sur ces thèmes sensibles à la veille du débat public, par respect pour la population suisse, le comité d'initiative tient à préciser ce qui suit :

1. Le texte de l'initiative populaire propose une modification de la Constitution fédérale. Il est dès lors formulé de manière générale. Son esprit ne souffre cependant d'aucune ambiguïté. L'initiative propose une **réforme de principe systémique**. Elle reconsidère la pluralité des assureurs et la concurrence qui caractérise leur fonctionnement, avec ses innombrables aberrations, effets pervers et dysfonctionnements. Structurellement, pour respecter le champ cantonal des compétences en matière de santé, la Caisse publique sera mise en œuvre par des agences cantonales.
2. L'initiative populaire ne propose **aucune modification des règles de gouvernance déterminant la définition de l'offre** de prestations. Planification hospitalière, établissements médico-sociaux, soins à domicile et médecine privée ambulatoire restent de la compétence des cantons, comme le prévoit l'actuelle loi sur l'assurance-maladie. L'initiative ne pourra donc pas générer une offre insuffisante de prestations et provoquer une forme de rationnement des soins.
3. Dans le même sens, l'initiative populaire ne propose **aucune modification des règles déterminant les types et modèles d'assurance**. La Caisse publique sera chargée de l'application de la LAMal, qui les prévoit. Elle seule ne peut pas les reconsidérer. De plus, jamais il n'a été prétendu par les initiants, ni dans leur présentation du texte aux Commissions parlementaires et aux plénums des Conseils des Etats et National, ni dans leurs communications et argumentaires, la moindre intention d'une pratique différente de celle qui prévaut actuellement. Selon la LAMal, les modèles alternatifs (HMO, médecin de famille) restent donc clairement possibles.
4. La **définition des primes** s'inscrit dans le cadre fédéraliste actuel et les règles de la LAMal. L'initiative demande de supprimer la pluralité des caisses et leur concurrence, donc les inégalités caractérisant la pluralité des primes. Les agences cantonales devront donc déterminer des **primes exclusivement liées aux coûts** du régime. La prime sera identique pour l'ensemble des assurés du canton et **tiendra compte de la catégorie d'assuré (enfant, jeune adulte, adulte), du modèle d'assurance**

**choisi et de la franchise retenue par l'assuré**, selon les règles de la LAMal. Jamais les initiants n'ont remis en cause ces principes définis dans la LAMal. Le texte de l'initiative ne contient aucune disposition permettant d'affirmer le contraire. Le prétendre, qui plus est à l'aide d'avis de droit de complaisance, relève de la pure malhonnêteté intellectuelle.

Au lieu de mensonges diffusés à coup d'annonces multiples et coûteuses, payées par nos primes, les assureurs devraient résoudre les vrais problèmes. Aveuglés par leurs intérêts économiques, ils ne veulent le faire. L'initiative l'exige donc. Nous demandons par conséquent de débattre des vraies questions.

La confusion entre assurances sociale et privée génère des effets pervers inacceptables. L'utilisation abusive des données favorise une sélection des risques illégale mais pourtant pratiquée. Les complications administratives coûtent des millions d'heures de travail à la population et aux acteurs de la santé, qui croulent sous les ennuis et les chicaneries. La compensation des risques est compliquée et coûteuse : 6 milliards de francs circulent entre les caisses pour que la concurrence fonctionne, c'est aberrant. Les réserves (6 milliards !) sont du pur gaspillage. Leurs flux entre cantons sont opaques, pour preuve les 2 milliards de primes payées en trop dans certains cantons. La fixation des primes est peu transparente. Socialement, les différences de primes sont injustes, avec des écarts dans un même canton jusqu'à 50-60% ! Les changements de caisses sont inefficaces, mais coûtent des centaines de millions par an. La surveillance est lacunaire. Et puis, salaires indécents, « affaires » répétées de mauvaise gestion, frais de publicité superflus, coûts d'application élevés pour les cantons ou conflits d'intérêts complètent un tableau peu reluisant.

Nous disons par conséquent STOP aux mensonges, aux allégations fallacieuses et aux détournements d'attention !

[Retour](#)