

Le référendum contre la 2^e révision de la LAMal

R. Nyffeler

Le combat ne fait que commencer. Le corps médical, par l'intermédiaire de ses représentants à la Chambre médicale de la FMH, vient de décider de lancer un référendum contre la 2^e révision de la LAMal, laquelle n'est pas encore sous toit... Et alors, quoi de neuf? Rien, si ce n'est que la corde est suffisamment tendue pour que les médecins pensent qu'il serait éventuellement préférable qu'elle casse.

Victoire devant le peuple et on sera conforté dans l'idée que le médecin doit rester indépendant, non assujéti aux assureurs ou à l'Etat. Echec et on pourra affirmer que le citoyen aura choisi en connaissance de cause qui doit le soigner, dans quelles conditions et selon quelles procédures.

Quelle que soit l'issue du vote, on peut être certain que le problème de la répartition des coûts de la santé ne sera pas résolu car rien dans la 2^e révision de la LAMal ne le prévoit. En dehors de cette 2^e révision, pour la sphère politique, c'est le vide sidéral. Rien, pas une seule vision politique ou économique. Pourtant, l'Office fédéral de la statistique vient de démontrer, chiffres à l'appui, que depuis 40 ans (de 1960 à 2000) il n'y a pas explosion des coûts de la santé, mais une progression régulière plutôt ralentie ces dernières années d'ailleurs, alors que les primes des caisses-maladie prennent l'ascenseur car l'Etat s'est massivement désengagé depuis 10 à 15 ans!

Voici un premier constat. Il est de taille et devrait nous permettre d'aller plus loin. Pour cela, il faut définir le rôle de la médecine et des médecins dans notre société. Le médecin a pour rôle le diagnostic et le traitement des pathologies présentées par ses patients. Cela a le mérite d'être simple et peu contestable. Où cela devient plus corsé, c'est lorsque l'on dit que pour ce faire, il doit s'appuyer sur une perspective médico-scientifique et une autre socio-économique.

En terme médical, la maladie a une origine. Elle se diagnostique, elle se traite parfois définitivement, parfois non. En terme socio-économique, la maladie a également une origine; parfois la faute en revient au patient (tabagisme, obésité, etc.), parfois à la société (chômage, course au rendement et à la productivité, insécurité réelle ou non, guerre, émigration, etc.) et parfois à la malchance seulement. La maladie a pour effet médical une perte de l'autonomie et une souffrance que le médecin peut soulager,

atténuer ou définitivement guérir. Sur le plan socio-économique, la maladie engendre par la perte d'autonomie une diminution de la capacité de gain ou de rendement et elle occasionne des frais de traitement.

On voit bien que les deux perspectives peuvent être en contradiction l'une avec l'autre. Si un patient est malade, notre but est-il de le soigner au mieux quels que soient le coût et le temps nécessaire ou doit-on tenter de le remettre au travail le plus rapidement possible? Le travail est-il toujours un élément favorisant l'autonomie ou peut-il être aliénant? La maladie est-elle secondaire à de mauvaises habitudes du patient? Est-elle due aux contraintes imposées par la société? Qui doit alors payer? Où se situe la limite entre responsabilité individuelle et responsabilité collective? Où doit s'arrêter la solidarité si tant est qu'elle le doive?

Soulever le coin du voile avec ces questions, c'est risquer de se noyer dans une diatribe où s'opposent éthique, moralité, justice, efficacité, efficience et j'en oublie.

Dans ce contexte, la LAMal avait ébauché une timide solution en proposant «la concurrence». La concurrence, cela veut dire que la santé doit entrer dans une économie de marché. Plusieurs voix s'élèvent ces derniers temps pour dire que, dans notre domaine, il n'y a aucune raison pour que l'économie de marché ne puisse pas jouer son rôle régulateur et qu'elle soit tout aussi éthique que le système actuel. On doit affirmer ici que la LAMal empêche l'établissement d'un libre marché en rendant l'assurance maladie obligatoire et en obligeant les partenaires à fixer un tarif.

Que voulons-nous en fait? On l'a déjà dit. Le médecin doit rester indépendant et libre de ses choix thérapeutiques. Il doit être responsable à la fois de la qualité et des coûts car les ressources mises à sa disposition ne sont pas inépuisables. Le patient, lui, doit également être responsabilisé face à son mode de vie et à sa consommation. L'Etat doit être garant de la solidarité et d'une offre suffisante sur l'ensemble du territoire. Quant à l'assureur, il est responsable d'une gestion efficace de l'argent mis à sa disposition et doit participer au contrôle d'efficience en tant qu'agent payeur.

Correspondance:
Dr Richard Nyffeler
Président SMCF
Rue de l'Hôpital 15
Case postale 1552
CH-1701 Fribourg

Comment concilier ces exigences dans une économie de marché?

On pourrait imaginer qu'une nomenclature telle que le TARMED avec ses nombres de points par position soit obligatoire, ceci afin de pouvoir comparer les prestations offertes. Le médecin aurait la liberté d'appliquer la valeur de point qu'il estime nécessaire après en avoir informé ses patients. L'assureur, lui, garantirait le remboursement d'une valeur de point définie par contrat avec son client. Libre à ce dernier ensuite de négocier un tarif avec un médecin ou de payer plus cher une prestation qu'il estimerait de qualité.

Ceci rendrait caduque toute la discussion autour de l'obligation de contracter. Notons qu'aujourd'hui aucun médecin n'a jamais passé contrat avec un assureur, à l'exception près de certains collègues travaillant dans des réseaux.

Avec ce système, c'est le patient, client-consommateur, qui passerait contrat tant avec son assureur, dont l'offre lui paraîtrait la meilleure, qu'avec son médecin dont les prestations lui sembleraient les plus efficaces. Il y aurait mise en concurrence tant des assureurs que des médecins dans un marché libre, mais en partie contrôlé par un catalogue des prestations obligatoires.

En cas de pléthore médicale dans une région, les prix baisseraient et les médecins seraient tentés de s'installer ailleurs (régulation de l'offre). En cas d'augmentation massive de la demande, les prix augmenteraient et feraient progressivement diminuer celle-ci (diminution de la demande).

Voilà pour la théorie libérale. Elle a le mérite d'être simple et de fonctionner souvent.

Quelques bémols tout de même. Le libéralisme implique qu'il y a plusieurs catégories d'offres comme dans l'alimentation par exemple. Cela va des grandes surfaces aux traiteurs. En médecine, il y aurait aussi la grande consommation, le «fast-medic» et l'offre individualisée avec traitement à la carte. C'est une chose qu'il faudrait accepter mais nous verrons plus loin que ce que nous préparent les assureurs serait encore pire. De plus, on peut affirmer qu'une grande majorité de la population estime correcte la qualité des grandes surfaces sinon celles-ci auraient dû s'adapter puisqu'elles sont en concurrence.

Alors, si un marché libre peut garantir dans le domaine de la santé la satisfaction de la majorité, pourquoi ne pas l'essayer? Si l'on osait faire le pas, un important écueil serait à éviter. La liberté tarifaire risquerait d'augmenter fortement le prix de ce qui est rare ou de celui qui exerce un monopole. Pensons à certains spécialistes ou à des médecins installés seuls dans la campagne ou en montagne. L'une des solutions serait d'édicter une fourchette dans laquelle la valeur du

point pourrait être négociée tant pour l'assureur avec ses clients que pour le médecin avec ses patients. On amputerait alors l'important bras de levier qu'a le libre marché sur la fixation des prix. L'autre solution, plus bureaucratique, serait d'édicter quelques exceptions à la liberté totale afin de garantir l'accès aux soins pour tous. Une valeur de point serait alors imposée dans une fourchette donnée au cas par cas selon les situations médicales ou géographiques.

Une véritable concurrence pourrait alors s'installer tant pour la qualité que pour les prix. Le patient serait responsabilisé dans ses choix et les assureurs auraient la possibilité de passer des contrats particuliers avec des médecins. Le patient serait totalement libre de choisir son médecin dans ou hors réseau. Il serait également libre de choisir l'assureur offrant les meilleures prestations financières.

L'Etat serait garant des soins proposés en édictant et en gardant à jour le catalogue des prestations. Pour permettre un accès en urgence aux soins, il pourrait rendre le service de garde obligatoire comme cela se fait déjà dans plusieurs cantons et imposer aux médecins de garde ainsi qu'aux assureurs une valeur de point obligatoirement tarifée et remboursée dans le cadre du service de garde. De plus, il devrait participer activement et coordonner les contrôles d'efficacité des soins à tous les niveaux.

On peut être certain que ces propositions paraîtront choquantes à plus d'un, y compris aux chantres du libéralisme et aux assureurs. Pourtant, il n'y a rien ici de révolutionnaire. Ce n'est que la simple application des lois basiques de l'économie de marché. Bien plus choquants sont les projets de nos assureurs alliés aux politiciens: mise sous tutelle du corps médical, développement de réseaux avec responsabilité budgétaire, ce qui débouchera sur un rationnement des soins et permettra alors aux assureurs d'offrir de nouveaux produits d'assurances complémentaires. Assureurs et politiciens sont en train de programmer une économie planifiée. Ils imaginent des plans quinquennaux à la soviétique avec définition des besoins dictée par un Etat tout-puissant et octroi de contrats sous la haute surveillance d'un agent payeur omnipotent.

Avec l'alliance assureur-Etat, on nous renvoie à une économie planifiée et ceci avec la bénédiction des partis de droite aveuglés et incapables d'oser le libéralisme qu'ils prônent tant ailleurs. Le pire étant que cette économie planifiée permettra aux businessmen des assureurs de s'en mettre plein les poches car le rationnement des soins programmé ouvrira un marché libre dans les assurances complémentaires et c'est la seule chose qu'ils attendent.