

Nous publions bien volontiers cette lettre que nous avons reçue, le 20 avril, avec une certaine surprise, des directeur et vice-directeur de santésuisse. Qu'on nous permette cependant quelques remarques!

D'abord, le comportement des assureurs ne cesse d'étonner ... ou de fâcher! Leurs méthodes de communication polémiques et injustes font tout pour paralyser les rares lieux de débat constructif qui existent encore et pour dresser contre eux plus vivement encore le corps médical – nous ne voyons pas ce que santésuisse a à y gagner!

Ça n'est certes pas ainsi que l'on amènera le corps médical à s'ouvrir davantage au Managed Care ou à imaginer des ouvertures dans les discussions sur la LAMal, sur le libre choix du médecin, sur la structure des caisses-maladie ou de la caisse unique, etc.

Que la FMH n'ait aucun intérêt à protéger des Collègues malhonnêtes est évident, mais la question se pose aussi: ... quel peut bien être l'intérêt de santésuisse à couvrir des membres ou des employés dont la culture de conflit empêche tout dialogue constructif?!

Ensuite, il est vrai, bien sûr, que les assureurs ont selon la LAMal le devoir de contrôler nos factures, mais un contrôle qui fait sens est un contrôle qui tient compte des réalités: la

morbidity des patients d'un cabinet ne peut se ramener à une triade sommaire «canton de résidence – sexe – âge», et de meilleurs critères de morbidity sont évidemment indispensables.

Or c'est exactement l'amélioration de ces critères que les assureurs refusent avec acharnement au Parlement car ... ils reviendraient à mieux définir et protéger les patients lourds, autrement dit les patients «à risque», ... et donc à gêner ces Messieurs dans leur chasse aux «bons risques», ces «bons risques» qui rapportent tant aux assureurs privés qui gravitent autour des caisses.

Manifestement, comme la FMH le soulignait dans son contre-projet à l'initiative pour une caisse unique, les liens entre assureurs privés et assureurs de base sont toxiques pour le système de santé!

Il nous paraît donc indispensable qu'au-delà des bonnes intentions dont le Directeur de santésuisse fait état dans sa lettre, les assureurs fassent de l'ordre dans leurs rangs, et qu'ils adoptent une politique constructive dans toute la question des indicateurs de morbidity et de compensation des risques – il y va vraiment de leur crédibilité!

Jacques de Haller, président de la FMH

Lettre de santésuisse

Monsieur le Président,

Nous référant à un article publié dans le *Sonntags-Blick* du 16 avril, nous tenons à préciser ce qui suit:

- En vertu de l'article 56 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs-maladie ont le devoir légal de contrôler l'économicité des fournisseurs de prestations.
- L'économicité de chaque fournisseur de prestations est contrôlée sur deux niveaux: d'un côté, de manière individuelle par l'assureur-maladie quand il examine les factures et les prestations; de l'autre, par santésuisse (association faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale) qui, dans son pool de données, dispose de données agrégées en provenance de tous les assureurs pour chaque fournisseur de prestations en particulier.

Les chiffres figurant dans le *Sonntags-Blick* ont été préparés dans un esprit journalistique en vue de leur publication dans un journal de boulevard. C'est dans la nature de ce support médiatique. Par la même occasion, ces chiffres pourraient donner l'impression qu'une grande partie du corps médical ne respecte pas les critères prescrits. Ce n'est pas le cas. Vu sous un angle positif, on pourrait

interpréter ces chiffres aussi différemment et dire que la majeure partie du corps médical, soit 95 pour cent, s'en tiennent aux critères d'économicité et de qualité, tout à fait dans l'esprit du législateur.

Ces médecins qui œuvrent de manière économique sont également ceux que les assurances-maladie considèrent comme des partenaires de collaboration. Quant aux 5 pour cent de médecins jugés d'un œil critique par santésuisse (les «moutons noirs» présents d'ailleurs dans chaque corps de métier), votre organisation professionnelle n'a également aucun intérêt à protéger leur comportement incorrect.

C'est pourquoi, il vaut la peine, aussi pour le corps médical, de réfléchir de manière approfondie sur le moyen éprouvé de la liberté de contracter entre les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie et de faire des premiers pas concrets dans le cadre de la révision de la LAMal.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, nos meilleures salutations
santésuisse

Marc-André Giger, directeur

Stefan Kaufmann, vice-directeur