

Caisse unique

Gilbert Villard,
Jean-Paul Studer, Joël Rilliot
et Jean-François Boudry

Groupe de presse de l'Association
Neuchâteloise des Médecins
Omnipraticiens (ANMO)

La LAMal, entrée en vigueur il y a 10 ans, se voulait une loi sociale, assurant à tous la meilleure qualité de prise en charge en cas de maladie. Elle devait aussi permettre un contrôle des coûts en recourant au principe de la concurrence, principal facteur de régulation dans l'économie de marché. Tout en rendant l'assurance maladie obligatoire, elle maintenait les primes par tête, comme lorsque l'assurance était volontaire. Qu'en est-il 10 ans plus tard?

D'année en année les primes ont augmenté (70%), plus vite que les dépenses de santé (40%). Etant obligatoires elles sont un impôt individuel dont la charge devient insupportable pour les familles, les bas revenus, les sans-travail. Les subsides soulagent les assurés à revenu modeste tout en chargeant les finances publiques. Le frein espéré de la concurrence n'a pas fonctionné. Ce n'est guère étonnant, puisque toute l'activité de soins est réglée par des dispositions tarifaires identiques dans toute la Suisse: pas de concurrence possible pour les assureurs en dehors des frais administratifs (moins de 5% des primes) et de la chasse aux bons risques. Aujourd'hui, tout le monde, assureurs compris, s'accorde à dire qu'il faut rénover la LAMal.

Il nous est donc proposé par initiative de modifier complètement les principes de base de l'assurance maladie obligatoire en créant une caisse unique, financée par des primes fixées en fonction de la capacité économique des assurés et dirigée par des représentants des trois acteurs principaux: les pouvoirs publics, les assurés et les prestataires de soins. Il resterait aux caisses actuelles (plus de 80 en Suisse ...) l'assurance complémentaire non obligatoire dans laquelle le principe de concurrence pourrait s'exprimer. En 2003, les médecins romands avaient déjà proposé une stricte séparation entre assureurs de base (LAMal) et assureurs de complémentaires.

Les prises de positions des initiants et des opposants discutent presque exclusivement des aspects économiques et financiers du problème. Mais qu'en pensent les assurés, les patients des médecins de premier recours? Qu'entendons-nous dans nos cabinets?

La qualité des soins fournis est la première préoccupation des patients. Bien sûr aussi la possibilité d'y accéder, c'est-à-dire la disponibilité du médecin. Etre entendu dans sa plainte, dans sa problématique, dans son souci ou sa préoccupa-

tion, pouvoir bénéficier des techniques modernes de diagnostic et de traitement dont les médias se font abondamment l'écho, voilà ce que nos patients souhaitent, en plus de pouvoir être reçus rapidement sinon tout de suite ... Mais la médecine actuelle est aussi perçue comme une jungle, un très vaste domaine où il est difficile de s'orienter, même avec internet ... Et il faut pouvoir aborder toute la problématique psychosociale, si peu médiatique mais si importante dans la vie des gens. Il faut donc un guide, un interlocuteur, un confident souvent, avec qui dialoguer pour comprendre, pour se traiter, pour trouver la solution à ses problèmes de vie. Il me faut non seulement un médecin mais *mon* médecin à qui je pourrai faire confiance, avec qui je serai à l'aise même dans les problèmes les plus intimes ... Avoir *son* médecin, vivre cette relation personnalisée au fil des années, voilà qui est prioritaire pour la plupart de nos patients. Bien sûr, payer des primes plus modestes est très souhaité, mais un sondage récent a montré que la majorité des assurés tient plus à garder son médecin qu'à en changer pour obtenir une réduction de prime.

Il faut aussi souligner que l'irruption des principes de l'économie de marché dans l'assurance maladie a fait disparaître la notion de solidarité qui pourtant en avait fait la base initialement. On s'était groupé dans des «mutuelles» pour faire face, ensemble, aux coups durs de l'existence humaine. Aujourd'hui on est obligé de s'assurer, on paie des primes élevées, et donc, logiquement, on consomme pour obtenir un retour sur les sommes versées ... La chasse aux bons risques si souvent reprochée aux assureurs est une autre illustration de cette perte de solidarité.

Et qu'attend le médecin de famille?

Il ne peut pas concevoir l'établissement du lien de confiance malade-médecin évoqué plus haut sans liberté de pratique. Si un jour l'obligation faite aux caisses de contracter avec tous les médecins ayant droit de pratique était supprimée, l'établissement de ce lien et son maintien au long des années serait compromis, voire impossible. Ce sont les assureurs qui décideraient arbitrairement chez quel médecin se rendre et non les patients! Liberté de pratique ne signifie pas liberté de faire n'importe quoi. Il faut (et c'est déjà le cas) que l'activité du médecin soit contrôlée, vérifiée,

Correspondance:
Dr Joël Rilliot
Rue de la Fin 14
CH-2016 Cortaillod

mais par les instances médicales et non par les assureurs qui ne peuvent en apprécier que le caractère économique. C'est prioritairement à son patient que le médecin doit rendre compte de son travail et non aux assureurs.

L'introduction du tarif unifié TARMED s'est signalée par sa lourdeur administrative, typique de la «Gründlichkeit» helvétique ... Il serait bien souhaitable qu'elle soit simplifiée, pour que le médecin retrouve du temps à consacrer à son patient et à sa famille ...

La caisse unique proposée tient-elle compte de ces priorités?

Elle supprime le libre choix de l'assureur mais garantit celui du médecin. Basée sur l'obligation de s'assurer, elle doit ipso facto contracter avec tous les médecins ayant droit de pratique. Abandonnant le principe d'(illusoire) concurrence, elle rétablit la solidarité face à la maladie. Elle permet d'envisager une transparence dans la gestion des frais de santé: la présence dans ses organes dirigeants des trois acteurs principaux (pouvoirs publics, assurés, fournisseurs de soins) est un garde-fou et un moyen de gérer la santé publique de façon enfin concertée. La caisse unique permet de mettre la distance qui convient entre santé-suisse et aussi bien l'Office fédéral de la santé publique que les politiques, tant il apparaît ces dernières années que cet organe faitier des caisses maladies est la main armée unique du Parlement

pour tout changement en matière de politique de santé, court-circuitant toute réflexion de fond avec les principaux acteurs de soins. La caisse unique apporte une claire délimitation entre assurance obligatoire et assurance complémentaire. Elle peut par là simplifier les procédures administratives. Enfin elle respecte le fédéralisme, sa gestion restant du domaine des cantons. Un souci: il faut maintenir la participation aux frais de la part du malade; la supprimer ferait courir le risque d'une consommation médicale aveugle, pour tout et pour rien. Il faut que l'assurance garde son caractère de lutte contre la maladie, composante de la nature humaine. Enfin, la caisse unique ne promet pas une diminution des primes ... mais, tous les acteurs étant impliqués dans sa gestion, elle permettra d'en comprendre l'évolution et par là d'opter pour les choix que la société sera amenée à faire: quel catalogue de prestations? Quelle utilisation des techniques de pointe? Quel équipement hospitalier? Questions importantes à résoudre dans un proche avenir et qui concerneront la société toute entière et pas seulement le corps médical.

Signalons pour terminer qu'une enquête interne des membres de la Société Neuchâtoise de Médecine, toutes spécialités confondues, a révélé que plus de 80% des médecins qui se sont exprimés se sont prononcés en faveur de l'initiative.