

# A propos de la votation sur la caisse publique

## Votation sur la caisse publique: contributions dans le BMS

Lors de la Chambre médicale du 8 mai dernier, la FMH a décidé de laisser la liberté de vote en vue de la votation populaire fédérale «Pour une caisse publique d'assurance-maladie». Elle a également publié un éditorial ainsi qu'un argumentaire à ce sujet. Dans ce contexte, la rédaction ne sollicitera pas activement de nouveaux articles sur ce thème. En revanche, le débat reste ouvert pour toutes celles et ceux qui le souhaitent; la rédaction veillera à publier les contributions pour ou contre la caisse publique dans une proportion équilibrée. Selon le nombre d'envois, elle se réserve le droit d'opérer une sélection – aussi représentative que possible – sachant que la place à disposition dans ses colonnes est limitée.

*Dr Bruno Kesseli, rédacteur en chef*

## Pourquoi j'ai changé d'avis sur la caisse publique

De nature libérale, je préfère les systèmes privés, plus libres, plus souples, individualisés. Je n'aime pas la bureaucratie et le fonctionnarisme qui va avec, et je n'avais donc pas un avis très favorable sur la caisse publique. Certes les caisses-maladie ont bien fonctionné, pour la satisfaction des assurés et des soignants, du moins jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal. Qu'est ce qui a changé? Le puissant lobby des assureurs est parvenu à faire passer dans la LAMal l'idée que les assureurs devaient être à la fois juges et partie du système. Il y a là incontestablement une erreur juridique, car le Parlement aurait dû déterminer un organisme permettant de gérer les conflits entre prestataires de soins et assureurs. On a donc laissé beaucoup trop de pouvoir à ces derniers. Dans l'état actuel, les conflits d'intérêts ne permettent plus d'avoir des rapports sains entre les différentes parties.

Notre corporation n'est pas meilleure que toute autre et compte aussi son lot de membres indéliques, qui facturent de façon exagérée et qui méritent d'être sanctionnés. Par contre, nous connaissons tous un ou des collègues qui ont été injustement persécutés, parfois pendant des années par des assureurs, sur des arguments faux, et qui ont fini par obtenir gain de cause et justice. Cet état de fait crée une tension qui n'est plus tolérable et nuit à la qualité des soins et aux conditions de travail des soignants. Pourquoi les assureurs peuvent-ils exiger une telle transparence de la part des médecins alors que leur fonctionnement à eux reste si opaque?

D'un autre côté, et c'est un point essentiel, les assureurs n'ont cessé de prôner la fin de l'obligation de contracter, malgré que le peuple suisse s'est déjà prononcé à chaque occasion

contre celle-ci, qui est l'un des piliers essentiels de la qualité des soins. Le risque de la fin de l'obligation de contracter, probable en cas de refus de la caisse publique, réside dans le fait que certains assureurs feront du «low cost» avec moins de médecins soumis à des pressions économiques qui influenceront leur pratique. Les assurés perdront la liberté de choix, les assureurs choisissant médecins et hôpitaux. La caisse publique protégera contre cette évolution et permettra de conserver sur le long terme cette obligation de contracter.

Le refus systématique de SantéSuisse d'accéder aux demandes de la FMH dans les négociations n'est plus admissible. Ce comportement conduit progressivement d'une part au blocage de l'introduction de nouvelles techniques et d'autre part à la paupérisation des médecins, à une baisse de leur qualité de vie, ce qui retentira forcément, à long terme, sur la qualité des soins.

Le point crucial est celui des finances, et là aussi il y a une erreur dans la conception de la LAMal. Comment a-t-on pu construire un système avec d'un côté des primes cantonales et de l'autre une solidarité entre assurés de toute la Suisse? Cela devait obligatoirement aboutir à des transferts d'argent rendant le système inéquitable. C'est ainsi que l'on a permis aux habitants de certains cantons de payer des primes inférieures à leurs coûts, financés par les habitants des cantons qui ont été rackettés pendant des années et qui ne reverront jamais la plus grande partie de l'argent payé en trop. C'est encore le lobby des assureurs qui a suggéré la solution, finalement récemment acceptée par le Parlement, complètement boiteuse, pour le remboursement de l'argent payé en trop: seule la moitié sera rendue, sur plusieurs années, un

tiers étant payé par les assurances, un tiers par la Confédération et un tiers par les assurés qui ont trop peu payé. Les lésés repayeront donc les 2/3 de la facture à travers leurs primes d'assurance et leurs impôts, alors que les bénéficiaires n'en payeront que le sixième!

Pourquoi les comptabilités des assurances restent-elles si opaques, que personne ne sait comment l'argent circule, alors que l'assurance est obligatoire? Que sont devenus, par exemple, les intérêts des sommes gigantesques des réserves (plus de 6 milliards!)? Certes les assurés ont tout loisir de changer de caisse-maladie et d'en choisir de plus économiques. Mais... d'après le Fédération romande des consommateurs, ces changements annuels d'assurés coûtent plus de 100 millions par an. Ne pourrait-on pas utiliser mieux cet argent? La chasse aux bons risques, seule justification des différences de primes, est un élément-clé du fonctionnement des assurances et est en même temps la cause de renchérissements, dans la mesure où les réserves doivent être reconstituées pour chaque nouvel assuré, ce qui est totalement absurde.

Sans doute que le système d'une caisse publique n'est pas parfait. Incontestablement, il représente un pas vers une «étatisation» de la médecine. Par ailleurs, certains points sont effectivement particulièrement sensibles dans le projet de caisse publique, comme l'absence de contrepartie qui fasse office de garde-fou et on ne sait pas qui pourrait jouer ce rôle. Car nous aurons d'un côté les patients qui en voudront toujours plus, les médecins défendront leurs revenus et les représentants de l'Etat, cherchant la réélection, ne sauront pas dire non et accéderont aux demandes des deux autres. Du coup le système risquera de s'emballer... et comme personne ne voudra augmenter les primes, mais voudra avoir tout de même plus, on risque de commencer avec les dettes... Il faudra donc, le cas échéant, veiller à mettre d'emblée des règles extrêmement strictes, exigeant la couverture des coûts par les primes.

En conclusion, il faut donc malheureusement admettre qu'aujourd'hui, le système des caisses-maladie est perverti à un point tel qu'aucune «réparation» n'est envisageable, et c'est ce qui m'a conduit à changer d'opinion quant à la caisse publique, même si tout n'y sera pas parfait et je voterai donc «OUI» à cette nouvelle version de la caisse publique. Pour paraphraser Churchill, qui le disait de la démocratie: «La caisse publique est le pire des systèmes à l'exception de tous les autres.»

*Dr Jean-Pierre Grillet, Genève*

## Einheitskrankenkasse – Wirtschaftliche Mogelpackung nach Hoffungsprinzip

Es ist eine Tatsache, dass weder die Einheitskrankenkasse (EK) noch das aktuelle System in der Lage sein werden, die Kosten entscheidend günstig beeinflussen zu können, solange im politischen Interesse mit dessen primärem Ziel der Stützung und Förderung der Gesundheitsindustrie zum Wohle des gesamtgesellschaftlichen Nutzens oder des Reichtums der Schweiz noch immer darauf verzichtet wird, das im Krankenversicherungsgesetz vorgeschriebene Kriterium Zweckmässigkeit effizient umzusetzen.

Mit dem Z-Kriterium könnte die medizinische Notwendigkeit der erbrachten Dienstleistungen anhand von Erfahrungswerten im Praxisalltag mittels Versorgungs- oder Zweckmässigkeitsforschung unter der Führung der Ständesorganisationen der FMH erhoben werden. Also dort, wo die Kosten entstehen, durch diejenigen kontrolliert, welche Indikation und Behandlungsqualität fachkompetent zu beurteilen vermögen. Generell kostenverteuernde und individuell gesundheitsgefährdende medizinische Unter- wie auch Überversorgung im Sinne von sinnlosen oder übermässig erbrachter medizinischer Dienstleistungen könnte zur Wahrung sowohl der Versorgungssicherheit der Patienten als auch der Kosteneffizienz der OKP im Anschluss daran über das WZW-Kriterium Wirtschaftlichkeit sachgerecht nach ökonomischen Grundregeln optimiert werden. Die Abklärung des medizinischen Nutzens über Versorgungsforschung steht jedoch oftmals nicht im Interesse unserer Leistungserbringer und Dienstleister, weil Behandlungen so nach rein medizinischen Erwägungen und Erkenntnissen indiziert werden müssen und nicht mehr gezielt über leicht korrumpierbare finanzielle Fehlanreize oder Globalbudgets (Budgetverantwortung) zum wirtschaftlichen Nutzen gewisser Profiteure unserer Gesundheitsindustrie oder des Staates gesteuert werden können. Denn was therapeu-

tisch keinen angemessenen Sinn ergibt, kann auch ökonomisch nicht mehr glaubwürdig vertreten werden. Da die Finanzierbarkeit unserer Sozialsysteme aber stark vom wirtschaftlichen Mehrwert einzelner Pfeiler unserer Gesundheitsindustrie abhängig ist, können es sich die Befürworter der EK nicht leisten, das Z-Kriterium entsprechend effektiv umzusetzen. Dies erklärt die nur geringfügig erzielbaren Einsparungen unter der EK im Vergleich zum aktuellen System.

Der Grundversicherte ist ohne die Einforderung des Z-Kriteriums stets der doppelten Wirtschaftlichkeit ausgeliefert und dadurch DER Verlierer im jeweiligen System, weil er die anfallenden Kosten im Interesse der Förderung der Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens ohne eigentliche medizinische Qualitäts- resp. Nutzenkontrolle zu vergüten hat. Auch die Ärzteschaft wird in beiden Systemen mit individuell willkürlichen (ungerechten?) Rationierungen konfrontiert werden.

Aus diesem Grunde werden gesunde Mitmenschen und Familien das aktuelle System befürworten, damit auch sie nach wie vor die für sie günstigste Prämie «jagen» können! Chronisch Kranke, Behinderte, Senioren und Familien mit schwerkranken Kindern werden in der Hoffnung auf gerechtere Leistungsübernahmen jedoch mehrheitlich die EK wählen, um so den ständigen willkürlichen Leistungskürzungen der Grundversicherer durch medizinisch oftmals überforderte, finanziell von den Versicherungen zusätzlich abhängigen und in deren wirtschaftlichen Interessen agierenden Vertrauensärzten entfliehen zu können.

Nur die Hoffnung der Patienten und in deren Interesse nach medizinisch ethischen Regeln agierender Ärztinnen und Ärzte lässt die Mogelpackung EK noch am Leben.

*Dr. med. vet. Andreas Keusch, Pfäffikon*

## L'acceptation de l'initiative serait une évolution souhaitable

Chères et chers collègues,

L'association neuchâteloise des médecins de famille (MFNe) a décidé, lors de son assemblée générale, de soutenir l'initiative populaire pour une caisse maladie unique. L'association fait également partie du comité cantonal de soutien à cette initiative par le biais de ses deux coprésidents (Dr Bünzli et Dr Rilliot).

MFNe souhaite partager avec les autres médecins suisses l'argumentaire qui nous a conduit à cette décision.

L'acceptation de l'initiative par le peuple suisse le 28 septembre prochain serait une évolution souhaitable du système de l'assurance maladie. Il n'est plus acceptable de laisser les caisses maladie maintenir le système actuel, qui a montré ses limites et ses dérives. De plus, les tentatives pour corriger les problèmes se heurtent systématiquement au lobby des caisses au parlement fédéral.

Les médecins de famille neuchâtelois sont d'avis qu'un organe d'assurance publique avec des antennes cantonales, proches des spéci-

ficités locales est une réponse adéquate à l'aberration et aux dérives constatées du système actuel.

Un organe d'assurance publique géré par la Confédération, les cantons, les patients et les soignants met un terme à l'opacité de l'assurance maladie telle qu'elle existe aujourd'hui. L'utilisation de l'argent des primes devient enfin transparente. La chasse aux bons risques prend fin de facto, car une caisse publique ne peut plus opérer une telle sélection. La pseudo-concurrence et les changements de caisse-maladie cessent, avec à la clé des économies sur les coûts administratifs. Les conflits d'intérêt entre l'assurance de base et les assurances complémentaires disparaissent. Dans ce dernier domaine, une véritable concurrence peut enfin s'instaurer. Comment les assureurs peuvent-ils tolérer de percevoir une prime d'assurance maladie obligatoire alors qu'ils prônent le libéralisme économique? La caisse publique leur permet de résoudre enfin ce dilemme.

La qualité des soins ne sera pas affectée car ce sont les prestataires de soins qui soignent et non pas les assureurs. En Suisse, les exigences de formation sont élevées et ne dépendent pas des caisses-maladie.

Ceux qui craignent de voir disparaître le managed care (réseau de soins) savent parfaitement que ces réseaux arrivent à se financer en grande partie par la chasse aux bons risques et que la pratique médicale quotidienne n'est que peu affectée par l'appartenance à un réseau de soins intégrés. La participation aux cercles de qualité ne sera par remise en question et restera le principal moteur de l'amélioration de la qualité des soins. L'assureur-maladie n'a pas à intervenir dans ce processus, car il n'en a tout simplement pas la compétence.

De plus, rien dans le texte d'initiative n'empêche de maintenir des modèles d'assurance type médecin de famille, à franchises variables, un système de quote-part, etc.

Le seul changement majeur est le contrôle du financeur (les assureurs-maladie) qui devient enfin efficace.

Il est surprenant de voir à quel point les acteurs du système actuel, qui gagnent principalement sur les soins à charge des assurances complémentaires, sont motivés à défendre le statu quo! Si l'assurance de base passe en mains publiques, quel impact cela peut-il avoir? On nous dit depuis des décennies que les primes de l'assurance de base ne sont pas utilisées par les assurances complémentaires et que les deux domaines sont strictement séparés! Nous mentent-ils?

Ne serait-ce pas là la confirmation que la concurrence entre caisses-maladie est une vue de l'esprit et que les assureurs-maladie souhaitent de manière contradictoire maintenir un système dans lequel, il perçoivent une prime d'assurance obligatoire pour faire survivre les assurances complémentaires?

Un établissement public d'assurance maladie a intérêt à promouvoir la prévention des maladies au niveau national. Les personnes assurées auprès de celui-ci le seront tout au long de leur vie et ce quelque soit leur état de santé. La prévention a toujours été le parent pauvre de la politique de santé en Suisse. Nous avons ici une opportunité de changer cela.

Finalement, pour les prestataires, le processus de négociation tarifaire sera simplifié avec une caisse unique. Actuellement, nous faisons face à une multitude d'interlocuteurs inconstants et non représentatifs avec lesquels nous perdons du temps dans les négociations.

Pour toutes ces raisons, MFNe invite les médecins suisses à accepter l'initiative pour une caisse maladie publique le 28 septembre prochain.

*Le groupe de presse de MFNe:*

*Dr Joël Rilliot*

*Dr Philippe Krayenbühl*

*Dr Dominique Bünzli*

*Dr Albin Tzaut*