

LISEZ LA LOI...

Remarques à propos du

Managed Care

Votation du 17 juin 2012

Table des matières

	Page
Condition humaine	4
La loi	6
De 10 à 15%	7
Médecine à deux vitesses	8
Contrat	10
Echange de données	12
Responsabilité budgétaire	14-15
Sélection de risque I, II, III	16-19
Chaîne thérapeutique	20
3 ans	21
Investissements et réseaux	21
Réseaux de soins intégrés	22
Assurance privée	23
Assureurs	24-25
Conclusion	26
Nouvelle géométrie du pouvoir	27
Responsabilité individuelle et santé	28-30
Annexes et compléments	31-33
Texte complet de la loi (lien)	33

Lisez la loi

Avant-propos

L'auteur de cette petite brochure est médecin généraliste (médecin de famille) et membre de deux réseaux de soins.

« Réseaux de soins » et la nouvelle loi Managed Care (MC) sont deux entités, il faut les distinguer.

Les réseaux de soins existent depuis 20 ans (40 ans aux Etats-Unis), et ils continueront à exister et à se développer, indépendamment de l'issue de la votation.

Le vote du 17 juin ne concerne pas en premier lieu les réseaux, mais une nouvelle structure du système de santé ambulatoire.

Lisez la loi

Condition humaine

« Quel être, pourvu d'une seule voix, a d'abord quatre jambes, puis deux jambes, et trois jambes ensuite ? »

« ...Œdipe trouva la solution : il s'agissait de l'être humain. De fait, lorsqu'il est enfant, il a quatre jambes, car il se déplace à quatre pattes ; adulte il marche sur deux jambes ; quand il est vieux, il a trois jambes, lorsqu'il s'appuie sur son bâton. »

Le sphinx siégea à Thèbes et posa cette énigme aux passants. Il tua ceux qui n'étaient pas capables de résoudre l'énigme. Après la réponse juste d'Œdipe, il se jeta dans l'abîme pour se tuer.

Le sphinx faisait partie de la mythologie grecque ; les anciens Grecs l'ont transcrit et, ainsi, transmis. L'origine de cette pensée cependant se perd dans les fins fonds de l'humanité.

LISEZ LA LOI

Le 17 juin 2012 sera soumise au souverain une loi dont le but est une nouvelle orientation de la médecine ambulatoire : 60% de la population devrait intégrer le Managed Care avec budget.

Il est alors indispensable d'étudier le texte et de mieux comprendre la loi, ses termes, ses enjeux.*

LA LOI

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réseaux de soins)
Modifications du 30 septembre 2011
Texte complet de la loi sous Annexes, page 40

Voici les articles les plus problématiques de cette réforme

Art. 41b Principe

2 Le Conseil fédéral peut autoriser des formes d'assurance qui ne sont pas considérées comme des réseaux de soins intégrés, notamment celles qui prévoient les possibilités suivantes :

c. L'assuré limitant son choix aux fournisseurs que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations avantageuses bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime.

Art. 41c Réseaux de soins intégrés

1 ...tout au long de la chaîne thérapeutique...

2 Les assureurs concluent avec le réseau de soins intégrés un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations...

4 Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière des soins médicaux fournis aux assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle (coresponsabilité budgétaire).

Art. 41d Durée du rapport d'assurance

1 ...une durée de trois années...

Art. 64 al.2

2 Leur participation comprend :

b. .15% des coûts qui dépassent la franchise...

c. pour les prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'un réseau de soins intégrés au sens de l'article 41c, 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

II Dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007

(compensation des risques)

Ch.2, al.2 et 5, 2^{ème} phrase

2. Nouveau régime de compensation des risques

Lisez la loi

« 15% des Genevois renoncent aux soins médicaux pour des raisons financières »*

De 10 à 15%

Art.64. al 2.let.b. Leur participation comprend ..15% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part)...

La loi MC élève la participation aux coûts de 10 à 15%.

De tous les pays développés, la charge individuelle aux dépenses de la santé est la plus élevée en Suisse : elle atteint deux tiers. La loi MC augmente encore cette charge individuelle pour ceux qui restent fidèles au principe de la LAMal : le libre choix du médecin. Cette loi aggrave le problème le plus criant et antisocial du système suisse : la contribution des bas revenus en faveur des hauts revenus.

La « solidarité » à l'envers !

5% de plus, c'est : Pour le millionnaire : des peanuts

Pour la famille avec deux jeunes en formation :
une charge considérable

Pour le pauvre : il doit s'adresser au service social

Conséquence probable: encore plus de personnes renonceront aux soins médicaux pour des raisons financières.

*Wolff H, Gaspoz JM, Guessous I. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. Swiss Med Wkly 2011 ;141 :w13165

« Dans les ménages gagnant moins de 3000 frs par mois, cette proportion atteint même les 34% ! » Tribune de Genève du 31 janvier 2012 page 20

Lisez la loi

« Nul ne doit subir des discriminations du fait ... de sa situation sociale » *

MEDECINE A DEUX VITESSES

**Art.64. al 2.let.b. Leur participation comprend ..15% ..
c. pour les prestationsd'un réseau de soins....10%...**

La loi MC prévoit dans l'assurance de base un tarif différent pour ceux qui renoncent au libre choix du médecin ce qui n'est rien d'autre qu'une médecine à deux vitesses. Le principe du libre choix du médecin est balayé et devient un privilège des bien-situés financièrement. Inscrire dans la loi MC la médecine à deux vitesses est anticonstitutionnelle et une violation du principe de solidarité dans une assurance sociale.*

Cet article exprime la volonté d'une partie importante des forces politiques de réduire la solidarité.

Les partisans du Managed care affirment que le système MC est la prise en charge idéale des maladies chroniques. Cependant les incitations pour conduire les malades chroniques dans le MC sont financières et non médicales et sèment dès le départ le doute : L'entrée se fait selon la hiérarchie « finance avant médecine » ; à l'intérieur y aura-t-il une autre hiérarchie ? A noter que tous les « cas sociaux » feront automatiquement partie des réseaux : le sceau du fer dans l'assurance de base les attend.

*Constitution fédérale Art 8.2.

Article 41 c al. 2 Réseaux de soins intégrés

2 Les assureurs concluent avec le réseau de soins intégrés un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations. L'art. 46 ne s'applique pas à ces contrats. Dans le cadre du processus thérapeutique qui a été défini, des prestations sortant du cadre de celles de l'assurance obligatoire des soins selon la loi peuvent être prévues en dérogation à l'art. 34, al.1.

Contrat

Art 41 c al.2 Les assureurs concluent avec le réseau de soins un contrat... cf. page gauche

Carrément au centre de l'article 41 est placé « le contrat » : La nouvelle loi MC structure les réseaux moyennant des contrats qui sont conclus entre les groupes de médecins et les assureurs. Ces contrats concernent les patients mais la loi ne prévoit ni leur participation, ni leur droit de regard de même ni regard ni contrôle par les pouvoirs publics. Ceux qui paient sont exclus des décisions ce qui en fait des contrats privés, voire secrets.**

Transparence : l'impôt est obligatoire et personne ne conteste le contrôle public de cet argent. L'assurance de base est, selon mon avis à juste titre, également obligatoire, ce qui lui attribue un caractère fondamentalement public. Or le système de santé suisse utilise des assurances-maladie privées dont le contrôle public est insuffisant : en découle le manque de transparence des comptes, l'amalgame entre assurance de base et assurance complémentaire et la chasse aux bons risques.***

La loi MC étend l'opacité du système des assureurs privés actuel à deux tiers de la population.****

*Il y a 250 ans J.J. Rousseau a écrit ce texte fondamental pour les sociétés modernes

**Cf. M. Romenens « Geheimvertrag zwischen Kasse und Arzt ». Bulletin des Médecins suisses BMS 2012;93:11, page 415. Mais aussi les arguments du Syndicat des services publics SSP/VPOD cités par Dr A. Keusch : « MC: «Wirtschaftliche» Mogelpackung oder «zweckmässige» Qualitätsförderung? » que vous trouverez sous www.pulsus.info

***Pour plus de détails concernant l'opacité qui règne actuellement : www.initiative-transparence.ch

Lisez la loi

**** L'Association «Ethik und Medizin Schweiz» VEMS a pu accéder à un tel contrat privé conclu entre un réseau de soins et Visana et a déposé plainte auprès de l'OFSP, car le contrat contient un poste budgétaire financé par les primes des assurés, consacré à des interventions politiques.

Cf. page droite :

(A titre d'information, voici l'article de la LAMal concernant le secret du patient/secret médical, voté par le Parlement en décembre 2011, mais qui ne fait pas partie du projet Managed Care :

Article 42, al 3bis : « Les fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture selon l'al 3 les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité ».)*

*Helsana, un des plus grands assureurs, ne paie plus les factures hospitalières qui ne contiennent pas vos diagnostics et traitements.

www.drs.ch/www/drs/nachrichten/schweiz/337636.fallpauschalen-erpresst-h

Erpresst Helsana die Spitäler ?; sda du 2.5.2012

Lisez la loi

« Je respecterai le secret de celui qui s'est confié à moi, même après sa mort »*

Echange de données

Art 41 c 2 « ...contrat qui règle notamment..., l'échange de données,... »

La loi MC prévoit l'échange de données entre les médecins et les assureurs ; cet échange sera réglé dans les contrats privés. Dorénavant les assureurs se basent sur l'article 42, 3bis de la LAMal **qui a aboli le secret médical et qu'ils ont imposé au Parlement fédéral en 2011.

Dans cette trahison d'un intérêt fondamental des patients il faut relever le silence des médecins favorables au MC. L'absence de leur non à cette trahison doit faire craindre qu'ils livreront les données des patients aux assureurs.

* Serment de Genève cf. Annexes et compléments, page 35

**Article 42, al. 3bis cf. page de gauche

Lisez la loi

Art. 41 c 4

Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière des soins médicaux fournis aux assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle (coresponsabilité budgétaire).

Lisez la loi

« Plus de 64% des enfants obèses le restent à l'âge adulte avec des conséquences métaboliques graves...Le message est donc clair : des efforts massifs doivent être entrepris pour contrer la puissance de l'industrie agro-alimentaire qui s'engraisse en engraisant les enfants et qui les fait vivre dans un environnement obésogénique délétère. »*

Responsabilité budgétaire

Art. 41 c 4 Les fournisseurs de prestations ... dans un réseau ... assument la responsabilité financière...

Au centre des contrats MC se trouve la responsabilité financière. Le problème est le suivant : ces budgets sont négociés entre des médecins et des assureurs à l'exclusion des patients et des pouvoirs publics. C'est du féodalisme : les patients ont l'obligation de payer les primes, les assureurs et les médecins en disposent.

La responsabilité budgétaire soulève une autre question : la coresponsabilité budgétaire quant aux frais de santé est-elle une tâche à imputer aux seuls médecins ou à la société ? Beaucoup de maladies chroniques sont en rapport avec des comportements stimulés et favorisés par des acteurs économiques qui gagnent leur argent en participant à rendre les gens malades. Tout le monde connaît l'exemple du tabac ; le problème est identique quant à l'alimentation et la sédentarité. Au moment où la société garantira, entre autres, l'égalité de la publicité pour les produits nuisibles à la santé avec celle favorable à la santé, elle sera en droit d'exiger la coresponsabilité budgétaire des médecins.

*Prof. Antoine de Torrenté Forum médical suisse 2012 ; 12(12) :276

Lisez la loi

Les médecins partisans de la loi MC reprochent à une partie des médecins de profiter du système en faisant trop d'actes, c'est-à-dire de ne pas mettre l'intérêt du patient au premier rang. S'il est possible que des médecins pour des raisons pécuniaires font trop d'actes il est alors tout autant possible que des médecins n'en feront pas assez pour des raisons pécuniaires si le budget les y incite. Les partisans de ces budgets ne peuvent garantir l'absence de cette attitude dans les réseaux ; c'est Impossible tant que tout contrôle par les patients et les pouvoirs publics est absent.

Cf. page droite

Chap. 2. al 2 et 5, 2^e phrase

2 Nouveau régime de compensation des risques

2 Les critères déterminant le risque de maladie élevé sont un séjour de plus de trois jours effectué dans un hôpital ou dans un établissement médico-social (art.39) l'année précédente ainsi que la morbidité des assurés déterminée au moyen d'indicateurs appropriés.

5... Il précise la définition des séjours dans un hôpital ou un établissement médico-social déterminants pour la compensation des risques, désigne les exceptions et définit d'autres indicateurs de la morbidité.

Lisez la loi

Sélection du risque I

Chap. 2. al 2 et 5, 2^e phrase

2 Nouveau régime de compensation des risques.... cf page gauche

Cette partie du projet MC reste sans texte d'application, c'est un chèque en blanc.

Depuis plus de 10 ans, les assureurs sont critiqués à cause de leur chasse aux bons risques. Le Conseil fédéral, la majorité du parlement et des partis politiques ont eu 10 ans pour remédier à ce problème. Ils n'ont pas fait leur devoir et soumettent maintenant au peuple un projet vague, une promesse.

Cela traduit l'absence de volonté d'intervenir dans un domaine explosif. D'où la méfiance quant à l'application de la promesse.

Mais en fait l'attitude des forces citées est cohérente : L'assurance maladie de base est obligatoire et son caractère est défini social ; les assureurs par contre sont des entreprises privées travaillant selon le principe de la concurrence. Leur principale marge de manœuvre concurrentielle est la sélection des risques. Son abolition les mettrait en danger de mort. La volonté politique de maintenir en vie les plus de 60 assureurs limite toute compensation du risque. L'alternative : leur offrir un autre champ d'activité avec sélection du risque : le Managed Care. Les maîtres payeurs, forts de plus de 20 milliards de francs, sont les assureurs qui, selon la nouvelle loi, sont libres de conclure des contrats avec des groupes de médecins ou de les rompre et de conclure avec un autre réseau de composition des risques plus favorable. Grâce à l'échange de données, les maîtres payeurs disposent de toutes les informations pour faire leur choix et le budget y jouera son rôle, le tout sans contrôle des patients ou des autorités publiques.

Lisez la loi

« Il est recommandé d'attirer surtout de nouveaux patients jeunes dont les coûts sont faibles » *

Sélection du risque II

Il s'agit de mathématique.

Un exemple : les assureurs A et B regroupent chacun mille têtes. Les aléas du marché ont conduit chez l'assureur B 300 diabétiques**

En moyenne le traitement annuel d'un patient diabétique coûte entre 2'000 et 5'000 frs, donc nettement plus que celui des autres assurés de notre exemple, tandis que les primes par tête sont identiques (principe de prime unique). Pour survivre, c'est-à-dire équilibrer sa comptabilité, l'assureur doit impérativement soit trouver l'adhésion de bons risques soit se « débarrasser » de ses mauvais risques***. Il ne peut compter sur la compensation des risques, parce que même la meilleure compensation restera toujours en retard par rapport à l'évolution rapide de la médecine.

En allant au fond des choses, l'on est obligé de constater que c'est la prime par tête qui est l'origine de la sélection du risque, la comptabilité s'améliore avec chaque payeur de prime qui ne coûte rien ou peu. Ce défaut systémique est multiplié par la concurrence entre les assureurs. Aucune compensation complète n'est possible.

*Résultat de l'analyse faite par le conseiller économique de mon cabinet en 2009. Il fait bien son travail en appliquant les conditions voulues par le législateur.

**Quel exploit de notre civilisation du 21^{ème} siècle : autrefois principalement réservé à l'âge dès 50-60 ans, le diabète de l'âge touche maintenant les adolescents ! Un exploit ou plutôt un crime envers nos jeunes ?

***Intras, un assureur du groupe CSS, a montré comment faire : En 2010, cet assureur a décidé de faire payer cash les médicaments par notre diabétique (et les autres assurés). Trois ou quatre fois par an verser entre 500 et 1'000 francs par

Lisez la loi

visite chez le pharmacien ne s'accorde pas à tous les budgets. En masse, les malades chroniques nécessitant un traitement pharmacologique cher se sont tournés vers un autre assureur qui n'a pas encore adopté ce moyen régulateur ; de plus, en laissant leur réserve à Intras, ils l'ont gracieusement enrichi.

Un autre assureur a tout simplement fermé boutique à Genève pour revenir quelques années plus tard.

L'année passée, Comparis, le site internet « aidant » les gens à changer de caisse, a participé, payé par les assureurs, à la sélection des risques (Tribune de Genève du 28.9.11 page 7)

Tout un appareil bureaucratique est nécessaire pour saisir, réunir, traiter les données des 8 millions d'habitants du pays, ensuite calculer*, compenser, transférer l'argent entre les plus de 60 d'assureurs : Qui a calculé le coût ? L'argent des primes est dépensé pour la santé du système, mais pas pour celle des malades....

* Votre cancer du sein « vaut » combien ? Et votre diabète ? Et le diabète traité depuis deux ans par rapport au diabète connu depuis vingt ans ? Votre attaque cérébrale mineure par rapport à l'attaque cérébrale majeure de votre voisin de lit hospitalier ? Un calcul d'Hercule...

Sélection du risque III

La conséquence de I et II : Economique : il est payant pour l'assureur même dans l'assurance de base de recruter les bien-portants et d'être inventif pour trouver toutes sortes d'astuces pour réduire l'afflux des malades. L'assurance de base devient perverse. La loi MC n'y changera pas le fond ; et le caractère privé des contrats, sans contrôle des patients ni des pouvoirs publics, ne peut garantir un changement substantiel.

Ethique : La première tâche vitale de l'assureur est la sélection des risques. Le message ainsi adressé au malade est péjoratif, discriminatoire : dès que vous tombez malade, vous représentez un coût, dans la comptabilité un négatif. Tout cela dans une assurance qui devrait rester sociale.

Politique : Tant qu'il y a assurance, il y a sélection du risque, hiérarchie financière. Seul le mutualisme autrefois nommé « caisse » abolira cette hiérarchie. La loi MC n'y contribue pas. »

Une remarque très personnelle : Utiliser le terme « sélection » dans le domaine de la santé ne vous provoque pas des frissons ? Et vous, amis médecins de famille dont je suis, partisans de la loi MC dont je ne suis pas, vous voulez vraiment sa compensation ? et pas son abolition ?

« L'homme est né libre et partout il est dans les fers ».*

La chaîne thérapeutique

Art. 41 c al.1...tout au long de la chaîne thérapeutique

La loi MC vise la prise en charge des patients de A à Z** et la chaîne thérapeutique devrait, budget oblige, se composer progressivement du contrat des réseaux avec les médecins spécialistes, le pharmacien, le physiothérapeute, l'ostéopathe, les infirmières, les diététiciennes, les hôpitaux, les EMS etc...

Votre enfant à naître ne sera pas accueilli partout mais selon les contrats, il naît dans une chaîne MC. - Une fois adulte dans une autre ville, de plein fouet, il est pris par une crise de calcul rénal provoquant des douleurs parmi les plus fortes qui existent ; il téléphone au médecin le plus proche. A la place d'écouter la souffrance, l'assistante médicale doit d'abord poser toutes les questions concernant sa chaîne : est-il dans le bon réseau pour pouvoir venir chez ce médecin ?***

Une fois dans le réseau il estime beaucoup son médecin mais il n'a jamais vu ni rencontrer, il ne connaît pas l'économiste qui gère le budget et est responsable de la santé économique du réseau.

Marchant trop difficilement sur ses trois jambes, il doit entrer en EMS et il aimerait rester dans « son » quartier. Si cet EMS n'a pas de contrat avec cette chaîne, il y a rupture : soit il quitte tout le réseau, soit il rentre dans l'EMS MC dans un autre quartier.

Le but du réseau serait alors d'avoir des contrats avec tous les EMS situation que nous avons aujourd'hui.

* « Du contrat social » de JJ : Rousseau, 1762, Livre I, ch. 1.

** Ce sont les paroles du Conseiller fédéral D. Burkhalter (Le Temps, 23.09.2011).

***Le Conseiller fédéral D. Burkhalter a étudié le système Managed Care à « Kaiser Permanente » aux USA. Le film de Michael Moore « Sicko » a montré en détail comment aux USA la perte de temps due à la recherche d'un hôpital du réseau a entraîné la mort d'un enfant.

Lisez la loi

3 ans

Art 41 d al. 1 *L'assureur peut prévoir... une durée de trois années civiles...*

Voici encore une chaîne cette fois-ci temporelle, imposée par l'assureur s'il le veut. Mais l'assuré peut sortir !

Il n'a qu'à payer une prime de sortie fixée par l'assureur.

C'est acheter sa liberté dans l'assurance de base...

Investissements et réseaux

Art.12 alinéa 5 *Les caisses-maladie ne peuvent gérer des institutions dispensant des traitements médicaux aux assurés ni avoir une participation financière dans de telles institutions*

Les réserves des caisses maladie sont investies dans différentes branches économiques.*

* L'OFSP qui n'arrive pas à contrôler les calculs sur 12 mois de l'assureur EGK ; comment peut-il prétendre pouvoir contrôler/éviter des scénarios triangulaire, quadrangulaire, par le biais des assurances complémentaires et autres pour placer de l'argent dans des réseaux de soins ?

Tout le monde se rappelle qu'un ex-conseiller fédéral était propriétaire d'un quotidien suisse à l'insu de la rédaction, des lecteurs et des surveillants et ceci durant plusieurs années.

Lisez la loi

« En fait, le médecin devrait être l'avocat du patient » *

Réseau de soins intégrés

Art. 41 c Réseaux de soins intégrés

Le synonyme de réseau est filet qui est aussi fort que la maille la plus faible.

La première maille ou élément du réseau est la relation entre le patient et le médecin, la confiance, base indispensable de tout processus de diagnostic et de traitement.

La loi MC renforce les mailles et le tissu entre les médecins et les assureurs : contrats privés, échange des données, rémunération, etc. (cf. les chapitres y relatifs). Mais elle affaiblit la relation et la confiance entre le patient et le médecin : médecine à deux vitesses, budget, opacité, restriction voire perte du libre choix du médecin.

* „Indignez-vous ! Plädoyer gegen die Anpassung „ T.F. LUSCHER Cardiovascular Medicine 2011 ;14 (12) :335-338 (dont je recommande vivement la lecture)

Assurance privée

Art. 41 b al. 2, let 2 : L'assuré limitant son choix aux fournisseurs que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations avantageuses bénéficie en contrepartie d'une réduction de prime.

Les assureurs continueront comme maintenant d'offrir des formes particulières d'assurance, c'est-à-dire en dehors des réseaux (la loi MC offre aux assureurs la possibilité d'établir unilatéralement des listes de médecins). Les résultats comptables de ces assurances particulières, favorisés par la chasse aux bons risques seront utilisés comme référence et mettront sous pression financière les réseaux de soins, d'autant plus si ces derniers soignent des malades chroniques. Via la coresponsabilité budgétaire, cette pression risque d'inciter les médecins à économiser, voire à rationner les soins.

« Le médecin, depuis Hippocrate, à pour obligation de faire votre bien. L'assureur, lui, celle de faire des sous. »*

Les assureurs

Art. 41 c al. 2 Les assureurs concluent...

Le centre de tout travail d'assureur est la sélection des risques. Cette compétence de base est encore plus importante dans un système à concurrence.

Quelques conséquences vécues par les patients ces derniers 15 ans :

- L'Association des entreprises pharmaceutiques de Suisse écrit en 2010 : « Entre 1996 et 2007, les coûts de santé ont augmenté d'environ 48%, le montant des primes de l'assurance de base progressant plus fortement dans le même laps de temps (+87%) **
- « En 2010 les primes ont augmenté d'environ 10% alors que les coûts médicaux n'ont augmenté que de 1,7%. En 2011 d'environ 6,5% pour une progression des coûts de moins de 3%. Cette divergence devrait intéresser les partis, les politiciens et les médias, ce qui n'est pas le cas. » ***
- Le fameux hold-up de presque 2 milliards : pendant des années les Genevois, Vaudois, Neuchâtelois, Zurichois ont payé trop de primes ce qui a permis aux assureurs de constituer des réserves allant jusqu'à 60% (selon la loi : 10 à 15% obligatoire), pire, une partie de cet argent trop encaissé a été transférée dans d'autres cantons. Pendant des années, les assureurs et le Conseil fédéral et son OFSP ont nié ces faits ; les lésés attendent toujours réparation. S'y ajoute la calomnie

*Professeur A. MAURON, bioéthicien genevois, la Tribune de Genève, 24-25 septembre 2011

** Santé publique en Suisse 2009/2010 , Interpharma, 2010, Bâle www.interpharma.ch

***Managed Care-nicht Business-Care ; Pierre-Yves Maillard ; NZZ 23.04. 2012

répandue par les assureurs : les Genevois, etc. vont trop souvent chez le médecin ! (Ce scandale est à l'origine de l'initiative Transparence cf. page 13)

- Passerelles entre assurance de base et assurances complémentaires
- Manque de transparence cf. page 13
- Cf. notes Intras page 20 et les autres notes de la même page
- Depuis des années les assureurs s'opposent à une rémunération adéquate des visites à domicile, importantes pour les personnes âgées et les malades chroniques. Quant aux autres doléances des médecins de famille, cf. leur initiative www.medecinsdefamille.ch.
- Helsana ne paie pas les factures des hôpitaux parce qu'ils protègent le secret des patients et ne livrent pas automatiquement les diagnostics et autres données sensibles aux assureurs en respectant l'art. 321 du Code pénal, en opposition totale à l'article 42 al 3bis, cf. page 14
- Le scandale EGK de cette année : pour attirer des milliers de nouveaux membres, cet assureur a soumis à l'instance de contrôle OFSP ses primes, acceptées par ce dernier. Quelques mois plus tard l'assureur doit demander à la même instance de surveillance(!) une augmentation des primes allant jusqu'à 80 %, et 68'000 affiliés quittent l'assurance EGK.
- Listes unilatérales : les assureurs dressent des listes de médecins qui non seulement ont contenu parfois des médecins décédés, mais qui obligent les assurés à changer de médecin d'un jour à l'autre, encore une fois sans consultation ni des assurés ni des médecins.
- La liste peut être prolongée : pensez à la publicité des assureurs payée par vos primes et aux campagnes politiques, par ex. celle contre l'initiative de la Caisse unique (cf. « Temps présent » dans www.initiative-transparence.ch), le système des assurances parallèles appartenant au même groupe, par ex. Groupe Mutuel, les appels téléphoniques afin de recruter de nouveaux adhérents, les salaires parfois très élevés des managers
- Nouvelle attaque des assureurs contre la solidarité: le Groupe Mutuel veut taxer davantage les personnes âgées sous prétexte qu'ils « consomment » plus pour décharger les jeunes.

Conclusion

Le vote du 17 juin prochain ne concerne pas les réseaux de soins, mais une nouvelle structure du système de santé ambulatoire. La loi modifiera les relations politiques et économiques entre les quatre principaux acteurs en matière de santé : patients, médecins, assureurs, pouvoir public. Il faut regarder qui gagne et qui perd.

Les partisans de la loi MC manipulent la campagne de votation en mettant en avant les côtés pratiques d'améliorations techniques et organisationnelles qui ne sont pas contestés ! S'ils réussissent à imposer aux débats ce niveau, ils peuvent camoufler les enjeux politiques, économiques et idéologiques. La loi MC est contraire aux intérêts de la grande majorité des patients et des assurés et au contrôle démocratique de l'assurance de base. Cette loi va à l'encontre de la justice sociale, de la solidarité, de la confiance.

Nouvelle géométrie du pouvoir

Les chapitres discutés, notamment les contrats privés, l'échange des données, le budget, déplacent le pouvoir en direction du pôle économique : les entreprises privées appelées assureurs sortiront renforcées ; leur but déclaré est plus de marché et plus de concurrence dans le « marché de la santé ». Etant donné que marché et solidarité, par définition, s'excluent mutuellement, la loi MC affaiblit la solidarité.

Les patients et assurés payeront plus sans avoir plus, leur position est affaiblie par la restriction du libre choix du médecin, l'échange de leurs données, les contrats d'une durée de trois ans, etc. Mais aussi par la réduction du contrôle démocratique des pouvoirs publics.

Le pouvoir public, représentant de la volonté générale de l'assurance de base obligatoire, est diminué : les contrats privés voire secrets seront conclus sans contrôle démocratique.

Quant aux médecins et à la médecine, la connaissance (diagnostics, thérapies, etc., analogue aux sciences) exige un certain espace libre ; la quasi généralisation du budget et la bureaucratie y relative menacent cet espace.

« Toutes nos maladies sont le fruit d'un mélange des gènes et de l'environnement »
*

Responsabilité individuelle et santé

Le dessein des partis politiques majoritaires met en avant l'individu et la responsabilité individuelle ; ils remplacent progressivement la notion de patient par le terme client ou consommateur**. Dans cette logique, chaque individu paie pour sa consommation de soins et il est lui-même responsable de ses besoins, de ses maladies, etc. Sur cette base, leur politique devient de plus en plus offensive pour réduire la solidarité et privatiser la santé et son système.

Il est alors indispensable d'analyser dans quelles proportions la responsabilité individuelle qui présuppose le choix de l'individu (libre arbitre) est opérative et dans quels domaines elle n'existe tout simplement pas. Tout un chacun est expert en répondant aux questions suivantes : Avez-vous choisi vos géniteurs ? Votre génome ? Date et lieu de votre naissance ? Votre environnement familial ? La situation économique comme le marché du travail ? Votre genre ? Les perturbations profondes comme votre naissance, votre puberté, votre vieillissement, vos maladies, votre mort ? - Heureusement il y a des domaines de liberté et de choix, de

*Prof. Denis Hochstrasser, Chef du Dépt. de Médecine génétique et Laboratoires, HUG Genève

** Même l'OMS semble adopter la terminologie de « consommateur » : cf. OCDE (2011), Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011, Editions OCDE, réalisés conjointement par l'OCDE et l'OMS, page 68 et suivantes. Cf. également Economiesuisse et NZZ dont le mot phare est « marché de la santé »

responsabilité individuelle, mais en matière de santé j'estime ce champ largement inférieur aux contraintes émanant de la biologie et de l'environnement : de la condition humaine. J'estime la partie « condition humaine » à environ trois quarts et celle de la « responsabilité individuelle » à environ un quart. Par conséquent, la répartition des charges à payer doit se baser sur ces données fondamentales qui sont à préciser par les sciences et non par un programme politique en faveur d'une minorité.

La collaboration active du patient au processus thérapeutique est indispensable. Il y a toute une branche de la médecine moderne uniquement consacrée à cette science***. La loi MC qui exclut les patients des contrats est en retard par rapport à la médecine actuelle. Les partisans politiques de la loi MC prêchent la responsabilité individuelle ; dans la pratique ils excluent les premiers concernés dans les nouvelles structures prévues pour 60% de la population suisse.

***ETP : Education thérapeutique du patient, par ex. dans la série « Abrégés » Masson, 2009

Pour conclure, l'énigme du sphinx résume le plus brièvement possible la condition humaine : les différents stades de l'existence de nous tous dont la déchéance et la dépendance, illustrées par l'état des trois jambes ; la troisième - la canne - étant symbole de la médecine et des soins.

La solution de l'énigme, l'être humain : quoi que la condition lui réserve sous forme de maladies, de dépendance, de faiblesse, c'est un être humain. Voilà une déclaration presque politique, un commandement, un programme : le programme de la médecine et qui devrait être aussi celui de l'assurance de base.

Lisez la loi

Annexes et compléments

Chapitre « Médecine à deux vitesses » : page 11 :

- Constitution fédérale : Préambule : « La force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres,... » »
- Art. 8, 1 : « Tous les êtres humains sont égaux devant la loi. » La Constitution utilise le terme « être humain.

Chapitre « Echange de données », page 15

- « Serment de Genève*

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,
Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité

Je garderai pour mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus
J'exercerai mon art avec conscience et dignité

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi, même après la mort du patient.

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale

Mes collègues seront mes frères

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès son commencement même sous la menace et je n'utiliserai pas mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Je fais ces promesses solennellement librement sur l'honneur. »

*Nommé aussi Déclaration de Genève. Elle a été élaborée par l'Association médicale mondiale et adopté en 1948. 1948 c'est l'année de la Déclaration universelle des Droits de l'homme, les deux déclarations sont liées intimement, comme des jumeaux. Elles sont la réponse à la catastrophe de la Deuxième guerre mondiale. Cf. « Goût amer » BMS 2012 ;93 :14/15, p.538.

Lisez la loi

- Constitution fédérale: Art. 13 Protection de la sphère privée

1« Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile, de sa correspondance et des relations qu'elle établit par la poste et les télécommunications.

² Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent. »

- Code pénal Art.321 : la violation du secret professionnel : al 1

« Lesmédecins ,qui auront révélé un secret à eux confié en vertu de leur profession ou dont ils avaient eu connaissance dans l'exercice de celle-ci, seront, sur plainte, punis d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. »

Chapitre « Responsabilité individuelle et santé », page 31 :

« Guérir un processus industriel ?

L'influence des lois du marché se fait de plus en plus sentir sur la médecine moderne ; on perçoit et mesure l'activité médicale toujours plus comme un processus de production. Or, la valeur centrale sur laquelle repose la profession de médecin n'est pas la « production » de santé, mais bien le fait de considérer l'autre dans sa souffrance comme une personne à part entière. Ce dévouement personnel est cependant complètement occulté par le système d'incitatifs de la médecine actuelle, d'où la nécessité de développer de nouveaux incitatifs. Les médecins qui, par leur attitude, contribuent à ce que la médecine soit appréhendée comme un don de soi doivent être récompensés. Une mesure ne devrait pas être évaluée sur la seule base de son résultat ; le caractère humain, principe de base du traitement, doit également être pris en compte. Mais cela ne peut se faire avec des chiffres ; il est donc essentiel de relativiser l'importance des chiffres et de s'éloigner de la conception selon laquelle ceux-ci sont les seuls indicateurs de la qualité d'un hôpital. Il y a en médecine des valeurs qui ne sauraient être sacrifiées, même à l'ère du tout économique. Les médecins ne doivent pas abandonner la pratique de la médecine à l'économie, mais au contraire se battre et œuvrer pour que leur profession ne soit pas réduite à un commerce mais qu'elle reste une forme sociale du don de soi. »

Résumé de l'article du Prof. Giovanni Maio : Heilen als industrieller Prozess ? BMS 2011 ; 92 : 22, page 858

Chapitre « Conclusion » page 29

« Les réseaux de soins intégrés devront devenir la norme »: Didier Burkhalter, Conseiller fédéral après l'acceptation de la loi par le Parlement en septembre

Lisez la loi

2011 (Le Temps - 23 septembre 2011). Les parlementaires ont travaillé durant presque dix ans les modifications de la Loi Assurance Maladie (LAMal) présentées sous le terme de Managed Care. Plusieurs organisations ont lancé le référendum contre ce projet Managed Care (MC) et déposé plus de 130'000 signatures valables, un record, car 50'000 auraient suffi. Le référendum est porté par : la Fédération des médecins suisses FMH, l'Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique ASMAC, l'Association des patients patienten.ch, le Syndicat suisse des services publics SSP/VPOD, l'Association suisse des infirmières et infirmiers ASI, l'Union syndicale suisse USS, le Parti socialiste suisse PSS, H+Les hôpitaux de Suisse, la Société suisse des médecins dentistes SSO.

Les partisans de la loi MC vantent la supériorité du système MC par rapport à la situation actuelle: MC = meilleure qualité + meilleur marché. Manifestement ils ne croient pas en leurs propres slogans : ce qui est supérieur se fera sa place moyennant ses qualités, mais selon les partisans, le MC doit être imposé par la loi.

Et pour cause : Aux Etats-Unis, champions par excellence de l'économie du marché et de la concurrence, Managed Care existe depuis 40 ans ; et en 40 ans de développement, sa « supériorité » n'a pas empêché leur système de santé d'être de loin le plus cher du monde et d'avoir une performance largement inférieure au nôtre : mortalité périnatale, longévité, obésité, inégalités, entre autres. Par contre, leur « marché de la santé » est florissant.

<https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2011/6849.pdf>