



## Le 28 septembre, ce sera OUI

Le lobby des assureurs a encore frappé: le projet de loi sur la surveillance des caisses maladie (LSAMal) n'a pas pu être adopté fin mai par la commission de la santé du National (CSSS-N); il est donc repoussé à cet automne. Cette nouvelle manœuvre du lobby des caisses n'est pas étonnante: elles ne veulent pas d'une loi qui vienne renforcer la transparence, toucher aux réserves ou encore régler la fixation des primes. Tout est là, tout est dit. La perte de crédibilité est totale. Le peuple, encore une fois, est trompé.

Le temps des promesses non tenues est passé. Le temps où, à l'introduction de la LAMal en 1996, il était promis «qu'aucun ménage ne devrait allouer plus de 8% de son revenu aux primes maladie» est révolu. En dix-sept ans, les primes ont doublé. Elles ont augmenté de 116%! C'est la faillite d'un système où un seul acteur, les caisses maladie, s'est enrichi, où un seul acteur a su tirer du profit. Comment a-t-on pu laisser évoluer le système à un mercantilisme malsain de la santé alors que l'assurance de base obligatoire a été créée dans un pur esprit de solidarité? On a spolié le peuple, pris l'argent des citoyens pour engraisser les assureurs, qui, de fait, n'ont aucun intérêt à voir les règles changer.

Prenons le scandale des réserves: 3 milliards en 2005, 6 milliards en 2012! Où est cet argent? Qui rendra des comptes et quand? Et que dire des 2 milliards de primes payées en trop? C'est un véritable ras-le-bol auquel nous assistons. Les primes cantonales payées en trop sont devenues des réserves nationales. Le système ultralibéral sans véritable contrôle a créé un oligopole où les seules règles opaques sont le profit à outrance, de devenir plus gros que le concurrent, de transformer l'humain en marchandise et de ne parler que lois du marché. La puissance du lobby est tellement importante, souvenons-nous du report d'un *Temps Présent* jusqu'après les dernières élections fédérales tant les liens élus-assureurs gênaient certains politiciens. Les ficelles sont trop grosses. Il faut dire stop à l'injustice flagrante et permanente.

Les assureurs sont splittés. D'un côté SantéSuisse du Groupe Mutuel, de l'autre Curafutura, qui annonce privilégier le dialogue – emmené par notre vieille connaissance, le Dr Ignazio Cassis, mais aussi par le professeur Zeltner, qui était à la tête de

l'OFSP – avec Helsana et CSS comme assureurs principaux. Là encore, des promesses, surtout de la part de Curafutura. Prenons l'exemple des physiothérapeutes genevois. Seule SantéSuisse a accepté une revalorisation à hauteur de la moitié de la valeur demandée et cela après plus de dix ans de luttes. Curafutura a refusé. Alors stop aux promesses et au jeu du «je suis mieux que l'autre». Il n'y a que la notion du gain pour l'assureur, pas la qualité, la formation, le diplôme, le sens diagnostique et thérapeutique. Mme Verena Nold, directrice de SantéSuisse, l'a dit dans une récente interview de la *Tribune de Genève*: «Nous ne prendrons que les meilleurs» en s'attaquant d'abord aux jeunes médecins donc à la relève. Il faut formater la relève, lui faire comprendre que les meilleurs sont les moins chers, ceux qui prescrivent peu, ceux qui hospitalisent peu, ceux qui demandent peu d'exams, ceux qui ont le bon profil de patients. Se défausser en faisant faire aux médecins la chasse aux bons risques? Non, Mme Nold, le monde de la médecine n'est pas le monde de l'entreprise, l'humain n'est pas une marchandise. La santé n'est pas au service des affaires. Être malade n'est pas un choix. Derrière chaque patient existe une souffrance.

Les opposants à la caisse publique utilisent un peu facilement le terme «santé». Un hold-up, un leurre qui n'échappe à personne. Voir Mme Isabelle Moret (PLR/VD), co-présidente d'Alliance Santé, être au front en compagnie de M. Guy Parmelin (UDC/VD) montre que la ligne suivie, malgré la gifle politique infligée par les Vaudois en 2012, est liée au poids des assureurs, de l'économie et à leur mépris. Entendre M. Parmelin dire récemment qu'«il veut choisir son médecin», lui qui était farouchement pour la loi dite *Managed Care* en 2012, est caractéristique de ce dédain. Retourner de veste sans complexe, tant que l'on plaît au lobby quitte à se renier. C'est justement l'obligation de contracter que la caisse publique garantit. Le libre choix ne passe que par un OUI dans l'urne.

La Suisse est particulière. Notre système permet aux assureurs d'être des acteurs dans l'assurance de base et les assurances complémentaires. En dehors de toute transparence, ce système met en danger les données personnelles des assurés, c'est le Big

*Data*, et l'utilisation exacte de leurs primes. La stricte séparation est réclamée tant le système du financement de l'assurance-maladie est devenu opaque. Et que dire du *monitoring* de l'augmentation des coûts dirigés par l'OFSP qui ne reprend que les chiffres de SantéSuisse? Comme le disait Pierre-Alain Schneider, notre ancien président, «les assurés de base doivent être à l'abri de toute pression. Le social d'un côté, le *business* de l'autre et pas d'échange entre les deux». Tellement juste. Vite de la transparence. Il est important de rappeler que les prestations dans l'assurance de base sont et doivent rester les mêmes pour tous. Seule la caisse publique à gestion cantonale permettra de retrouver de la transparence dans les comptes, d'adapter les primes en fonction des coûts, de développer la prévention et la promotion de la santé. Actuellement seuls 2% servent à la prévention tant il est peu important pour l'assureur, dans des contrats d'une durée d'un an, de pousser à promouvoir la santé des citoyens sur le moyen et le long termes ou d'augmenter la qualité de la prise en charge. L'assureur, vrai partenaire dans les assurances complémentaires où le marketing et le profit sont roi, sera renforcé en cas d'acceptation de la caisse publique dans son rôle de proposer différents modèles d'assurances complémentaires et innovantes. Pour rappel, les primes des assurances complémentaires baissent, jamais pour la base. Dans l'assurance de base, les modèles existants devront être conservés et encouragés. Il faudra y veiller, car il est impératif que la diversité de l'offre de soins soit respectée, ce que notre association a toujours défendu. Le fait que les primes ont plus augmenté proportionnellement dans le modèle de médecine de famille ou les modèles alternatifs est un non-sens.

L'humain peut-il être sélectionné selon son coût? En dix-huit ans, le système de financement de la santé a malheureusement réduit chacun à un chiffre, un coût, un code comme une marchandise. C'est la funeste idée de la sélection des bons risques. Avoir le bon profil, assurer seulement ceux qui ne coûtent pas chers. L'assureur Intras n'avait-il pas poussé ses assurés à payer directement les médicaments au guichet de la pharmacie? Cet exemple choquant est l'un des nombreux qui existent dans cette dé-

rive honteuse de la chasse absolue du bon profil d'assuré. Cette lutte perpétuelle entre les différents assureurs et aussi entre les courtiers doit cesser. Les primes 2015 devraient normalement être annoncées avant la votation de septembre. Santésuisse parle déjà d'un rattrapage. Ça sent les primes sur mesure, en attendant l'an prochain, année électorale où historiquement, comme par hasard, les primes augmentent peu. Cette spirale infernale doit s'arrêter.

Dans notre canton, c'est l'ensemble des professionnels des soins de base qui soutient le OUI. Cet axe fort et cette affirmation de la notion de pluridisciplinarité, centrée sur le patient, sont essentiels. Quel médecin genevois peut encore soutenir un tel système, sachant que l'ensemble des assureurs nous a entraînés devant le Tribunal administratif fédéral (TAF) pour une baisse de la valeur du point tarifaire de 0.96 à 0.85 CHF, alors même que nos propres chiffres sont à 1.05 CHF. Cette attaque brutale et frontale montre que le dialogue est rompu et que le cynisme des assureurs

dans la mainmise sur le système, les primes, les réserves, les citoyens, les patients et enfin les médecins, qu'il faut réduire et sélectionner, selon là encore les lois du marché, est une réalité quotidienne. Car oui, notre métier est centré sur l'humain, oui nous voulons encore demain pouvoir soigner les patients âgés, les malades chroniques ou cancéreux, placer ceux qui le nécessitent aux soins intensifs. Notre profession souffre, c'est un fait, mais nos convictions sont fortes. La relation médecin-patient reste privilégiée.

Le jeu de la concurrence a été faussé et nous avons assisté à dix-huit ans d'opacité et de mainmise sur le système de la santé. Trop de promesses n'ont pas été tenues volontairement. A l'heure du choix, ce sera OUI. Un OUI clair, transparent par opposition à l'opacité, par opposition à des lobbys qui peignent le diable sur la muraille, qui affichent des pseudo-études commandées, qui s'accrochent à leur autoritarisme idéologique du tout contrôler, qui promettent déjà en cas de victoire du OUI des obs-

tructions juridiques: la peur de perdre ce juteux marché! Mais l'humain est là, debout, prêt à voter non pas pour l'inconnu, les acteurs de la caisse publique à gestion cantonale étant connus, mais pour plus de justice, plus de solidarité. La vérité sur ces années devenues mercantiles devra voir le jour. Les dindons se réveilleront et arrêteront cette mauvaise farce. Il faut savoir dire stop à un système qui ne profite ni à l'assuré ni à la santé, à un financement qui a montré ses limites, à un système qui a oublié sa base, ses fondations et ses priorités: la population et les patients.

*C'est un acte fort et courageux.  
Le 28 septembre, ce sera OUI.*

**Dr Michel Matter**

(La lettre de l'AMG, juin 2014, numéro 5)  
Président de l'Association des médecins  
du canton de Genève  
12, rue Micheli du Crest  
1205 Genève



## Les primes d'assurances-maladie deviennent insupportables pour les familles. Que peut faire la caisse publique (CP)?

Le changement de système en soi pourrait coûter un à deux milliards aux assurés car c'est eux qui le paieront par l'intermédiaire des primes. Actuellement sur 100.- francs de prime, 95.- francs servent à payer les prestations et 5.- francs financent l'administration et la gestion. Les primes sont donc essentiellement la conséquence des prestations que les assurances doivent rembourser.

Il n'est pas garanti qu'avec la CP, l'Etat dépense moins que 5% pour l'administration. Il est d'ailleurs envisagé que les caisses continuent de faire la gestion par délégation. Ceci montre indirectement qu'il sera difficile de diminuer les frais administratifs.

Les assurances sont dans l'obligation de constituer des réserves pour garantir le

remboursement des prestations des années à venir, puisqu'elles doivent décider des primes à l'avance. Parfois ces réserves sont trop élevées, parfois trop basses. La CP permet de mieux contrôler ces réserves, mais leur éventuelle diminution ne baissera pas le coût des prestations et pourrait augmenter le risque de déficit.

La CP, en mettant tout le financement dans les mêmes mains, pourrait permettre de mieux affronter le défi de l'explosion des maladies chroniques. Avec la CP, il devient possible pour l'Etat de mieux planifier les soins intégrés, en créant des institutions performantes au service des patients. Ce ne serait que l'accentuation d'un phénomène déjà présent. Entre 2000 et 2011, le coût de la médecine ambulatoire des hôpitaux a

augmenté trois fois plus vite que celui des médecins. Cette prise en main du secteur ambulatoire par l'Etat pourrait cependant à terme limiter le libre choix du patient, ou la liberté thérapeutique médecin-malade.

Le principal argument de la CP est que la prime unique permet de lutter contre la désolidarisation de ceux qui, en bonne santé, optent pour des franchises élevées et paient moins de primes que les autres. Mais le passage à une prime unique expose la moitié de la population à payer davantage. En effet, avec une prime unique correspondant à la moyenne des primes du canton, toutes les personnes dont la prime est actuellement inférieure à la moyenne verront leur prime augmenter.

Ces dernières années, les assurances-