



Après le moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux

Le moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux arrivera à son terme fin 2009 et ne devrait pas être prolongé. Pour éviter une vague incontrôlée de nouveaux cabinets, il faut donc lui trouver une solution de remplacement.

A la demande de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS), divers organismes ont été sollicités pour qu'ils fassent des propositions : la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS), la Fédération des médecins suisses (FMH) et l'association faîtière des caisses-maladie (santésuisse). En été 2008, la CDS et la FMH ont élaboré une proposition commune. En septembre, ce fut le tour de santésuisse. Lors de sa séance de septembre, la CSSS s'est ralliée presque sans discussion à la proposition de santésuisse, au grand dam des commissaires non acquis à la cause des caisses-maladie. Il faut relever que la majorité des membres de la CSSS est impliquée dans santésuisse et que le président de cette commission dirige aussi l'une de nos plus grandes caisses-maladie. Aux dernières nouvelles, ces propositions sont encore en suspens.

Nous résumons ci-après l'essentiel des propositions présentées

Pour la CDS et la FMH, l'installation de nouveaux médecins doit répondre aux besoins de la population. Il s'agit d'une part de freiner la surpopulation médicale, mais aussi de stimuler l'offre médicale. Sur la base des statistiques fournies par le Conseil fédéral et les caisses, ce sont les cantons qui, en collaboration avec les sociétés cantonales de médecine, sont les mieux placés pour évaluer les besoins. Il ne s'agit pas, comme le dit santésuisse, d'une «planification étatique» mais bien d'une intervention à laquelle on ne recourrait qu'au besoin, si les installations ne se règlent pas spontanément. L'activité ambulatoire des hôpitaux serait prise en compte. Non seulement les coûts des prestations médicales, mais aussi leur qualité seraient considérés. Enfin, les gouvernements cantonaux étant soumis à réélection, le contrôle démocratique de leur activité serait assuré. L'assurance de base serait maintenue telle qu'elle existe dans le cadre de la LAMal.

Pour santésuisse, la solution passe par la création, à côté de l'assurance de base telle que nous la connaissons, d'autres

modèles d'assurance dits «de coopération». Ceux-ci reposeraient sur un contrat fixé individuellement entre l'assuré et la caisse. Ainsi, chacun choisirait son modèle d'assurance en sachant que le choix du médecin pourrait être limité aux praticiens agréés par la caisse alors que, dans l'assurance de base, les caisses resteraient obligées de contracter avec tous les médecins autorisés à pratiquer. Par ailleurs, dans le type d'assurance défini aujourd'hui par la LAMal, la participation aux frais (quote-part) augmenterait de 10 à 20% avec un plafond passant de 700 à 1200 francs. En résumé, c'est donc l'assurance qui gèrerait l'installation de nouveaux médecins en décidant unilatéralement de rembourser ou non les prestations. Qui choisirait les médecins : santésuisse ? Chaque caisse pour son propre compte ? Qui contrôlerait les décisions des caisses : les lois du marché ? Qui ne peuvent gérer l'assurance maladie puisque, on le rappelle, elle est obligatoire et doit couvrir les besoins primaires ! L'assurance acceptera-t-elle de signer un contrat si vous avez souffert d'infarctus, si vous êtes diabétique, séropositif ou malade mental ?

Santésuisse parle d'économies réalisables ; c'est certainement vrai pour les assureurs eux-mêmes puisque le malade devrait payer une plus grande part de sa facture de soins. L'assuré peut y gagner si la prime du «modèle de coopération» choisi est plus avantageuse que celle de l'assurance de base ; mais pour bénéficier d'un tel contrat, il y a fort à parier qu'il faudra être jeune et en bonne santé...

A l'évidence, deux concepts fondamentaux s'opposent dans les propositions de la CDS-FMH et de santésuisse :

- Dans le modèle proposé par la CDS et la FMH, pour assurer la couverture optimale des besoins de la population, la régulation et la gestion de la densité médicale sont sous le contrôle de l'autorité politique.

- Dans le modèle de santésuisse, le frein des installations est obtenu uniquement par des règles économiques ne profitant qu'aux caisses, au mépris de la solidarité. Les malades qui coûtent cher en sont exclus. Les riches pourront toujours se payer les soins qu'ils désirent. Les médecins, avant de satisfaire aux impératifs déontologiques de leur profession, de répondre aux attentes de leurs patients et aux besoins de la population dans son ensemble, devront d'abord plaire aux caisses. Qui verraient leur pouvoir encore aug-

menté et qui baseraient leurs décisions uniquement sur des chiffres, sur l'activité économique du médecin, sur son coût par patient.

Pour l'ANMO, la solution de la CDS et de la FMH est adéquate et équitable. Les jeunes médecins seraient guidés dans leur installation, aidés dans le choix de leur lieu de travail. Cette solution permettrait la planification et l'anticipation de la formation des médecins, les besoins étant définis, la manière d'y répondre clarifiée. Pour le patient, la possibilité de choisir son médecin serait préservée. Il pourrait ainsi continuer d'établir librement avec lui une relation personnelle et durable, même s'il est âgé, atteint de maladies chroniques ou multiples. Enfin, l'accès aux soins serait conservé pour toutes les pathologies floues, non catalogables, non quantifiables, qui se manifestent aujourd'hui : souffrances mal définies, mal-être personnel, social, professionnel. Il y a fort à parier qu'elles seraient exclues du remboursement par les «modèles de coopération» puisqu'elles ne peuvent pas recevoir de diagnostic précis ni entrer dans une définition tarifaire...

Groupe de presse de l'Association
neuchâteloise des médecins omnipraticiens
(ANMO)

Gilbert Villard, Cortaillod

Jean-Paul Studer, Peseux

Joël Rilliot, Cortaillod

Jean-François Boudry, Neuchâtel