

Le diktat des assureurs sur des réseaux de soins trompeurs

Votation du 17 juin 2012

Mouvement pour le socialisme (MPS) • www.alencontre.org

Réseaux de soins et quote-part en hausse. Le NON s'impose !

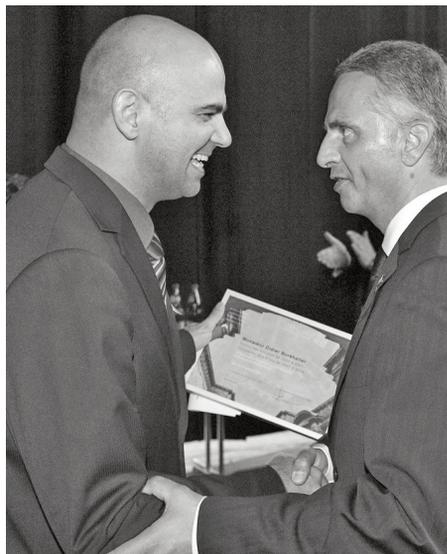
La modification de la LAMal concerne deux points majeurs :

- >> L'augmentation de la quote-part (participation financière) à la charge de l'assuré.e.
- >> L'ancrage des réseaux de soins intégrés dans la loi, parfois appelés « *managed care* ».

La participation aux frais : l'augmenter !

La quote-part (la participation aux frais remboursés) passe de 10% actuellement à 15% jusqu'à un montant total de 1000 francs au lieu de 700 francs aujourd'hui. Cela signifie une augmentation substantielle de la part financée directement par les assuré-e-s. Et cela touche particulièrement des patients ayant des maladies chroniques. Nous devons ajouter à cette part les soins qui ne sont pas remboursés, tels que les soins dentaires, les lunettes, la franchise annuelle, les aides à domicile, sans parler d'une bonne partie de la prise en charge dans des établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

Pour faire passer le oui, le Conseil fédéral et les assureurs ont trouvé une « incitation financière » en trompe-



Un réseau de soins mutuels intégrés : Alain Berset et Didier Burkhalter.

l'œil : la quote-part de 10 % est maintenue pour ceux et celles qui adhèrent aux réseaux de soins. Mais, du Conseil fédéral, il faut toujours s'attendre à un cadeau empoisonné. En effet, à l'article 64, al. 3 bis il est indiqué que le Conseil fédéral se réserve la possibilité d'adapter les montants maximaux de la quote-part annuelle à « l'évolution des coûts de l'assurance maladie ». Autrement dit : de l'augmenter !

Ce sont principalement les ménages à bas et moyens revenus qui sont visés. Cela a pour conséquence de grever le pouvoir d'achat. Cela d'autant plus que la prime par tête ne dépend pas du revenu, mais est fixée de manière identique pour tous les assurés. De nouveaux projets en défaveur des patients sont en vue. Un de ceux-ci a pour but de fixer les primes selon l'âge des assuré-e-s. En un mot : supprimer définitivement le peu de solidarité existant dans ce système (voir encadré p. 4 « Assurer... la division, pour régner ! »).

La part élevée à la charge des patients réduit, de fait, l'accès aux soins, pour des raisons financières (voir encadré p. 3 « Payer plus peut nuire à la santé ! »). Le système actuel d'assurance maladie, avec un quart des dépenses de santé financé directement par les assuré-e-s, combine injustice sociale et effets négatifs sur la santé pour des couches entières de la population. Celles, toujours plus nombreuses, qui ont des difficultés à faire face à des charges financières sans cesse plus lourdes. →

Un changement de système – combinant caisse unique, cotisations proportionnelles au revenu et très large prise en charge des soins par l'assurance, sans participation financière de l'assuré – **correspond à une exigence sociale élémentaire.**



Ancrer dans la loi une nouvelle « forme particulière d'assurance » : les réseaux de soins intégrés

La loi sur l'assurance maladie (LAMal) prévoit aujourd'hui déjà diverses « formes particulières d'assurance » (art. 62) : franchise plus élevée, système de bonus, médecin de famille, etc. Ces dispositifs associent une contrainte acceptée par l'assuré-e, censée diminuer sa demande de remboursement de prestations, à une réduction de sa prime d'assurance.

La nouveauté : introduire des contraintes pour les prestataires de soins. C'est pour cette raison qu'ils ont potentiellement un impact transformateur beaucoup plus important sur le système de santé.

Définition de l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) : un réseau de soins est « un rassemblement de fournisseurs de prestations médicales qui

offrent à l'assuré un suivi et un traitement coordonné tout au long de la chaîne thérapeutique ».

Fonctionner en réseau pour coordonner les soins n'est pas une nouveauté pour le monde médical. Cela fait des années que ce genre de pratique se développe, en réponse à deux évolutions. 1° La première, celle des tableaux cliniques parmi la population : c'est-à-dire, l'importance accrue des maladies chroniques, la prise en charge des personnes, âgées en particulier, souffrant de multiples affections (multimorbidité). 2° La seconde : dans la pratique médicale (spécialisation toujours plus poussée) ou dans la démographie médicale (féminisation et montée en puissance de l'activité à temps partiel, par exemple).

Il est certain que cela fait sens d'encourager une telle dynamique. Mais **de tels réseaux volontaires**, construits pour répondre à de nouveaux besoins en termes de soins ou de pratique médicale, **n'ont rien à voir avec le managed care conçu par la loi pour subordonner la pratique médicale aux exigences financières des assureurs.**

Quelles conséquences pour ceux et celles qui y adhèrent ?

1° L'accès à toutes les prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cela comprend non seulement celles fournies par les médecins, mais aussi celles des pharmaciens, des laboratoires, des physiothérapeutes, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux, etc.

Il n'est pas nécessaire que ces différents prestataires fassent partie du réseau de soins. Ce dernier peut leur déléguer des tâches. Mais c'est le réseau qui est *responsable de toute la chaîne des soins.*

2° Les assuré-e-s doivent toujours prendre contact avec le réseau, sauf en cas d'urgence. C'est ce dernier qui détermine la prise en charge et quels fournisseurs de soins doivent être consultés. De plus, pour les assurés, il est difficile, voire impossible, de changer de caisse et de garder leur réseau. Ainsi, **les assurances tiennent dans leurs mains les donneurs de soins et les patients.**

3° Comme indiqué ci-dessus, la quote-part sera maintenue à 10 %, avec un maximum de 500 francs, pour les adhérent-e-s aux réseaux. Mais le Conseil fédéral pourra augmenter cette quote-part (art. 64, al. 3bis). Et si la généralisation de cette nouvelle forme de soins tarde : « *le Conseil fédéral peut obliger les assureurs à offrir... une ou plusieurs formes particulières d'assurance qui comprennent les prestations de réseaux de soins intégrés...* » (dispositions transitoires). Ainsi, le **but de la loi est évident : imposer la généralisation de cette forme d'assurance.**

4° Les **malades chroniques sont les premières victimes** de ce nouveau système : soit ils subiront une augmentation de la quote-part, soit ils devront changer de médecin.

5° Pour être complet, il faut ajouter que plus le réseau est grand, moins vous avez de chance de « tomber » sur le même médecin.



**Managed-Care :
un miroir aux alouettes**

LE 17 JUIN 2012 NON

Le réseau de soins négocie – avec une ou des assurances – un contrat qui règle notamment la rémunération des prestations. Il n’y a pas d’obligation de contracter de la part de l’assureur : celui-ci peut donc choisir les réseaux qui lui conviennent. **La loi propose, l’assureur dispose.** Dans le cadre de ce contrat, le réseau assume la « *coresponsabilité financière des soins médicaux fournis aux assurés* ».

« Coresponsabilité financière » : quèsaco ?

1° Le mécanisme de base de la **coresponsabilité financière** est le suivant : en tenant compte d’un certain

nombre de critères censés définir le profil de risques des assuré·e·s affiliés au réseau (âge, sexe, séjours hospitaliers récents ou type de médicaments consommés, par exemple), **une enveloppe budgétaire est déterminée pour l’année à venir (ex ante)**. L’assureur et le réseau déterminent également des règles en cas de dépassement du budget, ou de dépenses inférieures à celui-ci.

La logique du système veut que ces règles comprennent des **mécanismes de sanction financière pour les réseaux en cas de dépassement**, en tout cas de dépassements répétés, et de récompense en cas de non-épuisement du budget.

2° La coresponsabilité financière ne se limite pas aux prestations fournies directement par le réseau de soins. Elle couvre l’ensemble des soins médicaux fournis aux assurés. Le réseau a donc intérêt, d’une part, à **contenir les soins ou les analyses qu’il ordonne** et, d’autre part, à **s’assurer que les prestataires avec qui il collabore fournissent leurs prestations aux conditions les plus avantageuses**.

D’ailleurs l’association des médecins du canton de Genève pointe le doigt là-dessus en indiquant que : « *L’objectif principal étant la réduction des coûts, le risque est important que les règles imposées induisent un ration-*



Payer plus peut nuire à la santé !

La loi sur les réseaux de soins intégrés a notamment pour effet d’accroître la part des dépenses de santé directement à la charge des assuré·e·s n’adhérant pas aux réseaux de soins. Ce changement renforcera **deux tendances régressives** du système d’assurance maladie en Suisse : 1° le fait que les dépenses de santé directement à charge des ménages sont très lourdes ; 2° cette charge est socialement distribuée de manière régressive : elle est beaucoup plus pesante pour les personnes avec des bas ou des moyens revenus que pour celles avec des très hauts revenus.

Mais un tel dispositif, générateur d’inégalités sociales, **a-t-il aussi un effet sur la santé** de la population ? Une récente étude parue en France éclaire la question.

L’Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a publié en avril 2012 une étude intitulée « *Payer peut nuire à votre santé : une étude de l’impact du renoncement financier aux soins sur l’état de santé* » (Document de travail N° 47).

Elle étudie deux questions : 1° l’ampleur et la distribution du renoncement à des soins pour des raisons financières ; 2° l’impact de ce renoncement sur la santé. Les données sont celles relevées en France par l’Enquête santé et protection sociale (ESPS), au cours des années 2000.

En France, 15,9 % des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières, au cours des douze derniers mois. Sans surprise, les soins dentaires (9,9 %), l’optique (4,3 %) et les visites chez un généraliste ou un spécialiste (3,5 %) sont les plus fréquemment cités.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières se caractérise par un fort « gradient social ». Dit autrement, les inégalités sanitaires sont le reflet des inégalités sociales. « Plus on est pauvre, moins on est en bonne santé ».

Ainsi, 4,7 % des personnes ne déclarant aucune dimension de précarité ont renoncé à des soins pour des raisons financières, contre 40 % parmi celles déclarant au moins six dimensions de précarité. De même, plus la qualité de la couverture complémentaire privée est bonne et prend en

charge de manière complète les soins non couverts par la sécurité sociale, moins il y a de renoncement aux soins.

Le type de couverture par une assurance privée dépend évidemment, lui aussi, de la situation sociale et financière des personnes concernées.

L’enquête ESPS réinterroge les mêmes personnes à un intervalle de quatre ans. Elle permet donc d’étudier la question de savoir si le fait de renoncer à des soins pour des raisons de santé est associé à un risque accru de voir sa santé se dégrader. La réponse est positive : 42,3 % des personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins pour raison de santé ont vu leur état de santé se dégrader durant la période, contre 37,8 % de celles qui n’ont pas renoncé à des soins.

L’écart est statistiquement significatif. Cette différence se maintient lorsque l’on tient compte des autres facteurs susceptibles d’expliquer une détérioration plus rapide de l’état de santé, comme l’âge, l’état de santé au début de l’enquête, la situation sociale ou le type d’occupation.

L’intérêt de cette étude est de montrer que **le renoncement à des soins pour des raisons financières correspond clairement à une sous-consommation de soins, qui a un impact négatif sur la santé**.

La quote-part dans la LAMal, comme le « ticket modérateur » en France, est censée correspondre à un « *mécanisme de régulation de la demande par partage des coûts entre assureur et patient* », dont l’effet devrait être de réduire la consommation « superflue » de soins, sans risque pour la population.

Or, pour les auteurs de l’étude de l’IRDES, celle-ci a « *démontré que ce mécanisme est médicalement aveugle, c’est-à-dire que la contrainte financière qu’il engendre s’applique à tous les biens médicaux, essentiels ou non* » (p. 16). Il n’est par contre pas aveugle socialement : les plus fragiles sont ciblés.

Ces résultats renforcent les motifs de voter NON le 17 juin à la loi sur les réseaux de soins intégrés, qui accroîtra la charge des assuré·e·s.

nement des soins ou une baisse de qualité contraires à l'éthique médicale. »

3° Le contrat a lieu entre l'assurance et le réseau de soins, **l'assuré·e n'a pas son mot à dire** et les **services de santé deviennent une marchandise** comme une autre sur un marché prétendument régulé par les autorités fédérales. Si la santé peut être une marchandise pour ceux qui en tirent profit, cela n'est pas le cas pour la majorité de la population. Et doit être refusé par principe éthique et social.

En conclusion, les partisans des réseaux de soins, *economiesuisse* en tête, prétendent que les réseaux de soins seraient la panacée pour améliorer la santé.

- Si des soins en réseau peuvent contribuer à améliorer la prise en charge sanitaire de la population, il faut en premier lieu qu'ils ne soient pas subordonnés aux contraintes financières d'un pseudo-marché construit de toutes pièces et manipulé par les caisses maladie.

- De plus, une participation des utilisateurs de ces réseaux, soit les assuré·e·s eux-mêmes, comme coopérateurs, pourrait contribuer à la création de conditions favorables à une meilleure interaction entre personnels soignants, institutions de soins et personnes recourant à leurs services, ce qui ne peut qu'être bénéfique à la santé de la population.

- Ce n'est pas du tout ce qui est proposé au vote le 17 juin. **Dire NON est un acte civique élémentaire en faveur d'une autre politique de la santé, d'un autre système d'assurance maladie, d'un refus raisonné des diktats des assureurs.** ■

Assurer... la division, pour régner !



Thomas Grichting, responsable du secteur assurance maladie du **Groupe Mutuel**, propose de répartir les primes des assurances maladie en **fonction des générations**. Il se base sur le fait que les jeunes de 18

à 25 ans ont des frais de santé dix fois inférieurs à ceux des aînés entre 80 et 85 ans. Pour ce spécialiste des chiffres, il y a un transfert de richesse des jeunes vers les aînés de 6 milliards par an. La proposition du Groupe Mutuel, qui a l'oreille de l'OFSP (Office fédéral de la santé publique), mais pas encore celle du parlement, est d'abaisser les primes de 34% pour les 18-25 ans, de 11% pour les 26-35 ans **et d'augmenter les primes de 7% pour les 36 ans et plus.**

Le Groupe Mutuel se garde bien de dire que les revenus sont différents dans toutes les tranches d'âge et ne sont pas particuliers à une catégorie générationnelle. Il ne nous indique pas quel est le transfert des revenus bas et moyens vers les hauts dans l'assurance maladie. On refuse de nous le chiffrer car tout l'édifice de l'assurance maladie s'écroulerait.

En affirmant que les retraités sont riches, on cache délibérément le fait que 25% de ceux-ci sont menacés par la pauvreté.

Une solution pour pallier les transferts de richesse, si chers à Thomas Grichting, est de modifier la LAMal et de fixer les primes de l'assurance maladie en fonction du revenu et payées pour parts égales par l'employeur et les salarié·e·s. Actuellement, la solidarité est antisociale, elle ne dépend pas de la situation économique de l'assuré, et elle est différente selon les cantons.

Va-t-on arriver vers une assurance maladie où chacun paiera en fonction de ses comportements individuels tels que consommation de cigarettes ou d'alcool, ou encore la participation à des « sports extrêmes » qui font l'objet de nombreux films (publicitaires) en vantant les mérites ?

Ou encore de ses conditions de travail – qui se dégradent et sont imposées au nom de l'amélioration de cette rentabilité à laquelle sont attachés les chefs du Groupe Mutuel – comme c'est partiellement le cas avec l'assurance accidents ? Ou en fonction d'une maladie chronique telle que le diabète ou un état d'obésité ? En bout de course chacun devra prendre en charge ses soins. **Les modifications de la LAMal ont lieu en permanence et cela au détriment des patient·e·s et des salarié·e·s. C'est pour contrer cette logique qu'un NON doit sortir des urnes le 17 juin.**



Mouvement pour le socialisme (MPS)

<http://alencontre.org>

<http://www.sozialismus.ch>

<http://www.mps-solidarieta.ch>

Jeunes du MPS / Cercle La brèche

<http://cerclelabreche.wordpress.com>

<http://www.facebook.com/cerclelabreche>

Coordonnées postales

MPS, CP 209, 1211 Genève 4, geneve@mps-bfs.ch

MPS, CP 120, 1000 Lausanne 20, vaud@mps-bfs.ch

MPS, Fribourg, fribourg@mps-bfs.ch

MPS, CP 2320, 6501 Bellinzona, mps-ti@bluemail.ch

BFS, Pf 2002, 4001 Basel, info@bfs-basel.ch

BFS, Pf 8707, 8036 Zurich, info@bfs-zh.ch

Je souhaite être informé·e de vos activités :

Nom :

Prénom :

Rue et numéro :

NPA et localité :

Tél :

Adresse e-mail :