

Stéphane Rossini
Conseiller national

Révision LAMal, votation du 17 juin 2012

Des réseaux, mais pas comme ça ! Non au managed care

Pour soutenir une révision de la LAMal, deux conditions fondamentales doivent être réalisées. D'abord toute la population, sans exception, doit bénéficier d'améliorations en matière de qualité des soins, sur l'ensemble du territoire. Ensuite, la solidarité du financement ne doit d'aucune manière être péjorée. Or, force est de constater que dans le projet Managed Care, ces deux conditions ne sont pas remplies.

Les réseaux resteront le privilège des régions urbaines et le libre-choix du médecin sera limité sans plus-value globale de qualité pour certains assurés, surtout les malades chroniques. Quant au financement, il sera plus lourd pour les personnes qui n'adhéreront pas à un réseau, dans un système de primes par tête déjà anti-sociales.

Dès lors, sans véritable changement de paradigme, il faut refuser ce projet. D'autres alternatives existent plus simples, plus efficaces pour soutenir une meilleure coordination des soins. Malheureusement, la majorité du Parlement n'en a pas voulu ! La population corrigera le tir.

Oui à la coordination des soins

Le parti socialiste revendique l'introduction de réseaux de soins depuis plus de dix ans. En effet, une prise en charge appropriée et intégrée des patients est un principe à soutenir. Pour être bien soigné, le patient doit être au bon endroit, au bon moment. C'est pourquoi, nous revendiquons une véritable « alliance thérapeutique », qui place le médecin au centre du processus pour éviter des traitements et des prises en charge inappropriés ou la répétition d'actes inutiles. Cette alliance thérapeutique est la condition d'une meilleure qualité des soins et d'une utilisation optimale des ressources disponibles.

Pour y parvenir, il faut un changement de paradigme et non

pas un projet de loi porteur d'abord de bonnes intentions, générateur d'injustices personnelles et régionales. La question est donc simple : ce projet permet-il vraiment d'aller plus loin que la situation actuelle ? La réponse est non !

La pratique des réseaux est actuellement très inégalement répartie sur le territoire. Elle est très différemment perçue par les assurés et les patients, car de nombreuses régions ne connaissent pas les réseaux de soins. Les patients y voient donc surtout une perte de choix, notamment de leur médecin traitant, si celui-ci n'adhère pas au réseau avec lequel l'assureur a passé contrat. Pour changer les mentalités des patients, des médecins, des assureurs et valoriser pleinement la coordination des soins, il faut faire autrement et mieux.

Non au pouvoir des assureurs

Pour que le changement s'opère et que l'on puisse effectivement parler de modification de paradigme en matière de réseaux de soins, il faut une obligation pour tous les assureurs d'offrir la possibilité à tous les assurés, indistinctement de leur domicile, donc dans tout le pays, de pouvoir adhérer à un réseau. Il faut une nouvelle offre de prise en charge, partout, pour tous.

Or, les assureurs et leurs alliés au Conseil des Etats ont refusé l'obligation de passer contrat avec les réseaux. Sans cette obligation, il est évident que les régions périphériques seront pénalisées. Là où les réseaux existent, ils se développeront peut-être, là où ils sont absents, à moins de médecins convaincus et souhaitant coopérer et d'assureurs ouverts à ce système, les assurés n'y auront pas accès. Il faudra alors attendre, après trois ans !, que le Conseil fédéral agisse pour que la situation change peut-être... Le pouvoir des assureurs de refuser de contracter avec un ou des réseaux est inacceptable. Cela doit être obligatoire, partout.

Ne pas punir, mais inciter

Les changements se font certes souvent par le portemonnaie. Toutefois, pour réussir il faut une incitation positive, c'est-à-dire une quote-part (participation directe aux coûts par le patient) qui soit inférieure pour les personnes qui choisiraient de s'affilier

à un réseau. Malheureusement, sous pression des caisses, le Parlement a opté pour la punition avec une part de 15% (maximum 1'000.-/an) à payer pour les assurés hors réseau et une part de 10% (statu quo) (mais au maximum 500.-) pour ceux qui sont dans un réseau (700.- là où il n'y a pas de réseau, situation actuelle).

De plus, l'adaptation des montants maximum aux coûts de l'assurance-maladie se retournera contre les patients. Sans parler de la durée du contrat (3 ans) et de la prime de sortie en cas de renoncement, qui renvoient à une logique d'assurance privée intolérable alors que l'on peut changer de caisse chaque année dans la LAMal. Un malade chronique dont le médecin ne fait pas partie d'un réseau sera donc puni deux fois ! Une première fois car il ne bénéficiera pas du gain de qualité apporté par le réseau ; une deuxième car il aura une quote-part à payer plus élevée. C'est injuste.

Des réseaux, mais pas comme ça !

La politique sanitaire doit, dans une dynamique d'innovation, apporter des progrès à la population. Par conséquent, nous disons NON : à une loi qui est mauvaise pour les patients ; qui augmente les coûts à charge des patients et restreint la liberté de choisir son médecin ; à un système de santé pour ceux qui habitent dans des régions où existeront des réseaux et un autre là où il n'y aura pas de réseaux. Les régions périphériques seront les victimes d'une médecine à deux vitesses.

Nos revendications de solidarité, d'accès à des prestations de qualité pour toutes et tous et de financement équitable de l'assurance-maladie s'opposent à ce mauvais projet

[Retour](#)