



Révisions partielles dans l'assurance-maladie POSITION DE LA COMMISSION FEDERALE DE LA CONSOMMATION

Après avoir pris connaissance du paquet législatif 1 qui met en œuvre la stratégie de réforme de l'assurance-maladie la Commission se prononce plus particulièrement sur les projets ci-après dudit paquet. La position reflète l'avis de la majorité.

carte d'assuré

La Commission a pris note que ce paquet consolidait pour l'essentiel le système actuel dans l'attente de la mise en œuvre de solutions nouvelles. Elle salue les innovations que constituent la carte d'assuré et le renforcement des exigences relatives à la présentation des comptes des assureurs. Elle demande toutefois que l'introduction de la carte d'assuré se fasse dans le strict respect de la protection des données, vu le caractère sensible des informations enregistrées. A cet égard, il importe notamment que le cercle des personnes qui peuvent consulter ces informations soit délimité avec précision afin d'éviter toute diffusion à des tiers. Il importe également que non seulement les standards techniques, mais aussi le contenu de la carte d'assuré soit fixé par le Conseil fédéral.

Liberté de contracter

La Commission demande qu'il ne soit pas donné suite à ce projet qui prévoit d'introduire la liberté de contracter dans le domaine des soins ambulatoires, ce pour les raisons suivantes :

a) Faisabilité politique

Tous les sondages démontrent que les assurés tiennent absolument à conserver le libre choix de leur médecin. C'est cette volonté qui explique en bonne partie le peu de succès qu'ont eu les modèles de « réseaux de santé ». Si ce projet est adopté par le Parlement, un référendum est pratiquement inévitable et il aurait de bonnes chances devant le peuple.

b) Un projet beaucoup trop large

Ce projet concerne tous les fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire. Par rapport au but visé, qui est de contrer la surconsommation médicale d'une part et les honoraires excessifs d'autre part, il n'existe aucune raison de faire porter le projet sur les autres fournisseurs de prestations tels que les pharmaciens, les physiothérapeutes, les fournisseurs de soins infirmiers à domicile, etc. Ces autres fournisseurs de soins sont en effet mis en œuvre par les médecins. Pour ce qui est des pharmaciens, il existe déjà une régulation quasi-automatique, un trop grand nombre de pharmacies à un endroit donné aboutissant à la non-rentabilité. De plus, le facteur de coûts à charge de l'assurance obligatoire dépend essentiellement du prix des médicaments, souvent excessif en Suisse pour des raisons connues.

c) Liberté contractuelle et libre concurrence

Le projet paraît s'appuyer sur la doctrine économique classique de la libre concurrence : grâce à un marché plus libre, le « consommateur médical » (le patient) serait en principe amené automatiquement à privilégier la meilleure offre en termes de prix et de prestations. Cette doctrine est juste pour des prestations simples, pour lesquelles le consommateur peut effectivement – seul ou en se référant à des publications spécialisées tels que des tests comparatifs – comparer entre les différentes offres. Mais cela ne joue pas pour la médecine :

- il n'y a pas de transparence de l'offre, notamment quant à la « qualité » de tel ou tel médecin;
- la relation patient – médecin repose sur la confiance, facteur souvent irrationnel et insaisissable;
- cette relation a effet dans la durée.

Ainsi, les conditions fondamentales d'un marché libre, qui sont la transparence de l'offre et la liberté, pour l'acquéreur, de passer instantanément d'un fournisseur à un autre, font défaut dans le domaine de la médecine ambulatoire.

d) Le « consommateur » doit agir simultanément sur deux marchés, celui de la médecine ambulatoire et celui de l'assurance-maladie

En pratique, cette « double-fonction » de patient d'une part et d'assuré d'autre part rend très difficile sinon impossible le fonctionnement de la concurrence. L'« achat » ne se situe en effet pas au même moment : la conclusion du contrat d'assurance se situera par hypothèse au 1^{er} janvier et la consultation du médecin aura lieu en cours d'année. Le projet admet implicitement que l'assuré donnera sa prééminence au choix de l'assureur sur le choix du médecin, en s'enquérant, au moment de conclure l'assurance, si son médecin est ou non « conventionné ». Ce n'est possible que, si au moment de choisir l'assureur, on a déjà un « médecin de confiance »; c'est loin d'être le cas de tous les assurés. Mais même à supposer que le critère décisif pour s'assurer auprès de tel ou tel assureur soit simplement la longueur de la liste des médecins conventionnés par lui, tous les autres critères de concurrence passeraient pratiquement à la trappe (les primes, les coûts raisonnables de fonctionnement, l'efficacité de l'assureur dans le traitement des cas, les délais de remboursement, etc.). La suppression de l'obligation de contracter aboutit ainsi, finalement, à renoncer aux effets bénéfiques que l'on se promettait de la concurrence entre les assureurs.

e) Introduction de cartels légaux

Tout en disant vouloir réserver la Loi sur les cartels, le projet justifie par avance les cartels et les abus de positions dominantes, en offrant à quelques assureurs – sans aucune légitimité démocratique – le pouvoir exorbitant d'admettre ou de refuser des médecins, et cela sans que ce projet fixe des critères (autres que quantitatifs). C'est la marque de l'arbitraire, d'autant que les médecins écartés des conventions sont privés de toute possibilité de recours. Cette absence de droit de recours des médecins et des patients est une atteinte à leurs droits fondamentaux. Pour les médecins, c'est en outre une atteinte inadmissible à leur liberté économique. On ne saurait maîtriser les coûts de la médecine ambulatoire en cartellisant volontairement ce domaine.

f) Suppression du libre choix du médecin et de l'assureur

L'introduction de la suppression de l'obligation de contracter revient en définitive à restreindre le choix de l'assuré tant en ce qui concerne le médecin que l'assureur: s'il est attaché à son

assureur actuel, mais que ce dernier n'est lié par contrat qu'avec certains médecins, l'assuré devra choisir l'un de ces médecins même s'il est attaché à son médecin actuel, parce qu'il a établi une relation de confiance avec lui et/ou parce géographiquement il est proche de lui ; s'il est attaché à son médecin, mais que ce dernier n'est lié par contrat qu'avec certains assureurs, l'assuré devra choisir l'un de ces assureurs même si les primes de ce dernier sont moins avantageuses que celles de son assureur actuel. Le système proposé empêche en définitive l'assuré de choisir son médecin ou son assureur selon les critères auxquels il est profondément attaché, soit, pour le médecin, la relation de confiance et/ou la proximité géographique et, pour l'assureur, la modicité des primes.

g) Fin de la spirale des coûts pour les assurés ?

La Commission se demande si et dans quelle mesure l'introduction de la suppression de l'obligation de contracter permettra de maîtriser l'évolution des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Elle constate en revanche qu'il est certain que l'introduction de la suppression de l'obligation de contracter entraînera de nouveaux coûts pour l'assuré. Le surcroît de travail administratif requis pour la mise en place de ce système, ceci aussi bien pour l'administration fédérale, les cantons que les assureurs, aura forcément une répercussion sur les coûts à payer par les assurés. A cela s'ajoutent les éventuelles hausses de primes qui seront imposées aux assurés par le passage de l'assureur le plus avantageux du point de vue des primes à celui qui leur permettra de rester en relation avec leur médecin de confiance. Enfin, dans l'hypothèse où les assurés auraient besoin des services tant d'un généraliste que d'un spécialiste et où seul ce généraliste figurerait sur la liste de l'assurance-maladie à laquelle sont affiliés les assurés, ces derniers auront encore à assumer l'intégralité des coûts du spécialiste.

Participation aux coûts

La Commission demande qu'il ne soit pas donné suite à ce projet qui prévoit de modifier la participation aux coûts en faisant passer la quote-part de 10 à 20 %.

D'une part ce projet va entraîner une nouvelle hausse des coûts de la santé à charge des assurés. Or, à force de se succéder depuis l'introduction de la LAMal les hausses de coûts à charge des assurés sont devenues financièrement insupportables pour la majorité d'entre eux.

D'autre part l'effet incitatif du doublement de la quote-part est douteux: le doublement de la quote-part n'aura aucun effet sur les assurés qui font de la surconsommation médicale en dépassant le plafond annuel de 700 francs pour les adultes ou de 350 francs pour les enfants ; elle entraînera en revanche une charge financière supplémentaire pour les assurés qui sont soucieux de limiter les prestations médicales ou qui, financièrement, ne peuvent se permettre plus de prestations médicales.

COMMISSION FEDERALE DE LA CONSOMMATION