Zeitschrift: Générations : aînés
Herausgeber: Société coopérative générations
Band: 35 (2005)
Heft: 10

Artikel: La LAMal aux soins intensifs
Autor: Muller, Mariette
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-826143

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

bon marché devient chère... voire très chère. C'est dire que la guéguerre à laquelle se livrent les 90 caisses coexistant en Suisse n'est pas un facteur d'économies. Elle engendre l'anarchie, gonfle les frais administratifs et oblige l'assuré à de fastidieuses études de marché.

Pourquoi les coûts ne peuvent pas baisser. Il serait injuste de reprocher aux caisses maladie de n'avoir pas réussi à modérer les coûts. Leur marge de manœuvre est limitée. Les seuls moyens à disposition, outre le contrôle chicanier des factures médicales et la traque aux assurés fraudeurs, sont les conventions passées avec les prestataires de soins. Ces mesures, aussi efficaces soient-elles, n'ont qu'un effet limité.

C'est qu'il ne faut pas s'attendre au miracle. Les efforts de rationalisation permettent tout au plus de freiner la hausse, non de diminuer les dépenses. «Tous les ressorts sont montés pour accroître les coûts», explique le démographe médical Pierre Gilliand.

On ne peut pas empêcher les progrès de la médecine ni les gens d'en profiter. A l'heure actuelle, on ne se laisse plus mourir du diabète et on fait des dialyses lorsque cela s'avère nécessaire. On demande une prothèse de la hanche plutôt que d'acheter une chaise roulante. On se fait ponter pour éviter l'infarctus. Tout cela coûte cher et, demain, de nouveaux traitements seront proposés, qui viendront encore grossir les dépenses.

Le vieillissement de la population est, lui aussi, inéluctable. Dans vingt-cinq ans, le pourcentage des plus de 80 ans aura doublé, pour atteindre 8% de la population. Or le coût par assuré croît avec l'âge de manière très importante. Les plus de 65 ans, qui représentent 15 % de la population, occasionnent déjà la moitié des dépenses de l'assurance maladie de base, tous frais hospitaliers compris. Enfin, les hôpitaux sont de plus en plus gourmands en personnel. Avec quatre à cinq employés par malade, les salaires représentent 75% des coûts. La complexité grandissante des soins, le développement des EMS exigeront un élargissement des effectifs et une hausse des salaires pour parer à la pénurie.

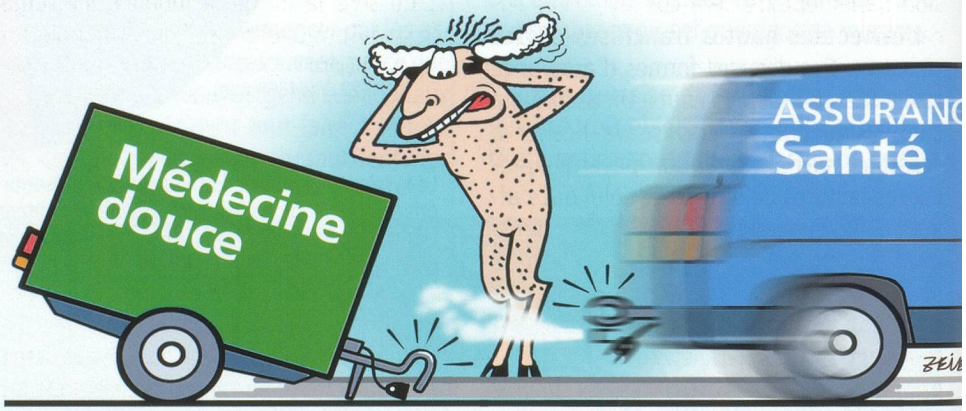
Conclusion: «La seule façon de faire baisser les coûts serait d'accepter d'être moins bien soigné ou ne plus soigner les gens à partir d'un certain âge», commente Pierre Gilliand. Cela s'appelle «rationnement des soins». Est-ce vraiment ce que l'on veut?

Anne Zirilli

LA LAMAL AUX SOINS

Assureurs, élus, défenseurs des assurés, les acteurs de la santé s'agitent au chevet de la LAMal et chacun y va de sa médication. Remède de cheval ou emplâtre sur jambe de bois, toutes les pilules ne seront pas bonnes à avaler.

«Mais, bon sang! se dit à chaque fois l'assuré-consommateur lorsqu'il reçoit ses hausses de cotisation, il doit bien y avoir quelque chose à faire!» Quelque chose, oui, mais imaginer que les primes diminueront un jour semble désormais illusoire, si l'on veut conserver une même qualité de soins. «L'objectif est de maîtriser les co-



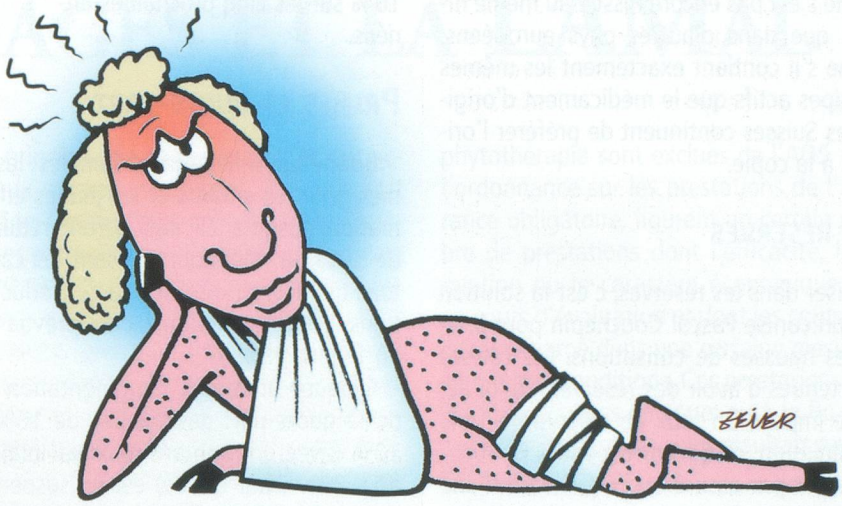
VIEILLESSE PÉNALISÉE

Interrogé sur les projets de révision de la LAMal visant plus particulièrement les aînés, **Gaston Sauterel, président de la Fédération suisse des retraités,** réagit: «Il ne fait pas bon devenir vieux, le vieillissement de la population est perçu comme un facteur de coût alors que durant ces années supplémentaires, les aînés avec leur rente et leur retraite restent des consommateurs, des contribuables et des assurés qui paient aussi des primes de plus en plus lourdes.

Le tiers des coûts des soins est engendré durant les six derniers mois de la vie, mais un grand nombre de personnes âgées s'en vont d'une mort subite et coûtent par conséquent moins cher qu'un malheureux jeune atteint du sida ou d'un cancer. Les personnes âgées ne demandent pas d'acharnement thérapeutique mais des soins palliatifs afin de mourir dans la dignité. Mais c'est un marché juteux pour certains prestataires de soins. Dans le projet de financement des soins, les assureurs ne payeraient qu'une participation forfaitaire aux soins avec un aménagement des PC et de l'allocation d'impotence. Cela signifie une augmentation de la participation des personnes âgées. Ainsi, celles qui ont payé pendant plus de 40 ans des cotisations à leur caisse maladie en étant en bonne santé se trouvent pénalisées au moment de la vieillesse!

La solidarité voulue par le législateur dans la LAMal actuelle est juste parce que chacun peut avoir besoin un jour des prestations de l'assurance maladie.»

INTENSIFS



ûts», explique Yves Seydoux, porte-parole de santésuisse, l'association faîtière des assureurs. «Ce qui ne veut pas dire diminuer les prestations», s'empresse-t-il d'ajouter.

Financement des soins

Pour réviser la LAMal, le Conseil fédéral a fait un certain nombre de propositions qui seront discutées aux Chambres dès cet automne. Après un débat sur la question du financement des hôpitaux qui devrait distribuer équitablement les charges entre cantons et assureurs, une prochaine session parlementaire sera consacrée au «financement des soins à long terme». La révision porte sur la distinction à faire entre soins liés à la maladie et soins de base. Sont visés les soins administrés dans les établissements médico-sociaux ou à domicile. En résumé, pour tout ce qui relève de la maladie, les assureurs doivent payer la facture; en revanche, pour les soins de base, ils estiment ne devoir payer qu'une contribution et pas l'entier de ces coûts. Ne seraient donc plus remboursés entièrement par les caisses des actes, tels que la toilette, l'aide à l'habillement, sauf pour des personnes ayant perdu toute autonomie. Ces soins seraient alors à la charge de l'AVS, par le biais des rentes complémentaires (PC) et des allocations pour impotents... ou payés par les assurés eux-mêmes.

Liberté de contracter

Toujours dans l'air du temps, mais mise en veilleuse pour l'instant, la fin de l'obligation de contracter est une des mesures les plus souvent préconisées par les assureurs pour diminuer les coûts. Cette nouvelle disposition implique que les cantons définissent le nombre minimal de contrats qu'assureurs et médecins doivent contracter. Il se pourrait ainsi que dans les villes, où la densité médicale est très forte, certains médecins et certains assureurs ne soient pas conventionnés. C'est le moyen le plus adéquat, selon les économistes de la santé pour mieux répartir les médecins sur un territoire donné. «Mais aucun pouvoir discrétionnaire ne sera attribué aux assureurs», précise Yves Seydoux. «Au contraire. Ce sera la loi de la jungle», s'insurge Marlyse Dormond, conseillère nationale socialiste. «Les assureurs feront ce qu'ils voudront!», prédit cette spécialiste des assurances.

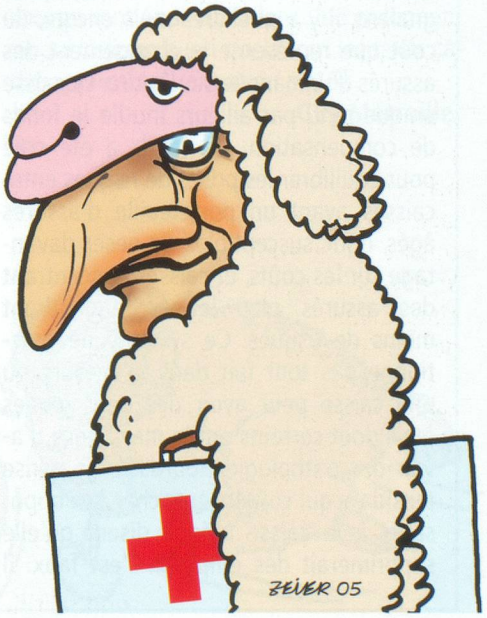
Dans un débat à venir, la délicate question de la liberté de contracter sera couplée avec la discussion sur le système de *Managed Care*. Cet anglicisme reprend, en l'étendant, l'idée de HMO. Il s'agit d'un modèle d'assurance avec réseaux de soins. Le choix par les assurés de ce modèle, pour autant qu'il soit bien appliqué, permettrait de faire des économies tant du côté des patients que des assureurs.

Carte santé

L'idée toute bête d'une carte à puce sur laquelle figurerait le dossier médical de l'assuré a fait son chemin. Le Conseil fédéral a reçu mandat d'introduire une carte d'assuré qui contiendra des données administratives et des informations en cas d'urgence. Cette carte aura en outre l'avantage d'être reconnue dans toute l'Union européenne. L'introduction d'une véritable carte santé comportant tout le pedigree médical du patient s'achoppe encore à la protection des données. «Cette carte est impérative, note Marlyse Dormond, car elle permettra d'éviter la multiplication des traitements.» Du côté des assureurs, on se montre plus circonspect: «Il ne faut pas se leurrer sur les économies escomptées. Les frais d'introduction et l'infrastructure d'un tel système coûteront très cher et, en définitive, ce sont les assurés qui paieront par le biais des primes», relève Yves Seydoux.

Médicaments

Les médicaments sont beaucoup trop chers en Suisse. Là-dessus, les principaux acteurs de la santé sont d'accord. Montrée du doigt, l'industrie pharmaceutique a fait un geste en acceptant de baisser le prix de certains médicaments, dont les génériques, de 20 à 30% dès le printemps 2006. Pour les assurés, cette diminution représentera 1% d'économie sur leur prime 2007! Globalement, c'est un gain de 250 millions qui sera réalisé. Pourrait mieux faire! L'importation parallèle de médicaments, vendus moins cher à l'étranger, constituerait un facteur de concurrence. Mais, excepté dans les cas d'urgence, la LAMal n'autorise pas le remboursement de médicaments achetés hors frontière.



Quant à la vente des génériques, dont on attendait beaucoup en matière d'économies, elle ne s'est pas encore hissée au même niveau que dans d'autres pays européens. Même s'il contient exactement les mêmes principes actifs que le médicament d'origine, les Suisses continuent de préférer l'original à la copie.

Les réserves

Puiser dans les réserves, c'est la solution que préconise Pascal Couchepin pour limiter les hausses de cotisations. Les caisses sont tenues d'avoir des réserves. La loi actuelle impose un taux de réserve de 15% au minimum, ce qui correspond à Fr. 400.– par an et par assuré ou l'équivalent d'une prime mensuelle et demie. Le chef du Département fédéral de l'Intérieur envisage d'abaisser ce seuil à 10% sur les cinq prochaines années.

Primes et quote-part

Bonne nouvelle pour les familles: les primes pour les enfants et les jeunes en formation (jusqu'à 25 ans) seront réduites de 50% au minimum. Ce sont les cantons qui devront procéder à ces réductions. L'entrée en vigueur est prévue au 1er janvier 2007.

Evoquée un temps, l'augmentation de la quote-part des adultes de 10% à 20% (avec un montant maximal plafonné à Fr. 700.–, par année) est en suspens. Le Conseil des Etats l'a acceptée, le Conseil national, en revanche, veut la lier à l'introduction des réseaux de santé.

Votations

Le peuple suisse se prononcera courant 2006 ou plus tard sur deux initiatives visant à réformer la LAMal. La première, lancée par l'UDC, annonce la couleur dès son intitulé: «Initiative populaire pour la baisse des primes d'assurance maladie dans l'assurance de base». Rejeté par les deux Chambres et soumis sans contre-projet fédéral, le texte de l'UDC prévoit une assurance obligatoire qui ne couvrirait que les soins absolument nécessaires, toutes les autres prestations étant prises en charge par des complémentaires, à commencer par les traitements psychothérapeutiques et chiropratiques. C'est à un démantèlement de la LAMal que l'on assisterait. «Une véritable catastrophe!», selon Marlyse Dormond.

La seconde votation concerne l'initiative proposée par le Mouvement populaire des familles visant la création d'une caisse unique *(lire encadré ci-contre)*. Cette initiative est combattue par les assureurs. «Le projet ne répond pas à la maîtrise des coûts, explique Yves Seydoux. C'est une gestion étatisée des assurances. On constate dans ce type de caisse – c'est le cas du système anglais – que la qualité du service est moins bonne alors que la Sécurité sociale française accuse un déficit cumulé de 30 milliards d'euros (50 milliards de nos francs). De plus, dans un système centralisé et unique, l'incitation à contrôler rigoureusement factures et coûts disparaîtra. L'assurance invalidité (AI) et son déficit de 6 milliards de francs sont là pour le prouver.»

Mariette Muller

Caisse unique

La gauche et beaucoup d'assurés le pensent: la caisse unique apparaît comme la solution aux maux de la LAMal. Trois questions à Marlyse Dormond, conseillère nationale socialiste vaudoise, spécialiste en assurances sociales et partisane convaincue de la caisse unique.

– Que règlerait la caisse unique?

– On a bien vu que la concurrence entre les caisses n'a pas résolu le problème des coûts et des hausses de cotisations. On a beaucoup parlé ces derniers temps des réserves que doivent faire les assurances. La caisse unique réglerait ce point. La question du tourisme médical serait également résolue. Les caisses se plaignaient, il y a quelques mois encore, du coût que représente le changement des assurés d'une année sur l'autre. La caisse unique rend par ailleurs inutile le fonds de compensation. Ce fonds a été créé pour équilibrer les prises de risques entre caisses ayant un portefeuille d'assurés âgés, donc susceptibles de peser davantage sur les coûts, et caisses concentrant des assurés plus jeunes, engendrant moins de risques. Ce système ne fonctionne pas tout fait dans la mesure où une caisse peut avoir des gens jeunes mais dont certains ont la malchance d'avoir des pathologies lourdes – je pense au sida – qui coûtent très cher. Les opposants à la caisse unique disent qu'elle supprimerait des emplois. C'est faux. Il faudra toujours autant de personnel pour traiter les prestations. En revanche, c'est vrai qu'il y aura moins de travail pour les démarcheurs et à coup sûr il y aura moins de directeurs!

– Ce n'est pas la première fois qu'on lance un tel projet et à ce jour aucun n'a reçu l'aval du peuple. Celui-ci aura-t-il plus de chance?

– C'est vrai, il y a eu de nombreuses tentatives. Mais la situation aujourd'hui n'a jamais été aussi mauvaise pour les assurés. Le système de subsides fonctionne mal et les moyens diminuent chaque année.

– Pourquoi les assureurs ont-il si peur de la caisse unique?

– Les assureurs veulent bien d'une assurance maladie sociale, mais pour autant qu'elle leur rapporte dans d'autres domaines. Le problème que nous avons en Suisse est d'avoir une assurance sociale gérée par des institutions privées. On ne peut donc pas leur reprocher de raisonner en entrepreneurs ou en gestionnaires. Mais ce n'est pas aux caisses de faire la politique de la santé. Dans le système actuel, l'assuré n'est pas au centre des préoccupations, ce sont les assureurs qui tiennent le couteau par le manche! En matière de politique, l'assuré est celui que l'on consulte le moins, mais c'est lui qui paie le plus, puisqu'il finance 60% des coûts de la santé.