Dr Jean-Martin SCHENKER
Spécialiste Médecine Interne Générale
Médecin Formateur FMH
5, Rue des Pavillons
1205 Genève
Tél. 022/328.29.30
Fax 022/328.29.32

Genève, le 11.01.2021

Recommandé

Monsieur le Président de la
Confédération
Guy Parmelin
Chancellerie fédérale
Palais fédéral
3003 Berne

Oppression des médecins par les assurances maladie et mise en danger de la santé de notre population.

Monsieur le Président de la Confédération,

Cette lettre ouverte a pour but de dévoiler un scandale qui détruit sournoisement notre système de santé et la qualité des soins prodigués à notre population. Bon nombre de patients ignorent que des pressions économiques gouvernent des décisions vitales.

Les médecins prescrivent (médicaments et examens) sous la menace d'être accusés de polypragmasie (excès de prestations) et amendés de sommes supérieures à leur revenu annuel, sans preuve. Ils sont jugés coupables sur la base d'une simple spéculation statistique obscure (indice ANOVA). Ils sont dépouillés de leur liberté de soigner selon leur âme et conscience. Ils risquent de tout y perdre, jusqu'à leur toit, tant pour leur famille que pour leurs patients. Leurs comptes peuvent être bloqués. À ce jour, les tribunaux ne considèrent plus les faits et condamnent mécaniquement selon des règles établies par ceux qui en bénéficient, à savoir les assureurs maladie.

En 1994, quand j'ai débuté ma pratique en tant qu'indépendant, le système de santé était simple et économique. Le contact avec les assurances maladie était agréable, car chacun restait dans son domaine de compétences.

Avec l'entrée en vigueur de la LaMal, en 1996, l'Etat a autorisé les assureurs à contrôler l'économicité des soins. C'est l'erreur fondamentale du système, car le conflit d'intérêt est évident. Depuis 25 ans, les assureurs gagnent sur la mauvaise santé de la population.

1) Plus les coûts de la santé augmentent, plus leurs réserves de 15% augmentent.

2) Plus les pathologies sont lourdes, plus les médecins sont incriminés et doivent rétrocéder des sommes dépassant leur revenu (vol légalisé).

3) En cas de crise sanitaire (p.ex. coronavirus), les assurances sont dispensées d'utiliser leurs réserves et donc d'honorer leur fonction vis-à-vis de la population, de sorte que celle-ci doit une deuxième fois financer les surcoûts par l'intermédiaire des impôts.

4) La population doit être en suffisamment mauvaise santé pour justifier les augmentations de primes (+5,4% en 2017), qui servent en vérité à compenser les pertes d'argent public (-600 millions CHF en 2016) causées par les spéculations boursières des assurances (source : Rev Med Suisse du 21 octobre 2020).

Cela fait 27 ans que je suis installé à Genève en tant que médecin de famille (médecin interniste généraliste et médecin formateur). Depuis 1994, ma pratique médicale est gouvernée par les mêmes principes déontologiques. Je choisis les examens et les soins les plus appropriés et les moins invasifs. Je prends en charge tous types de patients et de pathologies. Je facture scrupuleusement ce que je fais, au plus juste de ma conscience professionnelle. J'ai toujours respecté ces principes, indépendamment de l'évolution des pratiques assécurologiques. Mes statistiques démontrent que mon coût moyen par patient est stable depuis 27 ans ; il est d'environ 100 francs par consultation d'une demi-heure.

Pour l'année 2011, les assurances m'ont réclamé plus de 150'000.- CHF de rétrocession pour dépassement de l'indice ANOVA. Ils m'ont alors proposé à titre d'arrangement de leur verser 150'000.- CHF pour 2011, 2012 et 2013, dans l'objectif d'éviter une procédure. J'ai refusé cette proposition indécente. La justice m'a donné raison, jugeant que ma facturation était correcte et m'exonérait de toute rétrocession.

Alors que je n'ai changé ni ma facturation, ni ma pratique, ni mon coût moyen par patient, les assurances sont revenues à la charge et me réclament à ce jour 470'000.- CHF, plus 5% d'intérêts, pour la seule année 2016 ! Une nouvelle procédure a eu lieu, avec recours jusqu'au tribunal fédéral ; mais cette fois, je n'ai pu faire valoir aucune preuve de mon honnêteté.

En 2016, j'ai formé deux médecins assistants et mon indice ANOVA dépassait de 1% la valeur limite. J'ai été comparé à des médecins qui n'ont pas formé d'assistant cette année-là. Quand j'ai demandé à connaître les chiffres et les variables de l'indice ANOVA, pour les médecins avec lesquels je suis comparé et pour moi-même, je n'ai pu obtenir aucune information. Les témoignages de mes assistants et des statisticiens responsables de l'indice ANOVA ont été refusés par le juge. Mes droits fondamentaux ont été bafoués, raison pour laquelle un recours aux Droits de l'Homme a été déposé.

Sur sept ans, de 2011 à 2017, 15'161 médecins ont été attaqués sur ce mode et parmi eux 630 sont allés devant les tribunaux (source : OFSP).

Face à l'ampleur de ce phénomène, diverses tendances réactionnelles sont observables :

1) consultation écourtée, focalisée sur un symptôme et un traitement ;

2) refus de prendre en charge les patients polymorbides (souffrant de maladies diverses et complexes) ;

3) sous-facturation, avec pour conséquence une diminution de l'infrastructure et du personnel médical ;

4) apparition d'une médecine dans l'urgence au détriment d'une médecine de famille et d'une médecine de prévention ;

5) maximisation du nombre de patients et minimisation des soins prodigués à chaque patient ;

6) augmentation de la délégation aux spécialistes et aux hôpitaux.

Ces stratégies défensives ont des conséquences fâcheuses, qui convergent à diminuer la qualité des soins et à augmenter les coûts de la santé, au profit des assureurs :

1) retard de diagnostic ;

2) péjoration des pronostics (manque de recherche étiologique, chronicisation, handicap, décès) ;

3) diminution de la compliance thérapeutique et perte de confiance du patient ;

4) diminution de la satisfaction sociale, augmentation de l'angoisse, de la colère et de la psycho-somatisation de nos concitoyens ;

5) dilution des responsabilités thérapeutiques ;

6) manque de coordination thérapeutique, induisant des effets iatrogènes croissants (p.ex. chaque spécialiste tend à prescrire des médicaments sans prendre le temps de regarder les interactions).

Face à ces constats, c'est maintenant à la Confédération qu'il appartient urgemment de garantir à tout citoyen le droit d'avoir accès à un système de soin performant et éthique. Pour ce faire, je vous demande de restaurer les conditions nécessaires à ce que la population soit respectée sur le plan humain et sur le plan économique :

1) garantir l'indépendance des médecins (liberté de soigner) ;

2) retirer aux assureurs le pouvoir de contrôler les médecins (si néanmoins, dans un cas particulier, un contrôle était nécessaire, autre que celui du médecin cantonal, il faudrait conférer cette tâche à un organisme médicalement compétent, indépendant et sans conflit d'intérêt) ;

3) abolir la notion de polypragmasie ;

4) interdire toute spéculation sur le budget de la santé et sur l'argent public ;

5) restituer l'argent dérobé par spoliation sous prétexte de polypragmasie, soit aux médecins, soit à défaut à leurs patients.

Nous voyons que le raisonnement trompeur qui consiste à vouloir faire baisser les coûts de la santé en harcelant les médecins amène au contraire à une augmentation des coûts, en empêchant les médecins de prendre correctement en charge les patients.

En vous remerciant de tout ce que vous pourrez faire pour sauver notre système de santé, tant qu'il en est encore temps, je reste à votre disposition pour vous fournir tous les éléments factuels de cette situation alarmante.

Veuillez croire, Monsieur le Président de la Confédération, à l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr. J.-M. Schenker