

# Managed-care et les réseaux médicaux en Suisse

La révision actuelle de la LAMal prévoit de donner une plus grande importance aux réseaux médicaux et a donc inclus dans le projet différents éléments destinés à les promouvoir. Le texte ci-dessous donne un bref aperçu des offres actuelles en Suisse et des principales caractéristiques des réseaux existants. med-swiss.net est une association faîtière qui fournit des prestations et défend les intérêts de ses membres.

*Max-Albrecht Fischer-Taeschler*

## Quelles sont les caractéristiques des modèles «managed-care»?

Les modèles «managed-care» disposent typiquement des attributs suivants:

- la gestion et la coordination du processus global des prestations fournies se font depuis le même lieu
- les fournisseurs de prestations sont co-responsables pour le risque d'assurance (responsabilité budgétaire)
- les fournisseurs de prestations et les établissements de soins sont organisés en réseaux.

Ces attributs laissent une marge de manœuvre pour différentes formes de modèles d'organisation. Nous connaissons en Suisse surtout le modèle des «assurances médecin de famille» (Hausarztmodelle) et les HMO (health maintenance organizations). Les premiers s'orientent plutôt aux structures traditionnelles dans notre pays, les seconds sont des réseaux qui disposent d'un degré organisationnel plus élevé.

## Quelle est la différence entre les modèles de «managed-care» et les assurances traditionnelles?

La collaboration intense entre les différents fournisseurs de prestations, combinée avec la gestion centrale par un médecin (médecin de famille) garantissent une meilleure coordination du concept de traitement et de la prise en charge du patient et évite les doublures. Cette collaboration intensifiée aboutit à une meilleure qualité, parce que les prestations

sont fournies là où la compétence (médicale) et l'efficacité (financière) se croisent. La participation des fournisseurs de prestations au risque financier accroît leur motivation pour un travail économique.

## Quelle est la participation effective au risque financier?

Nous connaissons différentes possibilités qui diffèrent surtout dans l'obligance et dans l'ampleur pour les participants. Certains contrats contiennent un simple système «bonus-malus»: Selon un objectif fixé auparavant, les fournisseurs de prestations reçoivent un bonus en cas d'objectif dépassé et paient un malus en cas d'objectif non atteint. En général, il s'agit de sommes se limitant à 3000 CHF à 5000 CHF par année et par médecin. Certains réseaux vont plus loin, ils conviennent avec les caisses une «capitation» (forfait par individu assuré): les réseaux touchent un montant fixe par année, calculé sur le nombre d'assurés. Ce montant doit couvrir tous les soins médicaux, y compris les traitements stationnaires dans les hôpitaux. Naturellement, ce système est accompagné de mesures qui limitent les risques financiers (perdants et gagnants). Ces mesures sont justifiées parce qu'il s'agit d'une part de petits collectifs et d'autre part de nouveaux systèmes sans longue expérience.

## Quelle est l'offre actuelle en Suisse?

La Suisse connaît environ 60 réseaux qui se caractérisent tous par des éléments de gestion, dont une quarantaine sont des organisations «managed-care», selon une interprétation plus étroite du terme. Dans certaines régions (Argovie et Thurgovie), l'offre couvre tout le canton avec un minimum de 20% et plus des assurés, dans d'autres (surtout en Suisse romande) la part au marché est beaucoup moins dense. Les HMO se trouvent surtout dans les agglomérations urbaines (Genève, Zurich, Berne), les régions rurales disposent d'avantage de réseaux de médecins de famille. Environ 8% de la population Suisse est assurée dans un modèle «managed-care».

## Quelles sont les expériences?

Les premiers résultats avec au moins 30% d'épargne ont démontré que chaque système

La version en allemand de cet article a été publiée dans le no 46 de PrimaryCare.

Correspondance:  
Dr Max-Albrecht Fischer-Taeschler  
Président med-swiss.net  
Médecine générale FMH  
Brestenbergstr. 21  
CH-5707 Seengen  
ma.fischer@hin.ch

qui incite une épargne de prime d'assurance mène à une sélection directe des clients. Ce sont surtout les personnes qui avaient effectivement pratiqué le système de médecin de famille qui se sont mises aux nouveaux réseaux. De ce fait, l'intérêt des caisses maladies à ces nouveaux réseaux s'est vite perdu. Même si l'on corrige cet effet de sélection, nous pouvons prouver que les modèles «managed-care» sont meilleur marché, respectivement plus efficaces. N'oublions pas les effets secondaires importants dus à la nouvelle culture de collaboration entre les fournisseurs de prestations. Selon l'avis unanime des offrants de modèles d'assurances spécifiques, les modèles «managed care» ont un potentiel de développement énorme en Suisse, surtout si l'on donne priorité aux aspects de qualité par rapport aux aspects d'épargne de coûts. Néanmoins, l'aspect économique reste un des objectifs primordiaux.

### **Quelles sont les risques liés à ces nouvelles formes d'assurances?**

L'objectif économique – baisse des primes pour les assurés, participation au risque des médecins – peut influencer la qualité des prestations fournies. Les réseaux de médecins de famille sont conscients du risque et ont fait de grands efforts dans le contrôle de qualité (Equam, Qualimed.net). D'autant

plus qu'il est clair que le catalogue des prestations de bases selon la LAMal reste obligatoire aussi pour les réseaux. L'objectif commun est d'arriver à des améliorations financières non pas par un rationnement de prestations, mais par le biais de l'enjeu plus rationnel et plus efficace des moyens.

### **Quelles sont les chances des nouvelles formes d'assurances?**

Pour le client (patient et assuré) «managed-care» offre d'une part des primes d'assurances meilleur marché et d'autre part un partenaire médical qui l'aide à mieux trouver le traitement médical optimal dans la jungle actuelle des offres médicales et paramédicales. Il s'agit de trouver le chemin optimal et le traitement approprié à la maladie.

Pour les assureurs et la Confédération, il s'agit de profiter de la chance de pouvoir investir dans le domaine de la santé publique de façon plus efficace avec des moyens financiers restreints. C'est un moyen de contrôler la croissance des coûts sans restrictions de qualité et sans devoir recourir au rationnement impopulaire des prestations.

Pour les fournisseurs de prestations, l'avantage est dans les nouvelles et meilleures formes de collaboration comme dans les nouveaux système d'incitation qui améliorent tous deux la motivation au travail.