

Mise en consultation de la Révision partielle de la Loi sur l'Assurance Maladie du 18 mars 1994, partie consacrée au Managed Care¹

Traduction de la lettre de la SSMG à M. le Conseiller fédéral Pascal Couchepin du 14 octobre 2004 (publiée dans le numéro 1-2 de PrimaryCare)

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames et Messieurs,

La SSMG vous remercie de la possibilité que vous lui offrez de prendre position par rapport au projet de révision évoqué ci-dessus.

Permettez-nous tout d'abord de livrer quelques réflexions sur le fond de ce projet, puis de prendre position sur les articles modifiés.

Réflexions de fond

Le projet de révision partielle touchant l'aspect du Managed Care a pour but de diminuer les coûts tout en améliorant la qualité des soins médicaux. Il prévoit pour l'essentiel la mise en place d'un certain nombre de mesures incitatives en faveur de nouveaux modèles d'assurance: attribution d'une marge de manœuvre pour leur mise en forme, introduction du choix des prestataires par les assureurs, inversion de l'effet d'incitation au moyen d'autres formes de bonifications (capitation), participation des cantons aux coûts des soins médicaux, réductions et ristournes de primes, exercice de pressions sur les prix des médicaments.

En notre qualité de représentants d'une grande partie des médecins de famille,

nous nous engageons fortement en faveur de la promotion de la qualité, ce qui ne nous empêche nullement de suivre non sans inquiétude l'évolution des dépenses de santé. Nous saluons par principe toutes les mesures qui seraient de nature à améliorer la qualité et à modérer les coûts. Nous sommes d'avis que le développement de nouveaux modèles d'assurance de type «réseaux de soins» est susceptible de donner une impulsion très forte dans ce sens, pour autant que ces réseaux de soins répondent à une série de conditions et poursuivent un certain nombre d'objectifs très clairs: Participation volontaire au réseau, intérêt avéré ou à démontrer pour les patients, conditions de travail optimales pour le médecin traitant intégré dans le réseau, utilisation et optimisation des ressources existantes et enfin diminution substantielle des coûts engendrés par les patients chroniques polymorbides – sous condition bien sûr du maintien de la qualité de soins qui prévaut à l'heure actuelle.

Responsabilité budgétaire et compensation des risques

La responsabilité budgétaire dans les réseaux de soins peut à notre sens constituer un instrument utile, à condition que le principe de la liberté de choix soit garanti. Cette responsabilité induit un renversement des incitatifs, comme nous pouvons d'ores et déjà le voir dans certains réseaux existants. Ce renversement ne fonctionne cependant justement pas, pour le moment, ou très mal, chez les patients chroniques polymorbides: c'est que la compensation des risques se base aujourd'hui uniquement sur l'âge, le sexe et la région. Bien que fortement souhaitable, une adaptation se référant à des indica-

teurs tenant aussi compte de l'état de santé de la population semble encore bien lointaine. Nous disposons pourtant aujourd'hui d'indicateurs parfaitement utilisables en pratique. Sans un tel instrument visant à une compensation équitable des risques, les assureurs vont continuer à se borner à une sélection des bons risques, c'est-à-dire des assurés en bonne santé; les réseaux de soins avec responsabilité budgétaire n'auront absolument aucun intérêt à prendre en charge ces «patients chers», dans la mesure où chaque patient souffrant de polymorbidités ne sera perçu que comme un facteur d'augmentation du coût moyen par patient au sein de l'organisation.

Avant de chercher à favoriser l'établissement de réseaux de soins par des mesures incitatives particulières, il est à notre avis indispensable de régler la question de la compensation des risques et, dans ce contexte, nous estimons que la qualité de la prise en charge des patients chroniques est absolument prioritaire. Les assureurs et les réseaux de santé devraient donc pouvoir, à l'avenir, consacrer l'essentiel de leurs forces à la maîtrise des coûts et à l'assurance de la qualité chez les patients chroniques gros consommateurs de ressources.

Promotion de la qualité

Il s'agit là de l'un des principaux objectifs de la révision, ainsi que l'une des grandes priorités de notre société de médecine de famille, la SSMG. Nous sommes d'avis que le fait d'endosser une responsabilité budgétaire ne saurait constituer à lui seul un encouragement à l'amélioration de la qualité des soins. Il représenterait en revanche une forte incitation à une minimisation des coûts et encouragerait sim-

¹ Übersetzung des Briefes an Herrn Bundesrat Pascal Couchepin vom 14.10.04; die deutschsprachige Originalfassung ist im Heft 1-2 von PrimaryCare erschienen.

plement une optimisation des bénéfiques. Sous réserve d'une compensation des risques dans la forme évoquée ci-dessus, la responsabilité budgétaire n'aurait cependant pas non plus d'effets contraires sur la promotion de la qualité. La SSMG n'a cessé, depuis sa création, de s'engager sans retenue dans toutes les questions touchant au contrôle et à la promotion de la qualité. Il n'est que d'évoquer les institutions de médecine générale dans les facultés universitaires (FIHAM), les cercles de qualité de médecine de famille, les cours de formation pour modérateurs, notre revue PrimaryCare, le label de qualité pour la formation continue (intitulé «Recommandé par la SSMG» et assorti de conditions extrêmement sévères), la mise en place d'un site Internet réservé aux annonces d'erreurs médicales «CIRSMedical», Swisspep – Quali Doc et enfin le dernier-né, le projet d'évaluation des cabinets médicaux (EPA/SIPA). Mais les mesures de promotion de la qualité ne peuvent fonctionner avec succès que lorsqu'elles s'intègrent dans une structure de type «bottom-up». Ce texte de loi devrait donc contenir de façon explicite des incitations à la qualité sans caractère contraignant et incluant une responsabilité budgétaire.

Prise de position sur les articles de loi

Art. 41a, alinéa 1

La formulation «des soins plus économiques» doit être remplacée par «des soins optimisés en termes de coûts».

Art 41a, alinéa 3 b

Cet alinéa doit être abandonné. Cette formulation a pour conséquence que les assureurs se mettent avant tout en chasse des «bons risques». L'objectif doit demeurer un traitement optimal des assurés chers.

L'art. 41, alinéa 4 tomberait par conséquent aussi.

Art. 41b, alinéa 1 et alinéa 2

Les assurés doivent voir leur fidélité récompensée par leur assureur, sans qu'ils ne soient toutefois liés à un modèle durant une période de temps impartie. La liberté de choix et de changement doit être garantie, lorsque l'assuré constate que la variante qu'il a choisie ne correspond pas à ses attentes. Les textes de loi concernant ces aspects doivent être modifiés en conséquence.

Art. 41c, alinéa 1

Il devrait apparaître clairement dans la formulation que le contrat est conclu entre les assureurs et les prestataires de soins participant au réseau donné.

Art. 41c, alinéa 2

Le principe de la responsabilité budgétaire comporte le risque que les prestataires fournissent un minimum de prestations. De plus, dans les conditions actuelles, les assureurs ont intérêt à sélectionner des bons risques.

Le «patient cher» existe, atteint d'une maladie chronique et nécessitant des mesures diagnostiques et thérapeutiques coûteuses. Le principe de la compensation des risques doit intégrer d'autres indicateurs, plus appropriés, de façon à encourager les assureurs et les réseaux de soins à prendre en charge aussi les assurés les plus coûteux. Si la compensation du risque continue comme par le passé à n'être calculée que sur la base de l'âge, du sexe et du domicile de l'assuré, la SSMG ne pourra soutenir à ce projet de loi, qui prévoit l'introduction d'une responsabilité budgétaire à caractère obligatoire.

Il n'y a aucune raison pour que la mise en place de réseaux de soins implique obligatoirement l'introduction de la responsabilité budgétaire.

Nous vous remercions, Monsieur le Conseiller fédéral, de l'attention que vous avez portée à ces lignes.

Avec nos salutations respectueuses,

Dr méd. Hansueli Späth,

Président de la SSMG

Dr méd. Axel Buchli,

Membre du comité de la SSMG