Margot Enz

Une décision politique

Malgré divers points suscitant la critique, Médecins de famille Suisse soutient le projet de loi sur les soins intégrés (*managed care*)

Introduits voici vingt ans en Suisse, les soins intégrés n'ont cessé de s'y développer. En 2008, la moitié des médecins de premier recours étaient déjà affiliés à un réseau, et plus de 80% des réseaux appliquaient la coresponsabilité budgétaire. Au cours des dix dernières années, le nombre d'assurés ayant adopté un modèle avec choix limité du médecin a quintuplé. Dans un contexte d'augmentation continue des primes, les assurés recourent donc de plus en plus à des prestations leur permettant de diminuer la charge financière. En date du 31 décembre 2009, plus d'un million d'assurés avaient changé d'assureur et/ou de modèle.

Le processus politique

Cela fait des années que la révision de la LAMal consomme des ressources sans aboutir à une solution susceptible de réunir une majorité. En plus de la proposition sur les soins intégrés, celles sur la liberté de contracter et sur la participation aux coûts (augmentation de la quote-part à 20%) attendent également d'être traitées. Après une prise de position claire de la FMH sur les soins intégrés (les 14 et 15 décembre 2006, la Chambre médicale avait discuté du récapitulatif des thèses concernant les soins intégrés, et elle les avait acceptées par 112 voix contre 4 avec 7 abstentions), les Chambres fédérales ont renvoyé le débat sur la liberté de contracter et ne l'ont plus repris jusqu'ici. La prolongation de la limitation d'admissions arrivera définitivement à terme le 31 décembre 2011. Au cas où aucune solution de rechange n'aura été trouvée d'ici là, il faut s'attendre à ce que l'obligation de contracter soit levée.

Prise de position du corps médical

Dans un papier de position publié en 2006, les médecins de famille – à l'époque encore la SSMG, la SSMI et le CMPR – avaient émis les exigences suivantes:

- Les modèles de soins intégrés doivent se créer *librement* et la participation doit y être *facultative*.
- Il faut attribuer aux modèles de soins intégrés des tâches de pilotage dont ils doivent assumer la responsabilité.
- La coresponsabilité budgétaire doit par contre rester facultative pour chaque réseau de soins intégrés.
- Il faut *encourager l'adhésion des patients et des médecins aux modèles de soins intégrés par des incitatifs économiques* et il n'est pas question que les fournisseurs de prestations extérieurs à ces modèles fassent l'objet de sanctions, qu'elles soient politiques ou économiques.

Actuellement, c'est sur ce catalogue d'exigences que s'appuie l'association professionnelle Médecins de famille Suisse lorsqu'elle est appelée à se déterminer. Mais si l'on veut aboutir à une solution, on ne peut pas toujours éviter les compromis.

Evaluation du projet de loi

Pour bien comprendre le projet de loi – adopté par le Conseil national le 16 juin 2010 – il faut analyser la teneur de l'article 41c avec un soin particulier. A cet effet, la synthèse présentée par le conseiller national Ignazio Cassis peut s'avérer précieuse.

Après s'être penché avec attention sur ce projet et après en avoir discuté avec des experts, Médecins de famille Suisse aboutit aux conclusions suivantes:

Eléments positifs

- La *liberté de choix* des assurés et des fournisseurs de prestations est garantie *(art. 41b, al. 1)*.
- Les soins intégrés / le *managed care* s'appuient sur un *contrat*. Les partenaires règlent les modalités de la collaboration, l'échange d'informations, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations par voie contractuelle (*art. 41c, al. 2)*.
- L'assuré qui adhère à un réseau de soins intégrés (RSI) est récompensé par une diminution de la quote-part. La *quote-part différenciée (art. 62, al. 2 b et c, ainsi que al. 2 bis)* représente une incitation positive pour les assurés, tout particulièrement pour les malades chroniques.
- La *compensation des risques* entre les assureurs est améliorée, et le nouveau projet tient compte du degré de maladie *(dispositions transitoires de la modification du 21 décembre 2007, compensation des risques)*. La prise en compte de ces éléments a toujours été une revendication très importante de Médecins de famille Suisse et elle représente une condition sine qua non des soins intégrés.
- Le principe du *libre choix du médecin au sein d'un réseau de soins intégrés* reste acquis. Le médecin de famille occupera le rôle de coordinateur accompagnant le patient à long terme et élaborant avec lui la meilleure filière de traitement. A cet égard, il devra bien sûr tenir compte des préférences du patient quant au choix du médecin.

Points suscitant la critique

- La *contrainte à la coresponsabilité budgétaire (art. 41c, al. 4)*. Comme le réseau intégré et l'assureur partagent le risque de ne pas atteindre les objectifs fixés en commun et que ce risque est plafonné, il est question d'une *co*responsabilité budgétaire *limitée*. Elle est très controversée au sein des médecins de famille: dans leur papier de position de 2006, ils l'ont déclarée inacceptable. La responsabilité budgétaire *complète* peut conduire à un rationnement, tandis que l'absence de restrictions dans le décompte de prestations individuelles peut entraîner une surenchère de traitements – l'une comme l'autre est dommageable pour le patient. La coresponsabilité budgétaire en usage dans les réseaux de médecins en Suisse réussit à maintenir un bon équilibre entre l'effet recherché et les effets secondaires indésirables.
- Le *droit du Conseil fédéral* (principe de subsidiarité) de poser des exigences quant à l'étendue de la coresponsabilité budgétaire et quant aux directives de l'assurance qualité *(art. 41c, al. 5)*. Nous pourrions accepter cet élément, si et si seulement une intervention du conseil fédéral reste non contraignante. Il permettrait d'obtenir un compromis équilibré sur la base du rapport de forces politiques actuel.
- La *participation aux coûts* (franchise et quote-part) ne doit en aucun cas affaiblir le caractère social de l'assurance maladie, qui repose sur le principe de solidarité. Le libre choix de franchises élevées soustrait une grande quantité de moyens au système et, dans sa forme actuelle, il favorise l'injustice sociale. Pour nous autres médecins de famille, ce qui compte avant tout c'est la qualité du traitement, et le problème du financement des RSI ne vient qu'en deuxième position.

Tableau 1
Récapitulatif.

	Soins intégrés (art. 41c)	Modèles alternatifs d'assurances (art. 41b, al. 2)	Assurance de base actuelle
Caractéristiques	Réseaux de soins intégrés avec régulation des processus de traitement des assurés à travers toute la filière de traitement	Contrats individuels de médecins de famille, sans coresponsabilité budgétaire, offres de télémédecine, liste de produits	
Contrat spécial entre médecins et assureurs	Oui	Non (excepté pour les contrats individuels de médecins de famille)	Non
Coresponsabilité budgétaire	Oui	Non	Non
Prestations médicales	Potentiellement davantage que dans le catalogue des prestations	Catalogue des prestations	Catalogue des prestations
Primes	Réduites	Réduites	Normales
Quote-part	Plafond à 10% (ou moins)	20%	20%
Montant maximal (de la compétence du CF)	500 francs (?)	1000 francs (?)	1000 francs (?)

A rejeter catégoriquement

- La proposition de minorité relative à la fixation de la liberté de contracter
  Art. 35a (nouveau):
  al. 1: Les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35, al. 1, let. b et les assureurs sont libres de choisir les partenaires avec lesquels ils concluent un contrat. Les dispositions de la loi sur les cartels sont applicables à cet article.
  al. 2: La liberté de contracter ne porte pas sur les réseaux de soins intégrés.
  al. 3 …

Evaluation des arguments de l'opposition

Libre choix du médecin
En principe, la liberté de choix est préservée, car chaque assuré peut choisir librement entre les modèles. L'affirmation selon laquelle la quote-part différenciée limiterait fondamentalement la liberté de choix est avant tout polémique. Selon la proposition actuelle, celui qui continue d'être assuré de façon conventionnelle ne devrait payer que 500 francs de plus que s'il adhère à un modèle de soins intégrés. Le libre choix du médecin ne vaut-il pas ce prix?

Pénalisation du patient
Au cas où son médecin de famille et/ou son assureur actuel n'auraient pas conclu de contrat de soins intégrés, le patient peut changer d'assureur ou demander au médecin de convaincre son réseau de conclure un contrat avec l'assureur actuel du patient. Ce moyen est efficace.
Dans les régions où il n'existe pas encore de réseaux de médecins, une solution transitoire très généreuse permettra à l'ensemble des personnes concernées de s'adapter en toute quiétude à la nouvelle évolution.

Quote-part différenciée
Elle est conçue pour rendre l'adhésion aux RSI attrayante pour les patients, tout particulièrement pour les malades chroniques. On peut donc admettre la nécessité d'augmenter la quote-part au sein du modèle conventionnel, car sinon il est probable qu'aucun changement n'interviendrait. Pourquoi serait-il interdit de penser que la coordination de la prise en charge des patients tout au long de la filière de soins entraînerait une optimisation des soins médicaux qui par ailleurs coûteraient encore moins cher aux assurés? La solidarité mise à l'épreuve! Pourquoi la collectivité devrait-elle payer pour les excès d'un petit nombre? Ne serait-ce pas là justement le genre d'attitude qui conduit à la désolidarisation?

Que faut-il faire si le projet de loi est rejeté par référendum?

Les résultats des votations des dernières années indiquent qu'un référendum a bien des chances de gagner la faveur du peuple, car à cette occasion, l'argumentation raisonnable cède habituellement le pas au slogan émotionnel. Un comité référendaire dont le seul dénominateur commun est le rejet du projet de loi actuel ne sera pas en mesure de promouvoir une solution alternative (par ex. le modèle de l'«unité de soins personnalisée»).
En l'absence d'une solution prenant le relais du gel des admissions, l'obligation de contracter sera levée à la fin de 2011. Il est absolument illusoire d'espérer qu'une autre solution soit adoptée au niveau politique.
Que ce soit avec ou sans projet de loi approprié, les soins intégrés vont poursuivre leur évolution. Il ne faut pas être prophète pour prédire que d'ici cinq à dix ans, la plus grande partie du système de soins individualisés aura fait place à un système organisé en réseaux.
Les vingt prochaines années ne suffiront probablement pas pour déterminer avec précision si les soins intégrés permettent d'offrir des prestations de qualité plus élevée à un coût plus faible. Mais à l'heure actuelle, les patients profitent déjà d'un échange entre prestataires de services réglé par contrat – par ex. dans les cercles de qualité –, des standards de qualité au sein des réseaux, et de la coordination des processus tout au long de la filière de soins.

En conclusion …

Le projet de loi actuel semble susceptible de réunir une majorité. Tous les partis impliqués ont dû faire des concessions:
– les caisses, qui doivent offrir la possibilité d'adhérer à un réseau intégré;
– les assurés, en acceptant la différenciation de la quote-part;
– les prestataires de services, en acceptant la coresponsabilité budgétaire obligatoire.

Après avoir fait du sur-place pendant des années, nous disposons enfin d'un projet de loi prometteur qui contribuera à améliorer la qualité des traitements et à diminuer les coûts dans le domaine des soins ambulatoires.
Médecins de famille Suisse soutient le modèle des soins intégrés dans un cadre légal approprié. Par conséquent, nous appuyons le projet de loi sur les soins intégrés adopté par la CSSS-N et le CN moyennant certains compromis, et nous vous invitons à défendre tous ensemble ce consensus.

Correspondance:
Dr Margot Enz
Comité «Médecins de famille Suisse»
Responsable du domaine «Politique de la Santé» et Managed Care
Kurplatz 3
5400 Baden
margot.enz@sgam.ch