

Stefan Kaufmann, Jürg Vontobel

Aucune raison d'avoir peur du Managed Care

Vingt ans d'histoire à succès et pourtant les préjugés n'ont pas disparu des discussions à propos du Managed Care (MC). Un élément de premier plan est la suppression du libre choix du médecin et la baisse de qualité des soins qui soi-disant en résulterait. Les assureurs prennent cet argument au sérieux, mais ils sont persuadés que ces craintes sont infondées, estimant au contraire que la qualité augmente.

Les assureurs attendent deux choses de la réforme du MC: d'abord l'amélioration de la qualité des prestations médicales, ensuite un frein à l'augmentation des coûts. Ces deux aspects jettent les bases de l'innovation et la promotion du Managed Care.

Qualité, qualité et encore qualité

Les jeunes médecins, qui n'ont pas encore fait l'expérience personnelle du MC, avancent souvent deux arguments contre le Managed Care: la suppression du libre choix du médecin et la primordiale des intérêts économiques au travers de la responsabilité budgétaire. Qu'ils démontrent que le Managed Care implique véritablement une perte de qualité des soins médicaux!

En réalité, un examen approfondi tend précisément à montrer le contraire. La responsabilité budgétaire, la coordination et l'amélioration de la communication a pour effet de diminuer, dans le cadre d'un réseau de soins intégrés, le risque d'examen complémentaires inutiles et de cumuls de traitements contreproductifs. Associer la notion que plus de traitements – d'ailleurs susceptibles de nuire au patient – est égale à une meilleure qualité est un leurre. Des processus et des structures prédéfinis peuvent permettre d'amener les patients plus rapidement sur la bonne voie thérapeutique, donc de leur assurer un traitement optimal. En effet, lorsque les prestataires de soins travaillent main dans la main, les patients auront moins à attendre. Dans le même temps, aucun réseau intégré ne pourrait se permettre une mauvaise qualité dans son travail au risque de voir ses patients le quitter pour rejoindre la concurrence. De plus, les cercles de qualité sont mieux établis dans les différents modèles de MC qu'en dehors de ceux-ci. La qualité des cabinets de MC se mesure, est assurée et est rendue transparente sur la base d'indicateurs bien définis (par ex. efficacité du traitement, accès aux soins, satisfaction des patients), grâce à des concepts de recertification, telles qu'Equam. Bref, la qualité des modèles de MC progresse. On ne saurait en aucun cas parler de médecine bon marché. Et le libre choix du médecin n'a pas été aboli: le patient ne peut-il pas choisir librement son médecin à l'intérieur des modèles de MC? S'il est mécontent, rien ne l'empêche d'entrer dans un autre réseau de soins de sa caisse ou même de changer de caisse.

Diminuer les coûts. Oui, mais ...

«La qualité à un prix» s'exclament les sceptiques. D'accord: la réduction des coûts est l'un des objectifs avoués du Managed Care. Mais ces économies ne se font pas sur le dos des patients au détriment de la qualité des prestations médicales. Il ne s'agit pas de rationnement des soins, mais de la conséquence d'un travail plus rationnel au sein du réseau intégré. Un médecin travaillant en tant qu'employé d'un cabinet de groupe ayant une responsabilité bud-

gétaire placera l'intérêt du patient encore plus au premier rang en ne prenant que les mesures médicalement nécessaires. Les médecins effectuent ou prescrivent chaque année des traitements inutiles pour plus de trois milliards de francs [1]. Le but doit être une couverture de soins tirant le maximum pour le patient et non une médecine maximaliste coûtant forcément un maximum. Pour démontrer qu'un système économique ne va pas de pair avec une perte de qualité, il suffit de regarder une comparaison faite entre les cantons de St-Gall et de Vaud: le canton romand présente un coût par assuré supérieur de 35%, alors que les résultats des traitements ne suggèrent pas une meilleure qualité. Les spécialistes estiment qu'il serait possible d'économiser sans perte de qualité cinq à sept milliards de francs sur les quelques 32 milliards que coûtent les prestations à la charge de l'assurance de base. Les formes actuelles de Managed Care permettraient selon différentes études de faire des économies de 10 à 20 pour cent – naturellement sans que la qualité des soins médicaux ait à en souffrir.

Et l'avenir?

Le projet de MC actuellement discuté au Parlement constitue une étape importante en direction d'un système de soins intégrés. Nous ne devons cependant pas en rester là. La conception du Managed Care doit être étendue: à l'avenir, les médecins de famille ne devront plus être les seuls membres des modèles de soins intégrés. La chaîne de traitement comprendra aussi d'autres prestataires de soins, notamment les hôpitaux, les structures des soins à domicile, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes qui intégreront eux aussi les réseaux. C'est la seule façon de conserver des soins de base de qualité, efficaces et économiquement supportables. Le maintien de nos chères structures à l'ancienne n'est pas une option: si on veut absolument éviter de rationner, le rationnement deviendra rapidement la seule solution qui reste. Les hôpitaux avec leurs excellentes infrastructures ont à jouer un rôle important: ils devront dorénavant s'engager davantage dans les réseaux de soins intégrés et promouvoir une extension bénéfique des réseaux. Mais même dans un système de soins intégrés aussi différencié, le médecin de famille sera toujours le premier point de contact pour les patients, de même que le régulateur et le guide tout au long de la chaîne de traitement.

Référence

- 1 Domenighetti G, Pipitone E. Induction de l'offre de prestations médicales par la demande, PrimaryCare. 2002;241-5.

Correspondance:
Stefan Kaufmann
Direktor santésuisse
Dr Jürg Vontobel
Geschäftsleitungsmitglied Concordia