

Thomas Szucs¹

Collaboration entre médecins et assureurs-maladie – un pacte avec le diable?

Article basé sur le JHaS-Talk 1 du congrès des jeunes médecins de premier recours Suisse (JHaS), 20 avril 2013 à Thoune

Les médecins et les assureurs sont embarqués sur la même barque

Les médecins et les assureurs poursuivent le même objectif: le bien-être de leurs clients. Toutefois, déjà ce niveau, il y a une différence fondamentale entre les deux, qui a une influence de premier plan sur la relation entre les médecins et les assureurs. Tous les clients d'un médecin sont malades ou doivent affronter un problème de santé. A l'inverse, la clientèle de l'assureur est composée d'un très grand nombre de personnes en bonne santé et de relativement peu de malades. Ainsi, les médecins et les assureurs doivent en partie répondre à des revendications totalement différentes de leur clientèle. Pour cette raison, il est primordial que dans leur relation mutuelle absolument essentielle pour le système de santé, les médecins et les assureurs aient conscience de la situation de l'autre, qu'ils connaissent et respectent son rôle et qu'ils se concentrent ainsi sur les thèmes communs qui les unissent: continuer à développer des soins de santé de haute qualité. Dans leurs rôles respectifs, les médecins tout comme les assureurs travaillent dur et ont une grande responsabilité. Les médecins, avant tout les médecins de famille installés en cabinet, s'occupent d'une multitude de patients et en même temps, ils gèrent une petite entreprise. La charge administrative croissante et la responsabilité financière vis-à-vis de leurs salariés contribuent à la pression professionnelle à laquelle doivent faire face les médecins. Les assureurs-maladie eux aussi sont soumis à une pression. La concurrence les oblige à proposer les primes les plus basses possibles. En tant qu'agents fiduciaires de leurs clients, ils gèrent le remboursement des prestations et veillent ainsi à ce que les primes soient utilisées de manière pertinente et profitable. Pour ce faire, ils traitent une quantité croissante de pièces justificatives. En 2013, *Helsana* a traité 14 millions de pièces justificatives, ce qui représente près de 8000 pièces justificatives par heure de travail. Entre-temps, 3 pièces justificatives sur 4 sont traitées automatiquement. Grâce à l'automatisation croissante, les frais d'exploitation nécessaires au traitement des pièces justificatives ont pu être diminués de près de 20% depuis 2010. Ainsi, les deux parties ont fort à faire avec leurs propres affaires, les réflexions quant à la manière de gérer les défis communs passant de ce fait aux oubliettes. Cela est pourtant absolument nécessaire au vu de la pression réglementaire croissante exercée sur le système de santé. Ainsi, il n'est pas exagéré d'affirmer que les conditions de collaboration entre les médecins et les assureurs sont déterminantes pour savoir si le système de santé suisse peut conserver et continuer à développer son standard de classe mondiale.

De nouveaux modes de collaboration: intégration de l'autre partie

Avant de nous tourner vers l'avenir, un bref regard en arrière: dans le passé, comment les médecins et les assurances composaient-ils avec le conflit d'intérêts? Les médecins ont fondé les assurances. Les assurances pratiquaient la médecine. Certains assureurs proposent des prestations médicales directement sous le toit de l'assurance. *Helsana* a volontairement renoncé à s'engager dans cette voie, car elle estime que chaque corps de métier doit faire ce qu'il maîtrise le mieux. Toutefois, il existe aussi des exemples positifs à l'étranger. C'est notam-

ment le cas de *Kaiser Permanente*, une assurance américaine qui propose également une offre hospitalière. Le modèle commercial de *Kaiser Permanente* permet à ses clients un accès médical à tous ses hôpitaux à travers le pays. Par ailleurs, *Kaiser Permanente* mise sur la médecine de premier recours électronique: des médecins sont joignables par mail pour un premier bilan médical. Les patients envoient au médecin des photos de leurs grains de beauté ou de leurs plaies pour un premier diagnostic à distance. Ensuite, le médecin décide si une consultation médicale est nécessaire. De cette manière, *Kaiser Permanente* a pu obtenir un gain d'efficacité considérable. Ce concept s'est avéré être non seulement économique mais également satisfaisant du point de vue qualitatif. Des mesures de qualité ont montré que par rapport aux clients d'autres fournisseurs, les clients de *Kaiser Permanente* bénéficient d'une prise en charge supérieure à la moyenne [1]. Il est bien sûr possible d'argumenter à charge qu'il n'est pas difficile dans un système de santé aux coûts aussi surfaits et aussi inefficace que celui des Etats-Unis d'en faire plus que la moyenne. Israël, qui est comparable à la Suisse sur le plan démographique, constitue un autre exemple. Dans ce pays, il existe beaucoup d'assureurs qui proposent des assurances et d'autres prestations sous un même toit. Le plus grand fournisseur, dont la part de marché s'élève à 50%, est *Clalit Health Services*. Depuis la réforme de santé de 1995, Israël est l'un des rares pays dont les dépenses de santé sont stables et où la qualité des soins est élevée [2].

De tels modèles ne pourraient pas être appliqués en Suisse. Cela s'explique peut-être par le fait que ces modèles ne sont pas à même de résoudre le conflit, mais qu'ils ne font que le repousser vers l'intérieur. Le fait est que dans notre système de santé, les médecins et les assurances ne peuvent pas se passer l'un de l'autre. De nouvelles formes de collaboration sont nécessaires et des synergies doivent être créées, conflit d'intérêts ou pas.

Modèles alternatifs du médecin de famille comme exemple d'une collaboration

Gagnant-gagnant-gagnant est le mot-clé – pour les patients, ainsi que pour les médecins et assureurs. Les modèles alternatifs du médecin de famille ne sont qu'un exemple parmi beaucoup d'autres. En 2007, *Helsana* a proposé à ses clients un modèle «médecin de famille» nommé *AMF Urban*, sans avoir conclu le moindre contrat avec des médecins de famille. *Helsana* a sélectionné des médecins selon des critères de qualité définis et a ainsi considérablement restreint la palette de médecins pour ses clients. Les médecins ont été choisis selon des paramètres de pilotage relevant du managed care, comme par exemple la gestion du cabinet soucieuse des coûts ou l'administration efficiente [3]. A l'époque, les médecins étaient montés au créneau pour s'y opposer. A la fois les médecins exclus et les médecins qui faisaient partie d'un réseau conventionné se sentaient floués. La promo-

¹ Président du Conseil d'administration du groupe *Helsana*. Directeur du European Center of Pharmaceutical Medicine de l'Université de Bâle. Président de la direction des études du cursus Master of Public Health des trois universités de Suisse alémanique et du groupe de travail suisse sur l'économie de la santé.

tion du produit a certes été interrompue peu après, mais suite à cela, les modèles de soins intégrés actuels ont fait l'objet d'évaluations plus poussées de toutes parts. Et ces modèles n'ont cessé de gagner du terrain depuis lors.

Pourquoi? Contrairement à *AMF Urban*, les modèles alternatifs du médecin de famille constituaient une solution où tous les acteurs tirent à la même corde. Gagnant pour les patients, gagnant pour le médecin et gagnant pour l'assurance. Le patient profite de réductions des primes; la formule de la capitation récompense les médecins pour leurs efforts d'économies et leurs missions de coordination; l'assurance se réjouit de la baisse des coûts de santé. En clair, une véritable situation gagnant-gagnant-gagnant.

Les coopérations au sujet de contrats sous forme de modèles alternatifs du médecin de famille sont aujourd'hui incontournables pour notre système de santé. Elles illustrent avant tout que la collaboration collégiale entre deux parties ayant des conflits d'intérêts de fond est possible. Malgré des divergences d'opinion, des systèmes d'incitation pertinents ont pu être élaborés conjointement, rendant le système de santé plus efficace. Le concept du *gatekeeping* dissuade davantage les patients de consulter des spécialistes. La *formule de la capitation* encourage les médecins à se soucier des coûts, sans altérer la qualité des soins.

Naturellement, les soins intégrés comportent également des risques. La qualité des soins doit être contrôlée de manière rigoureuse et permanente. Il faut à tout prix éviter une prise en charge insuffisante. Des mesures correspondantes sont dès lors convenues contractuellement. Les programmes de *disease management* sont un autre exemple du domaine de la santé où toutes les parties sont gagnantes. Dans le domaine de la prévention tertiaire, le *disease management* vise d'une part à améliorer la qualité de la prise en charge de certains groupes de patients et d'autre part à prévenir les coûts résultant d'une mauvaise prise en charge médicale. Souvent employé chez les malades chroniques et les patients multimorbides, le *disease management* aspire à responsabiliser le patient en lui conférant des connaissances. Par ailleurs, le patient est intégré dans un concept de traitement, où il est suivi et accompagné. Résultat: les patients atteints de maladies chroniques restent plus longtemps «en bonne santé», les médecins du réseau sont rétribués pour une meilleure qualité des soins (*formule de la capitation*) et tout particulièrement, les coûts d'hospitalisation sont nettement moins élevés, surtout pour les maladies ayant une évolution épisodique (par exemple insuffisance cardiaque) [4]. Gagnant pour les patients, gagnant pour le médecin, gagnant pour le collectif d'assurés.

Renforcer la médecine de famille: les soins intégrés à eux seuls ne suffisent pas

Ne nous faisons pas d'illusions. Les modèles de soins intégrés à eux seuls ne suffisent pas à résoudre tous les problèmes de la prise en charge médicale générale. Pour être renforcée, la médecine de famille a avant tout besoin de soutien. Sinon, les médecins de famille actuels ne pourront pas faire face à l'évolution démographique. Le nombre croissant de malades chroniques et de patients multimorbides deviendrait une épreuve pour les médecins de famille suisses. Dès lors, l'une des principales missions consistera à rendre la profession de médecin de famille plus attractive. Cela signifie entre autres qu'il faut revaloriser les prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques. Le Masterplan prévoit que 200 millions de CHF soient attribués à la médecine de famille, au détriment des médecins spécialistes. Nous avons soutenu le Masterplan en particulier parce qu'il va dans la bonne direction. Le Masterplan stipule notamment que les incitations financières à elles seules ne seront pas suffisantes pour augmenter sensiblement l'attractivité de la profession de médecin de

famille. Il y a par exemple aussi un besoin de modèles alternatifs de répartition des rôles pour l'exercice de la profession.

A l'avenir, les médecins de famille travailleront de plus en plus en équipe, ils seront de plus en plus souvent salariés sans la responsabilité de gestion d'un cabinet et ils travailleront de plus en plus à temps partiel. Au cours de ces dernières années, la proportion de femmes a fortement augmenté dans le domaine médical [5]. La «compatibilité entre la vie professionnelle et la famille» et l'«équilibre vie-travail» sont également des considérations de plus en plus importantes pour les médecins de premier recours.

Conclusion

C'est uniquement par le biais de contrats négociables, tels qu'ils sont conclus dans les modèles d'assurance alternatifs, qu'une juste conciliation des intérêts est possible. Toutefois, les modèles alternatifs du médecin de famille ne prétendent pas résoudre tous les problèmes de la médecine de famille. Cet article a pour objectif de montrer que les conflits d'intérêts peuvent être résolus de manière constructive et coopérative grâce aux modèles alternatifs du médecin de famille. Les soins intégrés permettent de mettre dans une position gagnante à la fois les médecins, les patients et les assurances. Dans un système de santé qui compte de nombreux acteurs et abrite des intérêts divergents ainsi que des sous-systèmes des plus variés au niveau cantonal, cette situation gagnant-gagnant-gagnant constitue une excellente performance. A l'avenir, nous aurons besoin d'encore plus de dialogue constructif. Les intérêts des médecins et des assureurs prendront des chemins divergents dans le futur également. Ni le Masterplan ni des modèles d'assurance alternatifs ne seront à même d'effacer ces différences. Toutefois, les acteurs peuvent ponctuellement s'asseoir à une même table et rechercher des solutions pour leurs clients communs. Il n'en résultera peut-être pas une parfaite convergence d'opinion, mais même un compromis viable sur un aspect partiel constitue déjà un succès.

Perspectives

Nous pouvons également franchir un pas de plus et poser la question: Où peut-on apprendre l'un de l'autre? Cela présuppose que les deux acteurs regardent ce qui se passe dans l'autre camp. Alors qu'une assurance peut rapidement acquérir un bon aperçu global, par exemple dans le domaine de l'efficacité, le regard du médecin de famille se tourne essentiellement vers l'échelon local, vers le patient, lorsqu'il exerce son activité. L'objectif est que les médecins tirent quelques enseignements de l'efficacité du marché de masse et que les assureurs n'en viennent pas à oublier l'être humain face à toute cette technique et tous ces processus.

Références

- 1 Controlling health-care costs: Another American Way. *The Economist*. 2010 Apr. 29, Oakland California.
- 2 Zwanziger J, Brammli-Greenberg S. Strong Government Influence over the Israeli Health Care System has led to low Rates of Spending Growth. *Health Affairs*. 2011;9.
- 3 Kühne R, Reich O. Das Listenmodell der Helsana. *Managed Care*. 2007;3.
- 4 Bethke M, von Overbeck J. Disease Management in der Schweiz. *Managed Care*. 2007;6.
- 5 Kraft E, Hersperger M. Le corps médical en Suisse: la féminisation de la médecine. *Bulletin des médecins suisses*. 2009;90:47.

Conflits d'intérêts

L'auteur est président du conseil d'administration du groupe Helsana et membre du conseil d'administration de plusieurs entreprises de biotechnologie.

Correspondance:

Prof. Thomas Szucs, Thomas.Szucs[at]junibas.ch