La FMH et les systèmes de soins intégrés

Les réseaux de soins intégrés sont une des options en pointe des discussions en cours sur l'avenir du système de santé, et des décisions concrètes commencent à poindre à l'horizon politique.

Certes, pour d'aucuns, c'est une solution-alibi de plus, pour d'autres un slogan commode; nous ne le pensons pas et considérons ce processus de manière très positive: cela fait maintenant quatre ans que la FMH a clairement pris position à ce sujet, dans des «Thèses» [1] qui sont toujours actuelles, et qu'elle soutient ce développement avec conviction et beaucoup d'énergie.

«La FMH soutient le développement des réseaux de soins intégrés avec conviction et beaucoup d'énergie»

Les réseaux de soins intégrés sont pour nous un moyen efficace de faire une médecine de haute qualité, clairement centrée sur le patient tout au long de la «chaine de soins»; et c'est aussi un moyen d'avoir en main nous-mêmes les champs du système de santé dans lesquels nous sommes actifs et d'en gérer le financement, puisque tout réseau fait l'objet d'un contrat négocié entre les médecins et les assureurs.

L'Assemblée des délégués de la FMH a tenu il y a deux semaines une discussion fort intéressante sur ces réseaux de soins intégrés.

L'ASMAC a présenté à l'Assemblée le modèle «PGS», qu'elle élabore et promeut depuis plusieurs années. Puis Mme Ruth Humbel, présidente de la Sous-commission parlementaire qui a élaboré cet hiver le projet de loi «Managed care», a rapporté sur les résultats de ses travaux, et M. Nello Castelli a présenté les positions de santésuisse à ce sujet. Plusieurs spécialistes du «Managed care», alémaniques et romands, ont également accompagné les réflexions des délégués pendant tout un après-midi.

«Le «Managed care» se fonde sur la motivation de celles et ceux qui s'y engagent, que ce soit comme patient, comme médecin ou comme assureur. La contrainte n'a rien à faire là, elle n'apporte rien de bon»

Quelles réflexions?

C'est une évidence que la compensation des risques doit être affinée pour permettre un fonctionnement correct des réseaux de soins; c'est notamment le seul moyen de ne pas discriminer les patients chroniques, patients qui occasionnent le plus de coûts et qui peuvent le mieux bénéficier du «Managed care». L'amélioration de la compensation des risques qui entrera en vigueur en 2012 ne suffira certainement pas – nous devons absolument continuer, avec nos

sociétés cantonales, à développer des modèles et à nous engager pour leur mise en œuvre, c'est là l'une des conclusions importantes de notre discussion.

L'autre est la liberté nécessaire à la mise en œuvre des réseaux de soins intégrés.

C'est devenu une banalité de dire que le «Managed care» se fonde sur la motivation de celles et ceux qui s'y engagent, que ce soit comme patient, comme médecin ou comme assureur; la contrainte n'a rien à faire là, n'apporte rien de bon, elle compromet la qualité du «Managed care», elle l'empêche d'atteindre les buts qu'on se fixe à son sujet.

Deux éléments des projets actuellement en discussion touchent à cette liberté pourtant essentielle: il s'agit de la responsabilité financière des médecins, et du libre choix entre le «Managed care» et le système actuel, pour tous les partenaires.

Ces deux points sont essentiels, et nous nous battrons pour que notre point de vue soit entendu et pris en compte.

Les patients doivent pouvoir choisir leur système de soin avec une vraie liberté; certes, des incitatifs financiers seront nécessaires pour faire évoluer le système, mais ils devront rester raisonnables; l'excès deviendrait une forme de contrainte pour la partie de la population dont les capacités financières sont faibles.

Et puis les médecins aussi doivent pouvoir choisir leur cadre de travail, leur type d'insertion dans le système. Le «Managed care» est une bonne option, ... mais une vie doit rester possible hors du «Managed care»!

On devra donc voir coexister, en parallèle, le système actuel et les réseaux de soins intégrés. Et dans le système actuel, l'obligation de contracter doit rester garantie, sous menace d'une réaction politique massive du corps médical, on le sait!

Il est à noter ici que la FMH et santésuisse sont d'accord sur un grand nombre des points centraux de toutes ces discussions sur le «Managed care», et notamment sur cette liberté à accorder à tous les partenaires du système, y compris les assureurs; ces points de convergence, comprenant l'obligation de contracter dans le système actuel, ont fait l'objet d'un document commun qui a été transmis au Parlement par la FMH et par santésuisse, au début de l'année.

Enfin, la responsabilité financière des médecins dans les réseaux de soins intégrés est une possibilité fréquemment mis en œuvre dans les réseaux existants; il n'y a cependant aucune raison de la rendre obligatoire, comme le voudrait le Parlement – il est nécessaire, en Suisse, que toute sorte de modèles puissent encore être inventés et testés, et il est toutà-fait contreproductif de brider les essais dans ce domaine.

Voilà donc la FMH avec une série de positions claires sur un sujet terriblement actuel; nul doute que nous sommes maintenant en bonne position pour faire valoir nos idées dans les débats à venir!

> Dr Jacques de Haller, Président de la FMH

 $1 \quad www.fmh.ch/files/pdf2/Thesenpapier_Managed_Care_F.pdf$

