

## Forum CC



### LAMal: mesures urgentes et managed care. Où en sommes-nous?

Cher Collègue,

Dans votre éditorial du 31 mars 2010 [1], vous déclarez que grâce à l'introduction des forfaits par cas dans les hôpitaux et de la responsabilité budgétaire dans les cabinets médicaux, «...nous pourrions nous préparer à fêter le 1<sup>er</sup> janvier 2012 comme la journée nationale des grandes réformes de santé». Je ne vois pas très bien ce qu'il y aura à fêter et vous fais part de mes réflexions «brechtiennes» à ce sujet:

A votre avis, qui participera à la fête?

- Les médecins hospitaliers? C'est peu probable, vu qu'ils devront consacrer encore plus de temps à la documentation par rapport aux soins aux patients, ils ne seront plus à même, par manque de temps, d'effectuer leur travail comme le veut l'éthique professionnelle. Ils courent donc le risque de devenir cyniques et/ou de faire un burn-out.
- Les médecins en pratique privée? C'est peu probable, étant donné que dans le système DRG les patients sortent de l'hôpital plus tôt, ce qui implique que le suivi sera transféré au domaine ambulatoire. Les médecins en pratique ambulatoire vont être de plus en plus débordés, ne serait-ce qu'en raison des contraintes liées à la responsabilité budgétaire et au plafond annuel des coûts fixés à l'avance, et qu'ils devront de plus en plus souvent exercer avec une épée de Damoclès financière au-dessus de la tête.
- Les assurés? C'est peu probable, car personne ne peut prétendre sérieusement que les forfaits par cas et la responsabilité budgétaire permettront de réaliser des économies. Quelques années après l'introduction des DRG et de la responsabilité budgétaire, l'Allemagne a en effet dépassé la Suisse en matière d'augmentation des coûts de la santé.
- Les patients? Sûrement pas et surtout pas les patients polymorbides, les malades chroniques et les personnes âgées présentant des risques de complication plus élevés qui ne sont pas pris en compte par le système DRG. Ces derniers devront donc

s'attendre à des baisses douloureuses dans la qualité des soins.

- Les proches? Encore moins, car en raison du manque de personnel dans les soins ambulatoires, les services de soins à domicile ne seront pas préparés à faire face aux démissions au 1.1.2012, ce qui impliquera que la prise en charge des personnes nécessitant des soins à domicile incombera aux femmes dans le cadre d'activités non rémunérées ou sera déléguée à des sans-papiers contre un salaire de misère.

Alors expliquez-moi, cher Confrère, qui aura des raisons de faire la fête au 1<sup>er</sup> janvier 2012 hormis quelques politiciens ou économistes de la santé ou membres du comité de la société des médecins?

*David Winizki, médecin généraliste, Zurich*

- 1 Cassis I. LAMal: mesures urgentes et managed care. Où en sommes-nous? Bull Méd Suisses. 2010;91(13/14):513.

### Traitement inégal du managed care et du modèle d'assurance traditionnel

Dans son éditorial du BMS n° 13/14 [1], Ignazio Cassis, vice-président de la FMH et conseiller national, annonce, euphorique, les plans de réforme pour la restructuration de l'assurance de base ambulatoire et semble attendre fiévreusement son introduction, laquelle aura lieu en janvier 2012 en même temps que les DRG dans le secteur hospitalier. Aujourd'hui, la LAMal admet déjà des produits d'assurance pourvus d'éléments de managed care (MC): les modèles de médecin de famille ou de HMO avec ou sans coresponsabilité budgétaire. Les réseaux de soins intégrés sont à mettre sur un pied d'égalité avec le «managed care», ce qui équivaut à mettre du vieux vin dans de nouvelles outres. C'est comme si on voulait conférer une touche innovatrice à cette réforme en profondeur. Alors que le managed care existe depuis de nombreuses années, la demande est restée très modeste. La plupart des assurés tiennent au libre choix du médecin et apprécient le médecin de premier recours et son «réseau», qui les conseille en fonction des coûts et sans incitatif financier erroné. Dans le cadre du modèle de capitation (par ex. Medix), le médecin obtient un montant fixe pour chaque assuré. Plus le profit augmente et moins on dépense pour le traitement. Un tel intérêt financier est et reste potentiellement dangereux pour le patient.

Parce que les réseaux de soins intégrés actuels tirent le diable par la queue, la réforme veut éliminer le produit concurrentiel qui a le plus de succès en doublant la quote-part (20%), sans autre forme de procès. Le cabinet médical traditionnel n'a donc pas d'autre choix que de s'affilier à un réseau de soins intégrés. Les réajustements budgétaires nécessaires dus à l'évolution démographique et aux progrès de la médecine seront encore plus difficiles à réaliser que les négociations TARMED. Les primes légèrement meilleur marché pour les modèles de managed care actuels résultent d'une sélection favorable des risques (assurés jeunes et en bonne santé). Par ailleurs, on n'a jamais pu prouver et documenter des économies de manière précise et probante. Après la réforme, les réseaux de soins intégrés seront submergés par de moins bons risques. Dès cet instant, la pression liée à la nécessité d'économiser augmentera rapidement sans aucun réajustement budgétaire. C'est à ce moment-là que tout le monde découvrira que les réseaux de soins intégrés ne sont autre chose que les DRG du secteur ambulatoire. Avec des critères inégaux, la politique veut donc intégrer plus d'assurés et donc injecter plus d'argent dans la mise en place de ces structures dotées d'un budget global. Voilà l'objectif caché! Le Comité central de la FMH est instamment invité à revoir son point de vue. Cette réforme est (définitivement) l'ennemi du bien!

*Dr René Haldemann,  
médecine générale FMH, Richterswil*

- 1 Cassis I. LAMal: mesures urgentes et managed care. Où en sommes-nous? Bull Méd Suisses. 2010;91(13/14):513.

### Réponse

Chers Collègues,

Cela fait de nombreuses années que le système de santé suisse est soumis à une forte pression. Chaque automne au moment de l'augmentation des primes de caisse-maladie, on assiste à une vague de protestations dans tous les pays et les citoyens se plaignent du monde politique qui ne fait rien contre la hausse des coûts. Et voilà qu'enfin il se passe quelque chose... C'est que je voulais exprimer dans mon éditorial. Le hasard veut que de nombreuses réformes entreront en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, le financement hospitalier dual-fixe, les DRG, la nouvelle compensation des risques et le managed care. Certes tout n'est pas parfait ou exactement comme

on le souhaiterait, mais cela fait quand même beaucoup de réformes en même temps, cela en fait même tellement pour un pays comme le nôtre, qu'il y a de bonnes raisons de le fêter. Le sens que je voulais donner au terme «fêter» était simplement celui de dire qu'en fin des choses se mettent à bouger.

Je partage votre avis quand vous écrivez que ni le système DRG, ni le financement hospitalier dual-fixe, ni le managed care ne permettront de résoudre tous les problèmes et que la compensation des risques reste insuffisante. En revanche, je ne partage pas votre pessimisme. Tous ces changements créent en effet de bons incitatifs comme en témoignent les articles de H+ à ce sujet publié dans le n° 4/2010 de la revue «Compétence».

Aujourd'hui déjà, 50 hôpitaux ont recours au système APDRG (similaire au système Swiss-DRG) pour le domaine LAMal et 150 pour le domaine LAA. Ces établissements ont fait de bonnes expériences avec ce système au cours des cinq dernières années. SwissDRG pourrait donc tout à fait servir de moteur au développement de la qualité et de l'efficacité; c'est justement ce dont nous avons besoin si nous voulons garantir à terme le niveau élevé de qualité de notre système de santé. Mettre toutes ces réformes en œuvre après nos voisins représente également un atout, car nous pouvons ainsi tirer parti de leurs erreurs.

De plus, il ne faut pas oublier que nous vivons dans une démocratie directe. Quel autre

changement aurait été meilleur? Aurait-il obtenu la majorité au même titre que les projets ci-dessus? Je vous signale que le financement hospitalier n'a fait l'objet d'aucun référendum, ce qui tient presque du miracle lorsque l'on sait combien il est facile aujourd'hui de recourir au référendum pour bloquer des réformes. La solution trouvée a su convaincre les différents partenaires et les politiques, ce qui me paraît un premier pas positif. L'autre solution aurait été le statu quo, mais représente-t-il vraiment une alternative?

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, les soins ambulatoires se baseront sur 3 piliers, si les décisions des commissions du Conseil national sont entérinées:

- les soins intégrés avec co-responsabilité budgétaire (le modèle de capitation selon Medix n'est qu'une des variantes possibles),
- les soins «semi-intégrés» (contrat simple de médecin de famille, triage téléphonique, etc.), et
- les soins en cabinet privé comme de coutume.

Il y a donc de la place pour tous, car personne n'est obligé à quoi que ce soit. Les incitations financières ont bien évidemment été définies dans le but de promouvoir l'orientation visée. Le tableau ci-après récapitule les principaux éléments:

Tableau récapitulatif

	Soins intégrés (art. 41c)	Formes d'assurance alternatives (art. 41b, al. 2)	Assurance de base actuelle
<b>Caractéristiques</b>	Réseaux de soins intégrés pilotant les processus thérapeutiques des assurés sur toute la chaîne de traitement	Conventions simples de médecin de famille sans coresponsabilité budgétaire, offres de télémédecine, modèles de liste	
<b>Convention spéciale entre médecins et assureurs</b>	oui	non (excepté pour les conventions simples de médecin de famille)	non
<b>Coresponsabilité budgétaire</b>	oui	non	non
<b>Prestations médicales</b>	Peuvent aller au-delà du catalogue des prestations	Catalogue des prestations	Catalogue des prestations
<b>Primes</b>	réduites	réduites	normales
<b>Quote-part</b>	Max. 10% (moins aussi possible)	20%	20%
<b>Montant maximal (compétence du Conseil fédéral)</b>	700 CHF (?)	1400 CHF (?)	1400 CHF (?)

Les soins intégrés ne sont rien d'autre qu'un synonyme du managed care et ne figurent pas dans la loi sous l'appellation de managed care mais bien de «soins intégrés». Ce sera donc la voie privilégiée à suivre en médecine ambulatoire. Il s'agit là d'un changement de paradigme car on s'éloigne d'une régulation croissante, du contrôle et des ordonnances administratives, pour aller vers une plus grande responsabilité sur le terrain.

Les réseaux de médecins bénéficieront d'une large marge de manœuvre quant à la manière dont ils souhaitent s'organiser. Ils pourront décider eux-mêmes de nombreux points: responsabilité budgétaire, procédures de travail, délégation de certaines tâches à des professionnels non-médecins au sein du réseau, domaines de spécialité au sein du réseau, institutions hospitalières, etc. Les médecins auront ainsi à nouveau la possibilité de jouer un rôle important d'entrepreneurs et de renouer avec leur statut d'indépendant. Après 14 ans passés sous le régime de la LAMal, le monde politique a dû constater que le transfert de plus en plus important de compétences vers l'Etat a certes conduit à une plus grande régulation (il suffit de penser au tarif de laboratoire et aux autres tarifs) mais n'a pas permis de trouver une solution efficace en ce qui concerne les coûts de la santé.

La logique des soins intégrés est autre, car elle plaide pour une régulation par l'Etat aussi faible que possible et pour la création d'incitatifs financiers appropriés pour tous, y compris pour les assureurs. A ce propos, je vous renvoie aux discussions en cours actuellement sur un affinement de la compensation des risques, ceci représente une conditio sine qua non pour la réussite du nouveau système. La FMH le souligne d'ailleurs depuis longtemps!

En résumé, on peut dire que nous nous trouvons face à un important changement. Comme le disait Flaubert, «le pire dans le présent, c'est l'avenir». Quant à moi, il me paraît déterminant de savoir avec quelle confiance le corps médical envisage l'avenir. Je vous remercie de m'avoir fait part de vos réflexions et clos les miennes par une citation de Marcel Proust: «Nous n'arrivons pas à changer les choses suivant notre désir, mais peu à peu notre désir change.»

Veillez agréer, chers Collègues, mes salutations les meilleures.

*Dr Ignazio Cassis, Conseiller national et vice-président de la FMH*