Faits et arguments en faveur des soins intégrés / managed care en Suisse

16 minutes pour le managed care

Ce bref argumentaire récapitule les points fondamentaux et apporte une réponse concrète aux questions et aux incertitudes en relation avec la révision de la LAMal «Managed care / soins intégrés».

Association suisse des réseaux de médecins medswiss.net

Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse

1. L'économie, et avec elle l'appel à l'efficacité financière et à la qualité, marque de plus en plus de son empreinte le système de santé.
Il est tout à fait légitime de se poser la question du rapport prix-prestation et donc de la qualité. Les médecins – indépendamment de leur appartenance à un réseau de médecins – se la posent en permanence dans leur travail quotidien. Malheureusement, pratiquement personne ne prend acte du soin avec lequel les médecins utilisent les ressources à disposition.

2. Notre système de santé nécessite la coordination.
La situation actuelle requiert une coordination adaptée aux besoins du système de santé, clé de l'efficacité financière et de la qualité.

3. Le managed care, désormais «soins intégrés», est de toute façon voué à progresser.
Celui qui reste en dehors, laisse le champ libre. La législation en vigueur aujourd'hui accorde un pouvoir important aux assureurs et ne prévoit aucune collaboration contractuelle [1]. C'est précisément pour cette raison que les réseaux de médecins suisses, Médecins de famille Suisse et la FMH demandent depuis un certain temps que le managed care se fonde sur un contrat de collaboration entre assureurs et réseaux de médecins. Le nouveau projet de loi prend en compte cette revendication.

4. Aujourd'hui, la moitié des médecins de famille ont déjà intégré un réseau de médecins.
D'après les dernières analyses du Forum Managed Care, environ 4600 des médecins de premier recours (50%) sont organisés en quelque 80 réseaux de médecins, pour les ¾ dans le cadre d'une coresponsabilité budgétaire [2].

5. Les soins intégrés/managed care signifient que les soins médicaux sont coordonnés dans le cadre de conventions, en fonction des besoins.
Le managed care est un modèle qu'on choisit sciemment et qui permet des contacts entre les principaux intéressés: assurés, patient-e-s, médecins, assureurs. Le premier avantage réside dans la communication. C'est ce que reflètent les expériences acquises au cours des 20 dernières années de managed care.

6. Le gatekeeping (coordination de la prise en charge) correspond à une orientation dans la prise en charge médicale.
La majeure partie des patient-e-s écoutent volontiers les conseils de leur médecin de famille. La coordination tout au long de la chaîne de traitement évite les doublons.

7. Pour les économistes, le budget représente un objectif en termes de coûts.
Lorsque le budget ne contient que des informations sur les coûts, on parle de budget *«informel»*, par ex. dans le cas d'un «contrat simple de médecin de famille». Si les fournisseurs de prestations assument une part quelconque de responsabilité pour le budget, on parle de budget *«actif»*. Cette «activation» résulte de ce qu'on appelle la *participation* (cf. point 9).

Un budget actif ne représente tout d'abord qu'un objectif *virtuel* en termes de coûts (budget virtuel) et n'est pas une rémunération en soi (budget versé). En règle générale, le montant budgétisé n'est donc pas versé au réseau de médecins. C'est en ce point que le modèle suisse se distingue des modèles utilisés à l'étranger!

Chaque budget peut être négocié et résilié!

Les membres d'un réseau de médecins continuent de facturer leurs actes médicaux d'après le tarif des prestations individuelles. Des allégations comme «le budget d'octobre est épuisé» ou «économiser sur le dos des patient-e-s» relèvent de ce fait de la légende!

8. Le calcul du budget tient le plus possible compte de la morbidité.
Trois méthodes fondamentales de calcul du budget se sont établies en Suisse:
– Comparaison avec le collectif d'assurés conventionnel;

1 Art. 41, al. 4 LAMal: L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses.

2 Faits «Les soins intégrés en Suisse 2010», www.fmc.ch (en allemand).

Correspondance:
Dr Jörg Fritschi
Président medswiss.net
Kleinbuholz 3
CH-6012 Obernau
j.fritschi@hin.ch
www.medswiss.net
www.medecinsdefamille.ch

medswiss.net
L'association suisse des réseaux de médecins medswiss.net comprend 47 associations de médecins de famille et réseaux de médecins avec près de 2000 médecins s'occupant d'environ 500 000 assurés selon un modèle managed care. En tant que groupements collectifs tenus de respecter des normes contraignantes, les réseaux de médecins sont en mesure de répondre aux critères «efficacité, adéquation, économicité et qualité» exigés par la LAMal et de les appliquer de même que d'offrir des soins de santé axés sur les besoins conjointement avec les assureurs intéressés.

– comparaison avec l'exercice précédent (avec des facteurs de correction);
– forfait par tête (capitation) [3].

9. La participation à la différence entre budget et coûts réels est décisive pour la coresponsabilité budgétaire.
Lorsque le budget est *excédentaire*, l'excédent (différence positive), *et uniquement cette somme*, est réparti entre le réseau de médecins et l'assureur, selon une formule de calcul convenue dans le contrat. Il s'agit généralement dans la pratique d'une somme fixe ou d'une participation proportionnelle. Le réseau bénéficie donc au plus de cette somme participative et non du montant du budget en tant que tel.

Chaque budget peut être négocié et résilié!

Si le budget est *déficitaire*, la différence (négative) est répartie selon la même formule de calcul. Le réseau de médecins doit cette somme participative à l'assureur. Un dépassement budgétaire donne l'occasion de repenser et de renégocier les modalités du contrat de managed care pour l'année suivante. Un réseau de médecins peu éviter d'éventuels problèmes de liquidités en négociant le contrat à temps, ou par de nouvelles négociations ultérieures, ou, dans des cas extrêmes, en résiliant carrément un contrat.

La participation, et avec elle la coresponsabilité budgétaire, peut être négociée librement et résiliée!

10. Le réseau de médecins est constitué en personne morale.
La coresponsabilité budgétaire est toujours assumée par le réseau de médecins en tant que personne morale, et jamais par chacun de ses membres. Le risque financier ne pèse ainsi jamais sur les membres mais toujours sur le réseau de médecins.

11. Le réseau de médecins travaille de manière professionnelle.
Le travail au niveau du réseau est rémunéré par le biais d'un forfait de pilotage négociable.

3 Cette méthode de calcul ne dit pas si – et dans quelle mesure – les médecins assument une part de responsabilité pour le budget! L'expression «contrat de capitation» est souvent mal interprétée et peut prêter à confusion, à savoir, laisser entendre que le montant serait versé en fonction du patient. L'expression «contrat de capitation» devrait être remplacée par «contrat de managed care».

Médecins de famille Suisse
L'association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse défend depuis le 17 septembre 2009 les intérêts de politique professionnelle des trois sociétés de médecine de premier recours (médecine générale SSMG, médecine interne SSMI et pédiatrie SSP) et compte actuellement quelque 6200 membres. Sans les médecins de famille, il n'y a pas de soins de qualité élevée, pouvant être financés et accessibles à toute la population.

12. L'équilibre des soins garantit la sécurité des soins.
C'est une particularité de notre système de santé: la rémunération à l'acte pousse à une surabondance des soins. Un budget à lui seul (dans le sens d'une forme de rémunération directe) tend vers un sous-approvisionnement en soins. Le contrat de managed care avec coresponsabilité budgétaire associe la rémunération à l'acte de ses membres aux obligations budgétaires du réseau de médecins et rééquilibre ainsi les deux tendances.

A condition toutefois que la rémunération à l'acte et son cadre juridique restent dans leur forme actuelle.

13. Les soins intégrés / managed care sont garants de la qualité et de la prévention.
Deux principes fondamentaux prévalent dans la prise en charge médicale par un réseau de médecins en coresponsabilité budgétaire:
– éviter les complications grâce à une bonne prise en charge ambulatoire et n'ordonner des hospitalisations que lorsqu'elles sont nécessaires;
– que pouvons-nous supprimer sans porter préjudice à la santé des patient-e-s? La question est légitime. Toutes les offres ne sont pas efficaces, appropriées et indiquées, et de ce fait nécessaires du point de vue des patient-e-s.

Ces deux objectifs fondamentaux ne peuvent être atteints que grâce à une coopération ciblée et voulue entre les médecins de famille et les spécialistes au niveau du cabinet médical et de l'hôpital.

14. Managed care / les soins intégrés ne sont pas une idéologie, mais un état d'esprit partagé par toutes les personnes concernées: patient-e-s, médecins et assureurs.
Cet état d'esprit présuppose notamment d'être disposé à communiquer et de faire preuve de respect mutuel. Les résiliations de contrat ne sont pas fondamentalement contraires à l'idée de managed care.

15. Compensation des risques
Le projet de loi affine la compensation des risques. Les assureurs sont ainsi moins intéressés par la sélection des risques mais beaucoup plus par la collaboration avec des réseaux de médecins qui fonctionnent bien.

16. Que se passera-t-il en cas de refus du nouveau projet de loi sur les soins intégrés?
L'actuel article 41, al. 4 LAMal restera en vigueur. Le managed care poursuivra sa progression sur la base de cet article, sans devoir reposer sur un contrat. La compensation des risques encore insuffisante actuellement continuera de se traduire par la «chasse aux bons risques». La solution consécutive au gel des admissions (la clause du besoin est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) signera éventuellement la fin de l'obligation de contracter.