

La FMH tient à jouer un rôle positif dans la campagne qui s'engage en vue de la votation du 17 juin prochain sur la loi «Managed care».

Clairement, la manière dont les assuré-es et les patient-es sont pris en otage dans le projet soumis à votation n'est pas acceptable; mais tout aussi clairement, nous ferons pendant la campagne des propositions concrètes qui montreront que nous sommes prêt-es à faire évoluer le système.

Il n'est cependant pas question, pour nous médecins, que cette évolution se fasse aux dépens de la liberté de choix des patient-es, de la liberté thérapeutique des médecins, et sur le dos des plus faibles dans notre société.

Le Managed care, oui, si l'on veut, mais pas comme ça!

Dr Jacques de Haller, Président de la FMH

Managed care: pas comme ça!

Libre choix du médecin et incitatifs

Un authentique libre choix du médecin pour toutes et tous est un élément non négociable de la politique de la FMH.

Pendant tout le travail parlementaire ayant abouti au projet de loi actuel sur le Managed care, la FMH a accepté l'idée que le renoncement volontaire, par les assuré-es, et dans le cadre du Managed care, au libre choix total du médecin, était

«La pénalisation financière du libre choix vide ce dernier de sa substance pour beaucoup d'assurés et d'assurées.»

une concession permettant de préserver l'obligation de contracter hors du Managed care – la liberté devrait rester pour les assuré-es de choisir entre une restriction du libre choix contre un avantage financier, ou la pleine jouissance de ce libre choix.

La FMH reste attachée à cette position, relevant que la pénalisation financière du libre choix, telle qu'elle est prévue dans le projet de loi, vide le libre choix de sa substance pour beaucoup d'assurés et d'assurées.

Il faut relever ici que les incitatifs liés à l'obtention de prestations (diminution de la participation) peuvent faire sens, au contraire des réductions de primes qui, elles, privent a priori le système des moyens financiers dont il a besoin. Les meilleurs incitatifs restent fondamentalement une prise en charge globale de qualité et des prestations élargies, accompagnés d'une diminution de la participation.

Coresponsabilité budgétaire

La position du corps médical, y compris des organisations de réseaux existantes, a toujours explicitement été de refuser l'obligation d'une coresponsabilité budgétaire, pour de bonnes raisons.

D'une part elle a un effet repoussoir sur la création de nouveaux réseaux. Mais surtout, cette obligation liée à la liberté, pour les assureurs, de refuser (ou de ne pas reconduire) un contrat avec un réseau, crée le risque d'une pression sur les prix qui peut, clairement, mettre en jeu la liberté thérapeutique des médecins et de leur-s patient-es, et menacer la qualité des traitements.

Qualité

La qualité doit être assurée à trois niveaux: la qualité de la structure, la qualité du processus, et la qualité des résultats. Si le principe de l'assurance de qualité doit figurer dans la loi, la définition de la qualité et la mise en œuvre des mesures qui y sont liées sont l'affaire des professionnels concernés.

Le «trajet» des patient-es doit être clair; les soins intégrés doivent correspondre à une chaîne de prestations complète, sous peine d'en rester à rechercher simplement les spécialistes les moins chers.

«La coresponsabilité budgétaire crée le risque d'une pression sur les prix qui peut, clairement, mettre en jeu la liberté thérapeutique des médecins et de leur-s patient-es.»

Compensation des risques

Les éléments du projet de loi actuel concernant la compensation des risques et l'indépendance des fournisseurs de prestations vis-à-vis des assureurs, devront impérativement être repris dans un nouveau projet de loi, après la votation.