

Thèses de la FMH concernant deux thèmes d'actualité essentiels du domaine de la santé – l'essentiel en bref

Oui aux réseaux et à la qualité – oui au «Managed Care»

Encouragé par sa grande manifestation du 1^{er} avril dernier, le corps médical prend la parole et avance des propositions concrètes: la FMH présente, en tant qu'organisation faîtière, un document largement appuyé par sa base, détaillant sa position et visant à contribuer de manière constructive au débat en cours sur le système de santé. Allant au-delà du thème de la «levée de l'obligation de contracter», cet écrit met l'accent sur le concept des «réseaux».

Les thèses de cette prise de position s'inscrivent dans le sillage de l'impressionnante manifestation des médecins de premier recours du 1^{er} avril et du débat parlementaire imminent sur la «levée de l'obligation de contracter» et le «Managed Care». Destinées à fournir une base pour l'élaboration de solutions porteuses d'avenir, elles comprennent deux points essentiels.

Pour une meilleure mise en réseau: développer les ressources qui ont fait leurs preuves

- L'époque des «combattants solitaires» est révolue, l'heure est aux réseaux! Nous encourageons les cabinets médicaux de groupe et les réseaux de médecins, qui constituent des partenaires fiables tant pour les patients que pour les assureurs. Les mécanismes d'incitation et les systèmes de contrôle sont développés en commun.
- De notre point de vue, il est possible aux assureurs et aux fournisseurs de prestations de conclure des accords comportant – dans le cadre des réseaux – les éléments d'une «obligation de contracter différenciée».
- Le «managed care», qui prévoit de gérer «d'un seul tenant» les prestations de soins, représente un modèle très prometteur: il s'agit

d'utiliser les moyens à dispositions de façon économe tout en garantissant une couverture en soins de haute qualité.

- Le terme de «mise en réseau» signifie également qu'il faut promouvoir la compensation des risques. Pour ce faire, il convient de tenir davantage compte des différences existantes en matière de morbidité: les patients chroniques, ceux qui, justement «coûtent cher», ne doivent pas devenir les victimes du système!

Levée de l'obligation de contracter: la réponse reste «Non»

La FMH s'en tient à la décision prise par sa base en 2003: si la prochaine révision de la LAMal devait comprendre la levée de l'obligation de contracter, nous saisirions le référendum. En effet:

- il est insensé et dangereux de ne choisir les fournisseurs de prestations qu'en fonction de critères économiques. Une telle mesure introduirait le règne de l'arbitraire, favoriserait la sélection des risques et la désolidarisation tout en privant les patients de la liberté de choisir librement leur médecin;
- et il existe de bonnes solutions de rechange: voir ci-dessus...

Managed Care – Obligation de contracter

Groupe de préparation:

Peter Berchtold, Pierre Cuénoud,
Jacques de Haller,
Olivier Kappeler

Groupe de travail (en tant qu'organe de consultation):

Blaise Bourrit / Philippe Freiburghaus (SMSR), Max Albrecht Fischer (med-swiss.net), Monique Gauthey (FMPP), Kurt Kaspar (argomed), Heinz Klauser (Ordine), Urban Laffer (FMCH), Marc Müller (CMPR), Alfred Rösli (VEDAG), Hansueli Späth (SSMG), Peter Studer (ASMAC), Andreas Weber (Medix), Hansueli Zürcher (SSMI)

Mandat

Lors de sa séance du 26 avril 2006, le Comité central de la FMH a procédé à un état des lieux. La discussion, empreinte du vécu de la manifestation très réussie des médecins de premier recours sur la Place fédérale, a été marquée aussi par le débat parlementaire imminent sur la révision partielle de la LAMal, sur le «Managed Care» et la «levée de l'obligation de contracter». Le Comité central a donné mandat d'élaborer un document présentant ses thèses à ce sujet.

Le groupe qui a élaboré ces thèses a bénéficié d'un large appui dans le corps médical. Des discussions ont été menées entre représentants de l'Assemblée des délégués et membres du Comité central de la FMH, d'une part, et représentants des réseaux de médecins, d'autre part.

Thèses concernant le Managed Care

Situation initiale

En Suisse, les nombreux acteurs de la santé fournissent un travail de haute qualité, chacun dans leur domaine d'activité. Il est possible d'introduire des améliorations

1. en renforçant les réseaux, en favorisant l'intégration des acteurs, et
2. en prenant des mesures portant sur le système entier et sur la collaboration *entre* acteurs.

Au moment où il a introduit la LAMal, il y a 10 ans, le législateur a posé le cadre légal pour de nouvelles formes d'assurance et de couverture des soins. Depuis lors, des modèles et instruments de «Managed Care» (gestion des soins) très divers ont été développés et évalués, dont beaucoup à l'initiative des médecins. La participation à ces expériences était facultative pour tous les partenaires (patients/assureurs/médecins). Ceux-ci se sont entendus pour fixer certaines règles contraignantes (dispositions dans les polices d'assurance / conventions entre assureurs et réseaux). Des expériences précieuses ont été acquises dans ce contexte.

La Suisse est ainsi considérée en Europe comme l'un des pays pionniers en ce qui concerne les systèmes de soins intégrés. Malgré cette évolution, le Managed Care reste en Suisse un mouvement certes important, mais marginal.

La manifestation du 1^{er} avril a remis ces thèmes à l'ordre du jour, en particulier les notions de «réseaux» et de «responsabilité du corps médical en matière budgétaire». Le corps médical prend de plus en plus conscience de l'importance de ces questions et se déclare prêt à participer activement à leur élaboration, à fixer des champs d'action pour gérer l'évolution à venir, mais aussi à définir des limites.

Définition des réseaux

Réseaux de médecins

Les réseaux de médecins, appelés aussi réseaux de soins, sont des organisations formées par des fournisseurs de prestations et assurant la couverture médicale. Tenus de collaborer à l'interne ainsi qu'avec les prestataires de soins externes et avec les répondants des coûts, les réseaux fournissent des prestations de santé répondant aux besoins des patientes et des patients. Cette collaboration repose sur des processus thérapeutiques prévus, des structures organisationnelles relevant de la gestion d'entreprise et une approche commune des soins. Les réseaux ont pour objectif, outre des soins de qualité élevée, d'utiliser les moyens à disposition de manière économique. Ils se caractérisent entre autres par la volonté de gérer les prestations de santé de façon centralisée («gestion un seul tenant»).* La responsabilité de cette gestion est assumée par le gestionnaire de soins («care manager») auprès duquel le patient s'annonce. Ce gestionnaire est généralement un médecin de premier recours (médecin de famille). Cette fonction peut aussi être assumée par un spécialiste.

Le corps médical utilise également l'expression de «réseau de médecins intégré». On entend par là un regroupement de médecins (médecins de premier recours et spécialistes, du domaine ambulatoire et/ou hospitalier) visant à promouvoir l'intégration verticale tout au long de la chaîne de traitement.

Un réseau de médecins assume les tâches et responsabilités centrales suivantes:

- partenariat contractuel avec les assureurs;
- (co)responsabilité budgétaire au niveau du réseau;

* Formulation par analogie à la définition med-swiss.net 2004 («Gesundheitsleistungen aus einer Hand»)

- décision sur l'admission ou le maintien ou non d'un médecin dans le réseau;
- développement de la qualité;
- formation postgraduée et continue spécifique au réseau.

Thèses

- Promouvoir les modèles de Managed Care revient à créer un «atelier de développement» favorisant la mise en réseau et la coopération dans le système de santé. Promouvoir le Managed Care ne signifie pas développer un système de santé étatique contrôlé par une économie planifiée.
- Les organisations professionnelles des médecins (FMH, sociétés cantonales et de discipline médicale) se chargent de promouvoir la mise en place et l'offre de systèmes en réseau, de soutenir les initiatives correspondantes et de définir des champs d'action médicale ainsi que des lignes directrices à l'attention des fournisseurs de prestations (médicales).
- Les réseaux et organisations de réseaux s'engagent activement et de manière responsable en faveur de ces objectifs. Ils sont soutenus en cela par des lignes directrices et des incitations judicieuses.
- Le Managed Care doit viser l'augmentation de la qualité des soins. Il convient que ce développement bénéficie d'un suivi scientifique.

Organisation de modèles de Managed Care

Au cours des dernières années, de nombreuses et très diverses organisations de Managed Care ont été créées et développées en Suisse sur une base facultative: modèles de médecins de famille avec formes d'indemnisation variées, avec ou sans responsabilité budgétaire, HMO, etc. Ces initiatives à caractère facultatif ont permis de réunir une multitude d'expériences dont la valeur ne doit pas être sous-estimée, en particulier si l'on songe que peu de données scientifiques sont disponibles dans ce domaine.

Thèses

- Tous les partenaires de la santé (patients, assureurs, médecins) sont libres de créer et de développer des organisations de Managed Care sous leur propre responsabilité. Le développement de modèles variés est souhaité.
- Des accords contractuels entre assureurs et réseaux de médecins constituent le fondement de ces organisations. Ces accords fixent un cadre et des objectifs en matière de qualité et d'économicité, ainsi que de droits et de devoirs pour tous les participants (médecins, réseau de médecins, assureurs, patients).

- L'économicité et une qualité élevée des traitements sont atteintes lorsque ceux-ci
 - sont basés sur des données scientifiques reconnues, lorsque celles-ci existent;
 - tiennent compte de la responsabilité des patients;
 - garantissent une liberté d'action professionnelle suffisante aux fournisseurs de prestations en cabinet médical et à l'hôpital.
- Les médecins de premier recours détiennent un rôle clé dans la gestion des processus thérapeutiques.
- L'évaluation et le développement des différentes dimensions de la qualité jouent un rôle central dans la mise sur pied de chaînes de traitement intégrées.
- Pour pouvoir coordonner la prise en charge des patients de façon centralisée («gestion d'un seul tenant»), les réseaux doivent disposer des données des assureurs (parité des données).

Systèmes d'incitation

Les systèmes d'incitation influencent le degré d'acceptation et l'attrait des modèles proposés. A cet égard, la juste mesure n'a pas encore été trouvée: les incitations se sont révélées inefficaces ou contre-productives car elles ne tenaient pas compte de la complexité du système. Cette complexité ne pourra être maîtrisée que si les systèmes d'incitation et de controlling sont négociés entre les acteurs.

Thèses

- Dans les réseaux de soins, assurés, patients et fournisseurs de prestations profitent de systèmes d'incitation judicieux dans le cadre de modèles de Managed Care: qualité explicitement attestée, réduction des primes et/ou participation aux coûts différenciée (par opposition au système de soins traditionnel).
- Les assurés et les patients peuvent passer – dans le cadre de conditions fixées et choisies par eux (participation aux coûts différenciée) – du système de Managed Care au système traditionnel.
- Les médecins sont indemnisés pour le temps consacré à la coordination et à la gestion du système. Les mesures prises pour développer la qualité (évaluations, cercle de qualité / feedback) sont indemnisées.
- Les partenaires contractuels (réseau et assureurs) peuvent prévoir une coresponsabilité budgétaire dans les conventions. Ce faisant, ils définissent la façon de mesurer les résultats et décident d'une participation ou non du réseau au bénéfice ou au déficit ainsi défini et, dans l'affirmative, selon quel montant.

- Il conviendrait d'examiner si les employeurs peuvent et doivent, au moyen d'avantages financiers, inciter leurs collaborateurs à conclure volontairement leur assurance-maladie chez l'assureur auprès duquel l'employeur a conclu la couverture d'indemnités journalières. De cette façon, l'utilité d'un traitement efficace, propice à l'assurance d'indemnités journalières, profiterait à la même caisse, comme c'est le cas en Suisse pour l'assurance-accidents et dans d'autres pays pour les systèmes de Managed Care.

Projet du Conseil fédéral concernant le Managed Care

Le Conseil fédéral a élaboré son projet en vue d'améliorer les conditions-cadre du Managed Care, entre autres par une concurrence accrue entre fournisseurs de prestations, par l'introduction de la liberté de contracter (et la levée du blocage de l'accès à la pratique privée pour les fournisseurs de prestations) et par la responsabilité budgétaire des fournisseurs de prestations travaillant dans des réseaux intégrés. En revanche, le Conseil fédéral ne prévoit pas de réformer la compensation des risques ni d'élargir les paramètres actuellement en vigueur dans ce domaine (âge, sexe et région de domicile).

Le mandat prévu pour les assureurs (art. 41a), consistant à sélectionner les fournisseurs de prestations en se fondant exclusivement sur des critères économiques, est contre-productif et dangereux (risque de décisions arbitraires, pression croissante sur les assureurs et fournisseurs de prestations pour éviter les mauvais risques, désolidarisation).

Thèses

- La révision de loi présentée par le Conseil fédéral ne stimulera guère la demande en modèles de Managed Care. Elle n'incitera pas non plus à augmenter l'intégration et l'économicité ni à améliorer la qualité des soins.
- Il est possible de fixer, dans les conventions conclues entre réseaux et assureurs, des conditions générales (critères) concernant les médecins participant à un réseau. Le choix concret de ces médecins relève de la compétence et de la responsabilité des réseaux.
- La compensation des risques actuellement en vigueur entre assureurs est totalement insuffisante. Elle les encourage de manière inadmissible à sélectionner des assurés en bonne santé, ce qui entrave la concurrence et la gestion des soins à différents niveaux. De ce fait, la promotion du Managed Care ne peut réussir qu'avec une réforme de la compensa-

tion des risques tenant compte des différences en matière de morbidité. En notre qualité de fournisseurs de prestations, nous pouvons ici fournir une contribution déterminante.

Thèses:

levée de l'obligation de contracter

Situation initiale pour le corps médical

A la Chambre médicale extraordinaire d'octobre 2003, les délégués ont, dans le contexte de la discussion parlementaire relative à la révision de la LAMal et à la suppression de l'obligation de contracter, décidé de lancer, si nécessaire, un référendum contre cette révision. Ils ont pris cette décision par 157 voix contre 2 et une abstention et l'ont confirmée à la Chambre médicale du 29 octobre 2004.

Depuis lors, le corps médical n'a plus mené de discussion approfondie à ce sujet. S'il ressent clairement la levée de l'obligation de contracter comme une modification fondamentale de notre système, il ne sent pas insécurisé pour autant: l'important pour lui, en fin de compte, est de savoir quelles sont les «règles du jeu» applicables dans cette situation.

Depuis l'introduction de la LAMal il y a 10 ans, nous expérimentons en tant que médecins de nouvelles formes d'assurance (modèles de Managed Care) dans différentes régions du pays et selon différentes variantes. Dans ces systèmes, nous développons et appliquons des éléments dont nous testons l'adéquation (regroupement de fournisseurs de prestations dans des réseaux de médecins, coresponsabilité budgétaire, etc.).

Thèses

La décision prise par la Chambre médicale d'octobre 2003 et d'octobre 2004 reste actuelle pour les médecins de la FMH. Si une révision de la LAMal devait inclure la levée de l'obligation de contracter, il faudra impérativement envisager le lancement d'un référendum.

- Nous continuons de considérer la levée de l'obligation de contracter comme une intervention massive dans notre système de santé (relation médecin-patient, libre exercice de notre profession, désolidarisation, sélection accrue des risques par les assureurs, etc.). La décision de passer éventuellement à un tel système devrait être soumise au peuple dans le cadre d'une votation.
- A notre point de vue, l'obligation qu'ont les assureurs de contracter doit être maintenue. Nous pensons cependant que le développement de modèles de Managed Care offre une certaine marge de manœuvre à cet égard. Les

assureurs et les réseaux de médecins peuvent, dans ce cadre, conclure des accords comportant les éléments d'une «obligation de contracter différenciée» (cf. thèses relatives au Managed Care).

Projet du Conseil fédéral concernant l'introduction de la «liberté de contracter»

Le Conseil fédéral a élaboré son projet en vue d'endiguer l'évolution des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie; à cet effet, il tient à

- augmenter la concurrence entre fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire et renforcer la position des assureurs en leur confiant la responsabilité de sélectionner les fournisseurs de prestations. Leurs décisions ne pourront se fonder que sur des critères économiques.
- réduire le nombre de fournisseur de prestations dans les régions (chiffres de planification nationaux – adaptations cantonales – sélection par les assureurs).

Thèses

- La supposition selon laquelle il existe une offre (générale) surdimensionnée en fournisseurs de prestations ne semble pas se confirmer (pénurie de médecins de familles). A notre avis, il existe aussi un problème de répartition (absence de relève au niveau régional, de même que dans certaines spécialisations). Il convient donc d'examiner s'il s'agit d'une pénurie ou d'un problème de répartition et d'élaborer en commun des solutions.
- Les incitations visant à favoriser un accès aux soins médicaux qui répondent aux besoins doivent être définies par tous les partenaires: responsables politiques, patients, assureurs, fournisseurs de prestations. Ces derniers assument ici un rôle clé.
- Nous refusons que la responsabilité du choix des fournisseurs de prestations soit confiée aux seuls assureurs (concentration de pouvoir menant à l'arbitraire, insuffisance des bases statistiques actuelles pour l'examen de l'éco-

nomie). Les assureurs et les fournisseurs de prestations doivent, ensemble, mettre au point des améliorations.

Répercussions du projet présenté par le Conseil fédéral

Pour le corps médical: augmentation de la dépendance existentielle vis-à-vis des assureurs (les grands assureurs représentent jusqu'à 30% du collectif de patients d'un cabinet de médecin de premier recours), ce qui augmente l'insécurité, diminue l'attrait de la profession médicale et a des effets négatifs sur la qualité des soins (p. ex. rejet des risques désavantageux).

Pour les patients: perte du libre choix du médecin, complication du traitement (le médecin choisi est-il «accrédité» par mon assureur?), charge administrative accrue. Lorsqu'un patient fait partie d'un groupe dont les coûts de traitement probables sont élevés (maladies chroniques, sclérose en plaques, virus VIH, etc.), sa prise en charge peut devenir difficile.

Pour le système des assurances sociales: un patient, une patiente ne peut se mouvoir librement au sein du système de santé que s'il dispose d'assurances complémentaires. C'est, en l'occurrence, une entrave supplémentaire. De plus, le patient ne peut pas changer d'option dès le moment où il est malade ou s'il souffre d'une maladie chronique, ce qui accentue la désolidarisation.

Thèses

- Le Conseil fédéral a établi le projet actuel sur la base de considérations et d'hypothèses erronées. Son projet entrave la liberté des patients, conduit à des processus compliqués et ne répond pas aux attentes existantes; on vise une fois de plus à côté de la cible.
- Pour les soins ambulatoires, notre système de cabinets privés à un seul médecin convient mal à des différenciations dans l'obligation de contacter. Des institutions de type réseaux de médecins sont plus appropriées.

Glossaire du Managed Care

Capitation (forfait par tête)

Forme d'indemnisation selon laquelle les fournisseurs de prestations obtiennent à l'avance, généralement dans le cadre de mandats de prestations, une somme fixe pour les soins prodigués à un assuré durant une période définie (p. ex. un an) et ce, indépendamment de toute demande de paiement.

Remarque: dans notre environnement, la notion de «capitation» est aussi utilisée pour certaines formes de coresponsabilité budgétaire, ce qui conduit souvent à des malentendus. Nous recommandons de ne pas utiliser cette notion.

Care manager (gestionnaire de soins)

Premier point de contact du patient, il assume la «responsabilité de la gestion des soins» pour le patient qui s'est inscrit chez lui. Le gestionnaire de soins est en règle générale un médecin de premier recours (médecin de famille). Cette fonction peut aussi être assumée par un spécialiste. Le gestionnaire de soins coordonne et répond du suivi du traitement, ambulatoire comme hospitalier.

Case management (gestion des cas)

Instrument servant à la coordination des soins en fonction du cas concerné et non d'une maladie particulière. La plupart du temps, l'accent est mis sur l'optimisation des processus administratifs.

Disease Management (DM) (gestion des maladies)

Instrument utilisé pour fixer le traitement spécifique à une maladie déterminée et coordonner les prestations sur la base de données probantes (Guidelines).

Efficiences

Efficacité d'une intervention par rapport aux moyens employés (économique).

Effectivité

Utilité probable d'une intervention (médicale) lors d'un trouble de santé.

Evidence médicale

Certitude prépondérante dérivant d'études médicales et concernant l'efficacité de mesures diagnostiques ou thérapeutiques.

Forfaits par cas

Indemnisation des prestations sous forme de forfaits par cas (à l'intérieur de groupes de diagnostic définis), patient et période. Cette indemnisation ne tient pas compte de la charge de travail effective liée à un cas concret et comprend en règle générale tous les frais de traitement et d'hôtellerie.

Formule pour le calcul des résultats (déf. contrat modèle AMC 2001)

Instrument pour évaluer un modèle ou un réseau de Managed Care. Cet instrument peut consister en un ou plusieurs facteurs (paramètres financiers: p. ex. écart par rapport aux données budgétaires, prestation financière liée au système;

indicateurs de qualité: p. ex. satisfaction des patients; autres critères d'évaluation: p. ex. innovations du réseau de Managed Care).

Gatekeeper

Fournisseur de prestations (médecin de premier recours, médecin de famille), que l'assuré consulte en premier lors de troubles de santé, à l'exception des cas d'urgence (cf. modèles de médecins de famille).

Guidelines

Lignes directrices pour la prise en charge et le traitement de maladies définies, basées sur des données probantes.

Health Maintenance Organization (HMO)

Organisation de gestion des soins assumant la préparation et le financement d'une prise en charge médicale globale. Dans le modèle Staff HMO, les médecins sont engagés sous contrat et reçoivent un salaire fixe. Le modèle IPA (Independent Practice Association) est basé sur des contrats conclus avec une organisation de médecins travaillant dans leur propre cabinet.

Managed care

Terme collectif appliqué à des formes d'organisation et des instruments servant à gérer les soins de santé, ayant pour objectif d'optimiser la prise en charge et le traitement des patients ainsi que les coûts engendrés (qualité des soins/coûts de traitement).

Managed Care Organization (MCO)

Fournisseurs de prestations des modèles de soins Managed Care (HMO, médecin de famille, etc.).

Modèle du médecin de famille (MMF)

Modèle de prise en charge selon lequel le médecin de famille donne les soins de base en tant que gatekeeper, décide de l'envoi à un spécialiste ou à l'hôpital et «régule» la fourniture de prestations en tant que gestionnaire de cas.

Participation au risque (règles bonus/malus)

(déf. contrat modèle AMC 2001)

Participation des médecins au bénéfice et au déficit du compte de résultat d'un système de Managed Care; coresponsabilité financière des médecins pour ce système (bonus/malus).

Quote-part différenciée (franchise, quote-part)

Paiement complémentaire direct des assurés lorsqu'ils recourent à des prestations d'assurance. Dans le cadre de la quote-part différenciée, la participation du patient est p. ex. de 10%, quand il s'en tient aux règles convenues. Lorsque le patient désire être pris en charge et soigné en-dehors de ces règles, il peut demander que cette participation soit augmentée, p. ex. à 20%.

Rémunération à l'acte (fee for service)

Indemnisation de chaque prestation par une somme d'argent déterminée (dans un règlement tarifaire).