

Communiqué de presse – Berne, le 30 avril 2010

## **Un pas en avant pour la médecine ambulatoire**

**La FMH salue la décision prise par la Commission de la santé du Conseil national sur le managed care. Ce choix ouvre la voie pour que les soins intégrés puissent trouver leur place au côté des modèles d'assurance traditionnels en Suisse. Après une période transitoire qui durera trois ans, les modèles de managed care pourront être proposés partout en Suisse. Cette modification de loi entérinée par la Commission répond en de nombreux points aux attentes de la FMH.**

Après la réforme du domaine hospitalier qui entrera en vigueur début 2012, un vent nouveau semble également souffler sur les soins ambulatoires. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, les patients pourront progressivement être pris en charge dans des modèles de soins intégrés (ou de managed care). S'ils optent pour un tel modèle d'assurance, ils devront, en cas de maladie, s'adresser en premier lieu au réseau de médecin qu'ils ont choisi et qui les prendra en charge pendant toute la durée du traitement. Les médecins se regroupent en réseau afin de pouvoir assurer une coordination optimale tout au long du traitement. La collaboration entre réseaux de médecins et assureurs est réglée par contrat; les réseaux de médecins assumant aussi une coresponsabilité budgétaire.

Le managed care ou réseaux de soins intégrés profite tant aux patients qu'aux médecins, aux assureurs, et finalement aussi aux payeurs de primes. Les patients pourront continuer à bénéficier des meilleurs soins possibles tout en payant moins grâce à une franchise et une quote-part réduites. Le système actuel aura toujours cours et les patients pourront choisir entre des modèles d'assurance traditionnels ou des modèles d'assurance comportant le managed care.

Les médecins pourront eux-aussi décider s'ils préfèrent travailler en réseau ou non. Le Dr Jacques de Haller, président de la FMH, estime que « les soins intégrés ne pourront s'implanter durablement en Suisse que si les patients mais aussi les médecins peuvent choisir librement ce modèle ». Précisément les malades chroniques, qui nécessitent des traitements complexes, pourront dans un réseau de soins se voir offrir, par exemple, des consultations par un nutritionniste ou, pour les diabétiques, par un podologue. De plus cette tendance à l'ouverture de cabinets de groupe répond aux besoins de nombreux médecins, car ce type de travail en équipe permet également le temps partiel.

Les réseaux de médecin disposent d'une grande marge de manœuvre quant à la manière dont ils souhaitent s'organiser. Ils peuvent déterminer eux-mêmes les nombreux aspects d'un réseau: type de coresponsabilité budgétaire, processus de travail, transfert de patients à des soignants au sein du réseau, spécialités au sein du réseau, choix des institutions hospitalières, offre de prestations ne relevant pas de l'assurance obligatoire des soins, etc. Cette modification de loi comprend aussi une définition plus précise de la compensation des risques. Ce point est déterminant pour que les malades chroniques et/ou les patients nécessitant des soins coûteux puissent eux-aussi profiter des modèles de soins intégrés.

Après de longues discussions, le Parlement a consenti un pas important. La FMH salue sa décision. Il a été tenu compte des principaux points des Thèses de la FMH sur le managed care adoptée par la Chambre médicale en 2006. Le corps médical a ainsi pu apporter une contribution essentielle à cette réussite.

**Correspondance:**

Jacqueline Wettstein, responsable de la communication de la FMH

Tél: 031 359 11 50

Courriel: [jacqueline.wettstein@fmh.ch](mailto:jacqueline.wettstein@fmh.ch)