

Texte d'information sur les «Soins intégrés en Suisse»

Managed Care constitue l'ensemble de tous les instruments de gestion et d'intégration du système de santé publique visant à promouvoir une prise en charge médicale répondant aux besoins, basée sur la qualité et rentable du point de vue des coûts. Le terme de «Managed Care» n'est toutefois quasiment plus usité. Il est davantage question de «**Soins intégrés**». De nombreux outils de gestion et d'intégration ont été mis en œuvre au niveau international, comme par exemple les formes d'organisation intégrées (modèle médecin de famille, réseaux de médecins, centres de santé HMO) ou les instruments d'intégration (Gatekeeping, Guidelines, Case Management, Disease Management, Demand Management / tri téléphonique).

Les soins intégrés, une forme d'assurance

Avec l'entrée en vigueur de la LAMal au 1^{er} janvier 1996, il est devenu possible de proposer des **modèles alternatifs d'assurance (MAA)**. En partant du principe de subsidiarité de notre état libéral, il est désormais possible, pour les partenaires contractuels, à savoir les médecins et les assureurs, de développer et de proposer de tels modèles. Aujourd'hui, les assurés peuvent choisir dans le cadre de leur assurance maladie ordinaire, entre différents MAA, le plus souvent appelés modèles Managed Care, et être traités et se faire suivre comme patient dans des réseaux de médecins /HMO.

Tous les MAA sont basés sur le **principe de gatekeeping**: la personne assurée s'engage en cas de problème de santé à toujours prendre la même «entrée» dans le système de santé publique. Cela peut être le médecin de famille, un centre de santé HMO ou un Call Center médical que l'on contacte par téléphone. Les traitements spécifiques ou les hospitalisations ne sont possibles que sur transfert via le *gatekeeper* ou le Care Manager («choix restrictif du médecin»).¹ En contrepartie, les assurés bénéficient d'une réduction de prime. En cas d'urgence, cette obligation ne s'applique pas. Des réglementations particulières sont octroyées pour les visites chez le gynécologue, le pédiatre ou l'ophtalmologiste.

Dans certaines régions, **près d'un tiers des assurés a déjà opté** pour un modèle alternatif d'assurance (p. ex. canton de Thurgau).

Modèle des soins intégrés

En Suisse, différents modèles de soins intégrés ont été développés:

A) **Modèles contractuels (réseaux de médecins, HMO, Call Center médical)**: dans les **réseaux de médecins**, les médecins de famille font partie d'un groupe de médecins lié contractuellement avec la caisse d'assurance maladie. Ici, les réseaux s'engagent à assurer la formation continue systématique des médecins. Ceci a lieu d'une part dans des cercles qualité: les médecins se rencontrent régulièrement pour parler de cas particuliers complexes, pour déceler les éventuelles erreurs de traitement ou évaluer de nouvelles thérapies. Par ailleurs, les réseaux s'engagent à un contrôle systématique de la gestion. Les réseaux de médecins assument fréquemment de manière collective le risque financier (coresponsabilité du médecin en matière budgétaire sous forme d'un système de bonus/malus ou contrat de capitation). Ils reçoivent une rémunération pour les frais supplémentaires liés à la gestion et la qualité du travail. Des exigences similaires s'appliquent aux **centres de santé HMO**. La plupart d'entre eux appartiennent à des compagnies d'assurance maladie et les médecins sont salariés. Les autres appartiennent à des médecins.

En Suisse il existe près de 90 réseaux de médecins et HMO. Près de **la moitié de l'ensemble des fournisseurs de prestations de base** s'engage dans les réseaux de médecins. Deux réseaux sur trois ont conclu des accords de **coresponsabilité du médecin en matière budgétaire** avec les assureurs maladie.

¹ Dans certaines régions (p. ex. dans le canton de Thurgau), les assurés peuvent aujourd'hui déjà choisir un spécialiste comme premier contact médical.

Caractéristiques d'un réseau de médecins (basées sur la définition de med-swiss.net)

- **Basé sur les médecins:** formé par les fournisseurs de prestations et destiné aux soins de santé
- **Caractère contraignant:** collaboration régie par voie contractuelle entre les médecins, les fournisseurs de prestations externes au réseau et les répondants des coûts
- **Philosophie commune:** action sur la base de processus de traitements convenus, structures organisationnelles d'entreprise et culture de suivi commune
- **Care Management:** gestion des prestations de santé tout en un, chaque fois que c'est possible
- **Basé sur les besoins:** se base de manière conséquente sur les besoins des patients
- **Basé sur la qualité:** s'engage pour une qualité de soins supérieure
- **Conscience des coûts:** gestion économe des moyens existants

Dans les modèles impliquant un **Call Center médical** ou les modèles de télémédecine, les assurés sont tenus, en cas de problème de santé, de consulter d'abord par téléphone. Ici des professionnels de la santé donnent des indications et des recommandations ou enjoignent le patient de consulter un médecin ou de se rendre à l'hôpital. Dans ces modèles, il existe un contrat spécifique entre les assurés et le Call Center. La gestion est plutôt ponctuelle et se limite actuellement en général à un appel. Les offres de traitement et de suivi ultérieur pour certains patients sont toutefois possibles par télémédecine et sont également en partie proposées.

B) **Les modèles non contractuels (modèles basés sur des listes de médecins, modèles light)** ne sont pas régis par une quelconque réglementation contractuelle entre les assureurs et les médecins. Ces modèles sont des produits d'assurance pour lesquels les assureurs définissent des listes de fournisseurs de prestations, d'où leur nom de «modèles basé sur des listes de médecins». Les modèles basés sur des listes reposent également sur un choix restrictif quant au fournisseur de prestation. Ils sont controversés pour les raisons suivantes:

- Les réseaux de médecins et les médecins qualifient les modèles basés sur des listes de pseudo modèles ou de modèles light en raison du manque de partenariat contractuel. Les points de litige résident dans les listes de fournisseurs de prestations médicales établies par les assureurs, ainsi que dans le manque de caractère contraignant. De cette manière, on favorise la sélection des risques et entrave fortement le développement des soins intégrés.
- Les assureurs sont convaincus que les modèles basés sur des listes sont pertinents dans les régions où il n'existe pas de modèles contractuels (réseaux de médecins / HMO) et doivent être proposés comme possibilité d'économie de coûts. Le comportement des assurés doit également être récompensé dans ce type de modèles. Les assureurs contestent le fait que les modèles basés sur des listes puissent constituer un obstacle aux soins intégrés et se fondent ici sur les chiffres existants, en effet la part de tous les MAA est en hausse.

Des modèles intégrés dans l'évolution

Le *gatekeeping* est l'instrument de gestion central des modèles actuels. En coordonnant les transferts vers les spécialistes ou le milieu hospitalier, les *gatekeeper* sont supposés éviter les doubles examens et les traitements inutiles. Cela fonctionne très bien pour les petits bobos et pour certaines maladies.

Les soins intégrés et la gestion sont toutefois surtout pertinents lorsque de nombreux traitements multiples et / ou suivis doivent être coordonnés et adaptés les uns aux autres: en cas de **maladies chroniques complexes** et pour les patients nécessitant un suivi à long terme, car dans ces cas précis, les soins intégrés constituent une **optimisation de la qualité du traitement**, la **garantie de la sécurité des soins** et **l'augmentation de l'effectivité des coûts**. C'est précisément à ces patients que

s'adressent les soins intégrés. C'est pourquoi, il serait judicieux de baisser la participation aux frais, en plus des réductions de primes pour susciter un attrait supplémentaire.

Les soins intégrés vus par les principaux protagonistes

Étant donné les différentes fonctions et les différents intérêts des protagonistes, il n'est pas surprenant que leur vision des principes (légaux) et des attraits sur le plan des développements futurs soient encore très divergente dans de nombreux domaines. Leurs positions respectives sont les suivantes:

Point de vue des réseaux de médecins:

1. Les réseaux de médecins reposent sur le principe d'un contrat liant les assureurs et le réseau de médecins / de soignants (groupe de fournisseurs de prestations). Les contrats avec des médecins individuels doivent être une exception. Dans un contrat avec un réseau de médecins, les modalités de la collaboration, l'offre de prestations (reprise éventuelle des prestations non obligatoires) et leur rétribution sont réglées. En outre, une coresponsabilité du médecin en matière budgétaire ou une participation aux risques ainsi que des mesures d'assurance qualité et leur rétribution sont définies. Dans un réseau de médecins, les économies réalisées (économies de logistique incluses) restent dans le système du contrat de soins.
2. Dans les réseaux de médecins, un médecin ou une équipe dirigée par un médecin qui assure le suivi, constituent le premier contact pour le patient. Ils coordonnent ensuite toutes les informations et tous les traitements nécessaires et garantissent les relations et la coordination des fournisseurs de prestations impliqués dans le traitement du patient. Les réseaux de médecins sont organisés de manière autonome. Le réseau régit la collaboration avec les spécialistes et les autres fournisseurs de prestations, notamment les hôpitaux. Les réseaux de médecins définissent et assurent un concept qualité avec les indicateurs qualité correspondants et présentent les résultats obtenus.
3. Les assurés et les fournisseurs de prestations doivent pouvoir choisir librement d'adhérer à un modèle de soins intégrés, à savoir un réseau de médecins ou de sortir d'un tel modèle. Les contrats de plus longue durée (supérieurs à un an) doivent être possibles. Les assurés des modèles intégrés doivent être avantagés financièrement par rapport aux assurés conventionnels (réduction de prime, franchise différenciée).

Point de vue des assureurs:

1. Dans les modèles alternatifs d'assurance, les assurés choisissent librement de restreindre leur choix de fournisseurs de prestations. Cela permet de mieux coordonner les soins et de diminuer les coûts du traitement comme cela a été démontré. Les coûts et les franchises moins élevés doivent être répercutés sur les assurés. Les réseaux de médecins doivent assumer la responsabilité budgétaire et percevoir une rétribution pour la gestion.
2. Les réglementations légales existantes permettent une grande diversité de modèles alternatifs d'assurance. Celle-ci ne doit pas être restreinte. Les fournisseurs de prestations et les assureurs doivent pouvoir définir des modèles spécifiques, adaptés aux particularités et aux besoins des assurés, librement. En particulier, il convient de renoncer à une obligation contractuelle car cela risquerait de nuire à la flexibilité, au potentiel d'économie et à l'élargissement géographique. Par ailleurs, les contrats de plusieurs années et l'acceptation de prestations non obligatoires devront être possibles à l'avenir.
3. Une compensation de risque différenciée réduit la sélection des risques par les assureurs (par exemple des caisses peu chères) et encourage les soins intégrés en matière de qualité et de rentabilité. Reste à savoir si la compensation des risques affinée prévue pour 2012 doit encore être développée compte tenu des principes scientifiques à élaborer.
4. La palette des attraits potentiels doit être élargie de manière à ce que les soins intégrés ou les modèles alternatifs d'assurance soient plus attrayants pour les assurés malades. Cela signifie, qu'en plus des réductions de prime, on devrait mettre en place des participations aux frais différenciées (franchise différenciée).

Point de vue des patients:

1. Les expériences réalisées jusqu'ici avec les modèles alternatifs d'assurance montrent que les assurés comme les patients attachent de l'importance à la liberté de choix. Par conséquent, les assurés et les patients doivent pouvoir choisir, dans le cadre de l'assurance de base, entre des «modèles gérés» et des «modèles sans gestion».
2. Les modèles et les produits d'assurance des soins intégrés ne se justifient pas uniquement par des coûts de traitement inférieurs comme cela a été démontré. Une meilleure coordination et une meilleure gestion des soins doivent se traduire par une meilleure qualité comparativement à un «traitement sans gestion» (ou au moins de qualité égale). Pour cela il est nécessaire d'élaborer des méthodes et des mesures adaptées.
3. Pour les patients, le résultat final (outcome) et la sécurité des soins ainsi que le suivi restent déterminants. C'est pourquoi, nous devons trouver des incitations pour motiver les fournisseurs de prestations (intégrés) à améliorer constamment leurs résultats et leurs performances et les rendre accessibles aux patients.

Synthèse: conditions pour des compromis intelligents

Les protagonistes s'accordent globalement sur les points suivants:

- Les soins intégrés permettent une meilleure qualité de soins et un meilleur rapport coûts / bénéfices grâce à une coordination et une gestion imposée.
- L'efficacité des coûts et l'optimisation de la qualité interviennent principalement là où les règles de coordination et de gestion entre les fournisseurs de prestations et les assureurs sont régies de manière contractuelle.
- Les soins intégrés seront à l'avenir tout particulièrement importants dans les maladies chroniques complexes et chez les patients nécessitant un suivi à long terme.
- Les soins intégrés encouragent l'accès et l'échange électronique d'informations relatives au patient entre les équipes soignantes tout au long de la chaîne de traitements grâce au système eHealth garantissant la confidentialité des données.
- Dans le cadre des contrats entre assureurs et réseaux de médecins, il existe actuellement déjà un assouplissement de l'obligation contractuelle qui est tout à fait pertinente.
- Une plus grande efficacité des coûts et une optimisation de la qualité sont de l'intérêt de tous les protagonistes: les fournisseurs de prestations, les assureurs et les patients.
- Les assurés optant pour un modèle alternatif d'assurance doivent être avantagés financièrement (réductions de primes, franchises différenciées).
- La qualité des soins et du traitement (outcome, performance) doit être évaluée de manière renforcée et rendue accessible.
- Les assurés doivent être libres dans leur choix de produits d'assurance et les prestataires de santé dans le choix de leur modèle de soins.
- L'affinement de la compensation des risques qui entrera en vigueur en 2012 est une bonne chose et doit être encore développé.

Un consensus fondamental doit encore être trouvé sur le point suivant:

- La possibilité de proposer des modèles non contractuels et des modèles de listes de médecins sans restriction. Les assureurs la réclame, les réseaux de médecins y sont opposés. Le compromis suivant pourrait être envisagé:

Les assureurs ne proposent des modèles de listes que là où les modèles contractuels ne sont pas possibles. Pour les modèles contractuels, on applique la procédure de fixation du tarif conformément à la LAMal si les partenaires ne parviennent pas à un accord. Au cours de la procédure de fixation du tarif, les MAA restent inchangés. De cette manière, on évite comme dans l'assurance de base conventionnelle, que les assurés concernés ne subissent un préjudice lorsque les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'accorder.

Les modèles de soins intégrés ne peuvent pas être proposés et développés uniquement par un partenaire du système de santé publique faisant cavalier seul. Les compromis intelligents ne sont possibles que dans le dialogue entre les partenaires et nécessitent une préparation avant toute prise de décision. Il faut une table ronde réunissant des participants désireux d'aller de l'avant: patients, politiques (niveau fédéral et cantonal), assureurs, réseaux de médecins et chambre des médecins.

Pour tout renseignement complémentaire, Forum Managed Care se tient à votre entière disposition.

Winterthur, le 14 avril 2009

Forum Managed Care
Pflanzschulstrasse 3

8400 Winterthur
Tél. 052 235 05 53

info@fmc.ch

www.fmc.ch