

# Réseaux de soins intégrés : tournés vers l'avenir et ouverts à la concurrence

## dossierpolitique

26 mars 2012

Numéro 6

**Oui aux réseaux de soins intégrés.** Cette importante réforme de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), aussi connue sous le nom de « managed care » a été adoptée après plus de sept années de délibérations parlementaires difficiles. Le projet poursuit deux objectifs : premièrement, encourager légalement les modèles de soins intégrés, qui ont fait leurs preuves, et, deuxièmement, doter la compensation des risques entre les assureurs maladie de bases plus équitables. Le consensus négocié démontre la capacité du Parlement à proposer des réformes en matière de politique de la santé. Des médecins spécialisés et des groupements de gauche ont toutefois lancé le référendum, de sorte que le dernier mot reviendra au peuple le 17 juin 2012. Le comité référendaire s'oppose principalement aux incitations financières offertes aux assurés adhérant à un réseau, ainsi qu'à la coresponsabilité budgétaire obligatoire des médecins.

### Position d'economiesuisse

▶ L'avenir est au travail d'équipe dans le domaine médical. C'est précisément ce que le projet met en place : le modèle des soins intégrés place les médecins de famille et les réseaux de soins au centre du système, ce qui renforce la médecine générale comme fondement du système de la santé.

▶ Le projet accroît la concurrence en matière de prestations au sein du système de santé. De plus, il intègre le facteur de la morbidité dans la compensation des risques. En conséquence, la chasse aux bons risques perd de son attrait.

▶ Le projet de réseaux de soins intégrés constitue la première réforme d'envergure dans le segment des soins ambulatoires. L'adoption du projet le 17 juin démontrera qu'il est possible de réformer le système de santé suisse.



## Qu'est-ce que les soins intégrés ?

► Les réseaux de soins intégrés sont avant tout un modèle qui coordonne les prestations médicales de manière optimale.

« Managed care », modèles de soins intégrés ou réseaux de médecins : ces termes sont souvent employés comme des synonymes. Que faut-il entendre par là ? Le terme de soins intégrés couvre fondamentalement une réalité très large. Il s'agit avant tout d'un concept de répartition dans le domaine des soins : les différentes étapes d'un traitement sont coordonnées par les fournisseurs de prestations de manière à éviter les doublons, les incidents ou les lacunes. Ensuite, il concerne le caractère obligatoire du suivi : des réseaux de médecins règlent par contrat les modalités de leur collaboration avec les assureurs<sup>1</sup>.

Quelles sont les caractéristiques de ces modèles contractuels ? Les réseaux sont constitués de médecins et visent à fournir des soins. Les patients sont traités conformément aux processus convenus, sachant que le suivi doit être autant que possible le fait d'un acteur unique (intégration). Les réseaux de médecins tiennent compte de la demande et visent à garantir des prestations de qualité tout en limitant les coûts. Ils sont liés aux assureurs maladie par contrat. Les modèles les plus contraignants prévoient en outre une coresponsabilité budgétaire du médecin vis-à-vis du réseau. La responsabilité financière est répartie entre les deux parties, sachant que les risques élevés (les cas entraînant contre toute attente des coûts élevés) sont, bien évidemment, assumés par l'assureur maladie.

► Les systèmes de santé sont de plus en plus complexes : les offres sont si nombreuses qu'il devient difficile pour les patients de s'y retrouver.

Les systèmes de soins intégrés ont déjà fait leurs preuves en Suisse et sont devenus incontournables à notre époque. La fourniture des soins médicaux s'est en effet complexifiée ces dernières années : l'innovation a étendu l'offre en matière d'instruments de diagnostic et de méthodes de traitement. De ce fait, il est plus difficile pour les patients de trouver le processus adéquat au niveau du diagnostic ou du traitement. À cela s'ajoute que le vieillissement de la population a multiplié les tableaux cliniques complexes et chroniques. Des consultations individuelles auprès de plusieurs médecins qui ignorent tout des autres sont non seulement coûteuses, mais également dangereuses pour la santé.

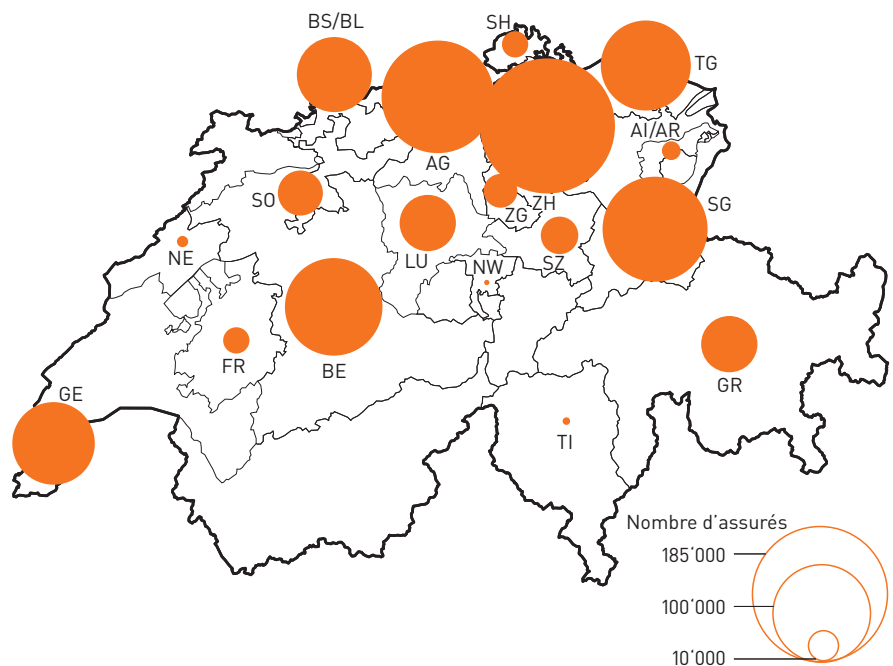
En Suisse, les réseaux de médecins suivent 1,3 million d'assurés. Depuis 2004, la part des modèles de soins intégrés a triplé. Au fil du temps le caractère obligatoire des réseaux s'est renforcé. Leur répartition géographique est, quant à elle, très irrégulière : ils sont presque omniprésents outre-Sarine et peu nombreux dans le reste de la Suisse.

<sup>1</sup> Des modèles non contractuels (avec listes, modèles light, etc.) sont considérés comme faisant partie des soins intégrés. Ceux-ci ne prévoient pas la conclusion d'un contrat entre les différents médecins et l'assureur maladie. Nous n'en tenons pas compte, car ils ne sont pas concernés par la réforme.

**Graphique 1**

► La moitié des médecins de base et plus de 400 médecins spécialisés sont actuellement affiliés à des réseaux de médecins. Ils suivent 1,3 million de patients environ, soit 16 % des assurés – deux fois plus qu’en 2008 et trois fois plus qu’en 2004. Dans certaines régions, comme dans le canton de Thurgovie, un assuré sur trois est affilié à un réseau de soins.

### Une centaine de réseaux de médecins sont actifs en Suisse – ils couvrent l’ensemble de nombreux cantons



Source : « Forum Managed Care : Fakten Integrierte Versorgung in der Schweiz 2010 » (© Forum Managed Care).

### Que demande le projet ?

► Au-delà de la promotion des modèles de soins intégrés, le projet entend aussi améliorer la compensation des risques entre les assureurs maladie.

Le projet vise à réaliser deux réformes importantes : premièrement, encourager légalement les modèles de soins intégrés, qui ont fait leurs preuves, et, deuxièmement, affiner la compensation des risques entre les assureurs maladie.

Les soins intégrés sont mis en œuvre via des réseaux de médecins autonomes<sup>2</sup>. Aujourd’hui, une centaine de réseaux ont déjà vu le jour. Le projet introduit des incitations financières en faveur de ces réseaux afin qu’un nombre croissant d’assurés privilégient ces solutions. Cependant, les personnes au bénéfice de l’assurance de base ont toujours le choix d’adhérer ou non à un réseau de soins intégrés.

**Graphique 2**

► Le projet relatif aux soins intégrés est un projet législatif équilibré qui améliorera les soins au niveau de l'assurance de base. La réforme entend faire des modèles de soins intégrés, qui ont déjà fait leurs preuves, une nouvelle norme. En cas de maladie, le patient s'adresse toujours d'abord à son médecin de famille qui, si nécessaire, l'envoie chez des spécialistes, des établissements de soins stationnaires ou d'autres fournisseurs de prestations. Le libre choix du patient reste garanti au sein du réseau ; les patients qui le souhaitent peuvent opter pour le libre choix du médecin dans l'ensemble du système de soins.

► Qu'une grossesse se déroule avec ou sans complications n'aura plus d'incidence sur la participation aux coûts.

**Avant et après la réforme**

## Avant la révision

## Standard :

- Coordination non obligatoire
- Libre choix du médecin

## Choix :

- Coordination obligatoire
- Libre choix du médecin restreint aux membres d'un réseau

## Après la révision

## Standard :

- Coordination obligatoire
- Libre choix du médecin restreint aux membres d'un réseau

## Choix :

- Coordination non obligatoire
- Libre choix du médecin

Source : Forum Managed Care

Une compensation des risques entre caisses maladie affinée tiendra désormais compte de la morbidité : le séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente (plus de trois jours) et la morbidité des assurés sont des éléments décisifs pour un risque de maladie accru. La morbidité devra se refléter par l'utilisation d'indicateurs appropriés dans les dispositions d'exécution.

Autre petite modification, la participation aux coûts en cas de grossesse sera réglée de manière plus équitable. Le projet supprime la distinction entre la grossesse en elle-même et les complications qui peuvent survenir. Le fait qu'une femme connaisse une grossesse sans problème ou qu'elle soit confrontée à des complications n'aura plus d'incidence sur la participation aux coûts. Aujourd'hui, une femme qui subit des complications doit payer la participation aux coûts pour les traitements concernés. La réforme supprime cette réglementation perçue comme inéquitable.

**Pierres angulaires du projet<sup>3</sup>****1. Définition du réseau de soins intégrés ancrée dans la loi**

- «Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux constitue un réseau de soins intégrés. Dans un tel réseau, le processus thérapeutique des assurés est conduit tout au long de la chaîne thérapeutique. Le réseau de soins intégrés doit garantir l'accès à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins.»
- Les fournisseurs de prestations sont libres de s'affilier à un réseau, personne ne peut les y forcer.
- Indépendance des assureurs maladie. Les participations financières ne sont pas autorisées.
- Liberté de décision quant à l'organisation interne des réseaux.

## 2. Contrats entre les fournisseurs de prestations et les assureurs

- Le contrat règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations.
- Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière des soins médicaux fournis aux assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle (coresponsabilité budgétaire).
- Des conventions contractuelles flexibles sont possibles : garantie de la qualité – collaboration – échange de données – rémunération.
- Les contrats ne doivent plus être soumis au Conseil fédéral pour approbation. Celui-ci peut cependant fixer des exigences de qualité auxquelles les réseaux doivent répondre.
- Des possibilités sont prévues pour les prestations allant au-delà de celles couvertes par l'assurance de base.

## 3. Contrats entre les assureurs et les assurés

- L'assureur peut conclure des contrats pour une durée de trois ans au plus, mais des contrats d'une année doivent rester possibles. De plus, les contrats pluriannuels doivent être accompagnés d'une réduction de prime.
- Les modifications du contrat d'assurance pendant la période d'assurance sont possibles pour une des raisons suivantes :
  - modifications importantes des conditions d'assurance ;
  - augmentation supérieure à la moyenne de la prime ;
  - contre paiement d'une prime de sortie convenue par voie contractuelle.

## 4. Primes et participations aux coûts

- Dans le modèle des soins intégrés les primes sont plus basses et des ristournes possibles.
- La participation aux coûts est plus basse, elle peut même être supprimée !
- La participation aux coûts se monte à 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) pour les prestations qui ont été fournies ou prescrites dans le cadre d'un réseau de soins intégrés. Elle est de 15 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) pour les modèles d'assurance standard.
- Le montant maximal annuel de la quote-part est de 500 francs pour les assurés affiliés à un réseau de soins intégrés. Sinon, le montant maximal annuel de la quote-part est de 1000 francs.
- Le Conseil fédéral fixe la franchise.

## 5. Autres modifications importantes prévues

- Une compensation des risques affinée avec des indicateurs de morbidité supplémentaires évite la chasse aux bons risques.
- La participation aux coûts est supprimée pendant la grossesse, également en cas de complications. Ainsi, les femmes confrontées à des complications ne seront plus pénalisées par rapport à celles qui connaissent une grossesse sans complications.

## 6. Délais transitoires

- Pour l'indépendance des caisses d'assurance maladie : 5 ans.
- Pour le développement de réseaux de soins intégrés : 3 ans. Pendant cette période, la participation aux coûts actuelle est maintenue.

## Appréciation du projet dans l'optique de la politique de la santé

► Le projet tient compte des principales exigences de l'économie à l'égard d'un système de santé moderne.

Dans ses lignes directrices pour la politique de la santé (2011), economiesuisse demande davantage de transparence, de concurrence et de responsabilité individuelle dans le domaine de la santé ainsi qu'un accès généralisé à des prestations de qualité élevée qui doivent être financées durablement. Le projet des réseaux de soins intégrés satisfait à ces exigences.

Dans l'assurance de base, les modèles de soins intégrés encouragent la transparence et créent des synergies. Ils améliorent aussi la qualité des traitements. L'accès à des méthodes de traitement innovantes reste entièrement garanti. Afin que la concurrence puisse fonctionner, la Confédération ne peut rendre les modèles de soins intégrés obligatoires ni fixer trop précisément leurs modalités. La loi doit tout au plus définir des conditions-cadre. Il suffit qu'un modèle présente certaines caractéristiques, comme la participation des fournisseurs de prestations à la responsabilité budgétaire. C'est précisément ce que prévoit la réforme. Les dispositions de la future ordonnance doivent être fidèles à cet esprit, afin que la réforme soit mise en œuvre correctement au regard des principes économiques.

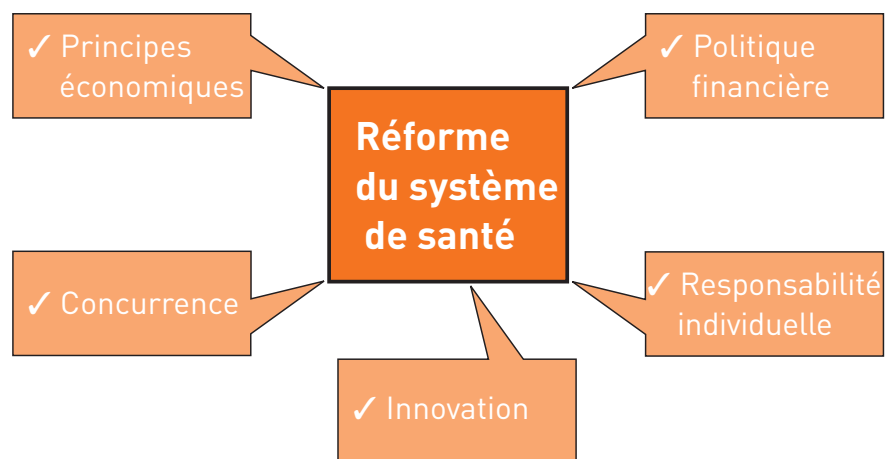
► Les modèles de soins intégrés déchargent l'assurance de base sur le plan financier, car ils peuvent fournir efficacement des soins de qualité élevée.

Aux yeux d'economiesuisse, il est judicieux d'introduire des modèles de soins intégrés à large échelle dans l'assurance de base. Ils pourraient même devenir la norme dans ce segment. La différenciation des taux de participation aux coûts constitue une incitation en faveur des soins intégrés. De plus, ces modèles, qui offrent une qualité supérieure à des conditions plus avantageuses, soulagent les finances des collectivités.

### Graphique 3

► En 2011, economiesuisse a formulé des lignes directrices en matière de politique de la santé pour l'évaluation de projets dans l'optique économique. La présente réforme satisfait les critères et contribue fortement à un développement innovant du système de santé.

### Les modèles de soins intégrés satisfont des critères de politique économique essentiels



Source : economiesuisse

## Les deux principaux arguments en faveur des soins intégrés

### 1. Les soins intégrés améliorent la qualité

► Plusieurs analyses scientifiques ont déjà montré que les soins intégrés peuvent fournir de meilleures prestations que le système traditionnel.

La qualité en matière de soins est difficile à mesurer. Néanmoins, il existe un faisceau de preuves indiquant que la qualité des soins est meilleure dans les modèles de soins intégrés que dans les systèmes fragmentés. Un premier élément réside d'explication dans l'organisation des réseaux en soi. La qualité n'est pas qu'une formule sur le papier, elle est réellement mise en place par le biais de processus de traitement normalisés. Le suivi des patients est fondé sur la qualité et assuré d'une même main. Dans un modèle fragmenté, le patient n'est guidé que ponctuellement. En outre, il ne l'est pas dans l'optique de la qualité, mais de manière aléatoire : le suivi varie selon la situation et le fournisseur de prestations. La qualité supérieure des soins dans les modèles intégrés a aussi été prouvée scientifiquement. Outre la stratégie en matière de qualité (utilisation de lignes directrices, par exemple) en tant qu'indicateur de qualité, Methrotra et al. (2006)<sup>4</sup> ont analysé des prestations spécifiques comme les contrôles ophtalmologiques en cas de diabète. Les auteurs ont observé une qualité supérieure dans les modèles intégrés d'une certaine envergure qui échangent des données électroniques. La méta-analyse<sup>5</sup> d'Ouwens et al. (2005)<sup>6</sup> indique que l'état de santé des patients affiliés à un modèle intégré est meilleur, qu'ils ont une meilleure qualité de vie et un taux d'hospitalisation inférieur. Focalisée sur l'Europe, la recherche bibliographique de Berchtold et Hess (2006) présente moins de preuves empiriques, faute d'études adéquates<sup>7</sup>.

### La coordination des traitements amène clairement un gain de qualité

#### Tableau 1

► La coordination des traitements au sein de réseaux de médecins est moins lacunaire et réduit le risque de malentendus. Une amélioration des soins permet d'éviter nombre de conséquences négatives. Dana P. Goldman et Elizabeth McGlynn ont présenté des chiffres effrayants pour le système de santé américain.

Maladie	Suivi insuffisant	Conséquences qui auraient pu être évitées/morts
Diabète	40 % : pas de mesure du taux de glycémie 24 % : pas de contrôle du taux de glycémie	2'600 cas de cécité 29'000 cas de déficiences rénales
Hypertension artérielle	58 % : pas de contrôle de la tension artérielle	68'000 morts
Infarctus du myocarde	39 % - 55 % : pas de thérapie médicamenteuse alors qu'elle serait nécessaire	37'000 morts
Infections pulmonaires	36 % des 65 ans + pas de traitement adapté	10'000 morts
Cancer du côlon	62 % : pas de dépistage	9'600 morts

Source : « Themendossier Gesundheitspolitik, Ausgabe 2/10 » d'Interpharma, accessible sous <http://www.interpharma.ch/de/politik/managed-care.asp>

<sup>4</sup> Mehrotra, Ateev ; Epstein, Arnold M. ; Rosenthal, Meredith B. : Do Integrated Medical Groups Provide Higher-Quality Medical Care than Individual Practice Associations ? Ann. Intern. Med. 5 décembre 2006 145 : pp. 826-833.

<sup>5</sup> Une méta-analyse évalue plusieurs études existantes. Cela donne une vue d'ensemble de la littérature scientifique.

<sup>6</sup> Ouwens, Marielle ; Wollersheim, Hub ; Hermens, Rosella ; Hulscher, Marlies ; Grol, Richard : Integrated care programmes for chronically ill patients : a review of systematic reviews. Int. J. Qual. Health Care (2005) 17 (2) : pp. 141-146.

<sup>7</sup> Berchtold, Peter ; Hess, Kurt : Evidenz für Managed Care. Document de travail de l'Obsan, janvier 2006.



► Des modèles intégrés coûtent moins cher que le système traditionnel.

► Pour motiver leur opposition, les adversaires du projet invoquent, entre autres, la coresponsabilité budgétaire des médecins membres des réseaux.

► Le libre choix du médecin reste acquis – avec certaines restrictions selon le modèle d'assurance choisi.

## 2. Les soins intégrés permettent de réduire les coûts

Presque toutes les études arrivent à la conclusion que les coûts des modèles intégrés sont inférieurs à ceux des systèmes fragmentés. Cependant, les économies de coûts réalisées grâce aux réseaux varient fortement selon les modèles de soins et les modalités de calcul. La distorsion de la sélection joue un rôle clé pour une comparaison correcte des coûts. En effet, les assurés affiliés à un modèle de soins intégrés ont souvent un profil différent des autres. Ainsi, un nombre supérieur à la moyenne de personnes en bonne santé adhèrent à ces modèles. Au fil du temps, les populations s'uniformisent en ce qui concerne la morbidité, car les personnes affiliées à un modèle de soins intégrés, qui vivent plus longtemps, finissent aussi par solliciter davantage de prestations. Au vu de ce qui précède, les comparaisons à long terme et les modélisations fournissent les comparaisons les plus fiables. Une étude très minutieuse de Beck et al. (2010)<sup>8</sup> a chiffré le potentiel d'économies à 5 % voire 25 % selon le modèle et la distorsion de la sélection (estimation prudente). On peut donc partir du principe que des modèles intégrés sont nettement moins coûteux – sans que leur qualité soit inférieure. L'ampleur des économies de coût varie considérablement selon le type de réseau.

## Les opposants ont tort

Le comité référendaire s'est formé en premier lieu par opposition aux incitations financières prévues pour les assurés et à la coresponsabilité budgétaire obligatoire des médecins. Il en résulte une alliance inhabituelle entre les médecins spécialisés et les partis de gauche, qui se reflète dans les arguments opposés au projet. Les médecins spécialisés craignent une « médecine d'État »<sup>9</sup>, tandis que le PS suisse brandit le spectre d'une « médecine à deux vitesses » et voit dans le paquet de réformes un « pas de plus vers une commercialisation du système de santé »<sup>10</sup>. Bien que les assurés restent libres de choisir entre le modèle actuel fragmenté et les réseaux de soins, les adversaires au projet « managed care » parlent de « perte de la liberté de choix ». Dans le détail, leur opposition repose sur les six arguments suivants, que nous allons réfuter l'un après l'autre.

### 1. Le libre choix du médecin est maintenu

Les opposants craignent la suppression du libre choix du médecin, arguant que l'État ne doit pas imposer des réseaux et mettre les patients sous tutelle. Cet argument est faux à plus d'un titre. D'abord, l'État n'interdit rien aux patients. Les assurés restent libres de choisir le modèle qui leur convient. Les primes et le choix en matière de prestataires varient selon le contrat d'assurance souscrit. Il n'y a aucun changement par rapport à la situation actuelle. Ce qui change, c'est que les assurés peuvent choisir le modèle des réseaux de soins, avec une participation réduite aux coûts. Avec les différents niveaux de franchises, c'est donc un choix supplémentaire qui s'offre à eux. Les patients choisissent librement un réseau et, à l'intérieur de celui-ci, leur médecin de confiance. Ce médecin les dirige ensuite vers les spécialistes qui font partie du réseau<sup>11</sup> et c'est uniquement à cet égard que le choix est limité. Le libre choix du médecin

<sup>8</sup> Beck, Konstantin ; Käser Urs ; Trottmann, Maria ; von Rotz, Stefan : Efficiency Gains thanks to Managed Care ? – Evidence from Switzerland

<sup>9</sup> Communiqué de presse de la Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO) du 1er novembre 2011

<sup>10</sup> Communiqué du PS suisse du 3 décembre 2011 lors de l'assemblée des délégués à Lucerne

<sup>11</sup> Sur le principe, un réseau peut prendre en compte tous les spécialistes qu'il veut, mais il peut également limiter la liste des spécialistes accessibles.

dans le modèle standard est souvent surestimé, car la majorité des patients font déjà confiance à leur médecin lorsque celui-ci les oriente vers un spécialiste. Il est très rare que quelqu'un ignore le conseil et l'intervention de son médecin et opte pour un autre spécialiste. Les patients sont même soulagés de se voir ainsi aiguillés de manière compétente. C'est sur ce même principe que fonctionne le modèle des réseaux de soins. Et à titre de service additionnel, le modèle intégré améliore la coopération entre les divers prestataires, ce qui augmente la sécurité et la qualité des traitements.

L'État n'impose pas de réseaux, il en fixe le cadre légal. Cette approche est judicieuse, car elle permet de préciser, dans les textes de lois, les critères de qualité auxquels les modèles intégrés doivent satisfaire. La variété de modèles n'en souffre aucunement. Ceux-ci doivent juste remplir certaines conditions pour arborer l'appellation légale de «réseaux de soins», ou managed care. Cette définition est essentielle et bénéficie du soutien d'experts faisant autorité<sup>12</sup>.

► Les réseaux de santé en place ont fait leurs preuves.

### 2. Aucune obligation de s'affilier à un réseau de soins

Les adversaires du projet rejettent «la contrainte des réseaux de soins». Cette crainte est totalement infondée, car la liberté de choix entre le modèle standard existant et le modèle intégré est et reste garantie. Les opposants exigent que les réseaux de soins intégrés fassent d'abord leurs preuves sur le marché libre. Après tout, un sixième des assurés a déjà opté pour cette solution. Le problème qui se pose est le suivant : dans les réseaux existants, le pourcentage de personnes en bonne santé est supérieur à la moyenne. Face à la compensation insuffisante des risques, les assureurs n'ont en effet aucun intérêt à affilier des malades chroniques. Ces modèles sont pourtant les seuls à permettre des soins de santé sans failles pour les personnes qui doivent faire appel à des prestations coûteuses. Pour les assurés qui n'ont pas besoin de traitement médical, peu importe à quel genre de modèle ils souscrivent. À ce jour, les modèles de réseaux de soins n'ont donc pas pu pleinement valoriser leurs atouts en matière de qualité et d'efficacité des coûts. L'affinement de la compensation des risques est éminemment important dans ce projet car alors seulement, les assureurs, les malades chroniques et les réseaux agiront vraiment de concert.

► La loi contient suffisamment de mesures d'incitation pour que les réseaux fournissent des prestations d'excellente qualité.

### 3. Pas de distorsion négative du marché – la qualité augmente

Les adversaires craignent une distorsion du marché et une détérioration de la qualité. Selon eux, le projet de réseaux de soins récompense tous les réseaux, même ceux qui travaillent mal, ce qui ferait baisser la qualité. Cet argument n'est pas pertinent car les contrats sont négociés entre les différents réseaux et l'assurance maladie. Il en résulte des modèles de rémunération modulés selon la performance du réseau. L'indemnisation des réseaux passe d'abord par leur succès sur le marché, puis par la coresponsabilité budgétaire. Plus le nombre d'assurés acquis à un réseau est grand et mieux ils sont gérés, coordonnés et traités, plus les recettes sont élevées. Grâce à l'indemnisation contractuelle, il reste de l'argent dans le réseau si le rapport coût-efficacité dans l'utilisation des ressources est bon et si les traitements sont efficaces. La coresponsabilité budgétaire n'y change rien. Vu le caractère durable des relations entre assureurs, assurés et réseau, ce dernier n'a aucun intérêt à économiser des coûts dans le court terme et prodiguer des soins de mauvaise qualité aux assurés. Le contre-coup ne se ferait pas attendre, avec des assurés qui rejoindraient un autre réseau et des assureurs qui ajusteraient les contrats vers le bas. Récompenser les réseaux favorise donc non seulement la concurrence, mais aussi la qualité.

<sup>12</sup> Berchtold & Hess (2006)

► Aucun risque de santé à deux vitesses : Le libre choix du médecin reste abordable pour tous.

#### Tableau 2

► D'après le projet de révision, la quote-part maximale tombe à 500 francs dans un modèle intégré. Des ristournes sont également prévues par rapport à la prime moyenne : les assureurs accorderont des rabais. Ainsi, le modèle intégré sera plus avantageux que le système en place. Les personnes qui resteront dans le modèle actuel fragmenté devront donc payer 500 francs de plus qu'aujourd'hui. Aux yeux de l'économie, le projet est aménagé de manière socialement acceptable.

► La qualité des soins de santé est documentée et devient transparente – il n'est dans l'intérêt d'aucun réseau d'offrir une mauvaise couverture à ses patients.

#### 4. Projet socialement acceptable

Les opposants prétendent que le libre choix du médecin deviendra hors de prix : « le libre choix du médecin deviendra extrêmement cher et ne sera plus abordable pour les salariés moyens »<sup>13</sup>. Il apparaît, si l'on se donne la peine de calculer la surcharge effective du modèle actuel en cas d'acceptation des réseaux de soins, que cet argument est purement polémique. Le soi-disant « luxe inabordable » représenterait ainsi un surcoût d'au maximum 300 francs par an, soit 82 centimes par jour, et encore faudrait-il générer des frais médicaux annuels d'au moins 6967 francs. Le tableau 1 met en comparaison les coûts des trois modèles.

#### Comparaison des primes, franchises et participations aux coûts

Montants annuel	Système actuel	Modèle intégré	Modèle avec libre choix du médecin
Prime moyenne (2012)	Fr. 4584.–	Max. Fr. 4584.–	Fr. 4584.–
Franchise minimale	Fr. 300.–	Fr. 300.–	Fr. 300.–
Quote-part	10 %	10 %	15 %
Quote-part maximale	Fr. 700.–	Fr. 500.–	Fr. 1000.–
Total max. en cas de coûts médicaux très élevés	Fr. 5584.–	Max. Fr. 5384.–	Fr. 5884.–
Variation maximale de ces coûts	–	Baisse de Fr. 200.–	Hausse de Fr. 300.–

#### 5. Coresponsabilité budgétaire et qualité

Les adversaires critiquent la coresponsabilité budgétaire qui, à leurs yeux, inciterait à économiser sur la fourniture de soins. Cet argument est un peu léger. Une incitation n'est en soi pas une mauvaise chose. La tarification influence toujours la structure d'incitation. Ainsi, le catalogue de prestations individuelles aurait tendance à favoriser l'excès de soins, tandis que les forfaits d'après le nombre d'actes médicaux encourageraient la limitation des soins. D'une manière générale, il est donc important de comprendre les changements dans la structure des mesures d'incitation et de prendre des mesures correctives.

Toute entreprise de services assume une responsabilité budgétaire. En économie libre, la tentation de réduire la fourniture de services est omniprésente. Prenons l'exemple d'un coiffeur. Celui-ci veut couper les cheveux aussi vite que possible, sachant qu'une coupe rapporte un prix fixe. En augmentant son rythme de travail, il augmente son salaire horaire. Mais pourquoi travaille-t-il tout de même avec soin ? Parce qu'à la fin, il doit présenter la nouvelle coiffure, ce qui équivaut à l'assurance de la qualité. Pour cette même raison, l'assurance de base aussi a besoin d'un concept de la qualité tel qu'il est prévu dans la loi sur l'assurance-maladie. La qualité des soins doit être documentée et surveillée en conformité avec la loi. Cette approche permettra de prévenir les effets indésirables d'un approvisionnement excessif ou insuffisant.

Dans le projet de réseaux de soins intégrés, c'est une variante allégée de la responsabilité budgétaire, à savoir la coresponsabilité budgétaire, qui est proposée. La responsabilité financière est alors répartie par contrat et les réseaux

<sup>13</sup> Soziale Medizin du 28 octobre 2011: Kein Zwang zu Managed Care, deshalb Referendum! (Contre l'obligation des réseaux de soins, pour le référendum)

ne doivent supporter qu'une partie du risque financier. Ce genre de responsabilité budgétaire a moins tendance à susciter la réduction des prestations que les forfaits calculés en fonction du nombre d'actes médicaux. En plus, la coresponsabilité budgétaire empêche un approvisionnement excédentaire en soins, qui s'accompagnerait également d'une perte de qualité. Les prestataires, enfin, sont plus fortement impliqués dans le financement. L'impossible séparation entre prestation de services et financement est ainsi assouplie, ce qui aboutit à une meilleure convention tarifaire. Sans surprise aucune, la coresponsabilité budgétaire est donc fort bien acceptée : aujourd'hui, quatre-vingts pour-cent des réseaux de médecins en Suisse appliquent volontairement une formule de coresponsabilité budgétaire<sup>14</sup>.

► Le modèle des réseaux de soins peut accueillir des prestations qui vont au-delà des soins primaires dans l'assurance de base.

### 6. Renforcement des soins de santé de base

Le soutien accordé aux réseaux de médecins intégrés renforce l'approvisionnement en soins de base. D'ailleurs, les opposants au projet de loi ne le nient pas. Ils craignent cependant que ne s'instaurent deux systèmes parallèles pour l'approvisionnement en soins de base, dont les offres respectives pourraient évoluer dans des directions différentes<sup>15</sup>. Cette possibilité existe en effet, mais dans un sens à l'opposé de ce que craignent les opposants. Les soins couverts par l'assurance de base sont en effet garantis dans le modèle des réseaux de soins. Mieux encore : il est possible de convenir de soins qui vont au-delà de l'assurance de base, ce qui est interdit dans le modèle standard. Et comme la franchise et la prime commencent à un niveau plus bas dans le modèle intégré, il n'en résulte pas une société à deux vitesses telle que pronostiquée par les adversaires du projet. Au contraire, l'extension possible des prestations intervient sans inconvénient pour les groupes disposant d'un revenu plus faible.

► Les réseaux de soins sont un élément central de tout système de santé moderne. Nous avons à présent la chance de pouvoir concrétiser cette idée.

## Conclusion : les réseaux de soins sont prometteurs

La médecine intégrée prodiguée par des équipes est la médecine de l'avenir. Et c'est exactement ce que vise le projet de loi dit managed care : en plaçant les médecins généralistes et les réseaux de médecins au centre du système, il renforce ainsi la médecine généraliste comme base de notre système de santé. Des mesures d'incitation financière raisonnables favorisent le développement de cette forme d'organisation, qui a déjà fait ses preuves dans la pratique. Grâce aux soins intégrés, tous les patients peuvent accéder à une médecine de meilleure qualité, car les spécialistes de la santé coordonnent l'encadrement des patients, mettent à profit une plus grande liberté thérapeutique et assument davantage la responsabilité des coûts, ce qui augmente la sécurité et la qualité des traitements.

En 2008 déjà, l'étude « Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen » (Concurrence axée sur l'utilité dans le système de santé suisse) a identifié les réseaux de soins intégrés comme élément central d'un système de santé solide. Aujourd'hui, nous avons la possibilité de concrétiser cette analyse. L'économie soutient donc cette réforme en faveur d'un meilleur approvisionnement en soins de la santé.

<sup>14</sup> Berchtold, Peter : Managed-Care-Vorlage : Fördert oder behindert sie die Integrierte Versorgung ? (Projet dit de managed care : soutien ou frein aux réseaux de soins dans la santé publique ?) Bulletin des médecins suisses, 2012 ; 93 :4

<sup>15</sup> Soziale Medizin du 28 octobre 2011 : Kein Zwang zu Managed Care, deshalb Referendum! (Contre l'obligation des réseaux de soins, pour le référendum)

**Pour toutes questions :**

fridolin.marty@economiesuisse.ch

vincent.simon@economiesuisse.ch

economiesuisse, Fédération des entreprises suisses  
1, carrefour de Rive, case postale 3684, 1211 Genève 3  
[www.economiesuisse.ch](http://www.economiesuisse.ch)