

# **managed care** **un système de santé** **performant grâce aux** **réseaux de soins intégrés**

Fiche d'information : questions pratiques relatives au texte soumis à la votation

---

## **L'essentiel en bref :**

Le 17 juin prochain, les citoyennes et les citoyens suisses se prononceront sur le projet de soins intégrés («managed care»). À cette occasion, ils décideront du développement futur du système de santé suisse. La médecine intégrée prodiguée par des équipes est la médecine de l'avenir : placés au centre du système, les médecins de famille et les réseaux de médecins accompagnent les patients à travers toutes les étapes de leur traitement. Le projet entend promouvoir les modèles de soins intégrés, qui ont fait leurs preuves, et doter la compensation des risques entre les assureurs maladie de bases plus équitables.

Les avantages des réseaux de soins intégrés sont nombreux : le renforcement de la concurrence en matière de prestations améliore la qualité des traitements. En parallèle, la sécurité des soins médicaux augmente, ce qui permet de réaliser des économies de coûts indispensables. La présente fiche d'information renseigne les patients et les assurés sur les implications pratiques des réseaux de soins intégrés.

## Qu'est-ce que les soins intégrés ?

L'objectif premier de la révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) est d'encourager les modèles de soins intégrés : un médecin, en général le médecin de famille, coordonne le traitement et s'assure que les spécialistes qui encadrent le patient travaillent de manière concertée.

Les soins intégrés placent le bien-être du patient au centre des préoccupations. Grâce à la coopération entre toutes les parties concernées, la qualité des soins est améliorée et la probabilité d'erreurs de traitement est très fortement réduite. Les réseaux de soins intégrés garantissent l'accès aux meilleurs soins possibles ainsi qu'aux méthodes médicales à la pointe du progrès. Il est prouvé que le suivi au sein du modèle de soins intégrés est meilleur que dans le système traditionnel. Sans oublier qu'un tel modèle permet d'éviter les coûts inutiles et, partant, de juguler la hausse des primes.

Les réseaux de soins intégrés existent depuis une vingtaine d'années en Suisse. Aujourd'hui, la moitié des médecins généralistes et plus de 400 médecins spécialisés ont déjà rejoint un réseau de médecins. Ils suivent 1,3 million de patients environ, soit 17% des assurés. La révision vise à adapter la loi à la réalité : l'affiliation à un réseau de soins intégrés, jusqu'ici laissée à la libre appréciation des assurés, deviendra la norme. Quant à l'actuel modèle standard avec libre choix du médecin, il deviendra optionnel. Afin de promouvoir le système de soins intégrés, le montant maximal de la quote-part est ramené de 700 à 500 francs par année. L'assuré a toutefois la possibilité de rester dans le système traditionnel avec le libre choix du médecin dans l'ensemble du système de soins. Dans ce cas, il devra s'acquitter d'une quote-part de 15%, contre 10% aujourd'hui, mais au maximum de 1000 francs par an.

## Peu de changements pour les assurés

Après la réforme, les assurés auront les mêmes possibilités qu'aujourd'hui, sauf que le modèle de soins intégrés sera la nouvelle norme et, pour cette raison, moins cher.

### Avant et après la réforme

Avant la révision	Après la révision
<b>Standard:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination non obligatoire</li> <li>- Libre choix du médecin</li> </ul>	<b>Standard:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination obligatoire</li> <li>- Libre choix du médecin restreint aux membres d'un réseau</li> </ul>
<b>Choix:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination obligatoire</li> <li>- Libre choix du médecin restreint aux membres d'un réseau</li> </ul>	<b>Choix:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination non obligatoire</li> <li>- Libre choix du médecin</li> </ul>

Source : Forum Managed Care

Dans les autres modèles d'assurance, celui du libre choix du médecin par exemple, la quote-part passera à 15 % et la participation aux coûts sera augmentée de 300 francs au maximum pour passer à 1000 francs par an.

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

Montants annuels	Système actuel	Modèle intégré	Modèle avec libre choix du médecin
Prime moyennes (2012)	Fr. 4584.-	Max. Fr. 4584.-	Fr. 4584.-
Franchises 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 des coûts	-	Baisse de Fr. 200.-	Hausse de 300.-

### Nouveautés concernant le médecin de famille et la franchise

#### Dois-je changer de médecin de famille ?

Les assurés pourront, moyennant une quote-part réduite, choisir un modèle intégré avec coresponsabilité budgétaire. Ils ne devront pas changer de médecin de famille, si celui-ci :

- fait déjà partie ou
- adhère à un tel réseau.

Dans tous les autres cas de figure, la quote-part annuelle augmente de 300 francs au maximum si l'assuré désire conserver le libre choix du médecin.

#### Que se passe-t-il avec ma franchise à option ?

Aujourd'hui, les assurés qui le désirent peuvent augmenter leur franchise à titre facultatif. Cette possibilité sera maintenue. Dans le modèle de soins intégrés, les différents niveaux de franchises seront fixés par ordonnance par le Conseil fédéral, par analogie au modèle de base selon toute vraisemblance. Il ne devrait donc pas y avoir de changement. Cependant, comme les ordonnances ne seront élaborées qu'après l'acceptation de la réforme de la LAMal, il est prématuré de se prononcer de manière définitive sur ce point.

### Changement depuis un modèle d'assurance existant

#### Modèle du médecin de famille

En général, un modèle de médecin de famille n'est pas lié à un assureur maladie par un contrat de coresponsabilité budgétaire. C'est pourquoi il est assimilé au modèle de base pour ce qui est de la participation aux coûts. Les assurés qui désirent conserver leur modèle de médecin de famille continueront de bénéficier de réductions de primes attrayantes, mais verront leur participation aux coûts s'accroître de 300 francs au maximum par an.

Les assurés qui décident de changer pour un réseau de soins intégrés devront changer de médecin de famille, à moins que leur médecin actuel soit membre d'un réseau avec coresponsabilité budgétaire. Dans ce cas, tant leur prime que leur participation aux coûts diminueront sans qu'un changement de médecin ne s'avère nécessaire.

### **HMO**

Le modèle HMO est un réseau intégré avec coresponsabilité budgétaire. En cas de changement, les assurés HMO profiteront à double titre, tout en gardant leur médecin de famille : d'une part, ils conserveront une prime basse et, d'autre part, ils bénéficieront d'une diminution de leur participation aux coûts pouvant atteindre jusqu'à 200 francs par an.

### **Système de bonus**

Le système de bonus est un modèle très rare en Suisse. En effet, 0,1 % seulement des assurés optent pour cette solution qui prévoit le versement d'une prime plus élevée durant la première année. Les années suivantes, la prime diminue (rabais) si la personne assurée ne fait valoir aucune prestation. Ce système, qui offre le libre choix du médecin, sera maintenu. La quote-part augmentera par analogie au modèle de base.

## **Nouveautés pour les patients**

### **Patients affiliés à un réseau de médecins**

Dans un réseau de médecins, le patient s'adresse toujours d'abord à son médecin de famille, qui l'accompagne à travers toutes les étapes du traitement et, si nécessaire, l'envoie chez des spécialistes. Le médecin de famille est systématiquement informé de tous les diagnostics posés ou de toutes les thérapies entreprises. Ainsi, aucun acte médical n'est effectué ni aucun médicament prescrit sans l'avis d'un spécialiste qui a la vue d'ensemble du traitement, ce qui accroît considérablement la sécurité et la qualité des traitements.

### **Personne nouvellement affiliée à un modèle intégré**

Les assurés qui adhèrent à un modèle intégré bénéficieront d'une réduction de la participation aux coûts pouvant atteindre jusqu'à 500 francs par an. Les traitements médicaux sont alors assurés par un réseau de médecins, composé essentiellement de médecins de famille. Chaque patient peut, à l'intérieur de ce réseau, choisir son médecin de confiance.

Un réseau ne compte en principe que quelques spécialistes. Par contre, les médecins de famille qui font partie du réseau collaborent étroitement avec de nombreux médecins spécialisés externes. Grâce à cette coopération, le patient bénéficie d'un accès privilégié aux spécialistes, ce qui limite considérablement les temps d'attente et lui évite de devoir chercher lui-même un spécialiste. Le patient a la certitude d'être aiguillé vers des professionnels de premier ordre qui lui prodigueront des soins de qualité élevée.

Si, au moment de son adhésion à un réseau, l'assuré est déjà en traitement chez un spécialiste, il peut en principe rester chez lui. Le réseau n'a en effet aucun intérêt à interrompre des relations médecin-patient qui fonctionnent bien. Aussi longtemps que rien ne le justifie du point de vue médical, le patient peut continuer de consulter son ancien spécialiste. Celui-ci est toutefois invité à collaborer avec le réseau et à informer le médecin de famille concerné sur l'évolution et les étapes du traitement.

### **Personne déjà affiliée à un modèle intégré**

Les patients qui suivent déjà un traitement dans le cadre d'un cabinet HMO verront leur participation aux coûts diminuer. Pour le reste, rien ne change. La réforme n'aura aucune incidence sur le traitement dans l'assurance HMO.

### **Maintien du libre choix du médecin**

Le libre choix du médecin est maintenu. Les patients qui, après la révision, resteront assurés dans l'un des anciens modèles non intégrés, devront toutefois accepter une hausse de leur participation aux coûts: la quote-part passera à 15% et son montant annuel maximal à 1000 francs, ce qui correspond à une augmentation de 300 francs dans le pire des cas.

Autrement dit, les assurés peuvent continuer de choisir librement tant le médecin de famille que les spécialistes, sachant qu'ils ne pourront alors pas bénéficier d'un suivi d'une même main. Une telle coordination n'est en effet garantie qu'au sein d'un réseau de soins.

### **Pas de changement dans le domaine des traitements hospitaliers**

La réforme de la LAMal n'a aucune incidence sur le domaine des traitements hospitaliers. Comme précédemment, l'assurance maladie devra fournir une garantie de prise en charge des coûts avant l'hospitalisation du patient par le médecin de famille ou le médecin spécialisé.

### **La réforme concerne uniquement l'assurance de base**

Le projet de réseaux de soins intégrés s'applique à l'assurance de base exclusivement. Les assurances complémentaires ne sont pas concernées: les assurances privées et semi-privées ainsi que les assurances complémentaires des frais d'hospitalisation continueront d'exister.

### **Une large coalition se mobilise en faveur des réseaux de soins intégrés**

Le 30 septembre 2011, les deux Chambres du Parlement ont adopté à une large majorité le projet de réseaux de soins intégrés, ouvrant ainsi la voie à une révision indispensable de la loi sur l'assurance-maladie. Des médecins spécialisés et des groupements de gauche ayant lancé le référendum, le dernier mot reviendra toutefois au peuple. Une large coalition composée de personnalités et de politiques de la santé, tous partis confondus, ainsi que de représentants de l'économie et d'organisations de santé et de protection des consommateurs, se mobilise en faveur du projet de réseaux de soins intégrés.

---

Lien vers le comité «Oui aux réseaux de soins»: [www.bessere-behandlung.ch](http://www.bessere-behandlung.ch)

Informations complémentaires: dossier politique «Réseaux de soins intégrés: tournés vers l'avenir et ouverts à la concurrence» (economiesuisse, numéro 6)

Pour toutes questions: [vincent.simon@economiesuisse.ch](mailto:vincent.simon@economiesuisse.ch)