



Femmes PDC Suisse

Factsheet Managed Care – réseau de soins intégrés

Depuis quelques années, à côté de l'assurance individuelle traditionnelle, il y a aussi d'autres formes d'assurance comme par exemple le modèle Health Maintenance Organization (HMO - organisation pour le maintien de la santé), le modèle "médecin de famille" ou, plus rarement, un modèle basé sur des listes de médecins. Le nombre d'assurés qui ont opté pour ces modèles alternatifs stagne actuellement. C'est pourquoi cela diminue la possibilité de réduire les coûts de la santé grâce à ces modèles.

Diverses études ont entre-temps démontré qu'un approvisionnement médical dirigé par une même personne dès le diagnostic et jusqu'à la dernière thérapie devrait être encouragé, non seulement pour des raisons économiques, mais également pour des raisons qualitatives. C'est l'objectif des réseaux de soins intégrés (Managed Care) qui offrent une meilleure collaboration et coordination des prestations médicales et peuvent éviter des interventions inutiles et des doublons.

1. De quoi s'agit-il ?

Le modèle "Managed Care", appelé aussi réseau de soins intégrés, est un modèle d'assurance particulier. Les personnes qui choisissent ce type d'assurance acceptent de pouvoir bénéficier des prestations médicales uniquement par l'intermédiaire du réseau de soins qu'elles ont choisi.

Un réseau de soins intégrés est un rassemblement de fournisseurs de prestations médicales - médecins, pharmacien-ne-s, physiothérapeutes, hôpitaux, soignant-e-s, - qui offrent à l'assuré un suivi et un traitement coordonné tout au long de la chaîne thérapeutique. Dans un réseau de soins intégrés les fournisseurs de prestations à tous les niveaux sont choisis pour leurs compétences, ce qui garantit la qualité des soins et de la prise en charge médicale. Une activité professionnelle en équipe met en relation des personnes de diverses professions médicales, valorise la profession et la rend plus attrayante.

Les personnes malades seront prises en charge dans le réseau de soins durant tout le traitement, même si plusieurs médecins ou d'autres fournisseurs de soins extérieurs au réseau de soins doivent être consultés. Un réseau de soins doit garantir l'accès à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins. De plus la loi permet, avec accord préalable, que d'autres prestations qui normalement ne sont pas comprises dans l'assurance obligatoire des soins puissent être proposées.

Les assuré-e-s qui optent pour le Managed Care en profitent et évitent l'augmentation de leur quote-part. La quote-part de celui qui choisit le réseau de soins intégrés ne dépassera pas 10% et 500 francs au maximum par année. L'assureur peut même renoncer à prélever tout ou partie de cette quote-part. Les personnes qui renoncent à ce modèle prennent à leur charge une quote-part de 15% et jusqu'à un montant de 1'000 francs au maximum. Pendant la période de transition et jusqu'à ce que les réseaux de soins intégrés soient organisés au niveau local, et dans le cas où il n'y a pas de réseaux de soins intégrés à disposition, la quote-part pour les assuré-e-s restera de 10% jusqu'à un montant de 700 francs au maximum par an.

Le projet prévoit également une autre innovation. Le Conseil fédéral peut modifier le système de la compensation des risques pour les assurances et rendre la chasse aux "bons risques" - personnes qui selon toute vraisemblance ont un risque minime de maladie - moins intéressante pour les assureurs et donc en diminuer l'attrait. Ainsi pour les assurances il devient intéressant d'offrir à des malades chroniques des soins de qualité. Au vu de notre développement démographique et du vieillissement de notre population, et donc de l'augmentation de malades chroniques, cette possibilité est à saluer.

2. Et la suite ?

Le Conseil fédéral et le Parlement ont accepté le 30 septembre 2011 une révision partielle de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMaL), le projet Managed Care. Le Conseil national l'a accepté par 133 voix, 46 voix et 17 abstentions, le Conseil des Etats par 28, 6 voix contre et 10 abstentions. Nos parlementaires PDC ont accepté cette révision à l'unanimité.

La FMH, la Fédération des médecins suisses a lancé un référendum qui a obtenu environ 130'000 signatures. Le 17 juin 2012 le peuple devra voter sur la révision de la loi : "*Acceptez-vous la modification du 30 septembre 2011 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMaL) (Managed Care) ?*"

Le Conseil fédéral recommande aux citoyennes et citoyens d'accepter cette modification.

3. Que recommandent les Femmes PDC Suisse ?

Les Femmes PDC Suisse recommandent d'accepter cette révision de la loi voulue par le Conseil fédéral et le Parlement, malgré les points problématiques suivants:

- Avons-nous suffisamment de médecins de famille ?
- Les coûts de la santé seront-ils vraiment diminués ?
- N'y a-t-il pas le risque accru d'une médecine à deux vitesses ?
- Voulons-nous vraiment renoncer à la liberté de choix du médecin ?

Malgré ces questions qui restent ouvertes, les aspects positifs du projet sont plus importants.

Les Femmes PDC sont d'avis que la mise en réseau des prestations médicales et des soins améliore nettement la qualité des traitements et des thérapies. Un réseau des soins intégrés favorise l'efficacité et devrait, à terme, avoir des conséquences positives sur les coûts de la santé.

Pour les Femmes PDC Suisse, ce projet est également *une chance de valoriser des métiers féminins dans le monde des soins, tels que la physiothérapie ou l'accompagnement psychologique*. L'intégration dans un réseau de soins permet un travail en commun plus important et un échange d'informations entre tous les professionnel-les qui sont partie prenante dans le processus de guérison des malades. Des services et des prestations qui sont aujourd'hui majoritairement fournis par des femmes gagnent en visibilité. La prestation et la personne prennent ainsi plus d'importance, la profession est valorisée et donc plus attrayante. Le travail en équipe est très apprécié par les femmes, car elles préfèrent les échanges interdisciplinaires et les prises en charge médicales globales des patient-e-s plutôt qu'un pouvoir médical unique et un traitement segmentée par spécialisation. Les compétences professionnelles de chaque spécialiste sont enrichies par des échanges continus d'expériences au sein d'un réseau de soins. La qualité des traitements augmente et les patients sont mieux pris en charge.

Comme il est toujours possible pour l'assuré de choisir un modèle différent que celui du réseau de soins intégrés, les Femmes PDC estiment que le libre choix du médecin est garanti et qu'il n'y a pas de raison de refuser cet objet.

Le projet permet au Conseil fédéral de proposer un affinement du système de la compensation des risques aux assurances (voir plus haut). Les Femmes PDC soutiennent cette proposition. Le Conseil fédéral doit pouvoir limiter l'attrait des « bons risques » pour les assureurs.

Un autre argument en faveur du projet est celui du "mangement de la santé" dans les familles. Ce souci est la plupart du temps celui des femmes. C'est plus simple et plus efficace-efficient de pouvoir couvrir tous les besoins de santé à toutes les périodes de la vie dans le cadre d'un réseau de soins intégrés qui est bien organisé et structuré.

4. Sources et informations complémentaires

Différentes informations figurent sur le site du Département fédéral de l'intérieur (DFI)

- message du Conseil fédéral
- fiche d'information concernant les réseaux de soins intégrés
- réponses aux questions fréquemment posées
- prises de position

<http://www.edi.admin.ch/index.html?lang=fr>

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/06506/06664/index.html?lang=fr>