

Réseaux de soins : arguments pour un OUI du point de vue des assurés et des patients

Le projet de loi sur les réseaux de soins qui sera soumis au peuple suisse le 17 juin devrait entraîner nettement plus d'avantages que d'inconvénients pour les patients et les assurés de notre pays. C'est la raison pour laquelle la grande majorité des organisations nationales de patients, d'assurés et de consommateurs se sont prononcées en faveur de ce projet et prônent le OUI le 17 juin.

Leurs principaux arguments sont les suivants:

- *La révision de la loi sur les réseaux de soins permet de réduire la chasse aux bons risques pratiquée aujourd'hui par les assureurs.*
- *La révision de la loi sur les réseaux de soins crée les conditions pour que le développement des réseaux de soins puisse se faire dans l'intérêt des patients, avec une plus grande indépendance qu'aujourd'hui face aux assureurs et avec des garanties pour la qualité des soins.*
- *La révision de la loi sur les réseaux de soins devrait permettre aux assurés de toute la Suisse, et non seulement de quelques régions privilégiées, de profiter du choix entre soins intégrés et médecine traditionnelle.*
- *La révision de la loi sur les réseaux de soins permet d'utiliser de manière plus efficace, dans l'intérêt de la patiente et du patient, les ressources financières à disposition de notre système de santé. La possibilité de prise en charge de prestations non couvertes par la loi sur l'assurance maladie obligatoire est intéressante pour les patientes et les patients et élargit la liberté thérapeutique du médecin.*
- *La révision de la loi sur les réseaux de soins assurera une meilleure couverture des frais aux femmes enceintes.*
- *La différenciation de la participation financière des patients et des patients au coûts de leurs prestations médicales est certes contestable, mais son impact sur le libre choix du médecin est environ dix fois moindre que celui des modèles spéciaux actuels de l'assurance obligatoire (HMO, liste, etc.). Par ailleurs les malades chroniques affiliés à un réseau verront leur charge financière annuelle réduite de 200 francs.*
- *Enfin, la Fédération des patients regrette l'introduction de contrats de trois ans à côté des contrats d'une année, mais considère cet élément comme secondaire par rapport aux différents avantages évoqués de la nouvelle loi.*

Avantages de la révision de la loi par rapport à la situation actuelle

- **Les modèles de Réseaux de soins vont prendre davantage de place dans le futur système de santé suisse : la question essentielle n'est pas de savoir s'ils vont se développer mais de quelle façon et dans l'intérêt de qui**

Des modèles de réseaux de soins se sont rapidement développés ces dernières années en Suisse et continueront à le faire avec ou sans modification législative le 17 juin, car

il existera une pression dans ce sens émanant des assureurs (pas tous de la même façon) ainsi que des prestataires de service (parfois de leur propre volonté, parfois motivés par des avantages donnés par des assureurs).

La question n'est donc pas de savoir si ces modèles auront davantage de poids dans notre système de santé mais comment ils se développeront et de quelle façon le législateur peut y contribuer, de telle sorte à ce que cela se fasse dans l'intérêt des patients et assurés qui sont plutôt désavantagés dans le système.

La proposition de révision de la loi sur les réseaux de soins est favorable aux patients et aux assurés principalement pour les raisons suivantes: elle prévoit un renforcement de la compensation des risques, l'interdiction aux assureurs de devenir propriétaires de cabinets médicaux ou de participations chez d'autres prestataires de services, ainsi que des critères de qualité qui permettent un renforcement des intérêts des patients dans le cadre de soins intégrés.

Avec la proposition réseaux de soins, les intérêts des patients sont renforcés – et l'intervention des assureurs dans les réseaux intégrés sera limitée.

- **Les coûts : une meilleure affectation des moyens financiers disponibles**

Les coûts de la santé suisse représentent depuis 10 ans environ 10 à 11% du PIB et sont ainsi stables. La Suisse peut se permettre ces coûts, mais doit soulager prioritairement les revenus moyens dans le cadre du financement, car ceux-ci doivent assumer aujourd'hui une partie parfois largement supérieure à la limite de 8% du revenu qui avait été annoncée en 1995 en préambule du lancement de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Lamal).

Les modèles de réseaux de soins ne vont pas rendre le système de santé meilleur marché dans son ensemble. Ils peuvent cependant amener des avantages qualitatifs et des économies sur le plan individuel, qui profiteront en premier lieu aux patients en évitant les examens inutiles par une amélioration de la communication et une plus grande implication des prestataires de services. Le projet réseaux de soins pose aux soins intégrés des exigences de qualité et donne au Conseil Fédéral la possibilité de les faire respecter. En outre il permet aux réseaux de soins de prendre en charge des prestations, par exemple de médecine complémentaire ou des soins, qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'éléments qui conduiront à une meilleure utilisation des moyens disponibles dans l'intérêt des patients.

- **Libre choix du médecin : Quel choix dans l'intérêt de qui ?**

Dans plusieurs régions de notre pays, les assurés peuvent aujourd'hui choisir librement de s'affilier dans un réseau de soins intégrés parce qu'ils espèrent en retirer une meilleure qualité et/ou des primes plus avantageuses. Beaucoup d'assurés n'ont pas cette liberté de choix car il n'existe pas de modèle de soins intégrés dans leur région. Avec le but d'offrir de tels modèles dans tout le pays, la proposition de modification de la loi sur les réseaux de soins tend à donner aux assurés dans tout le pays cette liberté de choix entre deux modèles.

Le fait que, selon la nouvelle loi, la quote-part des assurés après paiement de la franchise, qui peut aller jusqu'à 700.- maximum aujourd'hui, ne se montera plus qu'à 500.- pour les patients dans un réseau, et jusqu'à 1000.- pour les patients en-dehors d'un réseau, conduit à créer une incitation financière supplémentaire pour le choix d'un réseau de soins intégrés. Cette différenciation est problématique, notamment parce qu'elle contredit selon lequel l'attrait des réseaux de soins réside dans leur qualité. La charge moyenne complémentaire de 8 francs par mois et par patient en-

dehors d'un réseau de soins est toutefois si faible qu'on ne saurait parler sérieusement d'une limitation de la liberté de choix – cela également en relation avec les plusieurs milliers de francs que peut économiser annuellement une famille si elle limite sa liberté de choix dans le système actuel en choisissant un modèle HMO ou un modèle de liste de médecins.

- **Qualité des soins: encourager les bons modèles – empêcher les développements problématiques pour les patients**

La qualité selon le droit actuel

Sans disposition légale évitant des développements problématiques (par exemple : pression des assureurs dans les modèles avec des cabinets médicaux achetés et personnel médical employé par l'assureur, mais aussi incitations contractuelles à plus de médication à la place de soins, etc.), on observera ces prochaines années un développement des réseaux de soins de toutes sortes, parfois avantageux pour les patients, parfois problématiques: avec ou sans contraintes budgétaires, souvent sans la possibilité utile, du point de vue des patients, de permettre une prise en charge de prestations non couvertes par la Lamal et sans qu'il existe une compétence fédérale permettant de fixer les exigences minimales sur la qualité du réseau de soin proposé ou sur la l'étendue de la co-responsabilité budgétaire. Dans un tel contexte, les cas de pressions de l'assureur sur ses prestataires (par exemple : des médecins salariés par l'assureur) en cas de "coûts trop élevés" à l'automne vont sans doute se multiplier. Les moyens de pression et/ou d'attraction des assureurs (p. ex.: avantages financiers pour les médecins sur certaines prescriptions médicamenteuses ou participations aux dividendes pour les médecins s'ils adressent leurs patients à d'autres prestataires organisés en sociétés détenues par des assureurs ou des médecins) vont mener à un développement de réseaux de soins orientés vers la sélection des risques et l'optimisation financière au détriment des réseaux indépendants des assureurs et orientés vers la qualité des soins; pour les médecins indépendants, il sera de plus en plus difficile, ne serait-ce que pour des raisons économiques, de renoncer à la participation à un réseau piloté par un assureur. Sans cautions légales, l'évolution des systèmes de soins intégrés risque de se faire essentiellement dans l'intérêt de quelques grands assureurs, voire de sociétés financières qui s'impliquent de plus en plus dans le système de soins, plutôt que dans l'intérêt des assurés et des patients.

Les contrats entre assureurs et prestataires de services qui retirent aux assurés, par exemple, la liberté de choix pour un séjour hospitalier (exemple hospitalisation seulement au sein d'un groupe d'hôpitaux privés) gagneraient en importance - au détriment du système de santé social dans son ensemble (parce que cela revient à déséquilibrer la planification hospitalière et rendra ainsi difficile le maintien des prestations hospitalières dans les régions périphériques).

Une meilleure qualité de la couverture territoriale grâce à la révision

Avec la possibilité de fixer des exigences de qualité pour des réseaux de soins intégrés par voie d'ordonnance, la loi révisée donne au Conseil fédéral (et indirectement au Parlement), l'opportunité d'éviter des développements problématiques et de promouvoir des modèles de soins intégrés avec d'importantes exigences de qualité. L'évolution ne se concentrera certes pas exclusivement sur la forme renforcée des réseaux de soins intégrés tels que prévus par la révision de la loi, mais les dispositions de l'article 41c marqueront vraisemblablement une partie essentielle de cette évolution (même si des modèles par liste de médecins et des modèles dits HMO, qui gardent leur attractivité économique grâce à l'article 41b, al.2 resteront possibles malgré une

franchise plus élevée).

Avec la révision : Plus de liberté thérapeutique pour les médecins – et ainsi une meilleure qualité à moindre coût pour les patients

La possibilité de garantir des prestations au-delà du catalogue par l'assurance de base doit être saluée. Elle accorde d'avantage de liberté thérapeutique au médecin et aux autres prestataires en réseau et contribue, du point de vue du patient, à une meilleure qualité ; de telles prestations peuvent relever par exemple des médecines complémentaires ou de soins non couverts par l'assurance de base.

- **Des prestataires de services indépendants des caisses**

Aujourd'hui

La loi actuelle ne garantit pas l'indépendance des prestataires de soins par rapport aux assureurs dans l'assurance obligatoire:

- Plusieurs grands assureurs ont développé leurs politiques d'acquisition de cabinets médicaux et d'autres institutions thérapeutiques.
- Des assureurs ont acquis des participations dans les hôpitaux et chez les fournisseurs de prestations.

La stratégie entrepreneuriale des nombreux grands assureurs, qui intervient essentiellement par la voie contractuelle plutôt que par des investissements directs, soustrait une part toujours plus importante du système de santé aux choix démocratiquement légitimés de notre politique de la santé, au détriment de la dimension sociale du système et au profit d'intérêts commerciaux et financiers.

Avec la révision :

La nouvelle loi prévoit une interdiction des participations des assureurs. Cela n'exclut évidemment toute vis-à-vis des assureurs, dans la mesure où des relations de dépendants peuvent également découler de liens contractuels; l'article sur l'interdiction faite aux assureurs d'acquiescer des prestataires devrait néanmoins permettre de freiner les stratégies de propriétaires suivies par certains grands assureurs - et par là de renforcer les politiques cantonales en matière de planification hospitalière.

Meilleure compensation des risques – mesures urgentes contre la chasse aux « bons risques »

Aujourd'hui : la chasse aux « bons risques » est plus actuelle que jamais

Sans le projet réseaux de soins, l'amélioration de la compensation des risques, qui est urgente pour faire cesser ou du moins réduire la chasse aux bons risques, ne pourra pas être réalisée. L'affirmation des opposants selon laquelle cette partie du projet pourra être reprise de manière séparée au Parlement est certes juste, mais les majorités nécessaires à cet effet ne sont pas prêtes à se dessiner...

Un non au projet de loi sur les soins intégrés permet de poursuivre les pratiques actuelles de la plupart des assureurs en matière de sélections des risques (le fait que des risques réputés bons par le passé ne le sont plus ne change rien au mécanisme). La récente proposition du Groupe Mutuel tendant à créer de nouvelles catégories d'âge dans la l'assurance de base confirme cette tendance de manière bien visible.

Avec la révision : Incitations à limiter la chasse aux « bons risques »

Tant que nous restons dans un système concurrentiel entre assureurs, il y aura une

incitation à la chasse aux « bons risques », parfois dans des modalités qui semblent paradoxales (on a ainsi pu constater, avec la quasi-suppression du rabais « jeune » que les incitations financières ont conduit au départ voulu de « bons risques » et ce malgré une sur-couverture massive des coûts dans la catégorie d'assurés concernés). Le système de compensation des risques amélioré est en mesure de limiter cette tendance à la chasse aux bons risques, dans l'intérêt de la solidarité entre les patients.

Inconvénients de la loi révisée par rapport à la loi actuelle

Durée allongée des contrats

Selon le droit actuel, le changement de caisse peut intervenir chaque année pour la fin de l'année (moyennant résiliation dans les délais).

Après la révision : Assurés liés au modèle et non pas à un assureur

Chacun peut continuer à s'assurer pour une durée d'une année, mais désormais des contrats d'une durée de deux ou trois ans seront possibles. Cette possibilité paraît intéressante pour les assurés en bonne santé (en raison de primes plus basses) ce qui conduit à une désolidarisation, ainsi que pour les bas revenus, qui peuvent être amenés dans des situations financièrement difficiles.

Conséquences générales : Si beaucoup d'assurés passent à la variante de trois ans, les primes seront plus élevées pour les assurés qui choisissent la variante d'une année. Toutefois les aspects négatifs et en particulier les risques d'une surcharge seront limités par les al. 2a et 2b (changement d'assureurs possibles en cas d'augmentations de primes supérieures à la moyenne).

Modifications avec conséquences positives et négatives

- **Participation différenciée aux coûts**

La version originale de la nouvelle loi, qui prévoyait une participation aux frais de 20% plafonnée à 1400.- par patient (avec un surcoût d'environ 300 millions de francs par année pour l'ensemble des patients en Suisse), pour ceux qui ne s'affilieraient pas à un réseau, a été combattue de façon unanime par les organisations de patients

Dans le projet actuel, la participation aux coûts de 10% plafonnée à 500.- pour les assurés faisant partie d'un réseau et de 15% plafonnée à 1000.- pour tous les autres assurés sera vraisemblablement neutre du point de vue financier après une période d'introduction de 3 ans, et ce, pour l'ensemble des patients. Le montant payé par les patients de leur propre poche sera même inférieur au montant actuel lorsque quelque 50 pour cent des patients auront rejoint un réseau de soins, ce qui devrait être le cas après la période transitoire.

Les conséquences sont variables: positives pour les patients dans les réseaux de soins qui peuvent économiser jusqu'à 16.70 par mois et négatives pour les patients en-dehors des réseaux, qui devront supporter un surcoût mensuel allant jusqu'à 25.- (en moyenne en Suisse environ 8.- par mois)

- **Le projet réseaux de soins viole le principe du « libre choix » du médecin qui est toujours défendu par les patients et les assurés.**

- *Disponibilité des modèles* :

Aujourd'hui les assurés de beaucoup de régions ne peuvent pas choisir entre les soins médicaux traditionnels et les soins intégrés car il n'existe pas d'offre disponible pour eux. Celui qui est convaincu de la qualité des soins intégrés et qui souhaiterait en profiter est désavantagé. Cela concerne toujours des cantons entiers (Jura, Vaud, Valais) en Suisse Romande mais également plusieurs régions rurales en Suisse Alémanique. Avec la révision de la Lamal sur les soins intégrés, tous les assurés en Suisse doivent pouvoir choisir entre les deux modèles dans un proche avenir.

- **Aspects financiers :**

a) *Proportionnalité* : Une famille de quatre personnes qui a souscrit aujourd'hui à Zurich ou à Genève un modèle spécial d'assurance de base (liste, HMO, etc.) peut, dans le cadre de la loi actuelle, économiser plus de 4000.- de primes par année dans le cadre de l'assurance de base (deux parents, deux jeunes, prime moyenne cantonale Genève, rabais 20%), si elle limite son choix de médecin ; cela revient à près de 90 francs par personne et par mois. Inversement, correspond à un surcoût de 90 francs par personne et par mois pour la famille qui veut maintenir le « libre choix » du médecin selon le régime actuel. Les adversaires du projet qui considère cela comme normal et qui parlent aujourd'hui de la perte du libre choix du médecin pour une charge supplémentaire moyenne de 8 francs par mois et par personnes malade (maximum de 25 francs de surcoût mensuel pour les patients qui, après paiement de la franchise, ont besoin des prestations pour environ 7000 par année; 8 francs par mois en moyenne sur l'ensemble des patients) ne sont pas très crédibles. Avec un prix de deux cafés par mois, il n'est pas très sérieux de soutenir de parler de fin du libre choix.

b) *Avantages pour les patients chroniques dans les modèles de soins intégrés* : Les malades chroniques dans un réseau de soins intégrés pourraient économiser jusqu'à 200.- par année (environ 17.- par mois).