

Soins intégrés : quel modèle ?

Par Jean-François Steiert, vice-président de la Fédération suisse des patients

« Je suis assuré depuis plusieurs années dans un modèle d'assurance dit « de liste », ce qui me permet de bénéficier d'une réduction de prime de dix pour cent à condition de me rendre uniquement chez des médecins qui figurent sur la liste fournie par mon assureur. Y a-t-il une différence entre ce modèle et ceux sur lesquels nous allons nous exprimer le 17 juin dans le cadre de la votation fédérale sur les soins intégrés? Cas échéant, quelles sont les conséquences pour moi en cas de oui et de non à ce projet »

En ce qui concerne votre première question : oui, il y a des différences entre le modèle de liste que vous avez choisi et les modèles de soins intégrés sur lesquels le peuple est amené à se prononcer le 17 juin. La loi sur l'assurance-maladie obligatoire permet aujourd'hui aux assureurs de prévoir des modèles d'assurance qui restreignent le choix du médecin selon diverses modalités :

- les modèles dits « de liste » permettent à l'assureur d'établir une liste de médecins, selon des critères parfois peu transparents ; l'assuré qui s'engage à se rendre en priorité chez un médecin de cette liste bénéficie d'un rabais de prime ;
- les modèles dits « HMO », qui sont souvent des cabinets de groupe, dont certains en propriété d'assureurs ; ils peuvent comprendre des médecins, mais aussi d'autres prestataires de soins comme des physiothérapeutes, et donnent droit à une réduction de prime aux assurés qui s'engagent à passer par un tel cabinet pour leurs traitements ;
- les modèles de télémédecine, qui prévoient des primes plus avantageuses pour les assurés qui appellent prioritairement un centre téléphonique de conseils médicaux désigné par leur assureur lorsqu'ils ont un ennui de santé.

Pour tous ces modèles, les rabais de prime sont généralement compris entre 10 et 20 pour cent. Pour une famille composée de deux parents et de deux adolescents entre 18 et 25 ans, il est ainsi possible d'économiser quelque 3000 francs par année en restreignant son choix du médecin – ce qui signifie à contrario que la même famille paie aujourd'hui 3000 francs de plus par année si elle veut pouvoir choisir librement son médecin.

La révision de la loi sur l'assurance-maladie proposée au peuple suisse le 17 juin ne touche pas à ces modèles, mais vient y ajouter un modèle supplémentaire. Il s'agit de réseaux de médecins, potentiellement aussi d'autres prestataires tels que des physiothérapeutes, des chiropraticiens ou des infirmières, qui se constituent entre eux en société qui peut prendre différentes formes ; cette société conclut avec un ou plusieurs assureurs un contrat dans lequel est fixé notamment une enveloppe de coûts qui peut être dépassée mais coûte alors une participation (p. ex. de 3 pour cent) sur les montants dépassés ; le réseau peut prendre en charge des prestations non couvertes par l'assurance si le médecin ou un autre thérapeute l'estime judicieux, ce qui est intéressant du point de vue du patient. Avec la nouvelle loi, l'assuré qui passe par un tel réseau verrait sa participation aux frais réduite de 200 francs au maximum par année. Pour rappel : aujourd'hui, une fois la franchise payée, chaque patient prend en charge, à quelques exceptions près, 10% du coût des factures jusqu'au moment où il aura payé 700 francs. En cas de oui le 17 juin, ce plafond passerait à 500 francs pour les patients qui ont rejoint un réseau et à 1000 pour les autres. En moyenne, la surcharge mensuelle pour un patient hors réseau

serait d'environ huit francs – alors que l'économie mensuelle pour les autres atteindrait près de six francs.

A ce jour, de tels réseaux se sont notamment développés à Genève (avec environ 100 médecins) ainsi que dans la plupart des cantons alémaniques. Certains font un excellent travail, tant sur le plan de la qualité que sur celui du coût ; d'autres, notamment lorsqu'ils sont en propriété d'assureurs, peuvent poser des problèmes au quotidien. La Fédération suisse des patients a choisi de soutenir la nouvelle loi, malgré certaines réticences : essentiellement parce qu'elle permet de réduire la chasse aux bons risques par les assureurs et d'éviter que le développement des réseaux de soins auquel nous allons assister ces prochaines années se fasse trop unilatéralement sous le contrôle des assureurs ; ainsi, la nouvelle loi interdit aux assureurs d'acheter des cabinets médicaux ou des actions de groupes d'hôpitaux privés.