

17. JUIN 2012

Perdre le libre choix de son médecin?



Perdre le libre choix de son médecin?

NON à la loi sur le Managed Care!

ARGUMENTAIRE DÉTAILLÉ

Aujourd'hui, tous les habitants et habitantes de notre pays sont assurés au sein de l'assurance de base pour les mêmes prestations médicales. Ils peuvent choisir librement le médecin auquel accorder leur confiance, mais aussi en changer à tout moment. En retour, ils paient des primes à l'assurance-maladie de leur choix.

Outre la franchise annuelle d'au moins 300 francs, tous les patients paient une participation individuelle de 700 francs maximum. En d'autres termes: dès que les frais de santé ont atteint le montant de la franchise, l'assuré prend en charge une quote-part de 10% à concurrence d'un montant de 700 francs maximum par an.

Ceux qui trouvent les primes trop élevées ou les prestations insuffisantes peuvent décider de changer de caisse-maladie chaque année. Il est également possible de faire des économies sur les primes en décidant d'augmenter la participation annuelle aux frais (franchise) – de 300 francs au minimum à 2500 francs au maximum par an. Par ailleurs, les assurés disposent de possibilités d'économies par le biais des modèles de médecin de famille, des HMO ou de la prise de contact téléphonique obligatoire avec un centre d'appel médical préalablement à chaque consultation de médecin.

Le Managed care, c'est-à-dire la prise en charge médicale intégrée des patients coordonnée par tous les prestataires dans le cadre d'une chaîne de traitement unique, existe sur la base du volontariat en Suisse depuis déjà de nombreuses années. Les assureurs ont le droit d'offrir des modèles de ce type depuis 1996. Sur le principe, la FMH est favorable à la prise en charge médicale intégrée, mais elle s'oppose à l'obligation, imposée par l'Etat, d'adhérer au Managed care.

En 2010, une personne sur huit en moyenne était assurée au sein d'un réseau de médecins. Ceci représente 12% sur l'ensemble de la Suisse. La répartition par cantons est très inégale. Dans le canton de Thurgovie, les assurés affiliés à un modèle de soins intégrés représentent 35% du total, mais ils ne sont que 17% à Genève et 14% à Zurich à avoir fait ce choix. Dans certains cantons (Glaris, Jura, Obwald, Uri, Vaud et Valais), il n'existe actuellement encore aucun réseau de médecins, mais uniquement des projets pour leur mise en place.

Dans l'ensemble de la Suisse, on a dénombré au total 86 réseaux de médecins en 2010. Près de 50% de tous les médecins de premier recours (médecins généralistes, internistes et pédiatres) et plus de 400 spécialistes se sont affiliés à ces réseaux.¹

¹ Bulletin des médecins suisses, 2010; 91:33 (en allemand) et Forum Managed Care (en allemand)

17. JUIN 2012

Perdre le libre choix de son médecin?



Suppression du libre choix du médecin

L'économie planifiée version Managed care supprime le libre choix du médecin pour la plupart des Suisses.

En instituant l'obligation de s'affilier à un réseau de médecins, l'Etat place les patients sous tutelle. Les patients ne peuvent en effet plus choisir librement leur médecin de confiance et ne peuvent plus aller consulter directement un spécialiste, même s'ils savent pertinemment lequel serait indiqué dans leur cas. **Ceux et celles qui sont assurés au sein d'un modèle de Managed care ne peuvent plus aller consulter que les médecins membres du réseau.** S'ils souhaitent se faire traiter par leur médecin habituel ou consulter ailleurs pour solliciter un deuxième avis, il leur faut payer ces consultations de leur poche.

Ceux qui refusent de s'affilier à un modèle de Managed care se retrouvent ainsi pénalisés par une quote-part bien plus élevée. Ils doivent prendre à leur charge une quote-part de 15% au lieu de 10%. Et ce à concurrence de 1000 francs. Pour les autres, la limite est de 500 francs. Jusqu'ici, elle était fixée à 700 francs pour tous.

Même s'il est satisfait de son assurance-maladie, un assuré doit donc en changer s'il souhaite conserver son médecin et qu'il refuse de payer une pénalité sur la prime d'assurance.

Les patientes ne peuvent désormais plus aller consulter librement le gynécologue de leur choix, même si elles souffrent d'un problème gynécologique. Prévention et examens de grossesse exceptés, elles doivent toujours au préalable demander l'autorisation de leur médecin de famille. Si elles ne le font pas, elles sont pénalisées, au minimum par un doublement de la quote-part.

Quant aux personnes souffrant de symptômes psychiques, elles sont touchées par cette mesure de plein fouet, car les inhibitions qui retiennent les personnes concernées de demander une aide psychiatrique sont considérables. L'obligation de justifier cette décision vis-à-vis de son médecin de famille et de lui exposer ses problèmes intimes achèvera de dissuader certains patients d'avoir recours à une aide professionnelle. Les conséquences d'un trouble psychique non traité ou non traité de façon adéquate peuvent être graves et aller jusqu'au suicide.

Suppression du libre choix de l'hôpital et de l'établissement de soins

Le libre choix du médecin n'est pas le seul à être menacé. Hôpitaux, établissements de soins ou physiothérapeutes: tous peuvent être liés à un réseau. Les réseaux de prise en charge vont passer des contrats d'exclusivité avec des hôpitaux.

Les initiatives de ceux qui veulent changer de caisse tout en conservant leur réseau de médecins sont vouées à l'échec

La révision de la loi n'oblige pas les assureurs à offrir des modèles de soins intégrés. Les caisses peuvent choisir librement les réseaux avec lesquels elles souhaitent passer des contrats, et déterminer ce qu'elles veulent dans ces derniers.

Si un assuré veut rester dans le même réseau de prise en charge médicale mais changer de caisse-maladie, il n'a pratiquement pas le choix. Il ne peut changer de caisse que si le réseau a passé des

17. JUIN 2012

Perdre le libre choix de son médecin?



contrats avec différents assureurs. Dans le cas contraire, il est contraint de payer une prime de sortie très élevée, fixée par l'assureur.

Seuls quelques-uns pourront encore se payer leur médecin

Le traitement médical deviendra plus cher pour ceux et celles qui ne veulent pas renoncer au libre choix de leur médecin: désormais, l'assuré devra payer jusqu'à 1000 francs par an de sa poche – en plus de la franchise d'au moins 300 francs.

Le Conseil fédéral s'attend à ce que malgré la très nette augmentation de la quote-part, près d'un tiers des habitants puissent à l'avenir se permettre de choisir librement leur médecin. Pour des raisons de coûts, les deux tiers restants seront contraints de s'affilier à un réseau. Ils devront renoncer à choisir librement leur médecin, leur hôpital et leur établissement de soins, mais aussi à choisir librement leur caisse-maladie. Ils devront vivre en redoutant que pour des raisons de coût, les médecins de leur réseau ne leur dispensent plus les meilleurs soins médicaux possibles.

La qualité des traitements ne s'améliorera pas

Le projet de loi sur le Managed care récompense tous les réseaux – y compris ceux qui travaillent qualitativement mal. C'est là un incitatif pernicieux qui débouchera sur une baisse de qualité.

Les réseaux seront par ailleurs tenus de respecter leurs objectifs budgétaires. Ceci favorise la sélection des risques et un rationnement caché et incite à ne plus prescrire que les examens et traitements les moins chers et à priver les patients de procédés qu'on trouve coûteux. Ceci pèsera lourdement sur la relation entre le soignant et le patient.

La relation de confiance entre patient et médecin pâtira de cette nouvelle situation où le médecin a une responsabilité à la fois médicale et économique. Le patient devra sans cesse se demander s'il bénéficie vraiment du traitement optimal ou seulement du moins cher.

Oui à la concurrence, non à l'économie planifiée

L'affirmation selon laquelle le Managed care permet de réaliser des économies de coûts n'est pas prouvée, à ce jour. Au contraire, il est plus que douteux qu'une obligation de s'affilier aux réseaux s'avèrera rentable au fil des ans. Aujourd'hui, les personnes plutôt jeunes et en bonne santé optent pour les réseaux, alors que les personnes plus âgées ou malades ont plutôt tendance à conserver la prise en charge traditionnelle dont elles bénéficiaient chez leur médecin de famille. Dans le cas d'une obligation d'affiliation au Managed care, ces différences s'annuleraient et le potentiel d'économie disparaîtrait du même coup.

Il est très révélateur que l'on trouve en tête des dépenses médicales les plus élevées deux pays ayant un système de Managed care: les USA et la Norvège.

Les réseaux de médecins qui existent aujourd'hui doivent faire leurs preuves sur un marché libre.

17. JUIN 2012

Perdre le libre choix de son médecin?



Rationnement des soins et médecine à deux vitesses

Les réseaux de soins intégrés doivent passer avec une caisse-maladie un contrat assorti d'un budget. Le réseau assume la responsabilité de respecter le budget. Comme toujours dans le cas de budgets, il s'agit d'estimations du montant des coûts qui seront engendrés par les assurés. Si ces coûts s'avèrent moins élevés, le réseau génère des bénéfices. Ceux-ci sont partagés entre le réseau et la caisse. Si à l'inverse il y a des pertes, le réseau doit participer aux frais.

Non seulement les cabinets médicaux, mais aussi les hôpitaux, cliniques et établissements de soins peuvent être membres d'un réseau et donc directement soumis à la coresponsabilité budgétaire. Inévitablement, des motifs commerciaux joueront un rôle croissant, ce qui mettra en péril la prise en charge médicale optimale et encouragera le rationnement caché des prestations médicales, car dans cette nouvelle situation, le médecin assumera la responsabilité non seulement médicale mais aussi économique.

Pour toutes les parties prenantes d'un réseau tout comme pour les caisses-maladie, il peut devenir ainsi primordial de traiter les patients à aussi peu de frais que possible, et d'empocher les bénéfices qui en résulteront.

Les malades chroniques devront changer de médecin

Ceux qui sont en bonne santé ne se soucient guère de savoir quel médecin les traitera lorsqu'ils tomberont malades. En cas de maladie, peu importe aux personnes en bonne santé de se retrouver face à un docteur de réseau inconnu.

Pour les malades chroniques, les choses sont toutes différentes, et la perspective se présente sous un jour plus sombre: pour ceux-ci, il est indispensable de pouvoir toujours se confier au médecin qui les suit depuis des années et les connaît parfaitement. Le bien-être des patients ne dépend pas seulement des connaissances médicales du praticien mais aussi, de façon déterminante, de la confiance et du contact humain qui se sont instaurés entre eux. Or ceci n'est pas assuré dans le cadre d'un réseau de médecins où l'on a sans cesse à faire à des interlocuteurs différents.

En outre, les malades chroniques devront changer de médecin si le leur n'est pas affilié au réseau de médecins de leur caisse-maladie.

Des temps d'attente interminables

Le Managed care est tristement célèbre à l'échelon international pour ses listes d'attente. Au Danemark, vanté comme pays modèle par l'industrie du Managed care, la gestion de la santé Managed care a perdu de nombreux procès contre les organisations de patients dont des membres étaient décédés suite à un manque de soins.

Ce qui théoriquement sonne si bien – l'accompagnement des patients tout au long des processus de diagnostic et de traitement – se révèle souvent être pour le patient un marathon épuisant au sein d'un réseau.

17. JUIN 2012

Perdre le libre choix de son médecin?



Le système de santé helvétique, éprouvé et figurant parmi les meilleurs du monde, ne connaît pas les listes d'attente; ceci est en passe d'être remis en question.

Des contrats inéquitables de plusieurs années

Les caisses-maladie peuvent lier les assurés pour une durée de trois ans. Si, au cours de cette période, un assuré n'est pas satisfait de son réseau de soins et ne se sent pas traité de façon optimale, il doit attendre des années avant de pouvoir résilier le contrat, à moins qu'il ne se libère en versant une prime de sortie élevée.

Le Managed care n'assainira pas le système de santé

Ceux qui affirment qu'une obligation d'affiliation au Managed care fera que les Suisses se rendront moins fréquemment chez le médecin colportent des contre-vérités, car les patients suisses sont déjà très circonspects et prennent leurs décisions de façon très raisonnable quant à la nécessité d'une consultation médicale. D'après les derniers chiffres de l'OCDE (2009), la Suisse occupe avec 4 consultations médicales par an la 24^e place sur 28 pays évalués. La moyenne de l'OCDE est de 6,8 consultations annuelles. Cette étude comprend du reste aussi des pays dotés du Managed care.

De toute façon, il est illusoire de croire que cette révision de la loi sur l'assurance-maladie entraînera une baisse des coûts de santé tout en conservant un niveau de qualité inchangé. La majeure partie de ceux qui génèrent les coûts – les hôpitaux – et les véritables responsables l'augmentation des coûts – l'industrie pharmaceutique et la bureaucratie des caisses – sont épargnés. Au contraire: les nouveaux modèles de Managed care et leurs innombrables contrats et règlements ne feront qu'accroître la coûteuse bureaucratie et le manque de transparence.