Nouvelles du domaine de la politique de la santé

Rosmarie Glauser, secrétaire politique de l'ASMAC

Entretien avec le conseiller fédéral Didier Burkhalter

Le 22 février passé, le président de l'ASMAC, Christoph Bosshard, et la secrétaire politique de l'ASMAC, Rosmarie Glauser, étaient invités à un entretien chez le conseiller fédéral Didier Burkhalter. Il était accompagné de son collaborateur personnel et de trois représentants de l'Office fédéral de la santé publique. Trois sujets ont été abordés:

- La prise en charge intégrée, en particulier le modèle de l'interlocuteur personnel de santé en comparaison avec le projet Managed Care tel qu'il est actuellement discuté au sein de la CSSS-N.
- Les DRG et les mesures d'accompagnement que nous exigeons.
- Les coûts et bénéfices de la formation médicale postgraduée, et nos positions y relatives.

Managed Care

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a déjà maintenant pris d'importantes décisions dans les discussions concernant le projet Managed Care. C'est pourquoi la réforme sera déjà discutée par le Conseil national lors de la session d'été. Les points suivants ont jusqu'ici été décidés:

– Définition: Un réseau de soins intégrés est constitué d'un groupe de fournisseurs de prestations qui se regroupent afin de coordonner la prise en charge médicale. Les éléments centraux sont la gestion du processus de traitement des personnes assurées à travers toute la chaîne de traitement, l'assurance qualité et la coresponsabilité budgétaire. Les prestations obligatoires sont garanties. Le réseau a par ailleurs la possibilité de fournir des prestations supplémentaires.
– Principe: Les assureurs concluent des conventions avec les réseaux de soins intégrés. La convention règle les traitements et leur gestion.
– Tous les assureurs doivent proposer à leurs assurés au moins une forme particulière d'assurance sous forme d'un réseau de soins intégrés.
– Les réseaux de soins intégrés doivent être juridiquement indépendants des assureurs.
– L'assureur peut prévoir pour les formes particulières d'assurance, comme les réseaux de soins intégrés, une durée de contrat minimale de jusqu'à 3 ans.
– Les remboursements aux assurés ne sont possibles que dans le cadre des réseaux de soins intégrés. Il est prévu que les rabais de primes puissent toujours encore être accordés pour d'autres formes particulières d'assurance.
– Introduction d'une quote-part différenciée: Pour les personnes assurées dans un réseau de soins intégrés, il est prévu que la quote-part s'élève à l'avenir à 10%. Pour les autres assurés, elle s'élèvera à 20%.
– Il est prévu que le Conseil fédéral fixe le montant maximal annuel de la franchise et de la quote-part. Le montant annuel maximal pour la quote-part pour les assurés dans un réseau de soins intégrés doit s'élever au maximum à la moitié du montant de l'assurance ordinaire.

La CSSS-N poursuivra ses discussions à ce sujet le 28 avril.

Un certain nombre de décisions inquiètent l'ASMAC:

Beaucoup de pouvoir pour les caisses

Afin que les réseaux de soins intégrés soient reconnus comme tels, ils doivent conclure une convention avec une ou plusieurs caisses. Les caisses déterminent avec quel réseau de soins intégrés elles souhaitent conclure une convention et finalement aussi à quelles conditions. Il n'existe pas d'obligation de conclure une convention avec tous les réseaux de soins intégrés et il n'existe pas de convention cadre qui assure le financement nécessaire. Cela ne signifie rien d'autre que l'introduction de la liberté de contracter dans ce segment.

Responsabilité budgétaire

Les réseaux de soins intégrés doivent obligatoirement supporter une coresponsabilité budgétaire. Cela favorise la sélection des risques, le rationnement caché et constitue une incitation au sous-approvisionnement, parce que le réseau reçoit le montant convenu indépendamment des prestations fournies ou prescrites. En outre, la coresponsabilité budgétaire pèse sur la relation médecin-patient (est-ce que le médecin fera encore tout pour mon bien-être?) et conduit à des conflits au sein du réseau et entre les différents fournisseurs de prestations.

Liberté de choix fortement restreinte pour les patients

Les assureurs doivent seulement proposer *un* réseau de soins intégrés à leurs assurés. Si une personne assurée ne trouve pas une offre qui lui convient, elle est obligée de changer de caisse ou de payer des primes plus élevées ainsi qu'une quote-part de 20%. Les assureurs peuvent par ailleurs prévoir une durée de contrat de 3 ans dans les contrats. Se libérer de ces contrats est lié à d'importants obstacles (p. ex. primes de sortie). Les assurés n'ont pas de garantie de trouver un réseau de soins intégrés proche de leur domicile. Le territoire d'un réseau n'est pas défini et peut donc aussi être très étendu.

Médecine à deux vitesses

Avec l'augmentation de la quote-part à 20%, les personnes qui ne sont pas assurées dans un modèle MC sont priées de passer à la caisse. Les 20% signifient que la quote-part s'élève à 1400 francs par année (la limite supérieure actuelle n'est d'ailleurs fixée que par voie d'ordonnance et peut donc être encore augmentée par le Conseil fédéral). Pour un couple, la quote-part et la franchise pourraient ainsi augmenter à 2×1400 plus 2×300 francs, c'est-à-dire à un total de 3400 francs/année. A cela s'ajoutent les primes de caisse-maladie de plusieurs milliers de francs. Cela signifie que Managed Care n'est plus vraiment une option facultative pour la plupart des assurés. C'est pourquoi le libre

choix des patients dans ces modèles ne doit pas être remplacé par un diktat des caisses exercé par le biais de restrictions budgétaires incontrôlées comme cela est prévu. Cela ne signifierait rien d'autre que l'introduction d'une médecine à deux vitesses.

Surrégulation et manque de transparence

Par le biais des conventions imposées entre les caisses et les réseaux, le projet Managed Care provoque toute une série de réglementations et accords non uniformes et conduit de cette façon à des prestations différentes dans l'assurance de base.

Conclusion: Pas de profession de foi en faveur de la prise en charge intégrée

Le projet Managed Care prévu n'a pas valeur de profession de foi en faveur de la prise en charge intégrée. Le projet permet bien plus de discréditer la prise en charge intégrée comme de la médecine bon marché. Une large alliance d'organisations, dont l'ASMAC, veut maintenant s'engager pour améliorer le projet afin que les caisses soient au moins obligées de conclure des conventions avec tous les réseaux de prise en charge accrédités.

Service de piquet – en quoi consistent les «raisons impérieuses»?

Depuis le 1er janvier, la nouvelle réglementation relative au service de piquet à l'hôpital est en vigueur. Nos sections constatent, dans le cadre du conseil juridique, que certains hôpitaux partent tout naturellement du principe qu'un délai d'intervention inférieur à 30 minutes s'applique à eux. Ils oublient alors que celui-ci n'est permis que pour des cas exceptionnels et seulement lorsqu'on est en présence de raisons impérieuses. La notion de «raisons impérieuses» est également utilisée dans l'article 9 al. 4 de la loi sur le travail. Le commentaire s'y rapportant relatif à la loi sur le travail renvoie à des évènements naturels extraordinaires et à d'autres catastrophes. Il nous semble donc évident que les problèmes organisationnels et ceux liés aux coûts ne peuvent pas être considérés comme des motifs valables.

Pour que le principe, qui veut que le délai d'intervention soit d'au moins 30 minutes, ne devienne pas une exception et que l'exception d'un délai d'intervention inférieur à 30 minutes ne devienne pas la règle, il faut donc des directives claires. L'ASMAC a mandaté une expertise y relative. ❑

*Information médicale Xarelto® (rivaroxaban), mise à jour de l'information: août 2009, Compendium Suisse des Médicaments® 2010
**RRR 88 %: 95 % CI; p< 0,001; NNT 59; TEV sévères: TVP proximale, EP non fatale et mort causée par TEV[2]

Information médicale abrégée Xarelto® (rivaroxaban): inhibiteur direct du facteur Xa. **C:** comprimé pelliculé à 10 mg de rivaroxaban. **I:** prévention des thromboses en cas d'interventions orthopédiques majeures sur les extrémités inférieures telles que prothèse de la hanche ou du genou. **P:** 10 mg 1x par jour. **CI:** hypersensibilité à l'un des composants, endocardite aiguë d'origine bactérienne, saignements, hépatopathie grave, insuffisance rénale sévère, ulcère gastro-intestinal aigu, grossesse, allaitement. **P:** insuffisance rénale, risque hémorragique et diathèse hémorragique, accident cérébral hémorragique récent, hémorragies intracrâniennes ou intracérébrales, ulcère gastro-intestinal récent/maladie gastro-intestinale ulcéreuse récente, hypertension artérielle sévère, rétinopathie vasculaire, anomalies vasculaires intrarachidiennes ou intracérébrales, interventions chirurgicales cérébrales, spinales ou oculaires récentes. **Principaux EI:** hémorragies, anémie postopératoire, nausées, augmentations transitoires des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT), augmentation de la g-GT. **IA:** inhibiteurs puissants du CYP 3A4 et de la P-gp (ritonavir, kétoconazole), antagonistes de la vitamine K, antiagrégants plaquettaires en association avec des AINS, inducteurs puissants du CYP 3A4 (p. ex. rifampicine, carbamazépine, phénobarbital, millepertuis), influence sur des paramètres de coagulation. **Mise à jour de l'information:** août 2009. Présentations: 10, 30 comprimés pelliculés ou emballage hospitalier à 100 comprimés pelliculés (B), remboursé par les caisses-maladie. Pour de plus amples informations voir le Compendium Suisse des Médicaments® 2010. Distributeur: Bayer (Schweiz) AG, Grubenstrasse 6, 8045 Zurich.

Références 1. Compendium Suisse des Médicaments® 2010. **2.** Eriksson BI et al. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after hip Arthroplasty; NEJM 2008; (26): 2765–75. **3.** Lassen MR et al. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after total knee arthroplasty; NEJM 2008; (26): 2776–86. **4.** Kakkar AK et al. Extended duration rivaroxaban versus shortterm enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism after total hip arthroplasty: a double-blind, randomised controlled trial; The Lancet 2008 –Vol. 372, (9632): 31-39. **5.** www.deutscher-zukunftspreis.de

Responsabilité budgétaire

Exiger des fournisseurs de prestations qu'ils travaillent en tenant compte des coûts et fassent preuve de responsabilité paraît évident. Mais les obliger à être responsables d'un budget, comme le prévoit le projet Managed Care, est plus que douteux, surtout qu'on ne sait pas qui décidera en fonction de quels intérêts du montant du budget.

Jusqu'ici, les caisses-maladie étaient intéressées par des réseaux de prise en charge intégrée parce que ce sont principalement les jeunes patients en bonne santé qui s'y assurent. C'est pourquoi la négociation du budget ou de la capitation ne posait généralement pas de problèmes. Cela pourrait toutefois rapidement changer avec le projet Managed Care. Les réseaux devront alors obligatoirement conclure une convention avec les caisses pour traiter des patients qui ne veulent pas ou qui ne sont pas capables de payer une quote-part de 20 %. Ce seront probablement les mêmes mécanismes que pour le nouveau financement hospitalier qui agiront alors. Les caisses déclareront que des prestations comparables sont fournies plus avantageusement par d'autres réseaux et insisteront pour faire baisser la rémunération. L'exemple de Wintimed, un des plus anciens réseaux de Suisse, prouve que ce n'est pas peindre le diable sur la muraille, mais bien réel. En avril 2007 déjà, la «NZZ» rapportait les faits suivants:

«Environ 1500 des 7500 patients ‹Wintimed› ont reçu la semaine dernière un courrier de leurs médecins les informant qu'il n'avait pas été possible de conclure une convention entre les caisses et ‹Wintimed› pour l'année 2007. ... Les porte-parole de ces caisses expliquent cette situation par le fait que ‹Wintimed› n'a pas atteint les objectifs fixés pour 2005. Une économie de 15 % aurait dû être réalisée selon Peter Werder, le responsable de la communication d'entreprise du groupe ÖKK, mais que ‹Wintimed› n'a atteint que 10 %. Le même son de cloche vient d'un porte-parole de ‹Unimedes›. ‹Unimedes› travaille avec de nombreuses associations de médecins de premier recours en Suisse. La performance de ‹Wintimed› aurait toutefois fortement baissé ces derniers temps, également en comparaison avec d'autres réseaux.»

Au mois de décembre de la même année, ils ont finalement trouvé un accord. Mais la problématique de base reste inchangée jusqu'à aujourd'hui et se renforcera encore avec la mise en œuvre de Managed Care.

Les Chambres fédérales ont également déjà eu la proposition sur la table stipulant que la différence entre les valeurs de points-taxes ne devait pas dépasser 10 % au niveau suisse. Cela pourrait également s'appliquer pour des budgets ou des contributions par patient et conduirait donc à des inégalités et à un nivellement vers le bas. Les prix seraient adaptés, bien que les coûts varient d'une région à l'autre. Les frais de location d'un cabinet dans les villes de plus grande taille dépassent de bien plus que 10 % ceux des régions rurales. A cela s'ajoutent les niveaux différents des salaires et des coûts de la vie.

Si les budgets ou les contributions par patient sont limités, l'aspect économique gagne en importance. Cela favorise la sélection des risques, le rationnement caché et constitue une incitation au sous-approvisionnement, parce que le réseau reçoit le montant convenu indépendamment des prestations fournies ou prescrites. La coresponsabilité budgétaire pèse sur la relation médecin-patient et peut conduire à des conflits au sein du réseau et entre les différents fournisseurs de prestations.

Aujourd'hui, on soupçonne les médecins de fournir des prestations inutiles pour gagner plus d'argent. C'est pourquoi on veut que les médecins supportent une responsabilité budgétaire. Ceux qui colportent une telle image du corps médical devraient par conséquent s'opposer avec insistance à toute responsabilité budgétaire. Car selon cette logique, les médecins ne fourniraient alors même plus les prestations nécessaires, étant donné qu'ils s'en tireraient mieux avec leur budget ou qu'ils auraient une charge de travail réduite pour le même argent.

Rosmarie Glauser, secrétaire politique de l'ASMAC