

Planète Santé 14.11.2010

Dr Jean-Pierre GRILLET, FMH Dermatologie et Allergologie, Président de la Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie, Membre du Conseil de l'AMG.

Dr Didier CHATELAIN, FMH Médecine Générale, Président de « Médecins de Famille – Genève », membre du Bureau et du Conseil de l'AMG.

Dr Michel MATTER, FMH Ophtalmologie, Président de l'Association des Ophtalmologues de Genève, Membre du Bureau et du Conseil de l'AMG.

Le rapport qualité/prix des soins médicaux en Suisse est extrêmement favorable, contrairement à ce qu'en pensent certains médias et politiciens. La part du PIB consacrée à la maladie est inférieure à celle de la France et très légèrement supérieure à celle de l'Allemagne, où le système de soins est très insatisfaisant. Ce n'est sans doute pas un hasard si les médecins allemands viennent en nombre s'installer en Suisse. Ce qui pose problème en Suisse, c'est le financement. Or, ce problème est celui des assureurs qui préfèrent nettement, eux, que l'on s'intéresse aux coûts des prestations plutôt qu'à leur juteuse cuisine. Au total, une intervention sur les coûts n'aura qu'un effet très partiel sur le financement. Car il faut savoir que les primes d'assurance-maladie ne couvrent pas, comme on le croît trop souvent, que les coûts des soins. Les primes servent à couvrir une administration pour près de 250 millions (bâtiments luxueux et salaires confortables), des risques, des réserves (dont on ne sait jamais ce qu'elles deviennent, ni d'ailleurs les intérêts qu'elles génèrent !), etc. Rien que pour financer les changements de caisse-maladie, (qui rapportent sans doute gros aux assureurs), la Fédération Romande des Consommateurs estime qu'il en coûte au peuple près de 100 millions de francs, soit 250 médecins faisant 4000 consultations à 100.- par an !

Pour lutter contre le « fléau des coûts », voilà plus de 10 ans que nos édiles tentent de découvrir une solution miracle, solution d'ailleurs impossible à trouver tant que la médecine et l'espérance de vie progressent simultanément. Alors, il y a eu cette idée de trouver de l'intérêt aux réseaux de soins. Lancée il y a une quinzaine d'années par des médecins convaincus, bien formés, passionnés et décidant de mettre leur savoir en commun, ce type d'expérience n'avait jamais été formalisé de la sorte. On découvre alors que l'on pourrait y trouver des soins de qualité avec des coûts inférieurs. Mais ceci n'est vrai que pour autant qu'une **sélection des patients** soit faite, patients motivés et le plus souvent en bonne santé. Pour le reste, les économies ne sont possibles qu'en limitant les accès aux spécialistes (puisque la règle du réseau est l'obligation de passer par le médecin de famille du patient), la prévention, les prescriptions de physiothérapie, les examens radiologiques, les examens de

laboratoire, et bien sûr les salaires des employés des réseaux, médecins et personnel paramédical.

Le système a donc continué à se développer et l'on découvre que l'on peut créer plusieurs types de réseaux : ceux qui sont une association de médecins travaillant avec les assureurs pour limiter les coûts, sans enveloppe budgétaire, et ceux à coresponsabilité financière, c'est-à-dire des réseaux dans lesquels on estime à l'avance les coûts que la maladie va engendrer dans le groupe de patients en question. Dans ce dernier type, il existe un réel commerce possible à travers les contrats qui lient les médecins aux assureurs. On partage les bénéfices et éventuellement les pertes. Et c'est alors que les assureurs s'aperçoivent de l'opportunité d'améliorer encore un peu plus leur position. Forts de leur représentation musclée au Parlement, ils proposent, au Conseil National de promouvoir le système des réseaux de soins dits « intégrés » en les affublant d'incitatifs qui suppriment le choix réseau ou non-réseau pour le patient tant la différence de prix entre les deux systèmes les rendent incomparables. Il n'existe par ailleurs aucun système de contrôle qui permette d'empêcher un transfert de sommes d'argent entre le système réseau au système non-réseau, système de vase-communicants dans lequel les assureurs sont passés maîtres.

Finalement, la Commission de Sécurité Sociale et Santé Publique du Conseil des Etats a encore ajouté dernièrement la possibilité pour les assureurs de pouvoir créer et piloter leurs propres réseaux de soins, ce qui annihile l'argument principal en faveur des réseaux, à savoir le pilotage des réseaux par les médecins.

Au total, les risques pour les patients sont :

- **Des contrats d'assurance compliqués**, exprimés dans un langage juridique difficilement compréhensible, affublés de contraintes souvent cachées.
- **Une perte de liberté de consulter le médecin** (généraliste ou spécialiste) **de leur choix**.
- L'entrée dans un système cloisonné dont **on ne peut pas sortir pendant 3 ans !**
- **Un rationnement des soins** (Soins « au rabais »: trouver le moyen le moins cher au lieu du meilleur pour le patient, tel qu'on le connaît dans les Low cost de l'aviation !)
- Le risque d'une **augmentation massive des coûts des réseaux** si ceux-ci sont obligés de prendre en charge les cas chroniques lourds.
- Des **augmentations financières pénalisantes** pour les assurés hors-réseaux (par exemple pour les patients fragiles ou les patients psychiatriques)
- **Une nouvelle organisation des soins** avec notamment des infirmières et autres paramédicaux, qui assurent le suivi à la place des médecins.
- **Les réseaux auront le choix des patients**. On risque donc d'avoir un accès aux réseaux limité pour les patients avec des maladies chroniques. *Cela revient à déplacer*

la chasse aux bons risques des assurances vers les réseaux. Que deviendra donc un patient récusé par les réseaux ?

Au total, les médecins travaillent en réseau depuis toujours. Les réseaux de soins intégrés sont un système à but commercial, permettant de dégager des bénéfices, au prix d'une limitation des soins. Dans l'état actuel des décisions des Chambres fédérales, ils sont basés sur des incitatifs conduisant à une distorsion de la concurrence entre le système des réseaux et le système hors-réseau. Il est dès lors indispensable que les réseaux ne puissent accorder que les rabais de primes équivalant aux économies effectivement réalisées, sous peine de voir un financement des patients des réseaux par les patients hors réseau et il ne doit pas y avoir d'incitatif autre que les baisses de prix occasionnés par le fonctionnement du réseau. Ce système de réseaux va aussi engendrer des coûts administratifs supplémentaires et surtout un changement de mentalité qui sera sans aucun doute néfaste à la qualité des soins que les médecins entendent apporter à leurs patients. ***Les réseaux à coresponsabilité budgétaire sont un enfermement et non une ouverture !***