

Réseaux de soins intégrés:

position de l'Association des médecins du canton de Genève

Préambule

L'organisation des soins en réseaux intégrés n'est pas nouvelle. Les économies réalisées reposent principalement sur une sélection des risques. Nous ne croyons pas qu'un gain important soit réalisable en généralisant la prise en charge en réseaux. L'objectif principal étant la réduction des coûts, le risque est important que les règles imposées induisent un rationnement des soins ou une baisse de qualité contraires à l'éthique médicale.

Par conséquent, un recours accru aux soins en réseaux n'est pas opportun. Il ne serait acceptable qu'aux conditions définies ci-après.

Les réseaux de soins intégrés (*managed care*) constituent une forme d'organisation des soins ambulatoires qui connaît actuellement un intérêt important. Les politiques et des économistes de la santé y voient une chance de réduire les coûts des soins en optimisant les processus de prise en charge.

Les réseaux n'imposent pas une organisation différente du cabinet médical. Les cabinets individuels, les groupes de plusieurs médecins, ou les centres de soins avec de multiples collaborateurs peuvent y participer.

Une partie du corps médical soutient activement les réseaux de soins intégrés. Il s'agit principalement de médecins qui sont engagés activement dans la création et la gestion de certains réseaux. Certains jeunes médecins sont également séduits par les réseaux qui leur permettent d'accéder à une clientèle plus large.

Jusqu'à présent, les réseaux ont attiré principalement des assurés bien portants préoccupés de réduire leurs primes. L'expérience du *managed care* aux Etats-Unis a par ailleurs montré que les assurés malades tendent à quitter le réseau lorsqu'ils font l'expérience des limitations imposées aux soins.

Le Parlement a exprimé la volonté d'inciter désormais les malades chroniques et tous les assurés coûteux à adhérer à un réseau de soins intégrés afin d'optimiser leur prise en charge. Il suppose ainsi que les soins de ces patients sont moins bien organisés en dehors des réseaux et qu'une économie substantielle peut être réalisée. Pour inciter les malades chroniques à adhérer, il prévoit non seulement une réduction de prime, mais une importante réduction du pourcentage de la quote-part et de son plafond.

Les assureurs-maladie s'opposent à l'obligation de proposer un modèle d'assurance "soins intégrés" dans tous les cantons car ces modèles sont insuffisamment ou non développés dans certaines régions. Ils peuvent aussi craindre que la généralisation de ces modèles d'assurance attire des assurés coûteux avec des conditions qui ne permettraient plus de couvrir les coûts.

De leur côté, de nombreux médecins y voient un moyen détourné de restreindre leur liberté thérapeutique dans le seul but de réduire les coûts et les mettre en demeure, sous peine de sanction économique, de prendre des décisions contraires à l'éthique. Ils redoutent également une pression économique qui menacerait la pratique indépendante en cabinet.

En fait, les médecins fonctionnent depuis longtemps en réseaux, soit de manière informelle pour les cas lourds qui nécessitent le recours à d'autres spécialistes, soit dans le cadre des réseaux existant depuis plus de dix ans. Ils comprennent donc mal comment la généralisation de la prise en charge en réseaux peut permettre une économie importante sans introduire une limitation d'accès à certains soins.

1. Compensation des risques

- Une compensation affinée des risques doit impérativement être mise en place en même temps que les incitatifs en faveur des réseaux de soins intégrés.
- L'économie réalisée par le réseau ne doit reposer que sur une gestion efficiente des soins et non sur une sélection des risques.

Une compensation affinée des risques tenant compte entre autres de la morbidité doit impérativement être mise en place en même temps que les incitatifs encourageant l'adhésion à un modèle d'assurance *soins intégrés*. Elle doit rendre la sélection des bons risques inopérante.

Les soins intégrés ne méritent un soutien que dans la mesure où ils permettent des économies réelles. Une évaluation non biaisée est nécessaire.

2. Incitatifs

- Les incitatifs en faveur des soins intégrés doivent être identiques pour tous les réseaux et proportionnels aux économies effectivement réalisées.
- La solidarité entre assurés selon les différents modèles doit être préservée et nul ne peut être discriminé du fait de sa non-adhésion.

Les incitatifs à adhérer au réseau, notamment la réduction de prime et la quote-part réduite ne doivent pas induire une désolidarisation par rapport aux assurés hors réseau. Les avantages ne devront donc pas dépasser à terme le bénéfice réellement obtenu par la gestion des soins dans le cadre d'un réseau.

Dans la mesure où l'objectif est une amélioration globale de l'efficience et de la qualité des soins, les incitatifs doivent être identiques pour les différents types de réseaux. Les assurés qui n'adhèrent pas à un réseau ne doivent pas être discriminés.

3. Gestion des réseaux

- Le pilotage doit être confié à des médecins actifs dans le réseau. Ceux-ci font preuve d'indépendance. Ils tiennent compte en premier lieu de la qualité des soins et des connaissances scientifiques.
- Le rôle du médecin-conseil de l'assureur est délégué aux médecins gestionnaires du réseau.

La création d'un réseau, sa gestion et les décisions de pilotage relèvent de manière prépondérante de décisions médicales. Elles doivent donc être confiées à des médecins actifs dans le réseau secondés des collaborateurs administratifs et techniques nécessaires. Ces médecins n'auront pas d'intérêt personnel au résultat économique du réseau au-delà de celui des autres collaborateurs du réseau. Leurs décisions seront guidées en premier lieu par les connaissances scientifiques et par l'éthique médicale.

Le rôle du médecin-conseil de l'assureur est délégué aux médecins gestionnaires du réseau. Ceux-ci seront notamment attentifs à la qualité de la prise en charge des patients traités dans des structures extérieures au réseau, notamment en cas d'hospitalisation.

4. Coresponsabilité budgétaire

- Pour tous les réseaux, la coresponsabilité budgétaire est facultative. Elle n'est pas une condition à la reconnaissance d'un réseau de soins intégrés. Le bénéfice est à disposition du réseau et de ses prestataires.
- Une responsabilité budgétaire de type budget global est exclue.

On entend par coresponsabilité budgétaire une participation limitée du réseau au bénéfice ou au déficit par rapport à un objectif budgétaire défini. Cette responsabilité est assumée par le réseau qui ne peut la reporter sur ses membres. Le bénéfice éventuel doit être consacré à l'amélioration du fonctionnement du réseau, notamment à la formation continue des prestataires.

Pour les réseaux, la coresponsabilité budgétaire est facultative. Elle ne peut être imposée aux réseaux de soins intégrés.

Une responsabilité budgétaire similaire à un budget global ou susceptible de mettre le réseau en péril parce qu'elle dépasse sa capacité économique est exclue.

5. Contrats

- **Le réseau conclut des contrats de soins intégrés avec les assureurs-maladie d'une part, et avec les médecins d'autre part. Les contrats directs entre assureurs et médecins sont exclus.**

- **Les assureurs-maladie sont tenus de contracter avec tous les réseaux de soins intégrés qui remplissent les critères de qualité.**

- **Les médecins contractant avec un réseau peuvent traiter tous les patients affiliés au réseau.**

Les contrats sont conclus entre le réseau et les assureurs-maladie. Ils s'appliquent à l'ensemble des prestations du réseau pour tous les assurés. Les différents modèles de rémunération prévus par la LAMal sont applicables entre le réseau et les assureurs.

Les médecins participant au réseau concluent un contrat avec le réseau qui leur permet de prendre en charge l'ensemble des patients affiliés au réseau selon les règles générales définies par le réseau. Aucun contrat direct entre assureur-maladie et prestataire ne peut être conclu.

6. Rémunération des prestataires

- **Les prestataires du réseau exerçant à titre indépendant sont rémunérés au temps ou à l'acte, à des conditions qui sont au moins égales au tarif des soins ambulatoires hors réseaux.**

Les prestataires affiliés au réseau peuvent travailler à titre dépendant ou indépendant.

Les prestataires exerçant à titre indépendant sont rémunérés au temps ou à l'acte, en respectant au minimum les conditions tarifaires conventionnelles ou imposées par l'autorité pour les prestations ambulatoires. Il sera notamment tenu compte des principes d'économie d'entreprise.

Une rémunération équitable doit être fournie par le réseau dans tous les cas. Le réseau ne peut user de sa position dominante pour imposer des conditions moins favorables à ses membres.

Les charges de pilotage du réseau donnent lieu à une rémunération distincte.

7. Transparence des résultats

- **Les résultats et statistiques du réseau sont accessibles à tous les médecins qui en sont membres.**

Les médecins membres du réseau sont informés de manière complète et transparente des résultats du réseau. Ils ont accès à leurs données personnelles et à celles de l'ensemble du réseau. Ils peuvent obtenir sans frais des analyses complémentaires pertinentes avec l'objectif d'améliorer le fonctionnement du réseau et non de contrôler ou sanctionner des membres.

8. Formation continue

- **Le réseau assume une responsabilité dans la formation médicale continue de ses membres. Il finance lui-même la formation qu'il impose à ses membres dans le but d'optimiser les pratiques au sein du réseau. Il s'engage en faveur d'une qualification élevée de ses membres.**

Le réseau assume une responsabilité dans la formation continue des médecins qui en sont membres, chacun en restant personnellement responsable. Le réseau finance lui-même, au moyen du résultat des économies réalisées, la formation qu'il impose à ses membres dans le but d'optimiser les pratiques. Il s'engage également en faveur d'une qualification professionnelle élevée de ses membres.

9. Liberté d'adhésion du médecin

- **Un médecin peut adhérer à un ou plusieurs réseaux.**

- **Le médecin non membre du réseau auquel des patients sont référés n'est pas soumis aux règles du réseau.**

Chaque médecin peut demander à être admis comme prestataire de soins d'un ou de plusieurs réseaux. Il ne peut être inclus contre son gré. Les membres du réseau peuvent adresser des patients à des médecins non membres en fonction des besoins. Ces médecins ne sont pas liés par les règles particulières imposées aux membres du réseau.

10. Liberté d'adhésion de l'assuré

- **A la fin de chaque année, les assurés sont libres de contracter une assurance "soins intégrés" quel que soit leur état de santé, ou d'en sortir sans pénalité.**

La personne qui demande à adhérer à un modèle d'assurance de soins intégrés ne peut être refusée par l'assureur-maladie. S'agissant de l'assurance-maladie obligatoire, il n'y a ni réserve, ni examen du risque. L'assuré doit être clairement informé des contraintes inhérentes à ce modèle particulier d'assurance. Il peut changer de modèle à la fin de chaque année, sans pénalité.

11. Liberté de choix du médecin

- **Le patient peut choisir librement son médecin de confiance parmi les membres du réseau. Le réseau doit proposer un choix suffisant de médecins.**

- **L'accès direct aux gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres est garanti. En cas d'urgence, l'accès au médecin ou au service d'urgence le plus proche est également libre.**

Le patient qui a opté pour un modèle d'assurance "soins intégrés" est libre du choix de son médecin de confiance parmi les affiliés au réseau. L'offre du réseau doit comprendre un choix suffisant de médecins de premier recours. Les critères de proximité seront pris en compte.

Les critères du choix d'un spécialiste par un médecin de premier recours du réseau sont définis exclusivement en fonction des besoins médicaux.

L'accès direct aux gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres est garanti sans passer par un *gate keeper*. Il en va de même en cas d'urgence médicale.

12. Ethique médicale et qualité des soins

- **Les réseaux respectent l'éthique médicale et les recommandations scientifiquement établies. Ils n'appliquent aucun rationnement des soins ni discrimination de certaines catégories de patients.**

Les réseaux de soins intégrés ne peuvent constituer un moyen détourné d'imposer un rationnement des soins diagnostiques et thérapeutiques. Les malades ont droit à un traitement adapté à leurs besoins, quels que soient leurs maladies ou leur âge. Les réseaux s'engagent au strict respect de l'éthique médicale et des recommandations scientifiquement établies.

Adopté à l'unanimité par le Conseil de l'AMG le 14 février 2011.