



Politique de santé suisse Les réseaux de soins intégrés

Sandrine Motamed, MD, MPH

Objectifs

- Préciser les sources de financement du système de santé suisse
- Commenter l'évolution des coûts (PIB, causes)
- Citer les différents modes de paiements des soins et commenter leurs influences potentielles sur les prestations fournies aux patients
- Enumérer les changements proposés par la loi sur le Managed care et les argumentaires des référendaires
- Elaborer une opinion sur la loi / le referendum

Plan

- Le **système de santé suisse**, une brève introduction: quelques éléments sur l'organisation, le financement, la performance, les défis (et quelques pistes...)
- **Travail en groupe** autour du texte de **loi sur les réseaux de soins intégrés** (Managed Care): préparation au débat
- **Débat**. Questions du public aux deux experts: Philippe Schaller (pour) et Didier Châtelain (contre)
- Précisions apportées par **les experts**: défis pour l'évolution de notre système de santé et son financement
- Mini séquence vidéo sur la **réforme du système de santé américain**: le jour du vote au Capitol

Didier Châtelain

Président du réseau REMED qui compte presque 300 membres installés en cabinet (médecins généralistes/internistes).

Il est attaché à la qualité des soins dispensés en cabinet.

Il a fait sa formation aux HUG (ancien CDC de la polimed!) et à l'étranger et est installé depuis environ 15 ans en ville de Genève.

CONTRE la loi sur le Managed Care



Philippe Schaller

Directeur médical et administratif du Réseau de Soins Delta qui comprend plus de 200 médecins à Genève et bientôt 80 sur Vaud.

Il a effectué sa formation aux HUG et à l'étranger et s'est installé au Groupe Médical d'Onex (cofondateur).

Attaché à apporter une meilleure coordination entre les professionnels et proposer des prestations de soins de santé intégrés.

POUR la loi sur le Managed Care



Deux « réseaux », deux positions

Didier Châtelain CONTRE

- REMED
 - Gatekeeping
 - Formation continue qualité
 - PAS de co-responsabilité budgétaire

Philippe Schaller POUR

- DELTA
 - Gatekeeping
 - Formation continue qualité
 - Co-responsabilité budgétaire

Le système de santé suisse

Une brève introduction

Le système suisse de santé

- Une combinaison de couverture obligatoire (LAMal) de soins de base par un assureur (caisse maladie, prestataire privé mais fonctionnant en principe sans but lucratif) et de prestations complémentaires volontairement choisies et payées par les assurés et /ou prises en charge par les assurances sociales (AI, SUVA,...).
- Système fédéral : Confédération, cantons, communes
- Confédération : chargée de la surveillance des assurances sociales.
 - Responsabilité limitée dans la mise en oeuvre des politiques et des activités reliées à la santé
 - OFSP: une surveillance des caisses à travers la loi dite LAMal
- Chaque canton est responsable de son propre système de santé.
- Communes ont un rôle dans la mise en oeuvre et le suivi des soins de longues durées

Une couverture universelle, chaque résident doit contracter une assurance de base

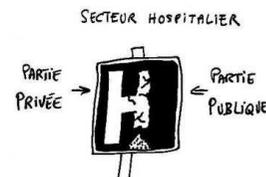
- LAMal 1996
- Pas de refus de couverture d'assurance du patient; faible disparité dans l'accès au soins.
- Taux de personnes non assurées en Suisse d'environ 1%. Les individus peuvent se voir assigner à un assureur par le canton ou la commune de résidence.
- Les cantons subventionnent les primes des ménages à bas revenus et 40% de la population touchent une aide.
- La prime n'est pas liée au revenu (sexe, âge).



Les prestations de la couverture d'assurance de base

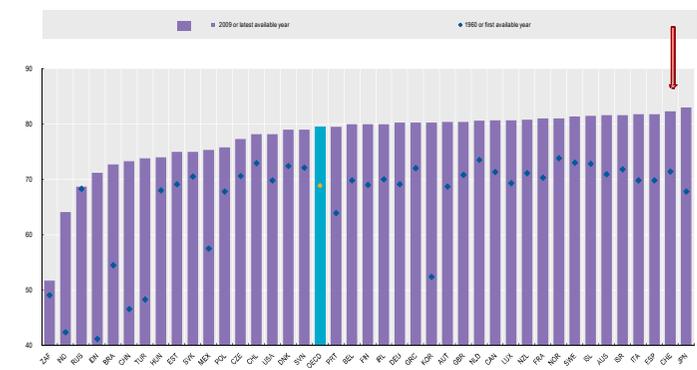
- Largés! Couverture des soins aigus (ambulatoire, hôpitaux, médicaments (liste positive), laboratoire/tests diagnostiques).
- Mais soins dentaires exclus, soins de longues durées partiellement couverts, de même que la prévention.
- Critères: efficacité, adéquation, efficience. Nouvelles technologies (chères!) souvent couvertes simplement parce qu'elles sont prescrites ou fournies par un prestataire autorisé.
- Maladie moins bien couverte que accident.

Assurances complémentaires



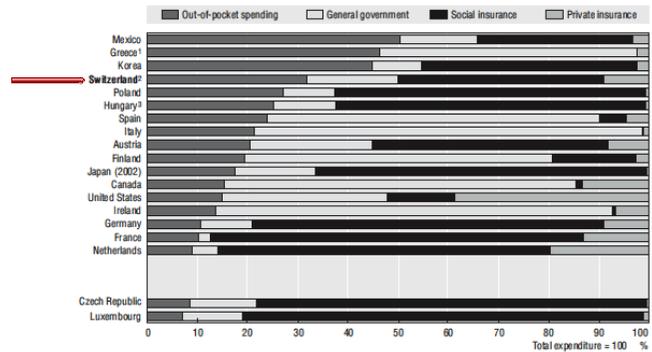
- Les citoyens qui en ont les moyens achètent des assurances (prestations) complémentaires, souvent auprès de l'assureur qui fourni la couverture de base.
- Les assureurs qui fournissent des assurances complémentaires ne sont pas soumis à des restrictions de sélection des « bons risques » ni à un contrôle des primes.
- Effets complexes sur la compétition entre assureurs et la mobilité des assurés.

Espérance de vie à la naissance, total



86% des suisses perçoivent leur statut de santé comme bon

Financement des dépenses de santé dans les pays de OCDE, 2003



Out-of-pocket spending: Co-paiement, franchise, médicaments hors liste, dentiste, etc.

Distribution des dépenses de santé par type de prestations, 2003

| Percentage of total health expenditure | In-patient | Out-patient | Home care | Ancillary services | medical products | |
|--|------------|-------------|-----------|--------------------|--------------------------------|---|
| | | | | | Total dispensed to out-patient | Of which: pharmaceutical and other medical non-durables |
| Switzerland ¹ | 47.9 | 27.3 | 2.1 | 3.1 | 12.7 | 10.5 |
| United States | 27.1 | 43.7 | 2.4 | n.a. | 13.2 | 12.9 |
| OECD average ² | 37.0 | 27.9 | 2.4 | 3.3 | 21.2 | 18.2 |

n.a.: not available.

The following countries: Belgium, Greece, Ireland, New Zealand, Portugal, Turkey and the United Kingdom have not been included in the table as data are only available until the mid-1990s.

1. Switzerland may overestimate expenditure for long-term care, an important component of in-patient health spending. Data on in-patient expenditure also include capital investment, which other OECD countries account for separately (capital spending represents 5.7% of in-patient expenditure and 2.7% of overall health spending). These factors may push up the overall share of in-patient health spending compared to other OECD countries.

2. The OECD average excludes Austria, Finland, Iceland, Italy, Korea and Spain for Home care, Austria, Denmark, Italy, Korea and the United States for ancillary services.

Source: OECD (2005), OECD Health Data 2005, Paris.

Ancillary services: diagnostics, thérapeutiques, surveillance

Le financement des médecins

- La majorité des praticiens est en pratique privée
- Au niveau national 57 millions de consultations par an réalisée par 14'000 médecins.
 - 0,5 mio de chiffre d'affaire par an / médecin
 - Revenu spécialiste >> généraliste
- Paiement rétrospectif des prestations
 - Système de valeurs : TARMED
 - Tarif cantonal du point de prestation
- Paiement prospectif marginal (capitalisation)

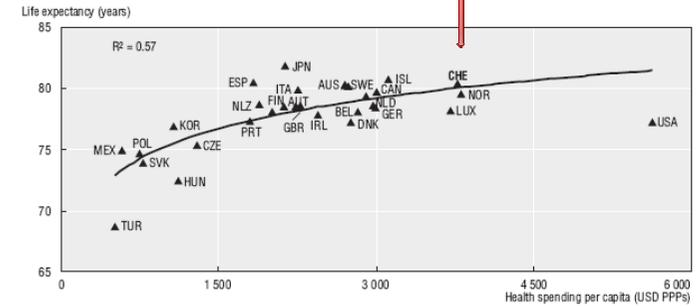
Le financement des Hôpitaux

- Comptent pour la moitié des dépenses de santé
- Sources de financement: assurance-maladie, Etat
- Systèmes de financement: prospectif ou rétrospectif
 - >Budget global
 - <paiement à l'acte, à la journée d'hospitalisation, au séjour selon le diagnostic (DRG)

Type de financement et influence théorique sur les décisions médicales

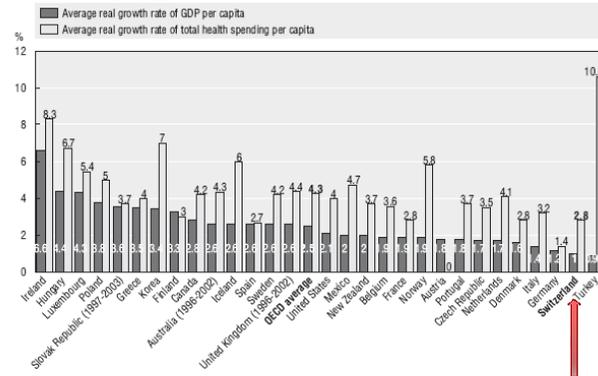
- Financement rétrospectif (remboursement):
 - Vers plus de gaspillage
 - Financement prospectif (forfait, indépendant du cout effectif):
 - Vers plus de rationnement
-
- Fournir tous les services disponibles
 - Fournir trop (pertinence) de services
 - Fournir des services optimisés
 - Sélectionner les patients
 - Fournir moins de services (rationnement)

En avons-nous pour notre argent? Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé per capita



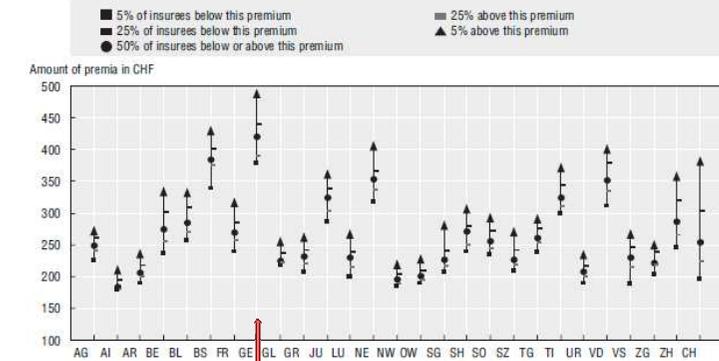
Note: The regression line is log-linear to illustrate that there may be a cap on life expectancy.
Source: OECD (2005), OECD Health Data 2005, Paris.

Taux de croissance annuelle per capita du PIB et les dépenses de santé OCDE, 1996-2003



Note: GDP prices for 2000.
Countries are ranked by decreasing average real growth rate of GDP per capita.
Source: OECD (2005), OECD Health Data 2005, Paris.

Variations de primes intra et inter cantonale(s), 2004 distribution des primes (adultes)



Que se passe-t-il à Genève?

- Le nombre global de consultations par habitant est à Genève **inférieur à la moyenne nationale** mais les consultations **durent plus longtemps** en Suisse romande et spécialement à Genève. Le nombre d'exams complémentaires est également plus important.
- Les Genevois vont beaucoup plus souvent directement chez un **spécialiste**.
- Les Genevois sont les **champions suisses** de la consommation de médicaments. 799 francs par personne et par année en médicaments (en 2005) contre 566 francs en moyenne suisse.

Que se passe-t-il à Genève? (suite)

- Les primes à Genève sont plus chères car **les coûts de la santé y sont supérieurs** à la moyenne. Cela s'explique entre autres par la forte densité de médecins spécialistes (activités techniques), par des consultations médicales plus longues, par une forte consommation de médicaments, par le niveau de salaire et par la présence d'un hôpital universitaire.
- L'OFSP a admis que les assureurs avaient également accumulé ces dernières années des **réserves excessives** pour les assurés genevois. Les primes ont ainsi été artificiellement hautes à Genève.

Systèmes de compensation des risques pour réduire l'incitation des assureurs à chasser les « bons risques »

- Gestion administrative et marge de profit comptent pour moins de 5% du prix des primes.
- Ainsi, les différences de prix des assurances reflètent encore le niveau de risque des assurés, plutôt que l'efficacité relative.
- Jusqu'à présent les efforts d'ajustement « per équation des risques » ne concernent que l'âge et le sexe. Modification loi : Réseaux de soins intégrés.
- Contrôle des réserves des caisses et tarifs de prime par l'OFSP.

Les limites – pistes pour des initiatives de politique de santé (avis personnel)

- Réserves des assurances opaques. Sous-estimation du coût administratif de la mobilité des assurés.
 - Système de péréquation des risques à revoir.
 - Opportunité pour une caisse unique (cantonale)?
 - Contrôle des cantons sur l'évolution de la prime?
- Tarif des primes non pondérées par le revenu: social?
- Contenu des prestations couvertes par l'assurance de base discutables.
 - Soins dentaires
 - Prestations plus liées à l'évidence (EBM).
 - "All effective treatment must be free". AL Cochrane, 1930
 - Prévention (EBP), perspective économique à moyen et long termes

FMH: « Non au projet de loi sur le Managed care »

- Le sort du projet de loi sur le Managed care est désormais entre les mains du peuple suisse, appelé à se prononcer le 17 juin prochain sur ce projet peu convaincant: ce dernier entend **restreindre le libre choix non seulement du médecin mais également de l'hôpital, des établissements de soins et des pharmacies**. L'accepter reviendrait à ouvrir la voie à **une médecine à deux vitesses, au détriment des personnes atteintes de maladies chroniques et de la qualité des soins en général**. Plus de 130'000 citoyennes et citoyens ont saisi le référendum et se joignent à la FMH pour vous recommander de rejeter le projet.
- Comité référendaire « Libre choix du médecin pour tous »

Deux « réseaux », deux positions

- | | |
|--|--|
| <p>Didier Châtelain CONTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> REMED <ul style="list-style-type: none"> Gatekeeping Formation continue qualité PAS de co-responsabilité budgétaire | <p>Philippe Schaller POUR</p> <ul style="list-style-type: none"> DELTA <ul style="list-style-type: none"> Gatekeeping Formation continue qualité Co-responsabilité budgétaire |
|--|--|

Réflexion

- Libre choix du médecin
 - Essentiel versus dogme? A quoi ça sert?
 - Quels critères?
- Co-responsabilité financière (médecin et assureur)
 - Implication sur la qualité des prestations délivrées au patient? Et pourquoi?
 - Opportunité de contrôle des coûts? Et pourquoi?

| | Moins de dépenses | Plus de dépenses |
|---------------|-------------------|------------------|
| Gain qualité | | |
| Perte qualité | | |



| | | |
|-----|-----|-----|
| | ... | ... |
| ... | | |
| ... | | |

Réflexion

- Libre choix du médecin
 - Essentiel versus dogme? A quoi ça sert?
 - Quels critères?
- Co-responsabilité financière (médecin et assureur)
 - Implication sur la qualité des prestations délivrées au patient? Et pourquoi?
 - Opportunité de contrôle des coûts? Et pourquoi?

| | Moins de dépenses | Plus de dépenses |
|---------------|-------------------|------------------|
| Gain qualité | | |
| Perte qualité | X | |



| | Un peu moins de dépenses | Beaucoup moins de dépenses |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Grande perte qualité | X | |
| Petite perte qualité | | |

Réflexion (suite)



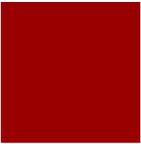
- Quel rôle est attribué à l'assureur dans la loi? Que peut-il faire et ne peut-il pas faire?
- Sur quelles autres tendances du fonctionnement du système de santé les réseaux de soins intégrés pourraient avoir une influence (même indirectement, p.ex. vente de médicaments sur internet) ?
- Veut-on un contrôle des coûts ? Acceptons-nous une diminution des profits quelque part...?

Art. 41c Réseaux de soins intégrés



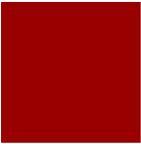
- 1 **Un groupe de fournisseurs de prestations qui s'assemble dans le but de coordonner la couverture des soins médicaux constitue un réseau de soins intégrés.** Dans un tel réseau, le processus thérapeutique des assurés est **conduit tout au long de la chaîne thérapeutique**. Le réseau de soins intégrés doit garantir l'accès à **toutes les prestations** de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 41c Réseaux de soins intégrés (II)



- 2 Les assureurs concluent avec le réseau de soins intégrés un contrat qui règle notamment la collaboration, l'échange de données, la garantie de la qualité et la rémunération des prestations. L'art. 46 ne s'applique pas à ces contrats. **Dans le cadre du processus thérapeutique qui a été défini, des prestations sortant du cadre de celles de l'assurance obligatoire des soins selon la loi peuvent être prévues en dérogation à l'art. 34, al. 1.**

Art. 41c Réseaux de soins intégrés (III)



- 3 Le réseau de soins intégrés choisit, pour son organisation, une forme juridique garantissant le respect des conditions contractuelles conclues avec l'assureur.
- 4 Les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégrés assument la responsabilité financière des soins médicaux fournis aux assurés dans la mesure convenue par voie contractuelle (**coresponsabilité budgétaire**).

Merci

- Aux deux experts Didier Chatelain et Philippe Schaller pour le partage de leurs expériences et leurs lectures de la loi
- Au Pr honoraire André Rougemont pour la relecture de cette présentation
- Au smpr de faire une place à la politique de santé dans la formation des médecins internistes généralistes

Références

- Switzerland. OECD Reviews of Health Systems. 2006.
- Switzerland. Health Care Systems in Transition. European Observatory on the Health Care Systems. 2000.
- Leu RE, et al. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets. January 16, 2009. Vol. 104. The Commonwealth Fund.
- Lessons on Coverage from Abroad: Do the Dutch, German and Swiss Health Care System Do it? Alliance for Health Reform and Commonwealth Fund. November 14, 2008. Transcript.
- Ruedin JH, Waeber F. Ageing Workforce in an ageing society. How many Healthworker will we need in 2030? Careum Working paper 1. Swiss Health Observatory and Careum. 2009.



Références Managed Care

- Réseaux de soins intégrés. Information de l'OFSP. www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/06506/06664/index.html?lang=fr
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réseaux de soins). Modification du 30 septembre 2011