

Article à paraître à la mi-mai 2012 dans le bulletin Point de vue

Nouvelle étude sur les gains d'efficacité des soins intégrés Le Managed Care réduit les coûts de la santé

La coordination des soins médicaux en Suisse laisse fortement à désirer. Des soins excédentaires ou déficitaires, voire des soins inappropriés en sont souvent la conséquence. Le Managed Care peut remédier à cette situation. Une nouvelle étude a procédé à une analyse empirique des effets d'économies induits par de tels modèles.

Auteur: Oliver Reich, responsable Sciences de la santé

Les expériences recueillies dans d'autres pays montrent que l'intégration verticale des soins permet d'améliorer la gestion des ressources, tout en limitant les dépenses de santé. En Suisse, c'est précisément sur cet aspect que portent les initiatives en matière de Managed Care: les fournisseurs de prestations médicales s'organisent et forment des réseaux intégrés correspondants. À l'échelon national, il existe différents modèles et méthodes dans le domaine du Managed Care, à savoir des modèles Managed Care (MMC), d'une part et différents instruments et méthodes tels que le Disease Management, la gestion de cas, le Gatekeeping, le Demand Management, le Chronic Care Management ou les directives de traitement, d'autre part. Ces instruments et méthodes sont fréquemment utilisés au niveau des divers MMC.

Les dépenses de santé des assurés dans un MMC s'élevaient en moyenne à 1721 francs en 2010, soit moins de 50% des coûts moyens des assurés au bénéfice de l'assurance de base obligatoire (4356 francs) [OFSP, 2012]. Les personnes relativement jeunes et en bonne santé ayant davantage tendance à opter pour les MMC, on peut se demander dans quelle mesure ces différences de coûts substantielles sont dues aux gains d'efficacité des modèles Managed Care.

Les modèles de capitation génèrent des économies supérieures à 20 pour cent

Une étude récemment publiée par l'International Journal of Integrated Care s'est intéressée aux effets des MMC sur les dépenses de santé en Suisse, tout en tenant compte des effets de sélection potentiels. Cette étude a été réalisée par Helsana en coopération avec l'UMIT (University of Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Autriche). L'analyse a porté sur une période de quatre années consécutives, ce qui a permis de mesurer, pour la première fois, l'effet à long terme du gain d'efficacité. Les principaux résultats concernant les avantages en termes d'efficacité montrent que les coûts de la santé sont moins élevés dans les systèmes de soins intégrés que dans les systèmes traditionnels. La réduction des coûts estimée due à une meilleure efficacité est de 21,2% dans le modèle de capitation, de 15,5% dans le modèle médecin de famille et de 3,7% dans le modèle de télémedecine.

Une meilleure coordination se traduit par un traitement plus efficace

En Suisse, le «gatekeeping» est l'instrument de base des modèles Managed Care en cours. L'objectif du «gatekeeper» ou du médecin coordonnant est de coordonner les

soins du patient afin d'éviter des examens à double lors de la pose de diagnostics, une surmédication risquée ainsi que d'éventuelles incompatibilités lors de l'élaboration des plans de traitement. Parmi les raisons possibles des gains d'efficacité avérés des MMC, les auteurs de l'étude mentionnent une meilleure coordination ainsi que l'intégration des soins de santé, qui débouchent sur des prestations plus efficaces et, partant, plus efficaces.

Les malades chroniques bénéficient aussi du Managed Care

L'importance de la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques va encore augmenter, eu égard aux enjeux à venir, notamment pour ce qui est de l'augmentation des maladies chroniques et de l'évolution démographique. Or, les modèles Managed Care ont précisément le potentiel pour améliorer la qualité de l'approvisionnement en soins fournis à ces patients, tout en se répercutant positivement sur les dépenses de santé. Pour cette raison, une réforme du cadre juridique devrait-elle également tenter de rendre plus intéressantes les incitations pour les malades chroniques, de sorte qu'une part plus importante de ces patients puisse être aiguillée vers de telles formes d'assurance. Le projet Managed Care soumis à la votation populaire le 17 juin 2012 constitue une excellente opportunité pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé suisse.

Les modèles Managed Care en Suisse

Modèles de contrats avec forfait par tête (capitation)

Ces modèles impliquent qu'un groupe de fournisseurs de prestations forme un réseau qui conclut ensuite un contrat de coopération avec un assureur-maladie. Dans le cadre de ce contrat, le réseau assume la co-responsabilité collective pour un budget convenu.

Modèles de contrats sans forfait par tête

L'absence de forfait par tête est le seul élément qui distingue ces modèles des modèles de contrats avec forfait par tête. Outre les modèles HMO et les modèles médecin de famille, cette catégorie inclut une nouvelle variante de modèle, à savoir les Call Centers médicaux ou le modèle de télé-médecine.

Modèles non conventionnés (modèles basés sur des listes)

À la différence des deux modèles précités, il n'existe dans ce modèle aucun contrat de coopération entre les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Ces modèles sont simplement des produits d'assurance pour lesquels l'assureur-maladie définit une liste des fournisseurs de prestations autorisés qui font office de «gatekeepers».