

Margot Enz Kuhn, membre du comité de «Médecins de famille Suisse», responsable de la commission Politique de la santé



Les médecins de famille et de l'enfance n'ont pas encore pris de décision



Près de 15 000 membres de la FMH (45%) ont participé à la votation générale ayant pour objet la proposition sur le managed care, et $\frac{2}{3}$ d'entre eux l'ont acceptée. Ce faisant, ils ont pris position en faveur d'un référendum contre le projet de loi sur le managed care encore avant que ce dernier ne soit élaboré dans sa version définitive.

Le vote étant secret, il n'est pas possible

d'analyser la répartition des opinions parmi les différents groupements du corps médical. On ne peut émettre que des hypothèses, comme l'a fait le président de la FMH dans l'émission «Heute Morgen» du 23 septembre 2011 sur DRS1, où il a déclaré que le résultat très tranché du vote s'explique par l'importance qu'une grande partie des médecins de famille accordent à la *coresponsabilité budgétaire* et à la *suppression du libre choix du médecin*.

Or s'il est vrai que l'attitude du corps médical est influencée par ces deux aspects liés au contenu, elle reflète également un grand nombre d'intérêts particuliers. Citons par exemple:

- l'opposition de principe de certains groupements contre toute évolution s'écartant du «système de santé en libre service»;
- les luttes de pouvoirs intracantonales entre les réseaux de médecins avec ou sans coresponsabilité budgétaire; elles ont conduit certaines sections cantonales de médecins de famille à soutenir le référendum de la FMH;
- l'opposition catégorique de l'ASMAC contre le projet sur le managed care, vraisemblablement motivée par l'absence de soutien dans les conseils pour leur projet «unité de soin personnalisée»;
- la réticence des associations de spécialistes face à un déplacement des compétences de pilotage du système de santé vers les médecins de famille.

C'est en vain que «Médecins de famille Suisse» et la CCM (Conférence des sociétés Cantonales de Médecins) ont rappelé qu'en gardant le sang froid, le corps médical faisait preuve de plus de crédibilité. Il s'agit désormais d'éviter que la FMH ne se disperse. En tant qu'association professionnelle représentant l'ensemble des médecins de famille et des pédiatres, «Médecins de famille Suisse» a adopté une ligne cohérente, qu'elle a défendue vis-à-vis des milieux politiques tout au long du processus. Le comité a élaboré une stratégie judicieuse qui a été approuvée à plusieurs reprises par l'assemblée des délégués. Elle prévoit la tenue d'une nouvelle discussion, afin de déterminer la marche à suivre sur la base du projet de loi définitif qui doit encore passer la rampe des conseils le 30 septembre 2011.

Il faut apprécier à leur juste valeur les résultats globaux d'un travail de lobbying mené avec constance: compensation des risques basée sur la morbidité, indépendance des réseaux de médecins par rapport aux assureurs, subsidiarité du Conseil fédéral en matière de qualité et coresponsabilité financière. Le fait que tous ces éléments très importants pour les médecins de famille et les pédiatres aient été intégrés dans le projet de loi en dépit de tous les différends politiques peut être considéré comme un beau succès au palmarès de MFE.

La loi révisée n'est pas parfaite, mais elle représente une avancée déterminante dans la bonne direction. Dans une démocratie vivante, il faut toujours faire des compromis, et nous ne pouvons pas nous permettre de faire obstacle à l'évolution politique et sociale.

Révision de la LAMal et projet de loi sur le managed care – résolution des désaccords

Après de nombreux va-et-vient, le parlement a fini par adopter une version révisée de la LAMal qui entraînera des changements décisifs en médecine ambulatoire. Toutes les parties ont dû faire des compromis par rapport au projet initial. Pour les médecins de famille, les points essentiels sont les suivants:

- Les caisses s'abstiennent de diriger et de financer des établissements fournissant des soins médicaux.
- Les assureurs n'ont pas l'obligation de proposer des modèles de soins intégrés.
- Après une période transitoire de 5 ans au plus, le Conseil fédéral peut obliger les assureurs à proposer à leurs assurés une ou plusieurs formes d'assurances basées sur un réseau de soins intégrés.
- Les prestataires de services regroupés au sein d'un réseau de soins intégrés assument une coresponsabilité budgétaire définie dans le cadre d'un contrat.
- Le Conseil fédéral peut fixer des exigences en matière de qualité et préciser l'étendue de la coresponsabilité budgétaire.
- La compensation des risques est par ailleurs complétée par des indicateurs appropriés, représentatifs de la morbidité.
- Pour les assurés adhérant à un réseau de soins intégrés, la quote-part différenciée est fixée à 10% et le montant maximal de participation aux coûts à 500 francs (700 francs auparavant); pour tous les autres assurés, la quote-part est fixée à 15% et la participation maximale aux coûts à 1000 francs.