

Forum

Systèmes de protection maladie et économie de la santé

Le risque d'éclatement de la corporation médicale par la suppression d'obligation de contracter. Pouvons-nous encore agir?

L'article «Quelle médecine, quels médecins» paru dans PrimaryCare Nr. 13/2001 m'incite à quelques remarques, néanmoins sans prétention d'apporter des solutions salvatrices pour une maîtrise plus efficace des coûts de la santé.

Ma réplique est motivée par le fait qu'une menace extrêmement sérieuse plane sur le corps médical, sous forme de la suppression de l'obligation de contracter. Cette mesure, une fois introduite signifierait, à mon avis, la dissolution de la cohésion médicale selon la devise romaine «divide et impera». Elle aura en outre comme conséquence une diminution de l'autonomie médicale du fait du pouvoir décisionnel grandissant des assurances et de l'accès aux soins plus difficile pour les patients vu la nouvelle répartition médecins-patients. En comparaison avec cette mesure extrêmement incisive le TarMed serait presque une banalité.

L'article susmentionné fait allusion au fait que la pléthore médicale engendre de plus en plus de frais rendant de plus en plus difficile la maîtrise des coûts de la santé. De ce fait une limitation du nombre de médecins s'impose, évidemment présentée de façon caricaturale dans PrimaryCare. Quels seraient les critères de sélection pour les assurances? La porte à l'arbitraire serait grande ouverte! Si il n'y a aucun doute que le grand nombre de médecins (généralistes ou spécialistes) va de pair avec les coûts importants de la santé, ce facteur n'est pas responsable à lui seul de l'augmentation des coûts. D'autres facteurs, comme le paiement à l'acte ou l'incertitude médicale jouent également un rôle prépondérant. Or, pour pouvoir traiter le problème des coûts il me semble extrêmement dangereux, vis-à-vis des autres acteurs de la santé, de focaliser la discussion sur le nombre des médecins à la charge des assurances, sans traiter le problème dans son ensemble, en gardant à l'esprit qu'un processus de redressement devrait commencer d'abord par une définition des priorités temporelles et thématiques, et d'autre part, devrait préciser les acteurs concernés.

Les problèmes principaux, au moins dans le secteur ambulatoire, peuvent donc être présentés comme suit [1-8]:

- Premièrement augmentation de la *densité médicale* (allant de pair avec une hausse de la dépense moyenne totale par assuré démontrée par une corrélation positive et hautement significative $r = 0,88$; $p \leq 0,001$);
- deuxièmement le *paiement à l'acte*, de surcroît stimulateur de tendance inflationniste explicable aussi par la démographie médicale croissante (rôle du médecin en tant qu'entrepreneur et agent économique);
- troisièmement l'*incertitude de la science médicale et de l'activité médicale* qui en découle

donnant au médecin la justification éthique à l'induction de prestations dans le but d'une médecine «maximale» en faveur des patients.

Les mesures à prendre, si ce n'est pas trop tard, devraient se faire dans un contexte réaliste et réalisable sans démontage du système en suivant des priorités. Il faudrait distinguer entre les moyens agissant à court terme, moyen terme et long terme et entre les sujets d'ordre prioritaire ou secondaire.

Du côté des patients l'«empowerment» de la demande selon G. Domenighetti (par exemple: promotion d'un accès plus éclairé aux prestations et aux services, promotion du deuxième avis, promotion de l'automédication, promotion de la santé, etc.) ainsi que la démystification de la médecine sont, à mon avis, largement prioritaires. A cet égard, la définition de la médecine selon W. Osler (1849-1919): «un heureux mélange de l'art de l'incertitude et de la science des probabilités» pourrait redimensionner une image plus réaliste de la médecine au sein de la population.

Du côté des médecins, le renforcement des mesures visant à diminuer l'incertitude médicale par l'intermédiaire de la propagation d'EBM et à améliorer le contrôle plus strict des dépenses engendrées par des confrères par l'intermédiaire des conseils de discipline en cas de dépassement de façon importante de l'index propre à chaque catégorie de spécialités, serait à mon avis une nécessité de premier ordre.

Du côté des assureurs, l'obligation de fournir spontanément et régulièrement des statistiques médicales individuelles pour chaque médecin visant à informer et à sensibiliser le corps médical aux aspects économiques de la prise en charge des patients serait, à mon avis, urgent.

Du côté de l'Etat, une redéfinition des prestations à allouer dans le cadre de la LAMal s'avère à mon avis incontournable ainsi qu'éventuellement l'introduction du «gate keeper» et l'introduction du numerus clausus. Le financement et le problème de rémunération ne serait évidemment pas contrôlés par ces mesures et devraient trouver des solutions équitables à moyen terme selon des exemples dans d'autres pays européens.

Nous les médecins, nous pourrions effectivement agir seulement sur les mesures qui sont à notre portée (formation continue, économicité du traitement dans une certaine mesure par le biais d'une meilleure efficacité, contrôle plus strict des confrères quant aux dépenses engendrées). Pour être crédibles, nous devrions montrer notre bonne foi en faisant quelques concessions en échange de l'abandon du projet de supprimer l'obligation de contracter par les assurances [9]. *La clause du besoin* sera à mon avis une mesure à long terme incontournable (raisonnement explicite), mais elle devrait être introduite seulement dans un délai suffisamment long afin d'éviter de créer des problèmes existentiels aux étudiants en fin d'études ou aux assistants en formation ou afin d'éviter de produire des impasses de soins.

Soyons donc des acteurs avertis, responsables quant aux enjeux économiques, souples envers les partenaires là où des concessions sont possibles mais intransigeants dans les domaines qui risquent de mettre en péril la satisfaction de notre travail indispensable pour une bonne qualité ou pour la cohésion de notre corporation qui reste nécessaire comme partie intégrante d'un système fonctionnel des soins.

Dr S. Hesse

Diplômé en économie et administration de la santé de l'université de Lausanne; 1033 Cheseaux

Références

- 1 Domenighetti G. Incertitude médicale: Justification éthique de la demande induite. *Journal d'économie médicale* 1995;13:353-62.
- 2 Domenighetti G. Dépense sanitaire. Médecine ambulatoire: Principal facteur de coût et d'inflation à la charge directe des assurés? *Méd et Hyg* 1998;56:381-8.
- 3 Domenighetti G. Dépense et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse. *Bull méd suisses* 1997;78:588-93.
- 4 Domenighetti G, Casabianca A, Luraschi P, Gutzwiller F, Martinolo S, Spinelli A. Fréquence des procédures opératoires dans la population du canton du Tessin: rapport final. *Projet du Fonds national de la recherche scientifique*. Bellinzona: Service de la santé publique, 1989.
- 5 Domenighetti G. Marché sanitaire: ignorance ou adéquation? Lausanne: Réalités sociales; 1994.
- 6 Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S, et al. Effect information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988;2:1470-3.
- 7 Domenighetti G. Le médecin en tant que créateur de la demande ou le problème de la demande induite. In: Gilliland P, éd. *Les défis de la santé. Les coûts et l'assurance*. Lausanne: Editions Réalités sociales; 1986. p. 167-87.
- 8 Duriez M, Lequet-Slama D. Les systèmes de santé en Europe, PUF:1998.
- 9 Giger M-A. Les assureurs devraient choisir les médecins dont ils remboursent les actes. *Le Temps*; 18.11.1999.

Arme Allgemeinpraktiker

Diese Woche steht der SGAM-Kongress in Zürich an. Bekomme ich doch mitten in der Sprechstunde, nachdem die Dame vorher schon zweimal nach mir persönlich verlangt hatte, eine Anfrage, ob mich die Firma Pfizer an den SGAM-Kongress einladen dürfe. Reise-, Hotelkosten und Kongressgebühren gingen auf Rechnung Pfizer. Ich habe die Dame darauf aufmerksam gemacht, dass ich mich rechtzeitig für den Kongress angemeldet und auch meine Hotelunterkunft organisiert habe. Ich sei bisher noch in der Lage, diese Auslagen selbst zu berappen! Cavete collegae! Diese Aussendienstmitarbeiterin bzw. ihre Vorgesetzten scheinen nicht erkannt zu haben, wo die Grenzen für akzeptables Sponsoring liegen.

Dr. med. Rudolf Ott
CH-4105 Biel-Benken