Des modèles du médecin de famille, et non des pseudomodèles!

Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 1-2 von «PrimaryCare» erschienen.

Bruno Kissling
Rédacteur en chef de PrimaryCare

Depuis fin novembre, l'introduction du «modèle d'assurance pour médecins de premier recours» de la Helsana fait des vagues dans plusieurs régions de Suisse. L'unilatéralité de ce processus, la description portant à confusion du produit assécurologique ainsi que l'exclusion prévue de 40% des médecins de premier recours font monter ceux-ci aux barricades. Les réactions violentes montrent que nous n'acceptons pas ce genre de décision. PrimaryCare tente d'entamer un discours afin de trouver une solution.[1]

Les sociétés de médecins de premier recours plébiscitent le développement et l'encouragement du modèle Managed Care

Lors de la réunion des cadres 2006 de la SSMG au Bürgenstock [1] et lors d'une rencontre (17 août 2006), des représentants du CMPR, de la SSMI, de la SSMG et de la SSP, les médecins suisses de premier recours ont défini leur position concernant le Managed Care.
Les principes fondamentaux sont les suivants [2]:

- Les modèles de Managed Care doivent être facultatifs et ne doivent pas être liés, pour les prestataires de services, à des sanctions extérieures aux modèles (politiques ou économiques)
- Les modèles Managed Care doivent comporter des tâches de direction dont ils seront responsables. La prise en charge d'une part de responsabilité en termes de budget en revanche doit rester facultative pour chaque réseau.
- Les tâches de direction et la responsabilité du budget exigent une grande compétence. Celle-ci doit être assurée par une formation et une rémunération adéquates.
- Les modèles Managed Care doivent être soutenus par des systèmes d'incitation économique pour les patients et les médecins.
- Les réseaux de médecins définissent en coopération avec les organes de financement concernés des mesures pour fixer des normes de qualité claires qui ne sont pas basées sur des critères purement économiques.
- Les compétences du médecin de famille sont au centre de l'activité médicale du réseau de médecins.
- La charge administrative doit rester faible.
- Des professionnels supplémentaires sont indispensables pour gérer les tâches d'un réseau.
- L'amélioration de la qualité des soins devrait être mesurable.
- La parité des données doit être assurée (transparence totale des coûts).

Helsana, avec l'introduction unilatérale de son «modèle d'assurance de médecins de premiers recours», attaque les médecins de premier recours de plusieurs cantons.

Actuellement, un conflit massif se déroule publiquement entre Helsana et de nombreux médecins de premiers recours. Celui-ci est perçu avant tout par l'Association des médecins de premier recours des cantons de Schaffhouse HAV-SH[2] – mot-clé: pseudomodèle de médecins de premier recours – et par la Société Neuchâteloise de Médecine SNM[3] – mot-clé: flyer appelant les patients à changer d'assurance et à quitter Helsana. Dans le canton de Soleure, les médecins de premier recours boycottent le modèle Helsana, en demandant leur radiation, par solidarité avec les collègues non inclus dans la liste Helsana …
Les médecins n'acceptent pas le modèle Helsana en tant que modèle valable de médecin de premier recours; ils critiquent leur impossibilité à participer au développement du projet, parlent d'une exclusion volontaire de 40% des médecins de premier recours avec des conséquences dévastatrices pour les soins de base médicaux de la population, etc. L'assurance Helsana explique que sa marche à suivre satisfait les critères de la LAMal, encourage la concurrence sur le plan juridique, présente des critères d'inclusion clairs et compréhensibles, et déclare que les médecins auraient refusé de collaborer en provoquant de ce fait l'isolement des démarches de Helsana, etc. – Une situation difficile …

Les modèles de médecins de famille doivent satisfaire les exigences-clé de la manifestation du 1er avril pour de meilleures conditions de travail

Un environnement de travail attrayant doit inclure non seulement des solutions adéquates pour la radiologie, le laboratoire, le service d'urgence et les questions tarifaires ainsi que la réduction des tâches

1 Dans les prochains numéros, nous donnerons la parole aux responsables des modèles Managed Care.
2 Schilling G. Lettre ouverte au chef de la caisse Helsana, Manfred Manser et à tous les politiciens parue dans Ars Medici 24/2006 et PrimaryCare online first, publiée dans le numéro 1-2 de PrimaryCare. La réplique de G. Raguth pour Helsana et la réponse de G. Schilling pour la HAV-SH se trouvent dans le numéro 1-2 de PrimaryCare (page 11–13) et dans le numéro 1/2007 d'Ars Medici.
3 Le flyer de la SNM est publié dans le numéro 1-2 de PrimaryCare (page 8).

bureaucratiques mais aussi de bonnes relations entre les différents partenaires. Cela signifie, pour les modèles du médecin de famille:

Des modèles du médecin de famille qui veulent offrir des soins de base de haute qualité doivent être conçus en commun par tous les participants.

Cette voie se voit confirmée par les modèles Managed Care couronnés de succès [3].
Lancer de nouveaux modèles d'assurance dans le domaine LAMal de manière unilatérale est une démarche diamétralement opposée à cette exigence-clé! Une telle procédure déstabilise l'environnement de travail des médecins de premier recours déjà ébranlés par les exigences incertaines en matière de politique de la santé. Les médecins de premier recours en activité aujourd'hui peuvent se voir confrontés à des situations économiquement insupportables. Les jeunes médecins peuvent décider, chose tragique, de se détourner de leur carrière de médecin de premier recours.
Du point de vue des jeunes médecins, les caisses-maladies ont le plus de poids en ce qui concerne l'attrait de l'environnement professionnel du médecin de premier recours. C'est ce que montre une enquête menée auprès de médecins en formation post-graduée: «Motivation des jeunes médecins à devenir médecins de premier recours» (cf. dans ce numéro de PrimaryCare). Les deux facteurs que sont «des la surcharge de travail (due surtout aux caisses-maladies)» et une «tendance des caisses-maladies et de la société à déplacer la pression des coûts sur les médecins de premier recours» sont cités le plus fréquemment comme déterminants dans leur décision – aussi bien par les jeunes médecins désirant devenir médecins de premier recours et qui y réfléchissent à deux fois si la situation se péjore, que par les jeunes médecins qui n'ont pas décidé d'entamer une carrière de médecin de premier recours, mais qui l'envisageraient si ces deux facteurs s'amélioraient!

S'unir pour modifier durablement les comportements

Les modèles du médecin de famille en état de fonctionner et solides ne peuvent être conçus que par les assureurs, patients et médecins de premier recours à l'unisson et en partenariat. Lorsque des difficultés surgissent, les divergences doivent être négociées malgré la dureté des débats, et en prenant le temps nécessaire.

Seuls des modèles de médecins de famille soutenus par toutes les parties impliquées – patients, médecins de premier recours et assureurs – sont en mesure d'influencer favorablement les modifications de comportement nécessaires, sur tous les plans, permettant d'appliquer de manière raisonnable et modérée les ressources du système de santé, pour le bien des malades.

Références

1 Nach der Demo – wie weiter? Kissling B. PrimaryCare 2006;6(21):396–7.
2 Positions relatives à l'obligation de contracter et Managed Care. PrimaryCare 2006;6(49-50):922. http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-49/2006-49-708.PDF
3 http://www.fmc.ch/archiv/2006/6/12-LISTE_HAM.pdf

Dr Bruno Kissling
Médecin généraliste FMH
Elfenauweg 6
3006 Berne
kissling@primary-care.ch