

acceptable du point de vue de la politique tarifaire, aussi longtemps que l'hôpital soutient à lui seul la prise de risques et les coûts d'infrastructure. Ce n'est que dans des cabinets médicaux d'urgences indépendants que nous pourrions préserver à long terme la méthode de travail particulière aux médecins de famille, maintenir la pression sur les coûts, et augmenter la visibilité de notre métier. Au vu de l'importance de la charge de travail que nous devons endosser, nous démontrerons que nous pouvons dégager un salaire horaire nettement supérieure à cent francs.

Je propose que la recherche en médecine générale dans le domaine des soins se consacre en premier lieu aux changements résultant du positionnement des médecins de famille à l'interface de l'hôpital et des patients y arrivant de leur propre chef. Les données obtenues pourraient s'avérer d'une grande importance pour l'avenir de la médecine générale.

Références

- 1 Hugentobler W. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. PrimaryCare. 2006;6(32):586-9.
- 2 Hugentobler W. Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. PrimaryCare. 2006;6 (26-27)493-7.

- 3 Hugentobler W, Rothenberger J, Reorganisation des Notfalldienstes, Teil 1. Schweiz. Ärztezeitung. 2007;88(21):879-82.
- 4 Hugentobler W, Rothenberger J, Reorganisation des Notfalldienstes, Teil 2. Schweiz. Ärztezeitung. 2007;88(21):879-82.
- 5 Hugentobler W. Hausärztlicher Notfalldienst in der Krise. infosantésuisse 2007;Juni(Nr. 6):12-3.
- 6 Zehnder K. Selbsteinweisungen ins Spital. PrimaryCare. 2002;2(10):280-3.
- 7 Hugentobler W. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. PrimaryCare. 2006;6(32-33):586-9.
- 8 Etude de la Haute école de Zurich à Winterthur, mandatée par Medvantis SA. Gesundheitsökonomische Beurteilung der Telefontriage-Dienstleistung; 2005. Disponible auprès de: www.medvantis.ch.
- 9 Matter H, Caduff B, Schöb O. Interdisziplinäre Teamarbeit auf einer Notfallstation. Schweiz. Ärztezeitung. 2006;87(19):849-54.
- 10 GDK Schlussbericht. Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen, 2006. Available from: www.gdk-cds.ch

Dr W. Hugentobler
Spécialiste FMH en médecine générale
Lindauerstrasse 2
8309 Nürensdorf
hugi@hin.ch

Laurent Reuge, Membre du comité de l'ANMO

«Caisses maladie et réseaux: êtes-vous connectés?»

Résumé de l'atelier de la Journée de Gruyères du 8 mai 2008

Un thème provocateur

L'ANMO (Association Neuchâteloise des Médecins Omnipraticiens) a proposé ce thème, sujet controversé. Une Commission Réseau de notre société cantonale faitière vient en fait de plancher sur un projet qui sera très probablement avalisé prochainement par le Groupe Mutuel, premier partenaire dans cette aventure. Ce réseau sera ouvert aux membres intéressés dès le mois d'août. Ce projet a germé comme témoin d'une volonté de proactivité d'un noyau de collègues ne souhaitant pas être mis à nu devant la puissance «en devenir» des caisses (1^{er} juin!) et qui souhaitait proposer une autre solution, avec l'idée de garder un certain contrôle de la situation et de montrer sa bonne volonté à participer à l'effort commun. Beaucoup de réticences, de craintes ont fait place à l'enthousiasme initial du groupe pilote: notamment peur de collusion avec les caisses, peur de l'implication financière de l'omnipraticien dans le déficit éventuel du système. Différentes questions non réglées n'ont fait qu'accroître ce sentiment d'incertitude.

Les réseaux à travers les cantons

A Gruyères, tous les cantons romands étaient représentés dans cet atelier. Certains participants avaient déjà participé à un fonctionnement de réseau, d'autres y étaient encore impliqués ou songeaient prochainement à y prendre part.

Chaque fois que le fonctionnement dépendait d'un financement direct des caisses et d'un droit de regard trop important de ces dernières, l'expérience des réseaux avait fait long feu. En effet, au fil des ans, la seule réponse des caisses aux bons résultats économiques obtenus avait été une diminution des budgets alloués selon le principe «vous avez pu faire avec tant, essayez de faire encore mieux avec moins».

Dans un cas, le réseau avait capoté lorsque les caisses avaient voulu imposer à l'omnipraticien toute la tâche de négociation et d'analyse des coûts générés par le (ô combien fleurissant) secteur hospitalier ambulatoire du réseau (dans le cas d'une enveloppe budgétaire globale des coûts ambulatoires). Le refus des collègues de ce réseau avait stoppé net l'expérience.

Le réseau COSAMA (regroupement de différentes caisses) avait généré des économies de l'ordre de 10%, un des buts avérés du système. Malgré ces bons résultats, paradoxalement, le réseau s'était petit à petit dilué. Pourquoi? L'hypothèse évoquée lors de notre atelier tient au fait que les objectifs cachés ultimes des caisses ne sont pas tant de récupérer des cacahuètes (10% sur la masse générée ne correspondent pas pour elles à un incitatif suffisant) mais se trouvent plutôt dans une volonté de prise de pouvoir, de limitation du catalogue de la LaMAL pour favoriser les contrats nettement plus juteux du domaine des assurances complémentaires.

Un collègue nous a fait part de son expérience dans un réseau où le budget est alloué annuellement à une SA par les caisses selon le principe de capitation (somme donnée par cas et pathologie). Ce sont des médecins avec l'aide d'un secrétariat qui gèrent le montant global. Les prescripteurs de ce réseau envoient leurs notes d'honoraires directement à la SA qui les règle selon le principe du tiers payant. Pour l'omnipraticien, l'absence de contentieux ainsi qu'une charge administrative limitée (hormis le bon de délégation à remplir lors du recours à un spécialiste, la paperasse ne semble pas différente que dans une pratique habituelle) sont des éléments porteurs. Le fonctionnement par l'intermédiaire d'une SA soulage le praticien de la responsabilité financière en cas de mauvais résultats éventuels. Même en cas de faillite du système, la SA serait seule à endosser la charge.

Dans cet exemple, comme dans d'autres, la notion même de réseau introduit un biais de sélection en faveur des patients à bon risque. On sait que les patients âgés rechignent à changer de caisses, gardant historiquement l'idée utopique et désuète de caisses mutuelles, solidaires avec eux, qu'il ne faut pas surcharger en travail administratif. L'offre pour un contrat d'assurance dans un réseau ne semble pas être proposée à tous les patients mais certainement à une population bien choisie.

Même si un système de budget par capitation et versement à une SA semble attrayant, l'aspect économique qu'il introduit exposera aussi à des négociations sans fin lorsque les caisses décideront de revoir le financement à la baisse. De plus, combien d'entre nous pourront garder leur ligne éthique de traitement soumis à cette nouvelle pression? Combien de temps s'écoulera-t-il avant de rechigner sur tel examen que l'on jugeait jusque-là essentiel?

Notre proposition de modèle de réseau

Après un repas de terroir local sur une terrasse ombragée, notre groupe s'est attaché à définir un modèle de réseau correspondant le mieux à notre ligne de conduite. Toute la réflexion préalable a guidé ce développement.

La liberté du médecin de participer au réseau ou de s'y retirer devrait être garantie. Le réseau se réserverait le droit de refuser un membre «déviant» (mouton noir!) n'adhérant à l'évidence pas à une philosophie commune définie préalablement (dimension éthique). Notre réseau devrait être avant tout basé sur les besoins des patients et des médecins. Les critères de qualité seraient définis par le médecin pour son patient. Notre intérêt pour la dimension économique de la santé en général permettrait «l'appel d'offre» envers les caisses (savoir être sexy pour être crédible). Le besoin d'une masse critique pour avoir un poids de négociation suffisant avec les caisses impliquerait un travail de terrain d'information important préalable. Lors du fonctionnement du réseau, le critère économique ne devrait pas être pris en compte. Tout incitatif financier pour le médecin est à exclure (système bonus/malus).

La régionalisation garderait les spécificités des médecins et des patients et permettrait une adhésion plus importante à un réseau auquel on pourrait s'identifier. Si la philosophie commune du réseau est parlante, une fédération de chaque région serait alors possible. Finalement, les recettes éventuelles du réseau seraient réinvesties dans son développement (prévention, formation, enseignement thérapeutique). Les spécialistes seraient les bienvenus uniquement dans le cadre de la participation à la formation et aux cercles de qualité, pour ne pas déroger au principe voulu du *gate keeping*.

Un sentiment global mitigé

Globalement, le sentiment final de notre groupe était tout de même empreint de pessimisme, car personne ne semblait dupe: la pression économique qui tôt ou tard nous sera imposée brisera nos derniers rêves. Tant que politique et assurances-maladie marcheront main dans la main, quoi qu'on fasse, la bataille semble d'ores et déjà perdue. L'omnipraticien s'est pendant des années contenté de son sort malgré les limitations toujours plus strictes qu'on lui imposait. Pour lui, devenir proactif est contre nature et chronophage alors même que le temps a pris une dimension envahissante. La révolte est la seule solution; elle est nécessaire et urgente!

Correspondance:
Dr Laurent Reuge
2053 Cernier
lreuge@bluewin.ch