Jörg Fritschi

La coresponsabilité budgétaire garantit la pérennité des soins

Pourquoi la coresponsabilité budgétaire n'entraîne pas de diminution de l'offre de soins. Ou: que pouvons-nous abandonner sans dommage pour nous-mêmes?

La notion de coresponsabilité budgétaire date de 2005. Elle a été créée par le groupe de travail «Vision 08» de l'association faîtière dans le cadre de la définition du concept du réseau de médecins, et depuis lors elle s'est affirmée: la responsabilité pour un budget vaut *solidairement* pour tous les partenaires du contrat, à savoir le réseau de médecins et les assureurs, et non pour le seul réseau de médecins.

Un budget se définit comme un modèle d'objectif de coûts, négociable, servant en l'occurrence à la gestion d'un collectif d'assurés. Le montant du budget n'est généralement pas versé au réseau de médecins et par conséquent il demeure virtuel.

Les méthodes de calcul budgétaire sont en règle générale les suivantes: comparaison avec les coûts conventionnels du collectif assuré, comparaison avec les coûts des années précédentes et forfait par individu. Ce dernier tient également compte de la morbidité. La comparaison avec les coûts actuels indique un excédent ou un déficit («gain» ou «perte»). En l'absence de participation au gain ou à la perte, le budget demeure «*informel*» («contrat individuel de médecin de famille» sans coresponsabilité budgétaire).

La participation volontaire peut être une option de convention: les partenaires de contrat partagent gain et perte selon une décision contractuelle. Cette participation rend le budget actif, et le réseau de médecins assume une coresponsabilité économique. La participation peut se mesurer en un montant, situé par ex. entre 0 et 3 francs par assuré et par mois, ou en un pourcentage financier, situé par ex. entre 30% et 70%. On peut indiquer un plafonnement des montants, on peut aussi réassurer les grands risques.

Le montant du budget ainsi que la participation au gain ou à la perte sont *négociables*.

Les soins intégrés ou *managed care* (MC) ne sont réalisables que par la *collectivité* des assurés et des prestataires de service qui agissent en toute conscience de leur responsabilité. Un budget ne doit jamais être réduit à l'échelle d'un seul médecin ou d'un seul patient. Afin que les membres d'un réseau ne soient pas obligés d'assurer la couverture avec leur fortune personnelle, le réseau de médecins s'organise en une personne juridique. Si un réseau de médecins devient insolvable, le contrat de MC est dissous.

Comme précédemment, les médecins facturent chacun leurs prestations selon le tarif des prestations individuelles. Le «budget épuisé en automne» n'est donc qu'un conte à dormir debout.

La responsabilité budgétaire individuelle recèle un danger de carence dans les soins. De l'autre côté, le décompte individuel de prestations incite à l'excès de soins. En combinant contrainte budgétaire et décompte individuel de prestations de ses membres, le réseau de médecins égalise automatiquement les deux tendances. Ainsi obtient-on une *peréquation des soins*. Et de la sorte, on parviendra à un haut degré de sécurité des soins sans même devoir faire appel à la gestion de qualité.

Correspondance:
Dr Jörg Fritschi
Präsident Schweizer Dachverband der Ärztenetze, medswiss.net
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Klein Buholz 3
6012 Obernau
j.fritschi@hin.ch