

Assurance de la qualité

Gros potentiel de développement pour les modèles du médecin de famille

*par Andreas Weber, D^r en médecine,
MediX Management SA, Zurich*

Suite à l'émergence des premiers modèles du médecin de famille à Genève (1992) et à Winterthur (1994), les assureurs-maladie de grande taille ont tenté, dans le cadre d'une compétition axée sur l'extension, de s'attacher la collaboration des médecins de famille par des accords ad hoc dans les grands cantons.

Ce faisant, quelques principes inhérents à l'idéalisme et au fonctionnement des premiers modèles ont disparu. C'est ainsi que les médecins

de WintiMed participaient initialement au risque financier d'une exploitation selon le modèle du médecin de famille à concurrence de 10000 francs par médecin et par exercice annuel. Les groupes de médecins qui, au cours des dernières années, ont adhéré à un tel système faisant profiter à l'heure actuelle quelque 250000 assurés de rabais sur primes, n'endossent aucune responsabilité économique. De même, les cercles de qualité, dont les réunions sont par exemple hebdomadaires à Genève, ne sont pas encore du tout organisés dans le cadre des modèles de dernière génération ou alors seule-

ment une à deux fois par année. Des dépouillements statistiques en matière de rentabilité de plusieurs modèles du médecin de famille ont été réalisés dans l'intervalle. Ils nous apprennent que les assurés rattachés à ces modèles coûtent entre 10 et 25 % de moins que les assurés appartenant aux mêmes groupes d'âge et de sexe dans une région donnée et n'ayant pas rejoint le modèle du médecin de famille. Il est

probable que dans quelques modèles seule une petite partie de ces différences de coûts soit véritablement imputable aux économies propres à une telle organisation. Une sélection des assurés les plus raisonnables ou en meilleure santé semble en effet jouer un rôle important, du moins dans la phase initiale. Les modèles du médecin de famille pourraient toutefois être appelés à déployer des effets prépondérants dans la mise sur pied d'un système de santé financièrement supportable, pour la création d'incitatifs et d'instruments permettant, au travers de la pratique journalière, de privilégier une réflexion centrée sur l'optimisation de la qualité et sur l'écono-

micité; ces efforts, par le moyen d'une coordination au sein de son propre cabinet, pourraient être appliqués à l'ensemble de la chaîne du traitement (médecin spécialiste, hôpital).

Des modèles dotés de budgets prospectifs relatifs aux soins tels les «Fundholding Networks» en Angleterre ou en Finlande, ou encore les modèles basés sur la capitation avec des groupes de médecins comme le cabinet de groupe «MediX» ou WintiMed SA constituent des jalons prometteurs, pour autant que certaines règles fondamentales soient respectées (cf. «Ethical guidelines for physician compensation based on capitation», NEJM 1998, 339: 689-693).