

Informations actuelles du Forum Managed Care (février 2010)

La coresponsabilité budgétaire dans les soins intégrés

Aujourd'hui, la Suisse compte environ 100 réseaux de médecins et HMO, qui incluent près de la moitié de tous les médecins de premier recours. Environ 80% des réseaux de médecins ont convenu d'une forme de coresponsabilité budgétaire (CRB) dans leurs contrats avec les assureurs-maladie. Depuis 20 ans d'évolution des soins intégrés, la CRB joue un rôle de plus en plus important dans les réseaux de médecins suisses. La CRB signifie la responsabilité institutionnelle du réseau de médecins (et non pas de chaque médecin!) à respecter un objectif de coûts convenu pour un groupe de patients donné. On parle de coresponsabilité budgétaire lorsque le risque de ne pas atteindre l'objectif est partagé entre le réseau et l'assureur. Quatre cinquièmes des réseaux de médecins ou les médecins qui y adhèrent - pour certains depuis des années - appliquent une forme de CRB, ce qui prouve la cohérence et l'acceptation de ce principe de collaboration entre réseaux de médecins et assureurs.

Qu'est-ce qu'un budget?

Un budget est un objectif de coûts fixé pour la prise en charge d'une collectivité d'assurés. Les médecins participent aux gains ou aux pertes en cas de réalisation/non-réalisation de cet objectif. Ce type de budget est toujours négocié entre le réseau de médecins et les assureurs et couvre généralement toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins (ambulatoires et stationnaires). La coresponsabilité budgétaire signifie qu'un réseau de médecins s'engage à respecter un objectif de coûts convenu pour un groupe de patients donné. Il s'agit surtout de régir dans le cadre d'un contrat la participation (financière) au risque, sa répartition (%) entre l'assureur et le réseau de médecins et, souvent, une limite de risque pour le réseau de médecins.¹

Comment calculer un budget?

Le budget est toujours calculé sur l'ensemble du réseau et non sur chaque médecin. Plusieurs méthodes de calcul de budget ont fait leurs preuves en Suisse:

- une comparaison de la collectivité d'assurés Managed Care avec une collectivité d'assurés conventionnellement (évaluation parallèle des coûts);
- une comparaison de la collectivité d'assurés Managed Care avec ses coûts de l'année précédente (évaluation des coûts préalables);
- un forfait par tête (paiement des médecins au forfait): le montant prévisionnel requis par un assuré donné l'année suivante en fonction de l'âge, du sexe, du domicile et de l'état de santé. Avec la somme des forfaits par tête, on obtient ensuite le budget du réseau de médecins.²

Comment établir ou payer des factures pour des prestations médicales?

Dans la majorité des cas, le budget des réseaux de médecins est une facturation parallèle ou fictive qui prend en compte toutes les factures payées par l'assuré. Il s'agit de l'établissement de la facture par les médecins, dont le paiement et le remboursement par les assurés s'effectuent comme dans le système conventionnel.

A qui revient un gain ou une perte?

Un gain ou une perte se calcule à partir du budget convenu après déduction des factures effectivement payées. En cas de gain, ce dernier est partagé entre le réseau de médecins et l'assureur. Toute perte est aussi partagée: le réseau de médecins, selon sa forme juridique, doit alors la supporter au maximum avec ses capitaux propres.

¹ A. S. Götschi, A. Weber. Ein Budget für Ärzte? (Un budget pour les médecins?) SAEZ 2004; 47: 2498 - 2503

² P. Dreiding, J. Fritschi. Warum Begriffe aus der Ökonomie uns Ärztinnen und Ärzte nicht erschrecken müssen! (Pourquoi les termes économiques ne devraient pas nous effrayer nous, médecins!) SAEZ 2006; 29/30: 1315-9