

CONTROLE DE QUALITE EN MEDECINE GENERALE

Comment ne pas rester à la traîne ?

Roy Remmen
Dominique Pestiaux
Carl Vanwelde

INTRODUCTION

L'Assurance de Qualité constitue un défi majeur des soins de santé. Prérrogative traditionnelle des structures fédérales (nationales) dans le domaine hospitalier, elle se voit actuellement également investie par le secteur des assurances.

Une évolution récente dans les pays européens est de la promouvoir en Médecine générale : comment ne pas rester à la traîne?

LE MAL BELGE

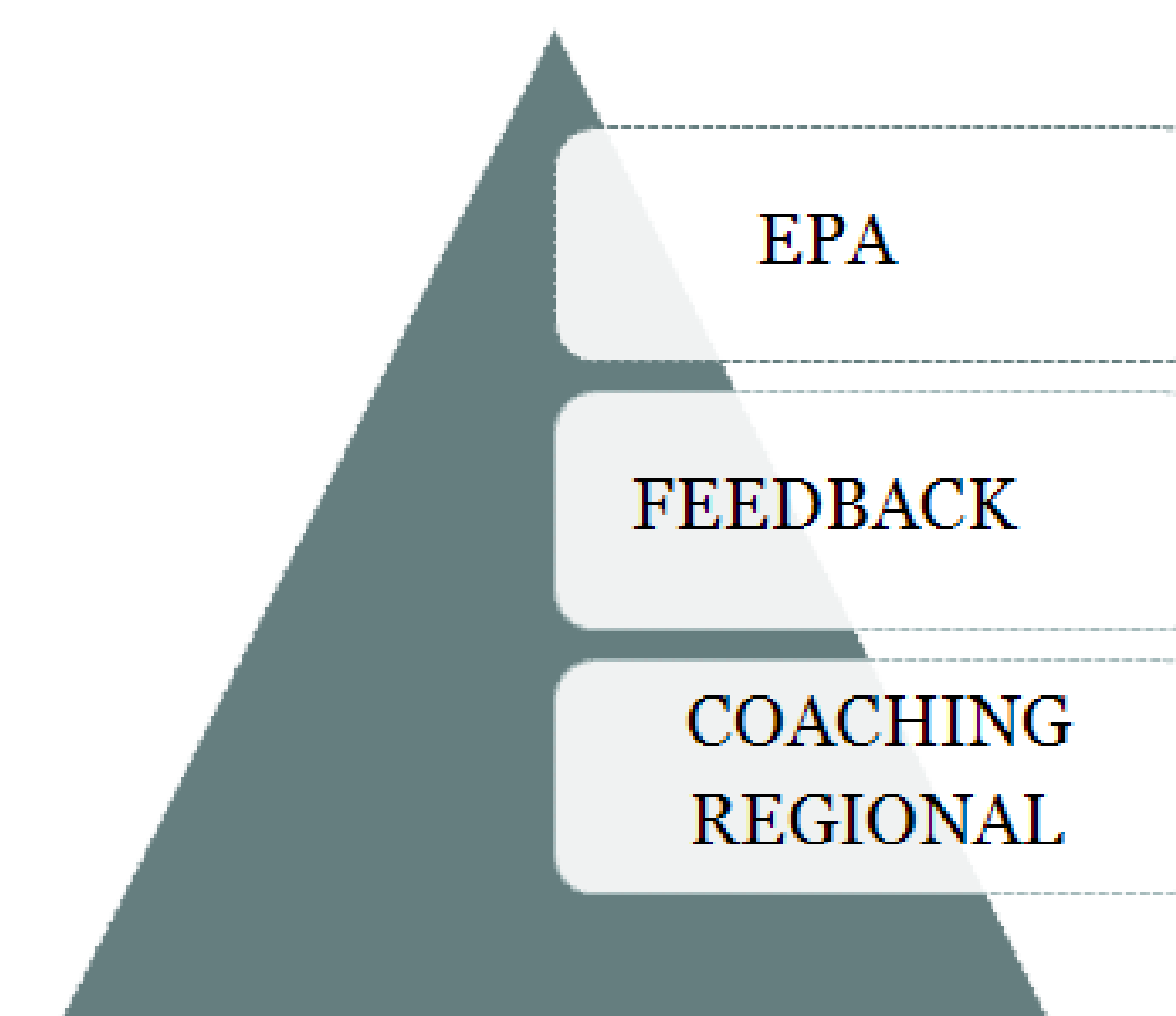
1. L'absence d'une culture de la qualité domine le paysage médical de notre pays.
2. L'accréditation et la gestion des DMG (dossier médical global) sont davantage des incitants financiers que des outils de promotion de la qualité.
3. L'utilisation des profils de prescriptions n'est guère contraignante.
4. La technologie de l'information (IT) est insuffisante.

OBJECTIFS

1. Une vision professionnelle de la qualité, passant par une modification des mentalités
2. Des incitants économiques et fiscaux
3. Un leadership de qualité (SSMG, Domus Medica, Féd. Maisons Medicales)
4. Une technologie de l'information performante



NE PAS RESTER À LA TRAÎNE:
UTILISER CE QUI EXISTE



LE SOUHAIT DES FAISEURS D'OPINION

- Partir d'initiatives locales: feedbacks de prescriptions, EPA (European Practice Assessment), régions
- Coupler les données hospitalières et celles issues de la première ligne
- Inclure les pathologies chroniques (à l'instar de ce qui se fait dans les autres pays)
- Bénéficier de banques de données transparentes de qualité (Information technology)
- Evaluer le retour d'investissement avant mise de fonds, incluant une redistribution des bénéfices



CHEZ NOS VOISINS

- UK. The Quality Outcome Framework (2004) influence tout le paysage médical de la MG. Plus de 150 indicateurs couvrent la pratique quotidienne et la prise en charge de nombreuses pathologies chroniques. Ces données sont récoltées automatiquement. La rémunération des MG y est corrélée. La pratique de groupe, incluant des paramédicaux, est la règle. Les revenus médicaux ont augmenté de 25% à 30%
- En France, le site du HAS (Haute Autorité en Santé) propose 131 'Recommandations pour la pratique clinique'. La mise en place de multiples procédures d'assurance de qualité n'a guère permis de faire progresser une culture d'évaluation: échec des dispositifs contraignants tels les RMO (Références médicales opposables), impact limité sur la pratique libérale des incitants tels l'EPP (Evaluation des pratiques professionnelles). Une accréditation est demandée aux institutions de soins, mais non aux pratiques libérales.
- Aux Pays Bas (2005) introduction d'une accréditation comprenant la récolte d'indicateurs cliniques de pathologies chroniques. Ces données seront utilisées en santé publique et participeront à la rémunération médicale.

Table 4. Quality development initiatives in the selected countries

	UK	AU	NL	G	FR	B
GP practice size	1800	1100	2300	1000	1400	500, unreliable
Single handed practices	Minority	Minority	Majority	Majority	Majority	Majority
Gatekeeper	Yes	Yes	Yes	Sometimes	No	No
Key players for quality development	Government and strong support college	Government and strong support college	Colleges, support by government and insurance companies	Government and support by insurance companies	Emerging: initiated by Government, but weak input of college	Emerging: initiated by Government, weak input of college
IT platforms	Very powerful, national, immediate	Very powerful, national and regional, immediate	Local in practice, database extending at national level, practice based	Powerful by sickness funds	Slow development	National, slow development
Summative or formative	Summative	Summative and formative	Formative, may be summative	Formative	Formative, summative blocked by jurisprudence	Formative, summative for outliers
Use of the quality cycle	No	Yes	Yes	No	No	No
Third parties	National	National (practice accreditation) and regional, owned by regional GPs	National, independent but owned by college	Commercial	National	National
Increase of income when engaging in parts of the quality framework	Large part of income	Small part of income and for accreditation	Small Increase to cover expenses	No	Only for accreditation	Only for accreditation
Evidence	Emerging, very large data sets	Weak	Weak, test ordering	No	No	No

	UK	AU	NL	GE	FR	BE
Sources of financing	Tax-based	Tax-based and contribution #	Tax-based and contribution	Contribution	Tax-based and contribution	Tax-based and contribution
Total health expenditure (2004, public and private US dollars per year - #)	2560(*)	3128	3094	3169	3191	3290
Total health expenditure as a percentage of GDP (#)	81	9.5	9.2	10.6	11.0	10.2
Public versus private expenditures as a percentage of GDP	83	68 (20.3 % out of pocket)	79 (15 private and 6 out of pocket)	76.1 of households, increasing since 2004	87.8	71.4
Aim to cover population	Full	Full	Full	Full	Full	Full
Number of Physicians/100 000	164	250	315	336	333	448
Principle payment methods for GP	Capitation and quality points	Fee for service, direct payment and bulk billing	Capitation and fee for service, bulk billing*	Fee for service	Fee for service, direct payment	Fee for service, direct payment, some capitation, direct payment
Specialists working in primary care	No	No	No	Yes	Yes	Yes
GP acts as gatekeeper	Yes	Yes	Yes	Only in some plans	No	No

Références

KCE reports 76 A, 85, 118C

KCE Centre National d'Expertise

Can we import quality tools? A feasibility study of European practice assessment in a country with less organised general practice
Remmen R, Seuntjens L, Paulus D, Pestiaux D, Knops K, Van den Bruel A
BMC Health Services Research 2009, 9:183