

Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset
p. A. Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Zurich, 17 octobre 2017

Consultation sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) relative à l'admission des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire

Monsieur le Conseiller fédéral
Mesdames et Messieurs

La Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) est l'organisation faitière de 22 sociétés cantonales de médecine. Nous saisissons très volontiers cette occasion de donner notre opinion sur la nouvelle réglementation proposée pour l'admission des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire. La CCM s'oppose fondamentalement au projet. Cela ne signifie pas que la CCM rejette toute réglementation. Mais pour le corps médical, le projet semble inacceptable dans la forme proposée. Nous en exposons les raisons ci-dessous. Nous faisons également des propositions de simplification de la régulation.

I. Remarques générales

Le projet est empreint d'une foi dans un pilotage reposant sur l'économie planifiée, désormais aussi dans le domaine ambulatoire. Après le pilotage global de l'offre stationnaire, un pilotage tout aussi étendu doit s'appliquer au domaine ambulatoire, avant tout en regard des coûts. Cela signifierait que l'État, que les autorités seraient capables de connaître la demande prévisible, d'assurer totalement les soins, de garantir la qualité des fournisseurs de prestations et en même temps de réduire les coûts. Une telle foi dans le pilotage est illusoire. En revanche on peut s'attendre à ce que le projet s'accompagne d'un déferlement de régulations pour le corps médical, lié à davantage de bureaucratie pour tous. Avec les nouvelles réglementations d'admission de cette révision de la LAMal, la planification et le contrôle étatiques de l'offre de prestations ambulatoires et de l'admission des médecins à la fourniture de prestations selon la LAMal sont massivement renforcés et accrus. L'afflux de fournisseurs de prestations en cabinet privé est réglé à long terme par une nouvelle régulation. Cela est lié entre autre au fait que, selon le projet, des directives d'admission détaillées, encore à concrétiser par le Conseil fédéral, sont prévues et qu'ensuite une organisation décide de l'admission. En d'autres termes : une nouvelle bureaucratie est instaurée pour l'admission. Nous reviendrons sur ce sujet. La profession médicale est déjà étroitement régulée, entre autres dans les

dispositions de la loi sur les professions médicales, de la LAMal et des lois cantonales sur la santé. Un corset encore plus serré est maintenant envisagé. Aucune profession libérale, et de façon générale aucune profession, n'est aussi fortement réglementée que la profession médicale.

Le projet, qui vise aussi en grande partie à réduire les coûts, est ensuite, en référence à cet objectif, orienté unilatéralement au détriment du corps médical. Il repose de façon entièrement monocausale sur la thèse d'une demande pilotée par l'offre. La densité de médecins est toutefois inappropriée pour servir d'instrument quantitatif et de pilotage. Il n'existe pas de corrélation claire entre la densité de médecins et les prestations médicales fournies aux patients - comme le montre le rapport Helsana sur l'évolution des dépenses liés aux soins de santé de décembre 2016 (p. 22 et 32). En réalité, la demande est déterminée par de multiples facteurs, notamment le comportement de la population. Mais la demande est - pour des raisons d'ordre politique - traitée avec réserve. Elle est alors orientée très unilatéralement sur la problématique des coûts. C'est donc encore une fois au corps médical de contribuer à la baisse des coûts. Cela vaut particulièrement pour les régulations de l'art. 55a LAMal. Les coûts doivent déjà être réduits au détriment du corps médical avec la nouvelle intervention tarifaire Tarmed. Et maintenant vient s'ajouter ce projet. La CCM ne peut accepter ce processus de péjoration continue de la situation professionnelle des médecins, notamment en cabinet privé. De plus une comparaison entre les pays de l'OCDE montre que la corrélation des coûts de la santé avec la densité de médecins est plus faible qu'avec le nombre des lits d'hôpitaux. Il est difficile de comprendre pourquoi le Conseil fédéral veut néanmoins influencer sur les coûts de la santé en diminuant le nombre de médecins ambulatoires et non en limitant les hôpitaux ou les lits d'hôpitaux. Les mesures proposées ne reposent pas sur une étude d'impact, mais sont choisies de manière arbitraire.

II. Rapport de force déséquilibré

Si l'on observe le projet sous l'angle du rapport de force, on constate un renforcement massif du pouvoir des assureurs et des cantons au détriment des médecins, en particulier des libres praticiens.

Les assureurs bénéficient d'une grande influence du fait qu'ils mènent eux-mêmes la procédure d'admission formelle. Les contrôles d'économicité et de qualité des assureurs sont renforcés - la sanction déjà possible aujourd'hui de perte de l'admission LAMal aura plus de poids. Les critères et exigences de qualité obligatoires pour les médecins et autres fournisseurs de prestations ambulatoires, à définir en détail par le Conseil fédéral, recèlent une puissance explosive. Au nom des médecins de la plupart des cantons, la CCM tiens à rappeler ce qui suit en termes de qualité : en ce qui concerne l'activité médicale dans la discipline visée pour l'admission, il faut exiger que les médecins aient exercé la discipline concernée au minimum trois ans dans un établissement de formation postgrade reconnu. Pendant ces années, ils acquièrent des connaissances des systèmes

de santé, d'assurance et social de notre pays, se familiarisent avec les habitudes locales et constituent un bon réseau dans le domaine de spécialité visé. En ce qui concerne l'attestation de formation continue, les médecins doivent continuer à se former tout au long de leur vie professionnelle après l'obtention du titre postgrade (spécialiste). L'attestation de formation continue doit être exigée périodiquement dans les 46 domaines de spécialité. C'est un critère de qualité facile à prouver et à vérifier. Quant aux compétences linguistiques, il faut exiger que les médecins attestent des compétences linguistiques nécessaires dans leur région d'activité par un examen de langue effectué en Suisse. La médecine est un travail d'équipe, il faut avant tout éviter les malentendus. Ces critères suffisent amplement, mais ils doivent être appliqués de façon conséquente.

On ne voit pas pourquoi une organisation d'assureurs devrait décider de l'admission des fournisseurs de prestations. La dépendance des médecins vis-à-vis des assureurs est déjà particulièrement importante, notamment sur le plan financier. Il s'avère actuellement extrêmement difficile, voire quasi impossible, de conclure de nouvelles conventions tarifaires avec les assureurs. Les assureurs font souvent preuve d'une compréhension très faible pour les préoccupations des médecins. C'est une raison majeure de la perturbation actuelle des relations tarifaires. Si les assureurs peuvent désormais, directement ou indirectement, (co)décider non seulement des tarifs, mais aussi de l'admission des médecins, un nouveau fossé risque de se creuser. On doit s'attendre à de nombreuses procédures de recours. La CCM estime donc que la procédure d'admission doit être confiée soit à une organisation indépendante ou au corps médical lui-même - bien entendu sous la supervision de la Confédération. Des arguments de savoir-faire vont également dans ce sens. Les médecins, contrairement aux assureurs, sont confrontés quotidiennement dans leur cabinet à des questions d'efficacité, d'adéquation, d'économicité et de qualité de leurs prestations. Il en va de même pour le contrôle des connaissances du système de santé suisse et la procédure de vérification prévue à cet effet dans le projet de loi. Si quelqu'un a vocation à contrôler les connaissances nécessaires en matière de qualité de la fourniture des prestations, c'est bien le corps médical avec son expérience approfondie dans le domaine de la santé et de l'exigence de qualité des prestations médicales (cercles de qualité, etc.). De plus il s'agit ici avant tout de connaissances essentielles pour le corps médical. Il est donc inadéquat et incompréhensible que le contrôle soit effectué par une organisation gérée ou désignée par les assureurs. La mise à disposition des données, méthodes, compétences professionnelles et ressources humaines qui seront nécessaires pour assumer les tâches assignées aux assurances, entraînerait un surcroît de bureaucratie et des frais administratifs supplémentaires conséquents chez les assureurs.

Mais le projet renforce également la position des cantons. Ils obtiennent une influence encore plus grande sur l'offre de prestations ambulatoires et un rôle renforcé dans le contrôle du respect des obligations professionnelles des personnes qui exercent une profession médicale universitaire au titre de l'économie privée sous leur propre responsabilité. Selon la forme proposée dans l'art. 55a LAMal, il n'existe certes aucune

obligation des cantons à fixer des plafonds. Des cantons tels que Zurich, qui n'ont jusqu'ici pas fait usage de la limitation du nombre de fournisseurs de prestations, auront à l'avenir de très grandes difficultés à maintenir cette position. Le risque est beaucoup trop grand que les médecins qui ne peuvent ouvrir de cabinet ou exercer leur activité dans un hôpital ou une institution dans d'autres cantons essaient de le faire dans le canton de Zurich. Les cantons dans ce cas seront soumis à une pression considérable. Il y aura ensuite un transfert programmé par l'État de l'offre ambulatoire des cabinets médicaux vers le domaine ambulatoires des hôpitaux, parce que les cantons, lors de la fixation de plafonds pour les médecins ambulatoires et le taux d'activité des médecins établis, mettent les institutions médicales ambulatoires et les services ambulatoires hospitaliers dans le même sac. Le nombre de médecins dans les hôpitaux/services ambulatoires hospitaliers continuera d'augmenter et il existera ainsi toujours moins de "postes prévus" pour les médecins établis. L'offre médicale en sera aussi réduite géographiquement. En d'autres mots : il sera de plus en plus difficile, particulièrement pour les personnes âgées et handicapées, de trouver un médecin à proximité. Une offre de soins géographiquement insuffisante, pas seulement dans le domaine des soins de premier recours, est prévisible.

III. Manquements à l'État de droit : manque total de clarté des critères et base de données inconnue pour les plafonds et la clause du besoin dans certains domaines de spécialité

Le projet de loi ne dit absolument rien des critères sur lesquels doit reposer la fixation des plafonds. Les cantons doivent manifestement avoir une large marge d'interprétation. Si c'est le cas, les décisions ne peuvent guère faire l'objet d'un contrôle juridictionnel. Il faut rejeter cela pour des raisons de principe et d'État de droit. La délégation en bloc des compétences au Conseil fédéral en ce qui concerne les critères et les principes méthodologiques de la fixation des plafonds dans l'alinéa 2 de l'art. 55a LAMal doit aussi être rejetée. De tels critères constituent au regard du but, à savoir la limitation du nombre de fournisseurs de prestations, une forte atteinte aux droits des médecins. Les principes des critères doivent être inscrits dans la loi, afin qu'ils soient au moins légitimés démocratiquement.

Nous émettons également de grandes réserves de même ordre vis-à-vis de la possibilité d'empêcher des médecins d'entamer une activité professionnelle, à titre indépendant ou dépendant, en cas d'évolution des coûts supérieure à la moyenne dans un domaine de spécialité. Il suffit pour une telle atteinte massive aux droits, notamment des jeunes médecins, que dans ce domaine de spécialité les coûts médicaux augmentent davantage que dans les autres domaines de spécialité du canton concerné ou plus que la moyenne suisse des coûts annuels dans le domaine de spécialité en question. Concrètement, cela signifie que théoriquement chaque année, dans d'innombrables domaines de spécialité, aucun médecin ne peut entamer une activité à la charge de l'assurance maladie sociale, que ce soit à titre indépendant ou dépendant. Pour cela, il suffit théoriquement que les

coûts moyens du domaine de spécialité concerné dépassent la moyenne globale de quelques pour mille. Ceci est inacceptable de par la teneur et le caractère unilatéral. Il est inacceptable, dans une situation complexe dans laquelle de nombreuses causes interviennent, de se baser sur un critère de manière totalement monocausale alors que les raisons de la hausse des coûts ne jouent aucun rôle. Certes selon le projet, l'art. 55a al. 6 LAMal est une disposition dite potestative. Les cantons ne sont donc pas tenus d'avoir recours à cet instrument. Les conditions sont toutefois décrites de manière si laxiste qu'un contrôle de l'État de droit est ici quasi impossible. Et comme des coûts légèrement supérieurs à la moyenne suffisent pour passer à cette étape, il faut s'attendre vraiment à ce que de nombreux domaines de spécialité soient touchés. C'est d'autant plus dérangeant qu'il peut y avoir de très bonnes raisons à la hausse transitoire des coûts dans un domaine de spécialité donné (nouvelles méthodes de traitement, épidémie de grippe, etc.). D'après l'énoncé proposé, cela ne joue toutefois aucun rôle. On laisse finalement à l'appréciation des cantons de tenir compte ou non de tels motifs.

IV. Au sujet des différentes dispositions

Art. 36

Al. 1

Proposition de reformulation : "..., s'ils disposent d'une admission correspondante du canton."

Justification : les cantons sont compétents pour le pilotage des admissions. Il est tout simplement cohérent que ce soit eux qui décident de l'admission et non les assureurs ou une organisation gérée par les assureurs.

Al. 2 : à biffer purement et simplement

Justification : il existe déjà de nombreuses prescriptions du droit fédéral, mais aussi du droit cantonal et des sociétés de discipline, qui se réfèrent à la qualité, la formation de base et postgrade, etc. Il est absurde que le Conseil fédéral édicte des conditions supplémentaires au niveau de l'ordonnance. Par ailleurs, cette délégation à l'exécutif de pouvoirs de fixation de normes est aussi discutable du point de vue de l'État de droit. Dans les grandes lignes, les réglementations restrictives devraient être réglées dans une loi formelle.

Al. 3 : à biffer

Justification : cette mesure toucherait massivement avant tout les jeunes médecins. Comment les jeunes médecins sont-ils censés passer ces deux années ?

Al. 3bis : à biffer

Justification : il faut poursuivre la voie actuelle qui a fait ses preuves, à savoir une activité pratique de trois ans dans le domaine d'activité visé.

Al. 4 : à biffer purement et simplement

Justification : il s'agit d'une formulation très ouverte sur laquelle le Conseil fédéral peut baser pratiquement toute condition. Elle doit être rejetée. Il existe déjà d'innombrables mesures relatives à l'économicité et à la qualité des prestations. La livraison des données est déjà réglée également, en relation avec MARS. On ne comprend pas pourquoi des critères supplémentaires devraient être définis au niveau de l'ordonnance. S'il y avait des abus dans ce domaine, ils devraient être éliminés par la voie d'une révision de la loi. Mais il n'y a aucun abus.

Al. 5 : à biffer

Justification : les médecins, en tant que fournisseurs de prestations, deviendraient ainsi fortement dépendants des assureurs. Cette dépendance est déjà importante aujourd'hui. Du point de vue du corps médical, un double rôle des assureurs vis-à-vis des médecins, les assureurs décidant de la rémunération des prestations et de l'admission des fournisseurs de prestations, entrainerait un conflit d'intérêts évident. Il s'agit d'une tentative impropre de faire entrer le loup dans la bergerie.

Al. 6 : biffer par principe

Justification : la CCM est sur le principe opposée à une procédure de contrôle selon l'al. 3bis. Si une telle procédure devait malgré tout être mise en place, l'organisation devrait être constituée de manière paritaire, ce qui doit être fixé au niveau de la loi.

Art. 55a

Al. 1

Nous approuvons sur le principe que les médecins libres praticiens ne soient pas seuls à être touchés par la limitation. Mais on ne sait pas ce qu'il en est des médecins employés à l'hôpital qui travaillent dans le domaine ambulatoire hospitalier, qui ne sont apparemment pas soumis à cette régulation. Il est à craindre que l'on assiste à d'autres transferts des médecins libres praticiens vers les hôpitaux.

Al. 2

La disposition part d'une bonne intention, mais va engendrer d'immenses problèmes de mise en œuvre. Il est à craindre que l'application de cette disposition entraîne un surcroît énorme de charge administrative.

Al. 3

Aucun commentaire.

Al. 4

Cette disposition révèle entre autres un accroissement possible de la charge administrative engendrée par l'al.2. Par contre, il faut souligner que le canton est de toute façon en possession des données pertinentes, à savoir les données collectées par l'OFAS conformément à l'art. 23 LAMal et à l'art. 59a LAMal.

Al. 5 :

Aucun commentaire

Al. 6 : à biffer

Justification : Cf. considérations du chapitre III, paragraphe 2.

V. CONCLUSION

On ne peut parler de clairvoyance à propos de l'avant-projet du Conseil fédéral sur l'admission des fournisseurs de prestations. Les mandats clairs du Parlement, de présenter de véritables solutions de remplacement à la clause du besoin actuelle, limitée dans le temps - dont les effets n'ont pas été voulus par le monde politique et qui étaient contre-productives à différents égards - n'ont pas été remplis. Il n'est pas non plus fait mention d'un financement durable du domaine ambulatoire, bien que les questions d'admission et de financement soient matériellement liées.

Alors que la nouvelle limitation des admissions vise à limiter durablement le nombre de médecins ambulatoires en cabinet, la mise en œuvre dans les hôpitaux devrait rester illusoire à l'avenir. Le résultat est une fragilisation des soins médicaux axés sur les besoins des patients dans les cabinets ambulatoires, qui sont de toute évidence plus économiques que dans le secteur ambulatoire hospitalier. L'objectif de toute réforme profonde du système de santé doit être de trouver une solution équilibrée entre les intérêts légitimes de la population, des fournisseurs de prestations et des cantons. De plus de nouvelles bases de financement doivent être créées.

En raison des fausses incitations financières entravant le renforcement du secteur ambulatoire, il faut viser à moyen terme un financement homogène des secteurs stationnaires et ambulatoires, et les travaux en la matière doivent commencer maintenant – au vu de la résistance politique des cantons à surmonter.

De nombreux cantons encouragent, ou du moins tolèrent, la "course aux armements" des services ambulatoires hospitaliers, qui est encore activement accélérée avec les listes des opérations ambulatoires établies par les cantons. Mais les cantons ne contribuent pas à ces prestations fournies en ambulatoire dans les hôpitaux et peuvent ainsi ménager les budgets cantonaux au détriment des payeurs de primes. Pour des soins médicaux ambulatoires efficaces, adéquats et économiques, de nouvelles bases de financement sont nécessaires, afin que tous les tiers payeurs en tirent des avantages- aussi et avant tout les payeurs de primes et les contribuables. Les cantons doivent prendre leurs responsabilités dans le domaine ambulatoire, que ce soit pour la délivrance des autorisations de pratiquer selon des critères qualitatifs au nom de la sécurité des patients ou en vue d'une plus grande coordination dans l'esprit de véritables régions de soins au-delà des frontières cantonales. Il faudrait essayer de déplacer de nouveau la fourniture de prestations des hôpitaux vers les cabinets ou les centres de soins ambulatoires régionaux. Il faut à cet effet des incitations à la création de cabinets de médecins de famille et de spécialistes ainsi que de modèles de régionalisation des soins de premier recours, tels que des centres médicaux de premier recours régionaux, à proximité du domicile.

Les mesures de pilotage des admissions proposées sont donc totalement inadaptées et ne font qu'encourager davantage l'économie planifiée dans le domaine médical ambulatoire et doivent donc être rejetées.

Des solutions parlementaires durables à ce sujet nécessitent visiblement plus de temps et requièrent impérativement de considérer le système de santé suisse dans son ensemble. Il serait donc surmontable de prolonger le pilotage des admissions limité dans le temps de deux ou trois années. La politique de la santé suisse pourrait ainsi faire un grand pas en avant plutôt que deux pas en arrière, comme le laissent craindre les propositions du Conseil fédéral.

Au nom du comité de direction de la Conférence des sociétés cantonales de médecine, nous vous prions de bien vouloir tenir compte de nos arguments dans la poursuite de votre réflexion et nous vous en remercions.

Avec nos meilleures salutations

Dr. med. Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Dr. med. Fiorenzo Caranzano, co-presidente CMC

