

Par courriel à :

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Berne, le 15 février 2021

Réponse à la consultation relative au projet « Mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations »

Monsieur le Conseiller fédéral,

Au nom des Cliniques privées suisses (CPS), nous vous remercions de nous donner l'occasion de prendre position concernant l'objet cité en référence.

Pour CPS, toute intervention législative dans la politique de la santé, et donc également la présente révision partielle de la LAMal, doit répondre au moins aux trois exigences suivantes :

- Elle doit améliorer la gouvernance inacceptable des cantons, à savoir leur rôle multiple et l'absence de séparation des pouvoirs.
- Elle doit être à même de promouvoir la qualité thérapeutique des fournisseurs de prestations de soins.
- Elle doit créer ou au moins promouvoir des conditions concurrentielles équitables pour les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Evaluation générale de la révision

La présente révision comprend la mise en œuvre de la précédente révision largement échouée des bases juridiques au niveau de la loi. Cette mise en œuvre doit par conséquent, dans toute la mesure du possible, atténuer et corriger les erreurs et les faiblesses de la précédente révision de la LAMal.

Les propositions de la présente révision risquent malheureusement, au contraire, d'aggraver encore les défauts de cette précédente révision. Elles bétonnent les frontières cantonales du secteur de la santé, conduisent à de nouveaux problèmes de recrutement pour le personnel médical, augmentent la bureaucratie et rendent en partie impossible l'exercice de la profession et l'entrée sur le marché de nouveaux jeunes fournisseurs de prestations et de la relève.

Au final, ce paquet d'ordonnances contribuera substantiellement à bétonner des structures dépassées, sans modifications ni simplifications notables, et conduira à une nouvelle augmentation des coûts dans le domaine ambulatoire.

*

Le présent projet comprend quelques propositions de modifications, dont CPS ne commente, ci-après, que les principales.

A propos des différents points du projet

1. Révision de l'OAMal et de l'OPAS

Même si les hôpitaux ne sont pas directement touchés par ces modifications, en tant que fournisseurs de prestations selon l'art. 35, al. 2, let. h, nous aimerions malgré tout attirer l'attention sur les problématiques suivantes :

- Procédures d'admission cantonales

La nécessité de solliciter une admission séparée dans chaque canton entraîne un cloisonnement supplémentaire de la fourniture des soins selon les frontières cantonales. Cela est contraire au libre choix du médecin et aux habitudes de vie et de mobilité de la population, et diamétralement opposé aux mesures d'optimisation des coûts des fournisseurs de prestations de soins novateurs. Des potentiels de réduction des coûts en faveur de l'abaissement des primes sont ainsi contrecarrés.

- Art. 38, al. 3 : connaissances linguistiques

Même si le besoin d'une communication fluide entre patients et médecins est compréhensible, la nécessité de justifier formellement ses connaissances linguistiques à ce niveau a un effet dissuasif sur le recrutement de personnel médical spécialisé en provenance de l'étranger, et en particulier de l'Union européenne, personnel dont nous avons pourtant un urgent besoin. Les avantages de la libre circulation des personnes sont ainsi en partie réduits à néant, au moins pour le recrutement de médecins.

Par ailleurs, la notion de « langue de la région dans laquelle ils exercent leur profession » est très imprécise, notamment pour des régions bilingues comme Biel/Bienne ou Freiburg/Fribourg ainsi que pour les médecins qui suivent, sur leur lieu d'activité, une minorité linguistique (par exemple la minorité francophone en ville de Berne). Cette disposition devrait plutôt se baser sur la langue véhiculaire des patients entrant en ligne de compte.

Concrètement, nous proposons le libellé suivant pour l'art. 38, al. 3 :

« Sont réputés disposer des connaissances linguistiques nécessaires au sens de l'art. 37, al. 1, LAMal les médecins qui sont en mesure, dans la langue de leurs patients :... »

2. Ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations AOS

Sur les deux variantes proposées, la préférence doit clairement aller à la variante 1 (délégation de la tenue du registre à un tiers). Dans de nombreux domaines réglés par l'Etat, des registres sont aujourd'hui déjà mis en place et tenus avec succès et de manière extrêmement fiable par des tiers. Dans le cadre de l'appel d'offres selon LMP, un poids suffisant doit être accordé aux aspects de la fiabilité, de la rapidité et de la qualité à long terme des prestations.

La tenue du registre par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), telle que proposée dans la variante 2, risque de dépasser les capacités de cet office, déjà extrêmement sollicité sur de nombreux fronts.

3. Ordonnance relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires

La révision échouée de la LAMal l'impose : les cantons doivent limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation médicale et dans certaines régions, le nombre des médecins autorisés à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS. Pour cela, le Conseil fédéral doit définir les critères et les principes méthodologiques applicables à la fixation des nombres maximaux.

Du fait que la formulation « doivent », autrement dit l'obligation faite aux cantons d'introduire des nombres maximaux, était erronée, l'ordonnance peut (et doit !) se limiter à viser une limitation des dégâts. Cet objectif n'est en aucune manière atteint avec la présente proposition, au contraire : l'approche consistant à autoriser la fixation, par les autorités, de nombres maximaux de fournisseurs de prestations médicales fait fausse route : le besoin de prestations médicales est dynamique et ne sera jamais objectivement « juste » ou « faux », et cela non seulement au plan régional, mais aussi dans le temps et culturellement. Toute approche contrôlée sera au mieux une béquille méthodologique, qui doit toutefois être conçue au moins de manière à offrir une flexibilité suffisante en cas de besoins aigus et un potentiel de développement suffisant pour le renouvellement des fournisseurs de prestations. Malgré cela, la marge de manœuvre des cantons est relativement importante. Cela doit fondamentalement être salué, mais est lié, dans la pratique, à des coûts supplémentaires et à des obstacles administratifs disproportionnés, notamment pour les fournisseurs de prestations supracantonaux.

La présente proposition est statique et figée, dans la mesure où elle repose sur des valeurs d'observation (statu quo), sur les flux intercantonaux actuels de patients ainsi que sur des valeurs d'autres régions ou des valeurs moyenne. Cette approche tend à ignorer les spécialités et les particularités régionales justifiées et s'efforce, à l'aide d'une charge bureaucratique disproportionnée, de mettre en place un degré de fourniture de soins unifié à l'échelle de la Suisse.

Le cas suivant illustre cette problématique : si un nouveau centre médical intercantonal souhaite s'installer dans un centre urbain afin d'accueillir des patients provenant de plusieurs cantons (par exemple de cantons qui ne coordonnent pas leur planification) et d'assurer ainsi une fourniture de soins efficace à la population, cela ne sera pas possible en raison des observations cantonales et des flux de patients actuels, du fait que ce centre entraînerait une nouvelle offre à cet endroit (même si l'offre de prestations baisserait dans la même envergure dans d'autres cantons, en faveur de cette offre efficace). Cette approche tue dans l'œuf le potentiel d'optimisation de la fourniture de soins dans une région.

Il convient au contraire d'étudier une méthode autorisant systématiquement un certain degré de développement du renouvellement, par exemple sous la forme d'une marge supplémentaire de dix pour cent par an, par rapport aux chiffres maximaux définis. Cela permettrait un minimum d'innovation en faveur d'une fourniture de soins ambulatoire orientée patients et économe.

Concrètement, nous proposons de compléter comme suit l'art. 10, al. 1 :
« ...adopté conformément à l'art. 8. Les valeurs déterminées peuvent être dépassées de 10 pour cent par an. »

Par ailleurs, nous constatons que les particularités des soins hospitaliers ambulatoires (interdisciplinarité, soins intégrés, mandat de formation et de perfectionnement de la relève) ne sont pas considérées comme pertinentes, par l'ordonnance, pour la fixation des nombres maximaux. Cela nuit à la future fourniture des soins hospitaliers ambulatoires. Sur la base de ces particularités des soins hospitaliers ambulatoires, les cantons risquent ainsi de procéder à des estimations erronées et de fixer des nombres maximaux approximatifs, ce qui remet partiellement en question les mandats de prestations cantonaux et aurait dans tous les cas de graves conséquences sur la formation de la relève en Suisse. On renoncera par conséquent à une limitation pour le secteur hospitalier ambulatoire et restreindra le domaine d'application de l'ordonnance aux médecins de cabinet fournissant des prestations ambulatoires.

Concrètement, nous proposons de compléter comme suit l'art. 1, al. 2 :

« Le taux d'approvisionnement régional correspond au rapport entre :

a. le volume de prestations observé, résultant de l'offre de médecins de cabinet disponibles fournissant des prestations ambulatoires et des prestations fournies par ces derniers, et... »

*

En vous remerciant de prendre connaissance de ce qui précède et de tenir compte de notre prise de position, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.

Cliniques privées suisses



Dr Beat Walti
Président



Guido Schommer
Secrétaire général