



Par e-mail à:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Schwarzenburgstrasse 157
3097 Liebefeld

Berne, le 27 janvier 2021

Mise en œuvre de la révision LAMal (admission des fournisseurs de prestations): consultation relative aux modifications des ordonnances

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

Nous nous référons à la procédure de consultation citée en marge. Nous prenons volontiers position sur les modifications des ordonnances prévues.

Permettez-nous tout d'abord de formuler quelques remarques pour assurer une meilleure compréhension de nos considérations. La nouvelle réglementation de l'admission des fournisseurs de prestations décidée par le Parlement pendant la session d'été 2020 concerne nos membres, les médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique en Suisse, comme aucun autre groupe au sein du corps médical. Depuis le lancement du message du Conseil fédéral, nous nous sommes donc intensément penchés sur la question et avons participé du début à la fin aux débats politiques. Cela s'est toujours fait dans un esprit constructif, c'est-à-dire en reconnaissance de la volonté de tous les partis de légiférer, même si nous avons et avons toujours certains doutes quant à la capacité de répondre par un pilotage anticipatif et uniforme à la réalité complexe du système de santé, qui évolue rapidement dans un Etat fédéraliste comme la Suisse. En d'autres termes, nous nous demandons s'il est possible de répondre préventivement et dans tous les domaines et relations par des moyens arithmétiques aux besoins des individus qui sont en constante évolution.

Vous trouverez plus de détails à ce sujet plus loin dans le document. En guise d'introduction, nous aimerions aussi souligner que nous sommes reconnaissants que les Chambres fédérales aient tenu compte de plusieurs de nos revendications, notamment en ce qui concerne les trois ans de formation postgraduée dans un établissement de formation postgraduée suisse reconnu dans la discipline faisant l'objet de la demande d'admission, la compétence linguistique élevée et l'attachement au libre choix du médecin. Nous attendons

cette ouverture au dialogue dans le cadre de la mise en œuvre également de la part des cantons avec lesquels nous allons prendre contact à temps par le biais de nos sections pour partager avec eux notre vision sur les contextes régionaux très différents et pour trouver les meilleures solutions possibles. Venons-en maintenant aux points importants au niveau de l'ordonnance. Ceux-ci correspondent à la réponse à la consultation de la FMH qui, pour sa part, aborde d'autres aspects que nous n'avons pas davantage approfondis. A cet égard, nous soutenons la position et les revendications de la FMH.

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

Il s'agit à notre avis de la réglementation la plus importante. Nous exprimons cependant de sérieux doutes quant à la capacité de tous les cantons, compte tenu de leurs différences en termes de taille et de structure, notamment au niveau de leurs appareils administratifs, à satisfaire aux exigences posées. Et cela de manière à ce qu'il résulte pour l'ensemble de la Suisse un résultat répondant à l'exigence d'un traitement professionnel et équitable de tous les médecins demandant une admission. A cet égard, nous pensons ici d'une part au surcroît de bureaucratie dans les administrations cantonales qui nécessitera la plupart du temps des ressources en personnel et financières supplémentaires. Cela entraînera des coûts supplémentaires dans le secteur de la santé, ce qui va à l'encontre de ce que l'on aimerait atteindre avec le pilotage des admissions.

D'autre part, nous sommes préoccupés par la charge de travail supplémentaire résultant des nouvelles tâches administratives à laquelle les employeurs et employés du secteur de la santé devront faire face. Le temps consacré à ces tâches a aussi un prix. Mais il manquera finalement surtout d'une manière ou d'une autre pour la prise en charge des patients – une tendance que nous observons depuis des années et que nous voulons combattre et rendre visible dans l'arène politique avec notre campagne [«Plus de médecine et moins de bureaucratie!»](#).

Deuxièmement, nous estimons que le principe fondamental applicable à la mise en œuvre de cette ordonnance doit être d'assurer une coordination maximale entre les cantons en ce qui concerne les critères d'évaluation. Nous renvoyons au premier paragraphe de cette page: plus les critères seront précis et uniformes, plus leur application sera équitable dans le sens de l'égalité de traitement.

Troisièmement, il s'agit de suivre de près, dans le cadre de la gestion des nombres maximaux, la tendance encouragée par la politique – compte tenu du progrès médical – d'un déplacement croissant des prestations stationnaires vers les prestations ambulatoires. Le besoin en capacités ambulatoires va continuer de croître. Pour les jeunes membres de notre association, cela implique qu'ils ne peuvent, dans le cadre de la formation médicale postgraduée, acquérir une grande partie de leurs connaissances plus que dans les services hospitaliers ambulatoires. C'est pourquoi il est urgent de renforcer les capacités dans ce domaine. En attendant, le projet d'ordonnance ignore sur certains points la réalité dans les secteurs ambulatoires des

hôpitaux. Dans sa forme actuelle, la réglementation proposée se répercutera très négativement sur la formation médicale postgraduée et donc finalement aussi sur les soins médicaux. Nous exigeons par conséquent que cela soit reconsidéré et corrigé.

Art. 1 Principe

Il est question du volume de prestations. Dans ce contexte, nous demandons de considérer différemment les prestations fournies par les médecins en formation postgraduée, par les formatrices et formateurs ainsi que par les médecins spécialistes fournissant des prestations sous leur propre responsabilité sans mandat de formation postgraduée. Le niveau de qualité élevé des soins médicaux ne peut être assuré que par une qualité égale et la prise en compte systématique de la formation médicale postgraduée. Mis à part cela, la mesure des prestations doit aussi tenir compte de celles qui ne sont pas fournies pour l'assurance obligatoire des soins, mais pour l'assurance-accidents et l'assurance militaire.

Cela signifie, si on le réduit à la notion de besoin, que l'ensemble de ces prestations mentionnées spécialement doivent avoir leur poids spécifique dans la définition et qu'il faut penser aux capacités que cela implique. A la page 7, le rapport explicatif a cependant l'honnêteté de souligner que le besoin objectif de la population est une construction latente et non observable. *«L'objectif de cette étape est donc d'estimer la variation régionale de la demande en utilisant des méthodes statistiques appropriées.»* Par ailleurs, la prise en charge des patients en amont et en aval, par exemple dans les établissements médico-sociaux, dans le cadre de la réadaptation ou des soins à domicile, ne doit pas être oubliée dans la perspective globale.

Et pour finir, nous demandons l'ajout d'un quatrième paragraphe. Celui-ci précisant que pour toutes les décisions en lien avec le calcul du taux d'approvisionnement régional, la fixation des nombres maximaux et la fixation du facteur de pondération, les sociétés cantonales de médecine et les sections cantonales de l'asmac doivent être consultées préalablement.

Art. 2 Calcul de l'offre de médecins par le canton

Pour nous en tant qu'association dont la grande majorité des membres travaille dans les hôpitaux, le principal enjeu est de savoir comment gérer le secteur ambulatoire des hôpitaux. Il est certes mentionné aux pages 3 et 10 du rapport explicatif, mais les déclarations à ce propos n'ont pas de quoi nous rassurer. Nous lisons qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de base de données nationale comprenant le nombre d'EPT des médecins exerçant dans le secteur ambulatoire des hôpitaux. Par conséquent, des estimations doivent être faites: *«Le taux d'activité des médecins exerçant dans ce secteur peut par exemple être estimé en fonction de celui des médecins exerçant en cabinet, dans le domaine de spécialisation examiné.»*

Une telle affirmation ne reflète pas la complexité du quotidien hospitalier et occulte les problèmes liés à la mise en œuvre. En effet, le cabinet médical et un hôpital universitaire sont deux univers fondamentalement différents. Même pour des prestations ambulatoires comparables, il faut tenir compte du contexte totalement différent dans lequel celles-ci sont fournies, notamment en ce qui concerne la formation

médicale postgraduée qui se déroule principalement dans les hôpitaux. Comment peut-on précisément définir l'offre du secteur ambulatoire des hôpitaux, alors que les jeunes médecins qui suivent leur formation de spécialiste passent, dans les hôpitaux, d'un département à l'autre et aussi du secteur ambulatoire au secteur stationnaire? Qui fournit les données correspondantes et – voir ci-dessus – quelle charge administrative supplémentaire en résulte-t-il s'il faut saisir un médecin responsable pour chaque prestation? Et quelles sont les conséquences pratiques: un médecin-chef devra-t-il à l'avenir par exemple demander l'autorisation du canton avant de (re)pourvoir un poste d'assistant? De plus, comment les médecins-assistantes et assistants peuvent-ils planifier leur formation postgraduée s'ils ne savent pas s'ils obtiendront les postes de formation postgraduée nécessaires pour leur cursus ou si ceux-ci existeront encore dans deux ou trois ans? Un grand nombre de médecins dans les hôpitaux sont engagés avec des contrats de travail à durée déterminée. S'ils travaillent en partie aussi dans le secteur ambulatoire, l'incertitude augmentera encore davantage pour les médecins concernés compte tenu des critères peu clairs ou changeant constamment.

Nous ne trouvons pas de réponses dans les documents mis à disposition. Elles sont pourtant indispensables, sur le principe et adaptées la réalité, pour fournir aux cantons des lignes directrices claires pour la mise en œuvre du pilotage des admissions. Il faut cependant absolument éviter que les hôpitaux financièrement affaiblis par la pandémie de coronavirus, qui sont potentiellement menacés par la pression due aux réductions croissantes des coûts, soient placés devant d'autres problèmes susceptibles de mettre en péril l'exploitation – c'est-à-dire la prise en charge et la sécurité des patients – et de leur imposer des charges supplémentaires. De plus, il s'agit aussi d'éviter de pénaliser le secteur ambulatoire des hôpitaux par rapport au secteur ambulatoire des cabinets.

Dans ce contexte, nous considérons que le calcul des équivalents plein temps représente un défi particulier, étant donné que le travail à plein temps dans les hôpitaux et dans les cabinets n'est souvent pas le même. Généralement, les cabinets appliquent une durée de travail réglementaire réduite de 42 heures par semaine, associée à plus de vacances. Il faut donc faire preuve de prudence pour définir et indiquer les taux d'activité. Les dix demi-journées par semaine mentionnées à la page 10 du rapport explicatif laissent une grande marge d'interprétation, alors que la durée hebdomadaire de travail ou le nombre de services constitue la valeur de référence pour les médecins.

Par ailleurs, les informations obtenues de la part des sociétés cantonales de médecine confirment qu'il n'existe jusqu'ici pas de données statistiques fiables relatives aux taux d'activité respectifs, vu qu'ils ne peuvent que difficilement être définis pour les médecins indépendants et qu'ils fluctuent chez les employés ou collaborateurs à temps partiel. En tant qu'association qui s'engage pour des conditions de travail bonnes et modernes respectant les dispositions de la loi sur le travail et favorisant le principe de l'encouragement de la compatibilité entre profession et vie de famille, notre objectif principal est que les médecins travaillant à temps partiel ne soient pas discriminés par le pilotage des admissions. Ainsi, les augmentations ou réductions du taux d'activité doivent être possibles à tout moment, étant donné qu'elles ne s'orientent pas

seulement sur les besoins des médecins concernés, mais aussi sur ceux des patientes et patients. Dans ce sens, il faut donc absolument inclure les absences pour cause de maternité, congé paternité, congés non payés ou autres, c'est-à-dire prévoir des capacités supplémentaires/prestations d'intérêt général. La pandémie de coronavirus actuelle montre hélas ce qui arrive ou peut arriver lorsque cet aspect est négligé.

Art. 3 Définition des domaines de spécialisation médicale

Les approches décrites aux alinéas 2 et 3 impliquent une marge de manœuvre et donc un potentiel d'incertitude; elles peuvent s'avérer compliquées et éventuellement représenter la réalité de façon déformée. Il faut des critères clairs et contraignants sur le plan suisse qui ne se répercutent pas négativement sur les médecins qui n'entrent pas dans un schéma ou modèle simple, parce qu'ils exercent diverses activités médicales à différents endroits avec des taux d'activité divergents et variables.

Art. 4 Définition des régions auxquelles s'appliquent les chiffres maximaux

Nous ne comprenons pas comment les décisions politiques sont prises pour définir quels chiffres maximaux s'appliquent à quelles régions. Dans le rapport explicatif, les termes canton et région – ce dernier notamment dans le contexte du modèle de régression – sont utilisés indifféremment et sans définition plus précise, alors que la région dans l'art. 4 de cette ordonnance peut inclure des unités territoriales très différentes. Cela nous amène à la question de savoir dans quelle mesure le modèle de calcul est différencié, c'est-à-dire de quelle manière il déduit les chiffres qui sont ensuite censés servir de base à la décision.

La référence aux régions englobant une zone intercantonale ou plusieurs cantons est importante, cf. notre remarque relative à l'art. 6 ci-après. Mais que se passe-t-il si dans le contexte intercantonal, les cantons définissent différemment leurs régions d'approvisionnement pour certains domaines de spécialisation et qu'ils ne parviennent pas à se mettre d'accord? Ou si une collaboration intercantonale est la seule solution appropriée concernant une région d'approvisionnement, mais qu'un ou plusieurs cantons la refusent? En ce qui concerne la notion de région, il faut de plus, suivant les circonstances, distinguer selon les disciplines: plus un domaine médical est spécialisé, plus sa zone d'attraction sera grande. Et comme déjà indiqué, il ne faut pas oublier d'inclure dans les considérations la prise en charge des patients en amont et en aval, par exemple dans les établissements médico-sociaux ou dans le cadre de la réadaptation ou des soins à domicile.

Art. 5 Méthode d'analyse du besoin en prestations médicales

Pour une association professionnelle médicale, il est difficile d'évaluer la validité et l'utilité pratique de la méthode évoquée. Le rapport explicatif les décrit plus en détail, mais ne procède pas à une comparaison avec des alternatives potentielles. Compte tenu de nos expériences avec le modèle OBSAN, nous devons partir du principe qu'un modèle complexe avec un grand nombre d'inconnues et variables calculera un chiffre prétendument exact qui servira ensuite de base pour le pilotage. C'est dangereux. En particulier dans le secteur de la santé, les réglementations et prescriptions erronées peuvent avoir des conséquences fatales sur l'approvisionnement en soins. Et une fois qu'elles ont été décelées, il est généralement difficile de les corriger rapidement. Pour autant que des offres ou postes de formation postgraduée soient supprimés, cela

représente déjà un dommage considérable. Jusqu'à présent, nos mises en garde répétées n'ont hélas pas été entendues. Par ailleurs, il convient d'observer qu'il existe des disciplines qui sont déjà aujourd'hui confrontées à un sous-approvisionnement (p. ex. médecine de famille, pédiatrie et psychiatrie).

Art. 6 Prise en compte des flux de patients pour le calcul du taux d'approvisionnement régional

Nous saluons tous les efforts dans les réglementations en matière de santé qui ne tiennent pas seulement compte de l'approvisionnement cantonal, mais qui encouragent la coordination au-delà des frontières cantonales et la réflexion dans des unités territoriales plus grandes, car cela correspond à la mobilité actuelle de la population. Cf. la séparation entre lieu de domicile et lieu de travail.

La question de savoir de quelle source uniforme (suisse) proviennent les données pour déterminer les flux de patients se pose. Il est à noter que les flux de patients ont pour caractéristique de changer en fonction de l'offre ou du développement économique. Une approche au sens de la promotion d'une collaboration intercantonale appropriée pourrait ou devrait même être que les flux de patients actuels ne fixeraient pas l'offre pour l'avenir, mais que l'offre participerait de manière ciblée au pilotage de tels flux en examinant quelle solution pourrait être la meilleure pour les patientes et les patients (p. ex. en ce qui concerne un approvisionnement de proximité).

Art. 7 Mesure des prestations consommées

Apparemment, seules les prestations présentées aux assureurs-maladie seraient saisies. Que se passera-t-il par exemple avec toutes les factures qui ne sont pas déclarées à cause d'une franchise trop élevée ou non épuisée?

Art. 8 Prise en compte d'un facteur de pondération pour le calcul du taux d'approvisionnement régional

D'une part, il est souhaitable que l'approvisionnement ne soit pas uniquement défini sur la base de modèles de calcul. Les cantons doivent impérativement disposer d'une marge de manœuvre pour prendre en compte des facteurs évolutifs qui ne peuvent pas ou pas suffisamment être représentés dans la définition. D'autre part, les descriptions y relatives sont trop floues. La marge de manœuvre qui est un facteur important peut mener à des résultats arbitraires et pas objectivement vérifiables ou comparables entre les cantons. Notamment les «enquêtes auprès des spécialistes» nous amènent une nouvelle fois à notre recommandation d'impérativement impliquer les sociétés cantonales de médecine et les sections cantonales de l'asmac. Il faut des estimations consolidées de la part de fournisseurs de prestations qui connaissent le terrain et non pas des expertises individuelles à distance. Nous rappelons une fois de plus avec insistance que le pilotage des admissions prévu peut potentiellement affaiblir durablement l'approvisionnement en soins en Suisse. La collaboration avec les fournisseurs de prestations directement concernés est donc indispensable, tant pour la suite des travaux sur la présente ordonnance que pour la mise en œuvre au niveau cantonal.

Art. 10 Fixation des nombres maximaux

Il manque une réglementation sur la marche à suivre lorsqu'un canton a par exemple dix demandes d'autorisation en suspens, mais qu'il ne peut en octroyer que deux en raison des nombres maximaux. Selon quels critères procède-t-on à un choix et prend-on une décision dans cette situation? Quel est le facteur déterminant: la date du dépôt de la demande, la qualification et l'expérience du demandeur, ou d'autres facteurs? Nous demandons des critères clairs, comparables au niveau suisse et donc, le cas échéant, contestables.

Le réexamen périodique des nombres maximaux est obligatoire, mais doit absolument être combiné avec un horizon temporel contraignant, sans pour autant surcharger les cantons. Nous parlons ici d'un autre point décisif qui montre la difficulté pour les modèles de calcul de tenir compte de la réalité et de rester en phase avec elle. Les cantons adaptent les conventions de prestations pour leurs hôpitaux, des cabinets médicaux sont fermés, de grands nouveaux quartiers sont construits: de nombreux facteurs ont constamment et partout des répercussions considérables et directes sur l'offre et la demande de prestations de santé. Dans ce contexte, nous réaffirmons notre demande que les autorisations bénéficient en toutes circonstances d'une sécurité juridique élevée, étant donné que l'activité professionnelle indépendante s'accompagne pour les médecins concernés d'investissements et obligations de remboursement à long terme. Des autorisations à durée limitée ne satisferaient assurément pas à cette exigence.

Il ne faut pas non plus oublier que la pratique des cantons en matière d'octroi des autorisations de pratiquer la profession n'est pas partout la même. Certains les octroient systématiquement pour une durée indéterminée, alors que d'autres limitent leur durée de validité. Pour les détenteurs d'une autorisation, il ne faut pas que le renouvellement puisse soudain être refusé sur la base de nombres maximaux.

Ordonnance sur le registre des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire de l'assurance obligatoire des soins

Nous soutenons la position et l'argumentation de la FMH selon laquelle l'Office fédéral de la statistique doit être chargé de la tenue du registre. La tenue – et donc la fourniture de données – et l'utilisation de ce registre doivent être aussi simples que possible, la première devant surtout se faire avec des contraintes bureaucratiques supplémentaires minimales pour toutes les parties impliquées.

On peut se demander si en prévision du pilotage des admissions et des objectifs poursuivis avec celui-ci, il est réellement nécessaire de récolter toutes les informations prévues et si, comme le suggère le rapport explicatif, l'utilisation proposée satisfait à toutes les conditions en matière de protection des données. Nous partons du principe que toutes les clarifications préalables nécessaires à cela ont été réalisées avec la profondeur et la précision requises.

Dans les art. 14 et 15 de la variante 1, il n'est pas clairement formulé si les tâches doivent être assumées par

le tiers chargé de la tenue du registre, pour autant que la variante 1 soit mise en œuvre.

Art. 21 et 22: d'après le rapport explicatif, le Conseil fédéral règle les émoluments en respectant le principe de l'équivalence et celui de la couverture des coûts. Comme l'inscription dans le registre apporterait aussi un avantage aux fournisseurs de prestations, il est apparemment prévu qu'ils soient aussi soumis à l'émolument, ce que nous remettons en question, étant donné qu'ils peuvent déjà aujourd'hui obtenir les données et informations pertinentes à partir d'autres sources. Et à quels coûts ou recettes faut-il globalement s'attendre?

Nous vous remercions de tenir compte de notre prise de position et demeurons à votre disposition pour toute question ou explication.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, nos meilleures salutations.

Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique



Angelo Barrile
Président



Marcel Marti
Responsable politique et communication/
Directeur adjoint