

Position du Groupe Mutuel

Admission des fournisseurs de prestations



Assuré. Là. Maintenant.

Août 2018

Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, case postale, CH-1919 Martigny

En bref

Afin de limiter le nombre de médecins – et les coûts –, le Parlement a instauré pour la première fois en 2000 la «clause du besoin» (article 55a de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)), qui devait restreindre les ouvertures de nouveaux cabinets médicaux. Ce «gel volontaire des admissions au niveau des cantons» – sous une forme partiellement adaptée – a été prolongé à plusieurs reprises pour une période déterminée. La réglementation actuelle est encore valable jusqu'à fin juin 2019.

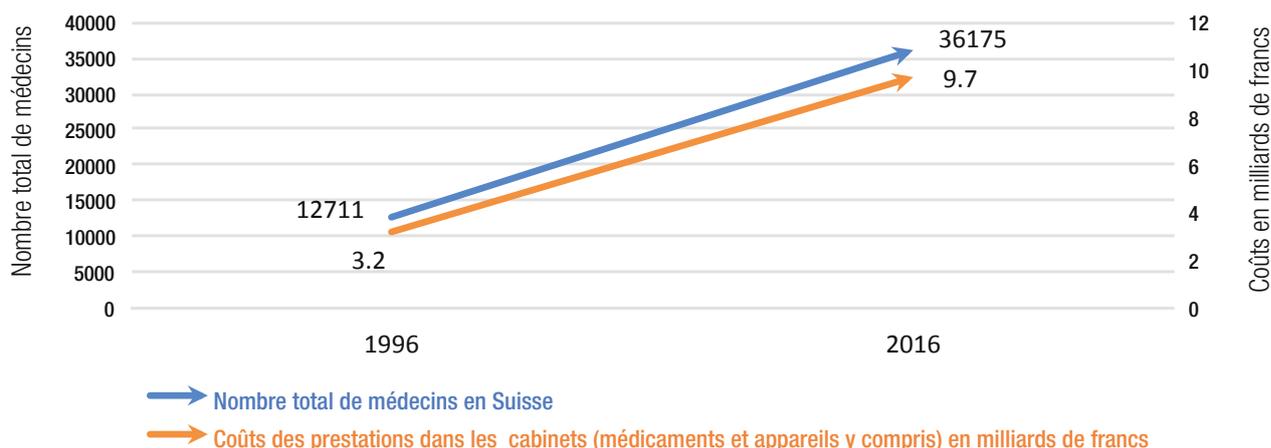
Lors de la dernière prorogation, le Parlement a clairement demandé au Conseil fédéral d'élaborer des alternatives libérales à l'actuel système de gestion des admissions de médecins. Le Conseil fédéral devait notamment définir dans un rapport des seuils plancher et plafond pour chaque catégorie de médecins, de sorte que les cantons puissent gérer les admissions en respectant les limites indiquées. Il devait également être démontré comment il serait possible de mettre en place une gestion se faisant par les tarifs. L'assouplissement de l'obligation de contracter devait aussi être analysée.

Le Conseil fédéral a maintenant présenté une révision de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations. Selon ce projet, les fournisseurs de prestations doivent être davantage responsabilisés sur les plans économiques et qualitatifs. Les cantons doivent en outre recevoir un outil leur permettant de mieux contrôler et gérer l'offre de prestations. Cependant, le Conseil fédéral n'a pas rempli les mandats que lui avait confiés le Parlement. Les seuils plancher et plafond n'ont pas été définis et aucune alternative au gel des admissions (comme la gestion par le biais de tarifs différenciés ou par l'assouplissement de l'obligation de contracter) n'a été présentée. De plus, à travers le financement uniforme des prestations de santé, les cantons devraient être impliqués dans la responsabilité financière du domaine ambulatoire, s'ils obtiennent des possibilités de gestion supplémentaires.

De quoi s'agit-il?

En Suisse, le nombre de médecins en exercice (fournisseurs de prestations) et pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) est en constante augmentation depuis des années¹. Cette croissance (en plus de la démographie, de l'évolution de la population, des progrès techniques et des fausses mesures incitatives tarifaires) a également des conséquences sur la hausse des coûts dans le domaine ambulatoire, puisque l'offre a des effets évidents sur la demande.

Evolution parallèle: triplement du nombre de médecins et des coûts



Sources: statistique médicale de la FMH et SASIS AG

En raison de l'obligation de contracter, tous les assureurs-maladie doivent signer un contrat avec tous les fournisseurs de prestations et sont tenus de rembourser les factures de ces derniers – dans la mesure où elles sont conformes à la LAMal.

Etant donné que dans le domaine ambulatoire (contrairement au domaine stationnaire, dans lequel 55% des coûts sont pris en charge par les cantons), la totalité des coûts est à la charge des payeurs de primes, cette évolution est également apparue clairement lors des augmentations annuelles des primes.

Que s'est-il passé au niveau politique?

Etant donné que l'on souhaitait limiter le nombre de fournisseurs de prestations – et ses conséquences sur les coûts –, le Parlement a instauré pour la première fois en 2000 la «clause du besoin» (art. 55a LAMal), qui devait restreindre les ouvertures de nouveaux cabinets médicaux. Ce «gel volontaire des admissions au niveau des cantons» a été prolongé à plusieurs reprises pour une période déterminée, jusqu'à son expiration en 2011. Compte tenu des nombreuses nouvelles installations, le Parlement a réinstauré la limitation des admissions au 1er juillet 2013. Après l'échec de la proposition du Conseil fédéral relative à la gestion à long terme du domaine ambulatoire, soumise au Parlement en décembre 2015,

ce dernier a de nouveau prolongé les mesures de limitation jusqu'à fin juin 2019. Ce faisant, le Parlement a clairement demandé au Conseil fédéral, en tant que condition dans les dispositions transitoires, de lui soumettre des alternatives libérales à l'actuelle gestion des admissions des médecins.

Le Conseil fédéral devait notamment définir, dans un rapport, des seuils plancher et plafond pour chaque catégorie de médecins, de sorte que les cantons puissent gérer les admissions dans leur domaine en respectant les limites indiquées. Il devait en outre être démontré s'il serait possible de mettre également en place, en cas d'offre excédentaire, une gestion par les tarifs ou par l'assouplissement de l'obligation de contracter.

¹ Office fédéral de la statistique, Quantité et densité des médecins, dentistes et pharmacies par canton, 2017.

La proposition du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral a présenté le rapport demandé par le Parlement le 3 mars 2017. Les conclusions de ce rapport ont servi de base pour l'élaboration du projet de loi.

Selon la révision partielle de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations, ces derniers doivent davantage être responsabilisés sur les plans économiques et qualitatifs. Les cantons doivent en outre recevoir un outil leur permettant de mieux contrôler l'offre de prestations. Le Conseil fédéral propose en ce sens un modèle composé de trois niveaux d'intervention:

- 1) Le premier niveau d'intervention repose sur la loi fédérale sur les professions médicales universitaires et la loi fédérale sur les professions de la santé. Ce niveau définit les critères de la formation, de la reconnaissance des diplômes étrangers et des connaissances linguistiques dont doit disposer le fournisseur de prestations.
- 2) Le deuxième niveau d'intervention définit les critères qualitatif et économique que doit remplir le fournisseur de prestations. Une procédure d'admission formelle sera mise en place et le Conseil fédéral pourra assortir l'activité à la charge de l'AOS de certaines obligations, notamment sur les plans qualitatif et économique.
- 3) Avec le troisième niveau d'intervention, les cantons ont la possibilité de limiter l'admission des médecins dont l'activité sera à la charge de l'AOS. Ceci s'applique également en cas d'augmentation massive des coûts dans une spécialité médicale.

Position du Groupe Mutuel

Dès la publication du rapport du 3 mars 2017, il est apparu que le Conseil fédéral ne respecterait pas les termes et l'esprit des mandats du Parlement. Les seuils plancher et plafond n'ont pas été définis et aucune alternative au gel des admissions (comme la gestion par le biais de tarifs différenciés ou l'assouplissement de l'obligation de contracter) n'a été élaborée. Avec l'actuelle révision partielle de la LAMal, **le Conseil fédéral a manifestement ignoré le mandat qui lui a été confié par le Parlement.**

En outre, la proposition du Conseil fédéral nécessite certaines modifications:

- > Les directives nécessaires pour la **définition de la sécurité de l'approvisionnement doivent être définies au niveau fédéral** – en y intégrant les cantons (donc, en premier lieu, **les fourchettes** et seuils plancher et plafond demandés par le Parlement). Ce faisant, les méthodes et les critères de définition des plafonds devraient être définis au niveau national, sans quoi la Suisse risquerait d'avoir 26 systèmes différents. Ceci compliquerait encore davantage son système de santé, renforcerait les rôles multiples des cantons et remettrait en question l'objectif de réduction des coûts.
- > Grâce à un meilleur gel des admissions, le canton doit veiller à ce qu'aucun fournisseur de prestations supplémentaire ne puisse être accepté pour pratiquer à la charge de l'AOS dès lors que le seuil plafond est atteint. En ce sens, il faut **renoncer à la formulation potestative.**
- > De même, il manque des **directives obligatoires pour une coordination supra-cantonale** des soins. Une gestion des admissions, qui s'arrête aux frontières cantonales, n'a aucune efficacité. De même que les patients ne s'arrêtent plus aux frontières de leurs cantons pour leurs traitements médicaux, et ce depuis longtemps, la planification des soins devrait enfin faire l'objet de directives nationales et être réalisée au niveau régional.
- > Pour finir, les cantons devraient, selon ce projet, obtenir des compétences supplémentaires pour gérer le domaine ambulatoire, sans avoir à en partager les conséquences financières. Afin d'impliquer les cantons dans la responsabilité financière de l'évolution des coûts dans le domaine ambulatoire, cette révision devrait être accompagnée de l'introduction du **financement uniforme des prestations de santé ambulatoires et stationnaires.**

**En supplément, en cas d'offre normale ou excédentaire:
assouplissement de l'obligation de contracter**

Selon le mandat du Parlement, en plus d'un gel amélioré des admissions, l'obligation de contracter devrait être assouplie en cas d'offre normale ou excédentaire. Si les partenaires tarifaires n'étaient plus obligés de conclure des contrats avec tous, les fournisseurs de prestations déjà en exercice seraient également mis en concurrence, ce qui se traduirait par une qualité et une efficacité économique accrues. Les conditions contractuelles devraient alors être définies entre les partenaires tarifaires, sur la base de critères clairs, compréhensibles et juridiquement contraignants.

Evidemment, les deux partenaires auraient tout intérêt à conclure autant de contrats que possible pour pouvoir offrir à leurs clients (assurés/patients) la liberté de choix la plus large possible. Cette concurrence au sein du système aurait cependant pour effet d'empêcher l'ouverture d'un trop grand nombre de cabinets médicaux ainsi que la facturation de prestations inutiles. La liberté de contracter aurait en même temps une influence sur la qualité puisque toutes les parties prenantes seraient en concurrence et évaluées d'après la qualité de leurs prestations.

CONCLUSIONS

Le Groupe Mutuel reconnaît que des mesures aussi bien libérales que réglementaires sont nécessaires pour pouvoir influencer l'admission de fournisseurs de prestations ainsi que la qualité et l'efficacité économique.

La proposition du Conseil fédéral est toutefois clairement en contradiction avec le mandat du Parlement. Elle conduit à davantage de bureaucratie et accentue la problématique des rôles multiples des cantons. Par conséquent, elle remet en question l'objectif de réduction des coûts. Sans responsabilité financière conjointe, les cantons ne devraient également pas obtenir d'autres mesures de gestion. L'association de l'introduction du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires avec ce projet est dès lors un impératif et revêt une grande importance.

Les fourchettes de détermination de la densité de prestations optimale devraient être définies au niveau fédéral, en tenant compte des cantons. En cas de densité médicale trop élevée, les cantons devraient être davantage responsabilisés.

Une amélioration du gel des admissions devrait désormais, dans l'esprit du mandat du Parlement, être également complétée par une solution libérale et durable. De plus, en cas de densité médicale normale ou élevée, l'obligation de contracter devrait être assouplie selon des critères clairs et justiciables. Le Groupe Mutuel est convaincu que les réformes, qui favorisent la concurrence, contribueront à améliorer la qualité et l'efficacité économique du système de l'assurance-maladie. En ce sens, il continue à œuvrer pour la liberté de contracter entre assureurs et fournisseurs de prestations.

Votre personne de contact du Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Responsable Public Affairs

Tél. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch
