



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Office fédéral de la Santé publique
Division Prestations
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Berne

Par e-mail:

Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch

Lieu, date
Interlocuteur

Berne, 29 septembre 2014
Martin Bienlein

N° direct
E-mail

031 335 11 13
martin.bienlein@hplus.ch

Révision partielle de la LAMal: pilotage du domaine ambulatoire

Mesdames, Messieurs,

Dans votre courrier du 20 juin 2014, vous nous avez invités à prendre position sur la «révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie relative au pilotage du domaine ambulatoire». Nous vous en remercions.

H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe 236 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux répartis sur 369 sites en tant que membres actifs et plus de 200 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers comme membres partenaires.

La politique de H+ a toujours été critique – et en dernier lieu à l'adresse du chef du Département de l'intérieur lors de la Table ronde du 11 février 2014 – à l'égard du pilotage de l'admission à pratiquer. L'association a rejeté les propositions faites jusque-là (Annexe).

Selon H+, le projet mis en consultation est une déclaration de défiance envers le système de santé fédéraliste, le partenariat tarifaire et la séparation des pouvoirs. Il soulève plus de problèmes qu'il n'en résout. H+ rejette donc la présente révision de la loi et exige qu'elle soit complètement revue.

1 L'analyse de la problématique et les objectifs font défaut

Compte tenu de la pénurie de médecins annoncée et de l'acceptation de l'initiative populaire «Non à l'immigration de masse» le 9 février 2014, une révision de la loi afin de lutter contre une offre excédentaire apparaît contradictoire et anachronique.

Tant que les définitions et les critères de mesure feront défaut, la notion d'offre excédentaire restera floue. Il existe certes des études qui montrent que l'offre et la demande en prestations médicales sont en corrélation. Mais il n'a été affirmé ou prouvé nulle part qu'une offre plus importante entraîne un excédent. Nous rejetons tout pilotage des volumes de prestations qui ne repose pas sur des définitions, des critères de mesures et des preuves.

Dans leurs législations, les cantons sont déjà armés pour pallier une éventuelle insuffisance de l'offre. Il n'est donc pas nécessaire de modifier la législation fédérale. La garantie de l'offre en soins de santé figure dans la plupart des constitutions cantonales.

Les seules raisons évoquées dans le rapport explicatif pour justifier un pilotage du secteur ambulatoire sont la législation urgente actuelle, la peur de «certains» cantons (page 2) et les affirmations de quelques partenaires lors des deux tables rondes (page 3). Une nécessité concrète de piloter une offre insuffisante ou excédentaire n'est démontrée nulle part dans le rapport. Cela est confirmé également par la structure de la législation qui permet à chaque canton de justifier et d'aménager son intervention à sa manière.

Le projet mis en consultation n'apporte pas la preuve qu'il existe un problème.

Le projet mis en consultation confie à l'ordonnance le soin de «déterminer l'offre adéquate» et de «fixer des critères» (page 10). Le projet évoque de manière générale des «critères de qualité» et ne mentionne qu'un seul exemple, celui de «l'accès des patients au traitement dans un délai adéquat». Jusque-là, la Confédération n'a pas exprimé d'idées concrètes sur le contenu de tels critères de qualité. Elle ne l'a fait ni dans le cadre de ses compétences en matière de garantie de la qualité (art. 58 LAMal), ni à l'occasion des deux tables rondes. Pour la planification hospitalière stationnaire, la Confédération s'est également limitée à des prescriptions portant sur les procédures (art 58a – 58e OAMal), notamment sur l'accès aux soins évoqué ci-dessus.

Nous refusons d'accorder les pleins pouvoirs dans la loi pour des critères de planification ambulatoire dont le contenu n'est pas précisé.

Au chapitre des «Conséquences financières» (page 19), une baisse ou une stabilisation des coûts et des primes d'assurance-maladie est présentée comme souhaitable. A l'évidence, c'est là le but véritable visé par le projet, et non la garantie de la qualité. Mais là encore, il manque la preuve que la législation en vigueur depuis 2002 pour réguler le nombre de fournisseurs de prestations ait effectivement contribué à la maîtrise de l'évolution des coûts et des primes dans l'assurance-maladie.

Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire répond aux requêtes du monde politique et à l'évolution médicale. Il en découle une demande accrue en fournisseurs de prestations et, inévitablement, des hausses de primes supérieures à la moyenne puisque le financement du stationnaire et celui de l'ambulatoire ne sont pas identiques.

Cet aspect n'est pas évoqué dans l'analyse de la problématique.

2 Une conception globale fait défaut

Une conception globale fait défaut dans le présent projet. Premièrement, la séparation entre les prestations ambulatoires hospitalières et les autres prestations ambulatoires est dépassée et ne tient pas compte du développement de la médecine. Deuxièmement, ce ne sont plus les limites cantonales, mais la croissance des agglomérations et les flux de pendulaires qui jouent sur le comportement de la population. Troisièmement, l'interaction entre la régulation étatique et la concurrence n'est pas prise en considération. Enfin, les concepts d'offre insuffisante et excédentaire sont utilisés dans le projet de loi pour légitimer les interventions de l'Etat, sans autre précision de ce qu'il faut entendre par là.

Evolution de la médecine

Les hôpitaux et les cliniques jouent un rôle de plus en plus important dans la médecine ambulatoire. Actuellement, ils dispensent environ un tiers de toutes les prestations ambulatoires et coopèrent avec des médecins installés en cabinet, avant tout pour assurer les urgences et la médecine de famille. La population recourt toujours plus fréquemment à des centres médicaux sans rendez-vous ou, en cas d'urgence, aux offres des hôpitaux et des cliniques. En outre, de plus en plus de spécialistes effectuent des traitements qui étaient jusque-là réservés aux hôpi-

taux et aux cliniques (par ex. laboratoires de cathétérisme cardiaque, centres de dialyse, instituts de radiologie).

Avec l'évolution de la médecine, le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire va se poursuivre. De nombreuses interventions chirurgicales ou traitements contre les cancers sont actuellement possibles en ambulatoire. En psychiatrie, en réadaptation ou dans les soins de suite, la simplification des transitions entre les offres stationnaires et ambulatoires revêt une importance capitale, pour la médecine comme pour la société.

De nombreuses évolutions médicales ne sont pas prévisibles à long terme et ne peuvent donc pas être planifiées. Les transferts vers l'ambulatoire qu'elles entraînent représentent une charge accrue pour les assurés et un allègement pour les contribuables, en raison de la rémunération et du financement différents des prestations ambulatoires et stationnaires. La pertinence de cette modification des flux financiers est une question de politique sociale et pas médicale. Elle ne peut être résolue par une planification médicale ou par des interventions tarifaires précipitées.

Régions de couverture des soins

De façon sensée, l'art. 41 al. 1 LAMal permet aux assurés de choisir leurs prestataires ambulatoires et garantit la prise en charge complète des coûts au tarif du lieu de domicile ou de travail. Il est donc plus que douteux qu'une planification cantonale soit possible, compte tenu de la mobilité de la population, des flux de pendulaires et du développement des agglomérations supracantonales.

Régulation de la concurrence

Dans le secteur stationnaire, le Parlement a renforcé les éléments concurrentiels (liberté de choix de l'hôpital, économicité et nécessaire qualité des prestations, etc.) lors de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier. Le présent projet, en revanche, veut réguler l'ensemble de l'offre, resp. des coûts des prestations ambulatoires, sans se préoccuper de l'économicité ou de la qualité des prestations et des fournisseurs.

Définitions des offres insuffisante et excédentaire

Le projet de loi évoque l'existence d'une offre insuffisante ou d'une offre excédentaire comme critère pour l'intervention de l'Etat, mais il se garde de donner des définitions légales à ces concepts. Sans standards uniformes au niveau national, la porte est grande ouverte à vingt-six interprétations cantonales différentes. Il serait tout à fait possible qu'un canton mette en œuvre une limitation des admissions en raison d'une situation particulière de l'offre, alors que, dans le même cas de figure, un autre canton estime se trouver en situation d'offre insuffisante. Il n'est pas acceptable, compte tenu de l'absence de définitions, que les fournisseurs de prestations concernés ne puissent même pas recourir contre des planifications ou des restrictions inadéquates (art. 53 al. 2 let. b LAMal).

3 Le but est-il d'optimiser l'offre ou de baisser les primes?

La compétence prévue par l'art. 55b LAMal permettant au Conseil fédéral d'intervenir dans les tarifs laisse supposer deux choses. Premièrement, les autorités fédérales ne semblent guère accorder leur confiance au partenariat tarifaire et au système fédéraliste des approbations de tarifs, pas plus qu'à la jurisprudence même si elle est émise par le Tribunal administratif fédéral. Deuxièmement, elles semblent partir du principe qu'une hausse des coûts supérieure à la moyenne pendant un an dans un canton est le signe d'une offre ambulatoire excédentaire qui peut être éliminée par des sanctions financières.

Pour H+, ce projet – et tout particulièrement cet art. 55b LAMal – constitue une volte-face: on se détourne d'un système de santé reposant sur une concurrence régulée, sur l'autonomie tarifaire et sur la séparation des pouvoirs pour se rapprocher d'un pilotage étatique qui fait fi du contrôle juridictionnel et de la séparation des pouvoirs.

4 Prise de position sur les différents articles de la loi

Art. 39, al. 1^{bis}

à supprimer

Une séparation entre les prestations ambulatoires prodiguées dans les cabinets et les services ambulatoires des hôpitaux n'est pas pertinente. En outre, cet article aurait pour résultat de défavoriser les hôpitaux par rapport aux cabinets car une obligation générale de planification serait introduite pour eux, alors que, du côté des cabinets, seule l'admission des nouveaux fournisseurs de prestations serait limitée, et ce en cas d'application des mesures prévues par l'art. 40a LAMal uniquement.

Art. 40a

teneur à modifier, à savoir:

- La loi définit, à des fins de qualité et conformément à l'égalité de traitement, des critères uniformes pour tous les fournisseurs de prestations au sens des art. 36 à 39 LAMal:
 - Prérequis professionnels (formation initiale et postgraduée);
 - Prérequis linguistiques;
 - Directives éventuelles sur les infrastructures (appareils de radiologie, laboratoires, etc.), sur les processus (p. ex. exigences en matière de documentation, médication) et sur les mesures (p. ex. Qualab, satisfaction des patients);
 - Urgences (obligation de participer ou taxe d'exemption);
 - Obligation de gérer un dossier électronique du patient conformément à la loi prévue à ce sujet;
 - Livraison des données des coûts et des prestations aux organisations tarifaires responsables (par exemple à TARMED Suisse) pour la tenue à jour et l'actualisation permanentes des tarifs (par analogie avec la réglementation de SwissDRG pour le secteur stationnaire);
 - Obligation d'offrir des formations médicales postgraduées (encadrement de médecins-assistants ou taxes d'exemption).
- Afin de ne pas mettre en péril la formation initiale et postgraduée, les prestations des médecins ne disposant pas du titre de spécialiste ou des compétences linguistiques requis doivent rester facturables sous surveillance.
- Si des problèmes concrets touchant la qualité ou l'offre apparaissent pour certaines prestations, des exigences spécifiques peuvent être formulées, notamment:
 - Pour certaines prestations particulièrement sensibles, fixation d'exigences plus sévères concernant la qualification et la documentation requises;
 - Pour les prestations contestées, justification de la nécessité, participation à des registres, deuxième opinion ou procédure de garantie de prise en charge;
 - Mesures de soutien en cas d'insuffisance des prestations.

Les prescriptions de qualité garantissent d'une part une bonne offre ambulatoire et fournissent d'autre part une base pour prendre éventuellement des mesures. Les informations disponibles actuellement ne permettent pas d'établir objectivement des inadéquations de l'offre.

Art. 40b

à supprimer:

- Sans cet article, les cantons ont déjà le droit, resp. le devoir, de prendre des mesures en cas d'offre insuffisante.
- Il ne convient pas d'opérer une distinction entre offre excédentaire et offre insuffisante. Les bases permettant de prendre des décisions sont déjà réalisées à l'art. 40a conformément aux modifications proposées ci-dessus.

Art. 40c

- *al. 1 à modifier:* «Le Conseil fédéral détermine des critères d'évaluation de l'adéquation de l'offre en soins ambulatoires **sur la base des prescriptions relatives à la qualité en vertu de l'art.40a.**»
- *al. 4, à modifier:* «... une mesure **en vertu de l'art. 40a,** ...»

- *al. 5, à modifier:* «... mesures visées à l'art. 40a.»

Art. 53:

- *al. 1, à adapter:* «... en vertu des art. **39, 40a, 45, 46 al. 4, 47, 48 al. 1-3, 51, 54...**»
- *al. 2 let. e, à supprimer:*

Le droit de recours des fournisseurs de prestations concernés a déjà été limité lors de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier. Dans un Etat de droit disposant d'un système de séparation des pouvoirs bien établi, les droits ne doivent pas être limités sans nécessité. Il ne devrait y avoir d'exceptions à la juridiction que si les actions en justice risquaient d'entraver le fonctionnement de l'Etat. Ce n'est pas le cas ici. Avant 2009, la LAMal et les cantons ont très bien fonctionné sans cette limitation des droits.

Une restriction des droits élargie aux procédures au sens des art. 40a et 40b n'est pas acceptable, car elle ne repose pas sur la jurisprudence en vigueur et le projet de loi ne précise pas les critères qui fondent ces mesures.

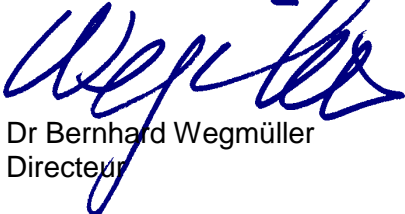
Art. 55b

à supprimer

- En abaissant les valeurs du point, le Conseil fédéral fait fi de l'autonomie tarifaire des partenaires et de la compétence d'approbation, resp. de fixation, des cantons.
- H+ suppose en outre que l'édiction d'une ordonnance doit permettre d'empêcher la contestation en justice d'une décision du Conseil fédéral. Ce n'est pas acceptable pour un domaine doté d'instances et de procédures conformes à l'Etat de droit. Ces instances fonctionnent et il n'y a assurément pas de danger pour la collectivité publique qui justifierait de telles mesures d'urgence. En vertu de l'al. 4, les fournisseurs de prestations concernés ne seraient même pas auditionnés avant l'édiction de l'ordonnance.
- L'article est également problématique sur le fond.
 - Ce que recouvre le «secteur ambulatoire» d'un canton est totalement flou. Les réseaux, les cabinets de groupe et les services (hospitaliers) ambulatoires comprennent de plus en plus de fournisseurs de prestations – médecins, personnel soignant, médico-technique et médico-thérapeutique – dont la répartition des tâches peut se modifier.
 - Une augmentation des coûts peut avoir des justifications médicales. Il n'aurait pas de sens de punir de ce fait les fournisseurs de prestations, par exemple lors d'une épidémie de grippe. Auditionner les cantons concernés n'y changera rien.
 - Les hausses de coûts ont rarement une cause unique et facile à identifier. Elles peuvent provenir de transferts de prestations ou d'adaptations des indemnisations qui ont été souhaitées.
 - Dans le pire des cas, une baisse des tarifs pourrait pénaliser des fournisseurs de prestations que l'on ne peut tenir pour responsables de la hausse des coûts (par exemple lorsque des prestations sont déléguées) et ne pas toucher les véritables responsables. La baisse des tarifs pourrait également entraîner une hausse inutile des volumes de prestations visant à compenser les pertes de revenus.
 - Le montant de la pénalité de 10% est très élevé et inadéquat.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre en considération nos demandes et nous tenons volontiers à votre disposition pour toute question.

Avec nos meilleures salutations



Dr Bernhard Wegmüller
Directeur

Annexe:

- Mesures concernant les soins médicaux dans le secteur ambulatoire: La position de H+



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Mesures concernant les soins médicaux dans le secteur ambulatoire

Position de H+

1. H+ s'oppose à toutes les mesures de régulation des fournisseurs de prestations ambulatoires qui ne visent pas à résoudre des problèmes attestés.
2. H+ part du principe que la profession de foi du monde politique et des partenaires de la santé «l'ambulatoire avant le stationnaire» est toujours valable.
3. H+ attend de tous les acteurs une argumentation loyale concernant les prestations ambulatoires. Les partenaires et les experts de la santé doivent discuter sur la base des faits et des causes qui entraînent une extension, respectivement un transfert, des prestations dans les hôpitaux et les cliniques. Peuvent être cités à titre d'exemple:
 - davantage de chirurgie ambulatoire
 - davantage de traitements ambulatoires contre le cancer
 - davantage de programmes ambulatoires en psychiatrie et en réadaptation
 - net transfert, lié à la demande, des urgences dans les hôpitaux et les centres médicaux sans rendez-vous.
4. Les mêmes prestations doivent être traitées de la même manière: les prestations ambulatoires des hôpitaux doivent être mesurées à la même aune que les prestations ambulatoires des cabinets médicaux individuels, des cabinets de groupe ou des centres médicaux sans rendez-vous.
5. Les incitations indésirables doivent être supprimées (financement stationnaire – ambulatoire, révision complète de TARMED, soins d'urgence, etc.) sans mettre en péril le financement global des fournisseurs de prestations, et notamment celui des hôpitaux et des cliniques.
6. Des standards de qualité doivent être définis afin d'éviter que des coûts supplémentaires soient générés par des prestations de mauvaise qualité ou inutiles. Il convient de tenir compte de la situation spécifique des hôpitaux œuvrant comme entreprises formatrices (formation initiale et postgraduée).

Concernant le point 1: uniquement des mesures offrant des solutions

- L'utilité du gel des admissions toujours renouvelé n'a jamais été attestée.
- Il n'existe guère d'études concrètes consacrées à une éventuelle insuffisance, pléthore ou inadéquation de l'offre en soins. De telles études seraient nécessaires pour définir des mesures ciblées.

Concernant le point 2: «L’ambulatoire avant le stationnaire» plutôt que le jeu du «Pierre noir»

- Le nouveau financement hospitalier et le guide national «Planification de la psychiatrie» de la CDS (2005) reposent sur la conviction qu’en Suisse on dispensait trop de prestations stationnaires qui pouvaient – et devaient – davantage être prodiguées en ambulatoire. Des incitations (par ex. les forfaits par cas) devaient pousser les hôpitaux et les cliniques à réduire les prestations stationnaires au profit de l’ambulatoire.
- Depuis le printemps 2009, divers acteurs, notamment la Confédération (dans Santé2020 en particulier), les assureurs maladie et des experts se sont mis à juger de manière négative les prestations ambulatoires des hôpitaux et leur croissance.
- Dans tous les autres domaines de prestations, tout spécialement dans l’aide et les soins à domicile, le volume et les coûts augmentent également. Or, cette évolution n’est pas traitée ni critiquée de la même manière: elle est au contraire louée.

Concernant le point 3: les raisons de l’augmentation des prestations (lire également la feuille d’information séparée)

De nombreux éléments contribuent à l’augmentation des prestations de l’ambulatoire hospitalier:

- De plus en plus de maladies peuvent être diagnostiquées et soignées en ambulatoire.
- Le nombre de patients augmente. Cela tient au vieillissement de la population et au fait qu’avec l’âge, les affections se multiplient.
- Le comportement des patients change: ils viennent plus facilement à l’hôpital, en particulier aux urgences. Ils souhaitent consulter lorsque cela s’intègre le mieux dans leurs activités professionnelles et familiales, et non pas en fonction de la disponibilité du médecin.
- Les médecins de pratique privée tendent à se retirer de l’offre 24/24, en particulier des urgences. La nuit, le week-end et les jours fériés, les médecins de famille collaborent de plus en plus avec les hôpitaux et les cliniques («Modèle de Baden»). Dans la plupart des cas, ce sont les hôpitaux qui facturent les consultations, ce qui accroît encore le volume de leurs prestations ambulatoires, alors que celui des médecins en cabinet privé s’en trouve «allégé» d’autant.
- Le gel des admissions pour les cabinets ne laisse plus d’autre possibilité aux jeunes médecins que le travail à l’hôpital ou en clinique. Le gel des admissions n’a pas contribué à maîtriser les flux de patients en ambulatoire. Ces derniers se sont tournés vers l’hôpital lorsqu’ils ne pouvaient être pris en charge dans les cabinets médicaux privés.

Concernant le point 4: Egalité de traitement pour tous les fournisseurs de prestations

Rien ne justifie des différences de traitement entre les fournisseurs qui dispensent les mêmes prestations. Ce principe doit être valable en matière de droits et de devoirs:

- pour les tarifs (TARMED, laboratoires, médicaments)
- pour la qualité (mesures, registres, exigences en matière de documentation, comme le dossier électronique du patient, éventuelles directives concernant les structures et les processus)
- pour l’offre en soins (urgences, obligation de traitement, formation, etc.)

Des prestations différentes doivent en revanche être traitées différemment (par ex. tarifs plus bas, taxes d’exemption en faveur d’autres fournisseurs de prestations ou pas d’autorisation).

Concernant le point 5: Eliminer les incitations indésirables

- La différence actuelle de financement entre le stationnaire et l’ambulatoire est sans conteste une incitation indésirable. Elle a toujours pour effet que certaines prestations sont trop souvent dispensées en stationnaire plutôt qu’en ambulatoire. Le transfert vers

l'ambulatoire ne sera jamais trop important, tant du point de vue médical que de celui des patients. Le seul problème, en l'espèce, est le financement par les primes uniquement, ce qui n'est pas le cas pour le stationnaire.

- Certaines prestations ne sont plus tarifées correctement dans TARMED. Cela peut engendrer d'une part une offre insuffisante, pléthorique ou inadaptée et d'autre part susciter des «querelles salariales» entre les disciplines médicales (cf. médecine de famille). Ce problème ne peut pas être évacué grâce à des mesures d'ordre politique. Il ne peut être résolu que grâce à une révision tarifaire correcte, appropriée et fondée sur des données de coûts et de prestations effectifs.
- Les interventions politiques ne sont pas admises par la LAMal. Elles ouvriraient grande la voie à l'abandon des calculs économiques au profit d'un système de «lobbying tarifaire» et de contestations juridiques.

Concernant le point 6: Définir pour tous des standards de qualité clairs

Pour l'admission à exercer, H+ part du principe que tous les fournisseurs de prestations travaillant de manière indépendante devraient être soumis aux mêmes prescriptions en matière de qualité et aux mêmes obligations. Sur différents points, ce n'est pas le cas actuellement – et en général au détriment des hôpitaux et des cliniques.

Pour des raisons de qualité et afin que tous les fournisseurs de prestations ambulatoires soient traités à égalité, une admission à facturer de manière indépendante devrait être liée, à l'avenir, aux points suivants:

- Prérequis professionnels (formation initiale et postgraduée)
- Prérequis linguistiques
- Eventuelles directives sur les infrastructures (appareils de radiologie, laboratoires, etc.), sur les processus (par exemple exigences en matière de documentation, médication) et sur les mesures (par exemple Qualab, satisfaction des patients)
- Urgences (obligation de participer ou taxe d'exemption)
- Obligation de gérer un dossier électronique du patient conformément à la loi prévue à ce sujet
- Livraison des données des coûts et des prestations aux organisations tarifaires responsables (par exemple à TARMED Suisse) pour la tenue à jour et l'actualisation permanentes des tarifs (par analogie avec la réglementation de SwissDRG pour le secteur stationnaire)
- Obligation d'offrir des formations médicales postgraduées (encadrement de médecins-assistants ou taxes d'exemption)

Afin de ne pas mettre en péril la formation initiale et postgraduée, les prestations des médecins ne disposant pas du titre de spécialiste ou des compétences linguistiques requis doivent rester facturables sous surveillance.

Si des problèmes concrets touchant la qualité apparaissent pour certaines prestations, des exigences particulières peuvent être formulées, par ex.:

- Pour certaines prestations particulièrement sensibles, fixation d'exigences plus sévères concernant la qualification et la documentation requises
- Pour les prestations contestées: justification de la nécessité, participation à des registres, deuxième opinion ou procédure de garantie de prise en charge.