



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Prestations, Section Prestations médicales
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

par e-mail à: ELGK-Sekretariat@bag.admin.ch, dm@bag.admin.ch

Lieu, date	Berne, le 30 octobre 2017	N° direct	031 335 11 13
Interlocuteur	Martin Bienlein	E-mail	Martin.bienlein@hplus.ch

Réponse de H+ à la consultation relative aux modifications de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), l'ambulatoire avant le stationnaire

Madame Carosella,
Madame, Monsieur,

Merci de nous avoir invités à nous exprimer dans le cadre de cette consultation. Notre réponse repose sur une enquête auprès de nos membres.

Position de H+

- Sur le principe, H+ rejette les interventions étatiques dans la liberté des traitements médicaux.
- La Confédération est tenue de mettre le holà à l'activité législative cantonale qui ne respecte pas la loi (voir ci-dessous).
- Le contrôle de l'EAE et le contrôle des factures ne doivent être effectués que par un acteur.
- La limitation du catalogue des prestations doit se faire dans le respect de la procédure prévue par la loi.
- Pour toutes les parties concernées, les obstacles administratifs doivent être aussi bas que possibles.
- Une documentation médicale est préférable à une garantie de prise en charge des coûts.
- Les critères pour les exceptions doivent prévoir toutes les éventualités médicales, personnelles et sociales.

Mettre le holà à l'activité législative des cantons qui ne respecte pas la loi fédérale

A la demande du chef du Département, le conseiller fédéral Alain Berset, H+ et l'Unité de direction Assurance maladie et accidents de l'OFSP le 25 octobre 2017 ont eu un échange sur la conformité au droit de l'activité législative des cantons relative aux traitements ambulatoires. Les différends actuels n'ont pas pu être éliminés.

Il n'est pas contesté que les cantons de Lucerne et de Zurich ont légiféré pour des motifs de politique financière. Il n'est pas non plus contesté que les cantons, en tant que répondants des

coûts de l'assurance-maladie sociale pour les prestations stationnaires, sont légitimés à contrôler l'économicité desdites prestations. Enfin, il n'est pas contesté que les cantons sont libres en général de prévoir ce contrôle.

Dans le cadre de cet examen de l'économicité, l'OFSP autorise des mesures législatives cantonales qui interdisent au préalable des traitements avec séjours hospitalier ou les assortissent de conditions.

H+ estime que cela représente une limitation du catalogue des prestations de l'assurance-maladie sociale. Or, selon l'art 33 LAMal en lien avec l'art 33 OAMal, de telles limitations relèvent du seul Département fédéral de l'intérieur. En adoptant des lois cantonales, les parlements cantonaux obligent les exécutifs à ne pas indemniser des prestations. Les cantons interviennent ainsi dans l'interprétation des critères EAE et, en conséquence, dans la compétence de la Confédération, sans y être autorisés par le législateur fédéral. Les garanties de prise en charge des coûts constituent une exception ancrée dans la LAMal et dans les ordonnances (art. 71a OAMal, art. 3b OPAS, Annexe 1 OPAS Chapitre 11). Une garantie de prise en charge des coûts par le canton de domicile n'est pas prévue par la loi et va à l'encontre de la volonté du législateur fédéral. De telles limitations cantonales sont en conséquence illégales. H+ exige donc que le chef du Département mette un terme à cette pratique illicite.

Sur la consultation elle-même

La présente consultation, qui est analogue à une consultation politique, n'est pas prévue par l'art 33 OAMal. C'est la commission en charge, en l'occurrence la CFPP, qui doit être auditionnée. Bien que nous prenions position sur les prestations qui, dans la règle, doivent être réalisées en ambulatoire, nous estimons que cette procédure est problématique. La détermination au cas par cas des prestations médicales obligatoires ne relève pas d'une audition politique. C'est une tâche qui appartient aux experts et aux fournisseurs de prestations concernés.

En revanche, la procédure et la consultation qui portent sur les principes de facturation de telles prestations et sur les règles à respecter à l'avenir sont justifiées.

Acte de défiance envers les assureurs et les cantons

Limitier des prestations par voie d'ordonnance, c'est faire acte de défiance envers les assureurs et les cantons et laisser entendre que le contrôle de l'économicité comporterait des lacunes. Comme le montre la justification de la tolérance de l'OFSP envers les activités législatives des cantons, cette procédure législative porte en fait sur l'économicité.

En intervenant, la Confédération montre qu'elle ne se fie pas à l'examen de l'économicité par les assureurs et les cantons. Il faut se demander pourquoi ces acteurs ont apparemment failli et quelles conditions cadres doivent être adaptées, pour que cela ne se reproduise plus. La différence de financement et de tarification ancrée dans la loi constitue une fracture criante entre les prestations ambulatoires et stationnaires. Plutôt que d'édicter des prescriptions pour chaque prestation, il serait donc plus judicieux d'éliminer les points de rupture systémiques en particulier pour les prestations à l'interface.

Les fournisseurs de prestations restent responsables.

Les limites à la liberté de traitement (dans le cadre des critères EAE selon l'art. 32 LAMal et la limitation par le DFI selon l'art. 33 LAMal) entraînent une asymétrie dans les responsabilités. Si le traitement en ambulatoire fait subir aux patientes et aux patients des préjudices, qui auraient pu être évités s'ils avaient été soignés en stationnaire, le médecin reste responsable malgré la nouvelle ordonnance. Si des patientes et des patients ne subissent pas de dommage parce que le médecin a décidé de les soigner en stationnaire, l'hôpital peut en revanche être sanctionné financièrement parce qu'il n'a pas pris la responsabilité de réaliser le traitement en ambulatoire. En d'autres termes: l'ordonnance impose des restrictions aux fournisseurs de prestations et en parallèle leur fait assumer des responsabilités médicales et financières supplémentaires.

La limitation de la liberté de traitement pose un problème de fond, car toutes les exceptions ne peuvent pas figurer dans un texte de loi.

Hausse des coûts, charge administrative accrue, pénurie de personnel

Quelle que soit la forme que prendra la dérogation pour les traitements en stationnaire, celle-ci engendrera un travail supplémentaire de documentation et de contrôle, non seulement pour les hôpitaux et les cliniques, mais également pour les assureurs maladie et les cantons. Le canton de Lucerne a dû engager du personnel pour le contrôle des prestations. Aucun document ne précise s'il en résulte des économies ou des coûts. Il y a tout lieu de soupçonner que des coûts administratifs supplémentaires sont générés sans valeur ajoutée sur le plan médical.

Les assureurs vont également introduire des contrôles qui seront à la charge de l'assurance-maladie et devront être financés par les primes. L'OFSP devrait réaliser une évaluation de l'impact sur les coûts et les primes avant de procéder à une adaptation de la loi.

Les personnes qui contrôlent les traitements médicaux, pour les cantons et pour les caisses, doivent disposer d'une formation dans une profession de la santé. Ces professionnels manquent au lit du malade et renforceront la pénurie de personnel que d'autres unités de direction de l'OFSP cherchent à combattre.

Incertitudes dues à une divergence d'évaluation

Le contrôle des factures effectué par les cantons en parallèle à celui des caisses maladie recèle un danger d'insécurité juridique pour les hôpitaux et les cliniques. Que se passe-t-il en cas de désaccord? Ce n'est pas clair. Le contrôle des factures devrait donc être confié à un seul acteur. L'information des autres répondants des coûts concernés et la concertation en cas de divergence d'évaluation doit se dérouler entre les agents payeurs et non pas sur le dos des fournisseurs de prestations.

Garantir la formation continue

Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire doit tenir compte du fait que les hôpitaux et les cliniques ont un mandat de formation postgraduée. Les médecins-assistants doivent réaliser des traitements et des opérations déterminés. Si des traitements et des opérations ne sont plus effectués que dans des structures ambulatoires, il faut garantir que ces dernières participent également à la formation postgraduée.

Hausse des primes

Le transfert du stationnaire vers l'ambulatoire est délicat d'un point de vue sociopolitique, car les prestations sont financées par des primes par tête. La hausse des primes inhérente à ce transfert touche très fortement la classe moyenne et les familles.

Une simple adaptation de l'OCP modifiant le financement des prestations à l'interface du stationnaire et de l'ambulatoire réglerait ce problème.

Nous vous prions de tenir compte de nos demandes et restons à votre disposition pour toute question.

Avec nos salutations les meilleures



Bernhard Wegmüller
Directeur

Sur les propositions concrètes

Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoires des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)

1 Chirurgie 1.1 en général

Projet

«La réalisation d'interventions électives en stationnaire en cas de varices, d'hémorroïdes, de hernies inguinales, de végétations, d'ablation des amygdales, d'interventions au genou sous arthroscopie, d'interventions à l'utérus (diagnostics et thérapies), selon le document de référence de l'OFSP "Liste des interventions électives à effectuer en ambulatoire" du XX.YY.ZZZZ»

Nouveau

«La réalisation d'interventions électives en stationnaire en cas de varices, d'hémorroïdes, de hernies inguinales, d'interventions au genou sous arthroscopie, d'interventions à l'utérus (diagnostics et thérapies) selon le document de référence de l'OFSP "Liste des interventions électives à effectuer en ambulatoire" du XX.YY.ZZZZ»

Variante documentation versus garantie de prise en charge des coûts

H+ est favorable à la variante 2 (documentation). Comme les enfants entrent la plupart du temps à l'hôpital via les urgences, la garantie de prise en charge en pédiatrie ne serait pas pratique. Une exception serait nécessaire. Autre problème: les cas d'urgence en médecine des adultes ainsi que tous les cas pour lesquels, suite à une opération prévue en ambulatoire, un suivi doit être tout de même effectué en stationnaire.

La variante 1 (garantie de prise en charge des coûts) présente uniquement l'avantage de la sécurité du financement pour les hôpitaux et les cliniques. Elle devrait cependant nécessiter davantage de personnel ainsi qu'une prise et une communication très rapides des décisions par les cantons et les assureurs (lire ci-dessus).

Document de référence Liste des interventions électives à effectuer en ambulatoire selon l'annexe 1 Chapitre 1.1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Supprimer de la liste, donc continuer d'autoriser en stationnaire, les codes CHOP suivants (les codes supérieurs englobent tous ceux qui se trouvent en-dessous):

- | | |
|----------|--|
| 28.2 | Amygdalectomie, sans excision de végétations adénoïdes y compris 28.2X et ses sous-codes, en raison de saignements |
| 38.59 | Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, en particulier 38.59.51, si bilatéral et en cas de veines profondes |
| 38.6 | Autre excision de vaisseau, en particulier 38.69 |
| 49.46.10 | Excision d'hémorroïdes, hémorroïdopexie |
| 53.06 | Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, avant tout bilatéral |
| 53.07 | Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, 53.07.11 sans implantation de membranes ou filets, et 53.07.11 avec implantation de membranes ou filets |
| 69.02 | Dilatation et curetage utérin après accouchement ou avortement, si ceux-ci ont été effectués en stationnaire |
| 80.6X.10 | Ménissectomie du genou, sous arthroscopie, partielle |

Document de référence Critères pour la réalisation en stationnaire des interventions figurant à l'Annexe 1 OPAS

H+ soutient l'ensemble des principes et des critères. Il n'en faut supprimer aucun.

Les cas qui ne seront pas couverts par les critères prévus par l'ordonnance seront particulièrement problématiques. Des critères formulés de manière ouverte pourront entraîner des contestations. Il faut clarifier la manière de procéder pour les cas litigieux. La mise en place d'une instance neutre est à examiner.

Compléments et adaptations aux critères proposés:

Sur l'âge

- Pour tous les cas, l'âge doit être relevé jusqu'à 6 ans. Dans leurs réponses, quelques membres ont demandé 8 ans.

Sur les comorbidités somatiques lourdes ou instables

- Nouveau 1bis: problèmes postopératoires, par ex. douleurs, nausée, délirium
- Nouveau 1ter: diagnostic secondaire exacerbant
- Nouveau 1quater: maladies congénitales
- Nouveau 1quinquies prématurés à moins de 34 semaines de gestation, moins de 8 ans, moins de 30 kg
- 10: obésité chez les enfants au-dessus de 80 percentiles, pas de valeurs absolues, pas d'IMC
- Nouveau 10 bis: anorexie
- Nouveau 12bis: psychique: peur
- Nouveau 12ter: maladies neurologiques, comme par ex. paralysie

Sur d'autres facteurs:

- Nouveau 14bis: pédiatrie: collaboration insuffisante des parents (compliance)
- 16 temps de trajet: plus de 30 minutes, car en cas de saignements (ultérieurs), une heure peut être une durée trop longue.
- Nouveau 17: une collaboration adéquate de la patiente ou du patient (compliance) n'est pas assurée, par exemple démence, délirium
- Nouveau 18: condition de vie à domicile, par ex. plusieurs étages, autonomie, convalescence d'un parent élevant seul ses enfants