



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Assurance maladie  
et accidents  
3003 Berne

par e-mail à: [abteilung.leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung.leistungen@bag.admin.ch), [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Lieu, date	Berne, le 23 octobre 2017	N° direct	031 335 11 00
Interlocuteur	Bernhard Wegmüller	E-mail	<a href="mailto:bernhard.wegmueller@hplus.ch">bernhard.wegmueller@hplus.ch</a>

## Réponse de H+ à la consultation sur la révision partielle de la LAMal relative à l'admission des fournisseurs de prestations

Mesdames, Messieurs,

En date du 5 juillet 2017, le Conseil fédéral a invité H+ à prendre position dans le cadre de la consultation sur la révision partielle de la LAMal relative à l'admission des fournisseurs de prestations. Nous vous en remercions vivement. Notre réponse est basée sur une enquête auprès de nos membres.

### 1 Position de H+

H+ soutient le premier niveau d'intervention, conformément à la législation en vigueur actuellement, resp. dès le 1.1.2018.

H+ rejette le deuxième niveau d'intervention et demande qu'il soit abandonné. Il convient de renoncer à la révision des art. 35-38 et 59 LAMal.

H+ juge inutile le troisième niveau d'intervention mais pourrait s'en accommoder.

#### 1.1 Premier niveau d'intervention: qualifications professionnelles selon la LPMéd et la LPSan

H+ peut se passer de commenter le premier niveau d'intervention car ce thème a été traité avec la révision de la loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd) et son ordonnance ainsi qu'avec l'entrée en vigueur prochaine de la loi sur les professions de la santé (LPSan). Un durcissement supplémentaire de ces deux lois et de leurs ordonnances se heurterait à un refus de H+.

#### 1.2 Deuxième niveau d'intervention: non à une admission supplémentaire par les assureurs-maladie

H+ rejette le deuxième niveau d'intervention (art. 35-38 et 59 projet LAMal). Une admission par les assureurs-maladie aboutirait à instituer un troisième obstacle pour les fournisseurs de prestations, après ceux effectués par la Confédération (LPMéd et LPSan) et par les cantons (art. 55a LAMal). Les mesures et structures prévues aboutissent à un accroissement de la bureaucratie et des coûts, sans la moindre utilité.

Les arguments à l'encontre de ce deuxième niveau d'intervention sont présentés en détail au point 2.

### **1.3 Troisième niveau d'intervention: limitation des admissions par les cantons selon l'art. 55a projet LAMal**

H+ juge inutile le troisième niveau d'intervention (art. 55a), à savoir l'ancrage dans la loi de la limitation des admissions par les cantons, et donc du statu quo. Elle peut cependant s'en accommoder à titre de compromis afin de mettre un point final à ce thème et de garantir à long terme la sécurité du droit pour les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins.

H+ doute que les interventions décidées jusqu'à présent par les cantons aient eu les effets souhaités. Le fait qu'une majorité d'entre eux ait décrété une limitation des admissions ne dit rien encore de son utilité.

A la connaissance de H+, l'action menée jusqu'à présent par les cantons n'a pas non plus aggravé la situation.

Pour H+, la législation sur les professions médicales et de la santé, ainsi que les exigences en termes de qualité de la LAMal et des autres lois (voir point 2.5) sont suffisantes pour l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.

Pour la mise en œuvre de l'art. 55a, H+ renvoie aux arguments ci-après relatifs aux missions particulières remplies par les hôpitaux et les cliniques (point 3.4).

## **2 Arguments contre le deuxième niveau d'intervention**

### **2.1 Un monstre bureaucratique, coûteux, inefficace et inutile**

Avec l'admission par les assureurs-maladie, la Confédération propose une procédure en deux temps (procédure d'admission et examen des connaissances). A cet effet, le Conseil fédéral prévoit deux organisations: une pour l'admission et une pour l'examen des connaissances.

Aujourd'hui, les compétences professionnelles des médecins et des autres professionnels de la santé sont garanties par leur formation et sont constatées dans le registre des professions médicales, resp. dans le registre des professions de la santé. Cela est également valable pour les étrangers. Des exigences supplémentaires clairement définies pourraient être aisément consignées dans les registres existants sans que de nouvelles organisations doivent être créées à cet effet.

Le projet mis en consultation ne précise pas ce qui est visé par la «fourniture de prestations adéquate et de haute qualité» ni quelle qualité des prestations ou quelles connaissances du système de santé suisse doivent être exigées en plus de la part des fournisseurs de prestations. Un examen des connaissances non défini et de mystérieuses «charges» en matière de qualité n'apportent aucune plus-value légale ou pratique.

La procédure de recours contre les décisions de l'organisation des assureurs (art. 36 al. 5) en particulier est mal définie et donc problématique. On peut s'attendre à un grand nombre de recours et de procédures judiciaires en raison des nombreux points obscurs. Cela n'est pas souhaitable.

Les questions suivantes se posent concernant les charges en matière de qualité et l'examen des connaissances (art. 36 al. 3bis):

1. Quelles connaissances du système de santé suisse sont nécessaires?
2. Quels indicateurs sont nécessaires pour juger de l'économicité et de la qualité des prestations et comment sont-ils mesurés?
3. Quels indicateurs sont nécessaires pour assurer une fourniture des prestations adéquate et de haute qualité et comment sont-ils mesurés?

En revanche, le dossier électronique du patient DEP constitue un critère préalable important que le Conseil fédéral devrait introduire comme condition d'admission pour les nouveaux fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire. Ce serait une condition simple pour assurer une fourniture de prestations de haute qualité, tenant compte du patient et efficiente dans l'assurance-maladie obligatoire qui pourrait sans problème figurer dans les registres des professions existants.

## 2.2 Les assureurs n'ont ni légitimité ni connaissances scientifiques

Plusieurs questions se posent concernant l'organisation des assureurs chargée de statuer sur les demandes d'admission (art. 36 al. 5):

1. Pourquoi la création d'une telle association est-elle confiée aux assureurs? De quelle légitimité et connaissances médicales disposent-ils pour délivrer des admissions à pratiquer aux fournisseurs de prestations? Et pourquoi une organisation supplémentaire est-elle nécessaire en plus de la Confédération et des cantons?
2. Aujourd'hui déjà, les assureurs sont entièrement responsables du contrôle de l'économicité et de la qualité de la fourniture des prestations. Grâce au partenariat tarifaire, ils disposent des compétences nécessaires.
3. Qui sont les «assureurs» mentionnés dans le projet de loi? Il existe aujourd'hui deux associations faitières et deux organisations tarifaires. Sur d'autres thèmes, l'OFSP s'accroche à une règle de majorité des assureurs, abstraite et prévue nulle part dans la législation. La loi devrait définir impérativement qui sont les «assureurs»: la majorité absolue ou relative des assureurs? Si l'OFSP applique ici aussi sa règle de la majorité, il s'agit alors d'un «article santésuisse» visant à sauver le numéro RCC qui ne sert plus à rien et sa délivrance par SASIS SA moyennant finances.
4. Quelle autonomie doit être accordée à l'organisation des assureurs? Les nombreuses incertitudes n'ouvrent-elles pas un boulevard à l'arbitraire?
5. S'il s'agit seulement de collecter et de constater les conditions supplémentaires exigées à l'endroit des fournisseurs de prestations par la Confédération (outre les critères inscrits aujourd'hui déjà dans les registres des professions), pourquoi l'instance responsable de ces registres n'est-elle pas chargée de cette nouvelle tâche qu'elle pourrait assumer de manière efficiente et économique?

## 2.3 Il faut supprimer le numéro RCC

Depuis des années, santésuisse délivre par l'intermédiaire de sa filiale SASIS SA le numéro de registre des codes créanciers, abrégé RCC. Avec les registres des professions et les admissions par les cantons, la loi prévoit aujourd'hui deux autorisations légitimées afin de pouvoir facturer à la charge de l'AOS. Les registres des professions médicales et de la santé, accessibles au public (MedReg et NAREG), et les numéros d'identification univoques qui y sont consignés rendent superflu le numéro RCC. Le maintien par une disposition légale de ce numéro attribué par les assureurs est donc totalement inutile.

Le RCC n'apporte aujourd'hui aucune plus-value mais il coûte au contraire des millions de francs qui sont supportés au final par les primes (CHF 300 pour l'inscription et CHF 100 tous les cinq ans). Il y a là une possibilité de réduire la bureaucratie et les primes. La vérité des coûts (rapport 3.1, page 30) fait défaut.

Le projet ne précise pas qui paie les émoluments (art. 36 al. 7). Ceux-ci devraient être supportés par les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins et seront donc financés par l'assurance-maladie obligatoire.

Mais les émoluments ne représentent qu'une partie des coûts qui surviendront à l'avenir. Il faut compter en effet les dépenses et les ressources en personnel qui seront nécessaires pour préparer les demandes afin de participer aux examens et de recourir contre les décisions contestables.

La procédure d'admission prévue dans le projet aboutira donc à une augmentation des coûts à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, sans qu'une plus-value ou une baisse des coûts ne puisse être établie. La bureaucratie supplémentaire contribuera à pousser les coûts vers le haut et donc à augmenter les primes.

## **2.4 Il faut garantir la qualité des prestations ambulatoires via l'art. 58 LAMal**

H+ rejette ce nouveau projet sur la qualité. La LAMal et d'autres lois imposent déjà aux fournisseurs de prestations médicales un grand nombre de conditions relatives à la qualité:

- dans le droit cantonal pour l'admission à pratiquer des fournisseurs de prestations conformément aux art. 35 - 40 LAMal, y compris la vérification de la présence du personnel qualifié nécessaire selon l'art. 39 LAMal,
- dans le droit relatif aux professions médicales et de la santé (LPMéd, LPSan, LPsy, LFPr),
- pour l'admission des prestations AOS via les art. 32 et 33 LAMal (DFI via l'OPAS),
- pour l'assurance générale de la qualité via les art. 58 et 59 LAMal et 77 OAMal (ex. contrats qualité des partenaires tarifaires pour le stationnaire par le biais de l'ANQ),
- pour la surveillance de la radioprotection via la LRaP,
- pour les médicaments via la LPTTh et Swissmedic.

Si le Conseil fédéral souhaite édicter des exigences de qualité supplémentaires à l'endroit des fournisseurs de prestations admis à facturer à la charge de l'AOS, il dispose déjà de tous ces textes. Il est fâcheux que la Confédération ne recoure pas aux compétences législatives qui lui sont octroyées mais qu'elle revendique de nouvelles compétences à chaque révision de la LAMal. La garantie de la qualité de la fourniture des prestations ambulatoires doit intervenir via les articles de loi existants, en particulier via l'art. 58 LAMal.

En outre, les mesures en faveur de la qualité présentées dans le projet sont déjà entreprises. En médecine, la standardisation est à l'ordre du jour avec, par exemple, Choosing Wisely et HTA. Le CIRS et les registres sont déjà établis dans le domaine stationnaire, tout comme les cercles de qualité dans l'ambulatoire. H+ a lancé et généralisé les Peer Reviews dans le cadre d'une alliance.

Pour toutes les mesures, il importe que la motivation intrinsèque visant à l'amélioration et au maintien de la qualité soit encouragée. Il est reconnu que des mesures imposées peuvent détruire cette motivation – le danger existe alors que les mesures soient entreprises uniquement pour obéir aux prescriptions légales et non pour améliorer ou garantir réellement la qualité. Ceci est le cas, en particulier, lorsque les mesures en faveur de la qualité sont liées à des conséquences financières.

## **2.5 Incertitude autour des «connaissances du système de santé suisse»**

Les formations régies par la loi sur les professions médicales et par la loi sur les professions de la santé ne prescrivent pas des connaissances uniformes du système de santé suisse. Durant le stage de deux ans non plus, de telles connaissances ne sont pas spécialement enseignées ni contrôlées. Le projet de loi et le rapport explicatif ne précisent pas de quelles connaissances il s'agit. Dans tous les cas, ces dernières ne devront pas constituer une violation de l'Accord sur la libre-circulation des personnes avec l'UE.

## **2.6 La loi prime l'ordonnance: pas de délégation extensive**

Dans le projet mis en consultation, des tâches essentielles sont déléguées au Conseil fédéral, à savoir la fixation des conditions déterminant la garantie de la qualité (art. 36 al. 2), l'examen des connaissances (art. 36 al. 3bis) et les «charges relatives au caractère économique et à la qualité des prestations» (art. 36 al. 4). En outre, le projet et les explications laissent ouvertes la question de l'organisation à laquelle doit être confié l'examen des connaissances.

On peine à saisir pourquoi des tâches aussi nombreuses et importantes sont déléguées et ne sont pas fixées dans la loi ou, au moins, décrites dans les explications. Il importe pour la population et les fournisseurs de prestations de savoir quelles exigences de qualité le législateur prévoit d'imposer aux seconds afin qu'ils puissent exercer au service de la première dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

## **2.7 Quand la condition à l'activité est l'activité elle-même (art. 36 al. 3bis projet LAMal)**

Il est paradoxal d'exiger des médecins et des autres professionnels de la santé d'exercer durant deux ans en Suisse afin d'obtenir ensuite justement l'autorisation d'exercer. Cette contradiction touche avant tout les ressortissants de l'UE. Le Parlement doit déterminer à quelles conditions les professionnels qui ne sont pas titulaires d'une admission peuvent tout de même être admis et dans quelles institutions ils peuvent travailler, par exemple dans les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al. 2 let. n et art. 36a LAMal actuelle).

Les règles d'application cantonales doivent dans chaque cas respecter les prescriptions nationales sur la qualité.

## **2.8 Les groupes d'experts n'ont pas été consultés**

H+ est déçue que le deuxième niveau d'intervention n'ait pas été discuté au sein des groupes d'experts extraparlimentaires et qu'il n'ait pas été examiné sous l'angle de sa faisabilité avant d'être intégré au projet mis en consultation.

## **2.9 Vers une liberté de contracter light**

Jusqu'à présent, l'introduction dans la loi d'une restriction du libre choix par les assureurs n'avait aucune chance de l'emporter dans les urnes. Les résultats sur le long terme du moniteur de la santé d'Interpharma montrent que cette liberté figure parmi les principales priorités pour la population. Une admission par les assureurs serait donc rejetée en votation populaire.

# **3 Postulats de H+ pour le pilotage des admissions**

## **3.1 Pas de nécessité d'agir (rapport)**

H+ conteste la nécessité d'agir sur le pilotage des admissions à pratiquer pour les fournisseurs de prestations ambulatoires. Le message formule des propositions en se basant sur des affirmations infondées et omet de prouver la nécessité d'agir dans ce domaine.

Il n'est pas établi pourquoi les dispositions légales actuelles ne suffisent pas à assurer la qualité nécessaire des prestations dans le cadre de l'OAS.

L'efficacité des mesures actuelles n'a pas été évaluée de manière systématique et approfondie. Une telle évaluation démontrerait certainement que les mesures actuelles sont demeurées sans effet.

Il est certes question de la progression des admissions en 2012 mais il n'est pas établi qu'une hausse des coûts y serait liée. Il est question de l'usage des instruments de pilotage par les cantons, mais une réduction des coûts qui en résulterait n'est pas prouvée. Il est question

d'examens pour l'admission mais le travail administratif supplémentaire, les dépenses supplémentaires pour le système de santé, la hausse des coûts et les économies attendues ne sont pas évoqués. Il est question de l'augmentation générale des coûts dans le système de santé mais les causes premières comme le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie, les progrès de la médecine, le transfert des soins du stationnaire vers l'ambulatoire ou – à la rigueur – la progression des admissions et des volumes de prestations n'ont pas été étudiées systématiquement.

### **3.2 Une action mal ciblée**

Il n'est pas étonnant que les progrès de la médecine et le transfert de l'ambulatoire vers le stationnaire voulu par les milieux politiques durant ces dernières années et décennies ait abouti à une hausse des prestations ambulatoires et, partant, des coûts dans ce secteur. Cette évolution est d'ailleurs souhaitable tant du point de vue politique que médical. En revanche, il n'est pas souhaitable socialement que les primes augmentent plus que la moyenne des coûts en raison des inégalités de financement entre le stationnaire et l'ambulatoire. Cette situation ne pourra pas être corrigée par un pilotage du secteur ambulatoire mais par une révision du financement.

Le pilotage des admissions et la sécurité de la fourniture des soins médicaux pourraient entrer en conflit à l'avenir. Ce avant tout parce que le rapport explicatif se base sur des hypothèses dépassées, à savoir une situation de sur-approvisionnement, alors que les perspectives – du Conseil fédéral également – tablent sur un sous-approvisionnement et une pénurie de personnel qualifié.

Le vieillissement de la population et l'arrivée à la retraite des baby-boomers depuis 2016 et jusqu'en 2030 laissent prévoir une augmentation notable de la demande.

Outre cette augmentation de la demande, le changement structurel dans la fourniture des prestations ambulatoires n'est pas pris en compte. Alors que le nombre de cabinets médicaux individuels diminue, celui des cabinets de groupe augmente. La fin de la croissance des prestations ambulatoires des hôpitaux n'est pas non plus en vue. Au lieu d'accompagner ce changement structurel, le pilotage des admissions risque plutôt d'avoir l'effet contraire. En outre, de plus en plus de médecins ne travaillent plus qu'à temps partiel, ce qui accélère également le changement structurel.

### **3.3 Faut-il moins ou davantage de professionnels de la santé?**

En outre, le gel des admissions est en contradiction avec les programmes menés en parallèle par la Confédération pour augmenter le nombre de médecins formés en Suisse. On soulignera aussi que, sans collaborateurs étrangers, le système de santé ne pourrait pas maintenir la bonne accessibilité et les brefs temps d'attente qui le caractérisent aujourd'hui. Le vieillissement de la population va aussi renforcer les besoins en personnel supplémentaire. En outre, l'installation de médecins en pratique privée renforce encore la pénurie de personnel dans certaines disciplines des institutions stationnaires, en particulier en psychiatrie. Les mandats de prestations des hôpitaux et cliniques définis par les cantons dans ces disciplines seraient menacés.

Dans ce contexte, le gel des admissions ne répond pas aux défis du futur.

### **3.4 Prendre en compte la situation des hôpitaux et des cliniques**

Les hôpitaux et les cliniques prodiguent des soins stationnaires et ambulatoires et sont les principaux acteurs de la formation de base et postgraduée dans le système de santé suisse.

La frontière entre les soins stationnaires et ambulatoires est fluctuante. Les deux domaines recourent sans distinction à l'infrastructure, aux équipements, aux prestations d'attente (réserves de capacité), au personnel, etc. Pour les patients également, il est important que leur traitement soit déterminé selon des critères médicaux uniquement et non, par exemple, par le statut d'un

fournisseur admis à prodiguer la prestation en stationnaire mais pas dans un environnement ambulatoire. En résumé, les hôpitaux et les cliniques travaillent comme des entités complètes, dans le sens des soins intégrés, de l'interdisciplinarité et de l'interprofessionnalité. Il serait insensé d'exclure les spécialistes pratiquant en stationnaire de la fourniture des soins ambulatoires et d'orienter les patients vers des médecins différents selon le domaine de soins.

La formation de base et postgraduée signifie que des professionnels qui ne disposent pas encore d'une admission à pratiquer travaillent sous surveillance. Sans un nombre suffisant de collaborateurs admis, les hôpitaux et les cliniques ne pourraient plus assumer cette mission de formation. A une époque où la main d'œuvre qualifiée fait défaut, c'est un effet qu'il convient d'empêcher.

#### **4 La sécurité de l'offre en soins de santé incombe de facto aux hôpitaux et aux cliniques**

Les cantons sont responsables des soins médicaux à la population. Ils les ont confiés aux hôpitaux, aux cliniques et aux institutions de soins, de sorte que les soins doivent être assurés malgré les restrictions dues au gel des admissions. En dernier recours, les fournisseurs de prestations ambulatoires s'appuient toujours sur les institutions stationnaires, en particulier pour les urgences et les traitements plus complexes. Si l'offre devait être insuffisante, on ne pourrait tenir les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins de longue durée pour responsables de l'approvisionnement, car ils ne prescrivent pas le gel des admissions et n'y sont pas favorables.

#### **5 Un complément aux pistes voulues par le Parlement**

Il est juste que le Conseil fédéral ait renoncé aux pistes telles que la liberté de contracter et les tarifs échelonnés. L'introduction de la première est vouée politiquement à l'échec, au plus tard dans les urnes. Alors que des tarifs échelonnés artificiellement aboutiraient à des effets indésirables et à une régulation excessive.

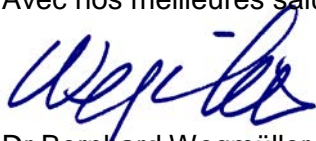
#### **6 Synthèse**

Le projet mis en consultation n'est pas abouti sur des points centraux. Il convient de renoncer totalement au deuxième niveau d'intervention, à savoir au processus en deux étapes des assurances maladie avec une procédure d'admission et un examen des connaissances. H+ considère aussi que le troisième niveau d'intervention, à savoir la limitation des admissions par les cantons, n'est pas nécessaire mais l'association peut s'en accommoder à titre de compromis.

Si la qualité des prestations ambulatoires dans l'assurance-maladie n'est pas suffisante, la loi prévoit aujourd'hui déjà que le Conseil fédéral peut imposer des mesures dans le cadre de l'art. 58 LAMal. Un pilotage des admissions et une révision de la LAMal ne sont pas nécessaires à cet effet.

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

Avec nos meilleures salutations



Dr Bernhard Wegmüller  
Directeur