



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Commission de la sécurité sociale
et de la santé publique du Conseil national CSSS-N
3003 Berne

Par courriel à: tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Lieu, date
Interlocutrice

Berne, le 7 octobre 2022
Cheryl von Arx

N° direct
E-mail

031 335 11 59
cheryl.vonarx@hplus.ch

**22.431 n Iv. pa. CSSS-N. Exceptions à l'obligation d'avoir exercé pendant trois ans dans un établissement suisse reconnu prévue à l'article 37 alinéa 1 LAMal en cas de pénurie avérée de médecins:
Consultation**

Position de H+

Monsieur le Conseiller fédéral,
Monsieur le Président de la commission,
Madame, Monsieur,

Afin de mettre en œuvre l'initiative parlementaire susmentionnée, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a accepté un avant-projet visant à modifier la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

La présente modification législative vise à compléter l'art. 37 LAMal, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022, avec un nouvel alinéa 1^{bis}. Ce dernier permettrait aux cantons, en cas d'offre sanitaire insuffisante, d'autoriser à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) des prestataires de soins ne disposant pas des trois ans d'activité exigés par l'art. 37, al. 1 LAMal.

Nous nous permettons de vous faire parvenir nos recommandations dans le cadre de cette consultation et vous remercions de la possibilité qui nous est accordée de nous exprimer. Nous vous prions instamment de réserver le meilleur accueil à nos préoccupations.

H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe, en tant que membres actifs, 205 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux répartis sur 435 sites et plus de 140 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers avec statut de membres partenaires.

Synthèse

- a. H+ se réjouit que la CSSS-N ait entendu l'appel des cantons et reconnu que la nouvelle teneur de l'art 37 al. 1 LAMal (activité durant trois ans) a des effets problématiques sur la garantie d'une offre suffisante en soins médicaux de base dans le domaine ambulatoire.
- b. H+ salue également l'exception à la règle des trois ans de l'art. 37 al. 1 LAMal qui est prévue par la commission et soutient ce projet.
- c. H+ est soucieuse de garantir aux patientes et aux patients un accès à des soins adaptés et de haute qualité – et ce dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier également. En outre, cette réglementation aura pour effet de décharger les urgences des hôpitaux dans la mesure où les patients disposeront d'un interlocuteur pour les soins de base, au lieu des urgences.
- d. H+ rejette la proposition de la majorité de la commission pour deux motifs:
 - a. Elle prévoit que les cantons doivent édicter leur propre réglementation pour que l'exception à la règle des trois ans soit effective.
 - b. Elle comporte une liste exhaustive des domaines pour lesquels l'exception sera valable. Or, on ne peut pas prévoir clairement aujourd'hui quels domaines souffriront d'une pénurie à l'avenir.
- e. H+ se rallie à la proposition de la minorité Humbel et al. avec une réserve. H+ soutient la possibilité accordée aux cantons d'autoriser les exceptions au cas par cas et en application directe de la loi fédérale. Elle rejette en revanche le principe d'une liste exhaustive des domaines d'exemption.
- f. H+ rejette la proposition de la minorité Glarner et al. car celle-ci prévoit une liste non seulement exhaustive mais réduite.
- g. H+ rejette la proposition de la minorité Silberschmidt et al. car les cantons sont responsables de la garantie de l'offre médicale sur leur territoire et doivent donc pouvoir déterminer eux-mêmes s'il y a pénurie. En outre, il n'y a pas de base légale suffisante pour un ancrage des exceptions dans l'OAMal exclusivement.
- h. Dans le cadre de cette prise de position, H+ attire en outre l'attention sur d'autres problèmes de fond touchant au pilotage des admissions à pratiquer dans le domaine ambulatoire. La mise en œuvre des nouveaux mécanismes de pilotage pour ce secteur conduit à des casse-tête pour les fournisseurs de prestations, et en premier lieu pour les hôpitaux. De nombreuses questions ne sont pas résolues à ce jour et l'introduction aboutit à un surcroît de travail administratif alors que l'utilité de cette réglementation n'est pas démontrée. En outre, il est irritant que le paradigme de l'offre excédentaire soit toujours alimenté. Dans certains cas, cette dernière est sûrement encore d'actualité et des mesures conduisant à une meilleure répartition doivent être prises d'urgence. Le contexte actuel de la pénurie de personnel infirmier dans le secteur de la santé et les autres goulets d'étranglement dans les besoins quotidiens indiquent néanmoins qu'une offre insuffisante pointe à l'horizon. Enfin, les ressources limitées dans le système de santé vont aboutir à ce que des priorités devront être établies dans les soins. La réglementation du pilotage des admissions dans l'ambulatoire doit donc être mise en œuvre avec circonspection.

1. Introduction

La modification de la LAMal relative à l'admission des fournisseurs de prestations du 19 juin 2020 comporte divers points. La teneur des nouvelles dispositions vise d'une part à renforcer les exigences en termes de qualité et d'économicité que doivent remplir les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'AOS. D'autre part, un instrument plus efficace de contrôle de l'offre est mis à la disposition des cantons. Les exigences posées aux fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire sont relevées de deux manières.

- Désormais, une procédure formelle d'admission¹ est introduite pour les fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire, qui est confiée aux cantons (art. 36, 36a, 38

¹ La modification de la LAMal du 19 juin 2020 prévoit que les fournisseurs de prestations selon l'art. 35 al. 2 let. a-g, m et n ne peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils sont admis par le canton sur le territoire duquel ils exercent leur activité (art. 36 LAMal). Cette modification prévoit donc une procédure d'admission formelle. À l'avenir, les cantons décideront des demandes d'autorisation des fournisseurs de presta-

LAMal). De même, le législateur a adapté les conditions d'admission pour les médecins (art. 37 LAMal). Les conditions pour les autres fournisseurs de prestations dans l'ambulatorio portent sur la formation de base, la formation postgrade et sur les exigences nécessaires pour assurer la qualité des prestations. Elles doivent être fixées par le Conseil fédéral (cf. ci-dessous).

- Par ailleurs, le législateur a créé une nouvelle solution, de durée indéterminée, pour la limitation du nombre des médecins (art. 55a LAMal). Ainsi, les cantons doivent limiter, dans un ou plusieurs domaines de spécialité ou dans certaines régions, le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS. À cet effet, ils prennent en compte le degré d'occupation de ces professionnels et se coordonnent afin de tenir compte des flux de patients. Ces nombres maximaux sont valables pour tous les médecins qui facturent à la charge de l'AOS dans le secteur ambulatoire du canton, indépendamment du fait qu'ils exercent dans un cabinet ou dans une institution de soins ambulatoires, y compris dans le service ambulatoire d'un hôpital. Les cantons peuvent en outre restreindre l'admission de nouveaux médecins lorsqu'ils constatent que, dans une ou plusieurs spécialités, les coûts augmentent massivement. Le Conseil fédéral définit les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux.
- En outre, le Parlement juge nécessaire de créer à l'avenir un registre des fournisseurs de prestations ambulatoires admis (art. 40a ss LAMal).

Le 23 juin 2021, le Conseil fédéral a adopté les dispositions d'application de la révision de la LAMal «Admission des fournisseurs de prestations».

- Les dispositions relatives à l'admission des médecins et des pharmaciens à fournir des prestations à la charge de l'AOS prévues en partie aux art. 36, 36a et 37 LAMal recoupaient celles de la loi sur les professions médicales universitaires (LPMé) sur la formation. Elles ont donc été biffées de la LAMal et reprises dans l'OAMal comme pour les autres fournisseurs de prestations exerçant à la charge de l'AOS (art. 38 à 40 OAMal). Pour les autres fournisseurs de prestations ambulatoires, les dispositions sont en principe reprises dans l'OAMal et adaptées au besoin (art. 42 ss OAMal).
- Les exigences en matière de qualité pour tous les fournisseurs de prestations ambulatoires, dont l'admission sera à l'avenir du ressort des cantons, sont revues (art. 58 OAMal).
- Demeurent réservées en outre, les limitations du nombre de médecins admis fixées par les cantons (art. 55a LAMal). Le législateur a chargé le Conseil fédéral de définir les critères et les principes méthodologiques pour fixer les nombres maximaux. La réglementation adoptée le 23 juin 2021 (ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires) prévoit que cette fixation repose sur la détermination d'un taux de couverture régional. Afin de permettre le recensement des données nécessaires, l'art. 30b OAMal a dû être également modifié.
- Enfin, des exigences uniformes pour la planification hospitalières – tirées de la modification OAMal I – ont été adoptées. Sur la base des instruments développés dans le domaine de la planification et de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral et du Tribunal administratif fédéral, les critères de planification ont été réexaminés. Les modifications apportées par le Conseil fédéral (art. 58b ss OAMal) doivent atténuer les différences entre les concepts de planification des cantons et promouvoir un engagement efficient des moyens (amélioration de la sécurité de l'approvisionnement et maîtrise des coûts). Les exigences minimales actualisées sont ainsi fixées de manière transparente dans l'OAMal.

tions. Autrement dit, le canton délivrera au fournisseur de prestations selon l'art. 35 al. 2 let. a-g et n et m l'autorisation de pratiquer à la charge de l'AOS après avoir vérifié que les conditions des art. 36a et 37 LAMal sont remplies. Les limitations des cantons concernant le nombre de médecins admis (art. 55a LAMal) demeurent réservées pour l'admission des médecins et des institutions de soins ambulatoires prodigués par des médecins. En outre, les cantons disposent de compétences de surveillance dans le domaine des admissions (art. 38 LAMal).

2. Art. 37 LAMal

2.1. Partie générale

Une nouvelle formulation de l'art. 37 al. 1 LAMal est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, introduisant de nouvelles conditions d'admission pour les médecins souhaitant pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Selon la nouvelle disposition, les médecins nouvellement admis doivent avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, dans le domaine de spécialité faisant l'objet de la demande d'admission.

D'après divers retours reçus des cantons, la formulation actuelle de l'art. 37 al. 1 LAMal risquerait d'entraîner une couverture sanitaire insuffisante dans le domaine des soins médicaux ambulatoires de base, notamment dans les régions périphériques, où il s'avère particulièrement difficile pour les médecins qui partent à la retraite de trouver un successeur voulant reprendre le cabinet.

Dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier également, cette révision entraîne des difficultés pour le recrutement de personnel qualifié.

À sa séance du 20 mai 2022, la CSSS-N, après avoir discuté de la situation précitée, a décidé, par 24 voix et 1 abstention, d'élaborer l'initiative parlementaire «Exceptions à l'obligation d'avoir exercé pendant trois ans dans un établissement suisse reconnu prévue à l'art. 37 al. 1 LAMal en cas de pénurie avérée de médecins». La commission ne remet pas en question l'idée de fond de la disposition récemment entrée en vigueur, à savoir la volonté de garantir la qualité des prestations en s'assurant que les médecins admis à pratiquer à la charge de l'AOS possèdent les connaissances nécessaires du système de santé suisse.

La CSSS-N considère néanmoins que, face à des situations de couverture sanitaire insuffisante parmi les fournisseurs de prestations de soins médicaux ambulatoires de base (médecins de famille, pédiatres), les cantons doivent pouvoir disposer d'une règle d'exception prévoyant une exemption de l'obligation d'avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade.

H+ se réjouit que la CSSS-N ait entendu l'appel des cantons et reconnu que la nouvelle réglementation a des effets problématiques sur la garantie d'une offre suffisante en soins médicaux de base dans le domaine ambulatoire.

2.2. Proposition de la majorité de la CSSS-N

La commission propose de compléter l'art. 37 LAMal avec un nouvel al. 1^{bis}.

1^{bis} Les cantons peuvent prévoir que les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35 al. 2 let. a, titulaires d'un des titres postgrades fédéraux suivants ou d'un titre étranger reconnu équivalent (art. 21 LPMéd) sont exemptés de l'exigence d'avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade si l'offre de soins est insuffisante sur leur territoire dans les domaines concernés:

- a. médecine interne générale comme seul titre postgrade;*
- b. médecin praticien comme seul titre postgrade;*
- c. pédiatrie;*
- d. psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.*

Ce nouvel alinéa permettrait aux cantons, en cas d'offre sanitaire insuffisante d'autoriser à exercer à la charge l'AOS des prestataires de soins ne disposant pas des trois ans d'activité exigés par l'art. 37 al. 1 LAMal (exception à l'obligation des trois ans d'activité). Toutefois, la CSSS-N entend limiter la présente exception aux domaines des soins de base ambulatoires suivants: mé-

decins généralistes, pédiatres, psychiatres et psychothérapeutes de l'enfance et de l'adolescence. Ainsi, un canton pourrait exceptionnellement admettre, dans l'un de ces domaines, un fournisseur de prestations qui ne répond pas à la condition requise des trois années d'expérience de sorte à éviter que la couverture en soins ne devienne insuffisante.

La CSSS-N a décidé de ne pas préciser de manière explicite la notion d'offre de soins insuffisante, laissant volontairement une marge d'appréciation aux cantons. Ces derniers ont la responsabilité d'assurer la garantie de la couverture sanitaire dans leur territoire. Ils doivent donc être en mesure de définir eux-mêmes s'il existe une situation de pénurie avérée.

Position de H+: comme indiqué ci-dessus, H+ salue l'exception à la règle des trois ans de l'art. 37 al. 1 LAMal prévue par la CSSS-N et soutient ce projet. H+ est soucieuse de garantir aux patients un accès à des soins adaptés et de haute qualité – et ce dans le domaine ambulatoire également. En outre, cette réglementation aura pour effet de décharger les urgences des hôpitaux dans la mesure où les patients disposeront d'un interlocuteur pour les soins de base, au lieu des urgences.

En revanche, H+ rejette la formulation potestative qui est prévue: il en découle que les cantons doivent édicter leur propre réglementation pour que l'exception à la règle des trois ans soit effective. Un tel dispositif ne permet pas de garantir l'égalité de traitement de tous les acteurs concernés. Une exception à une règle imposée au niveau fédéral doit être intégrée à cette même norme fédérale.

H+ rejette également le principe d'une liste exhaustive des domaines pour lesquels l'exception sera valable. Actuellement, on ne peut pas prévoir précisément quels domaines souffriront d'une pénurie à l'avenir. Par exemple, les gynécologues ou les diabétologues font partie des fournisseurs de soins de base au sens large. Aujourd'hui déjà, les patientes et les patients éprouvent des difficultés à accéder en temps utile à de telles prestations. Le risque est important que, d'ici l'entrée en vigueur, des pénuries se soient manifestées dans d'autres spécialités et que la loi doive être à nouveau révisée.

Il convient tout de même de saluer que la définition de l'offre médicale insuffisante demeure ouverte et qu'aucune interprétation uniforme ne soit prévue dans la LAMal. Le moment auquel intervient une offre insuffisante dans une spécialité et dans une région données (p. ex. canton ou grande région) peut varier – il ne peut pas être régi par une définition unique. Le renvoi de la commission dans le rapport explicatif (p. 6 s.) aux éléments analytiques prévus par les dispositions relatives à la mise en œuvre de la limitation des admissions selon l'art. 55a LAMal (ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires) auxquels les cantons peuvent recourir doit donc être soutenu dans son principe. Ces éléments analytiques peuvent également constituer une base permettant aux cantons d'identifier une couverture sanitaire insuffisante. Les incertitudes actuelles liées aux taux de couverture en soins ne sont cependant pas utiles dans ce contexte. Ces taux ne permettent pas à eux seuls d'apprécier la situation sanitaire, comme la commission le constate elle-même. Ils doivent être complétés par une évaluation de l'offre médicale effective et ajustés à l'aide de facteurs de pondération qui seront définis par les cantons. En outre, le rapport détaillé concernant la méthode de calcul des taux de couverture en soins n'est pas encore disponible. Si ces taux doivent effectivement servir de paramètres, ces données doivent être compréhensibles, concises et conformes au but poursuivi par la norme (cf. aussi ch. 3.4).

Pour cette raison, H+ recommande de rejeter la proposition de la majorité de la CSSS-N et de donner la préférence à la proposition de la minorité I (Humbel et al.) – au moins dans son intention de permettre aux cantons d'autoriser les exceptions au cas par cas et en application directe de la législation fédérale (cf. ch. 2.3).

2.3. Proposition de la minorité I (Humbel et al.)

La minorité (Humbel, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Hess Lorenz, Lohr, Mäder, Maillard, Mettler, Roduit, Rösti, Wasserfallen Flavia) estime, contrairement à la majorité de la commission, que les cantons doivent pouvoir autoriser les exceptions au cas par cas et en application directe de la législation fédérale. Elle propose donc une formulation alternative de l'art. 37 al. 1^{bis} LAMal.

1^{bis} Les cantons peuvent exempter les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35 al. 2 let. a titulaires d'un des titres postgrades fédéraux suivants ou d'un titre étranger reconnu équivalent (art. 21 LPMéd) de l'exigence d'avoir travaillé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade si l'offre de soins est insuffisante sur leur territoire dans les domaines concernés:

a. médecine interne générale comme seul titre postgrade;

b. médecin praticien comme seul titre postgrade;

c. pédiatrie;

d. psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

Position de H+: Cette variante a l'avantage de pouvoir être mise en œuvre plus rapidement car elle n'implique pas de passer par les procédures législatives cantonales. L'argument selon lequel l'égalité de traitement serait cependant difficile à garantir, ne paraît pas concluant aux yeux de H+. Ce principe peut être certainement plus aisément respecté par le biais d'une réglementation fédérale uniforme que via une inscription normative au niveau des cantons. **Pour cette raison, il convient de donner la préférence à la proposition de la minorité Humbel et al. Les réserves exprimées au ch. 2.2 concernant la liste exhaustive des spécialités concernées par les exceptions valent ici également. H+ n'est pas favorable à une telle liste.**

2.4. Proposition de la minorité II (Glarner et al.)

La deuxième minorité (Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Rösti, Rügger, Schläpfer) soutient le projet de la majorité de la CSSS-N dans son ensemble mais souhaite que des exceptions ne soient prévues que pour la médecine générale et la pédiatrie. Elle recommande de biffer la psychiatrie et la psychothérapie des enfants et des adolescents.

Al. 1^{bis} let. d

d. biffer

Position de H+: H+ rejette la suppression de la psychiatrie et de la psychothérapie des enfants et des adolescents du champ d'application des exceptions à la règle des trois ans d'activité. En 2017, l'Obsan a constaté dans un rapport qu'une offre médicale insuffisante était systématiquement observée en psychiatrie et psychothérapie des enfants et des adolescents: «Plusieurs rapports sur la situation en matière d'offre de soins réalisés sur la base d'interviews de professionnels montrent clairement une insuffisance de l'offre de soins pour les enfants et les adolescents par des psychiatres et des psychothérapeutes, qu'elle soit institutionnelle ou privée.»²

La pandémie de COVID-19 a encore aggravé cette problématique.³

² Santé mentale et maladies psychiques des enfants et des adolescents en Suisse: prise en charge et épidémiologie., https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_dossier_62_2.pdf

³ <https://www.zh.ch/de/news-uebersicht/medienmitteilungen/2021/06/massnahmenpaket-zur-verbesserung-der-versorgungssituation-in-der-kinder-und-jugendpsychiatrie.html>

Proposition de la minorité III (Silberschmidt et al.)

La troisième minorité (Silberschmidt, Dobler, Nantermod, Sauter) partage la préoccupation de la majorité de la commission selon laquelle il est nécessaire d'agir et de prévoir des exceptions à la règle des trois ans d'activité pour les médecins admis à facturer à la charge de l'AOS. Cependant, ces commissaires entendent inscrire dans la loi uniquement la possibilité d'une réglementation d'exception. L'élaboration des dispositions détaillées doit être confiée au Conseil fédéral. La minorité juge cette procédure plus rapide et adaptée.

Al. 1^{bis} et 1^{ter}

1^{bis} biffer

1^{ter} Le Conseil fédéral peut prévoir que des exceptions à l'obligation prévue à l'al. 1 1^{re} phrase sont possibles en cas de pénurie massive. Il assure une évaluation de leur mise en œuvre.

Position H+: La procédure législative est soumise au principe que toutes les dispositions importantes créant des droits doivent être édictées sous la forme de lois (art. 164 al. 1 Cst). C'est le cas en particulier lorsqu'un cercle important est concerné. **Si les 26 cantons doivent prévoir des exceptions à la règle des trois ans d'activité, ce principe doit être inscrit dans la loi vu sa portée. Aucune base légale n'existe actuellement qui permettrait de l'ancrer dans l'OAMal.**

En outre, la fourniture des soins relève des cantons. **Il n'est donc pas logique de confier au Conseil fédéral, respectivement à l'administration, le soin de déterminer et de vérifier l'existence d'une offre en soins insuffisante (cf. aussi ch. 2.2).** Les cantons sont responsables de la garantie de l'offre médicale sur leur territoire et ils doivent donc pouvoir décider eux-mêmes si cette offre est insuffisante.

2.5. Synthèse

H+ salue la volonté de la CSSS-N d'élaborer une réglementation d'exception à l'obligation de trois ans d'activité prévue à l'art. 37 al. 1 LAMal et soutient ce projet. Ces exceptions doivent permettre d'atténuer les goulets d'étranglement dans les soins de base. H+ est soucieuse de garantir aux patients un accès à des soins adaptés et de haute qualité – et ce dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier également. En outre, cette réglementation aura pour effet de décharger les urgences des hôpitaux dans la mesure où les patients disposeront d'un interlocuteur pour les soins de base, au lieu des urgences. Cependant, elle doit être bien pensée d'un point de vue juridique et sur le plan de l'efficacité, sinon une révision prochaine de cet article est prévisible.

H+ se rallie donc à la proposition de la minorité Humbel et al. dans son principe, soit:

- une **inscription dans la LAMal** (à titre de base légale pour d'éventuelles précisions supplémentaires dans l'OAMal),
- une formulation qui permette aux cantons d'autoriser les exceptions au cas par cas et en **application directe de la loi fédérale.**

H+ rejette l'inscription dans la législation d'exception d'une liste exhaustive des domaines concernés. On ne peut pas prévoir précisément actuellement quels domaines souffriront d'une pénurie à l'avenir. Par exemple, les gynécologues ou les diabétologues font partie des fournisseurs de soins de base au sens large. Aujourd'hui déjà, les patientes et les patients éprouvent des difficultés à accéder en temps utile à de telles prestations. Le risque est important que, d'ici l'entrée en vigueur, des pénuries se soient manifestées dans d'autres spécialités et que la loi doive être à nouveau révisée. **H+ ne peut donc soutenir la proposition de la minorité Humbel qu'avec réserve.**

Il en résulte que **la proposition de la majorité de la CSSS-N et celle de la minorité Glarner et al. doivent être rejetées.**

Du point de vue de H+, l'inscription de la réglementation d'exception dans l'OAMal uniquement ne repose pas sur une base légale suffisante. En outre, il appartient aux cantons de déterminer si l'offre en soins est insuffisante. Il n'est pas logique de confier cette tâche à l'administration fédérale. **H+ recommande donc le rejet de la proposition de la minorité Silberschmidt et al.**

3. Digression: le pilotage des admissions dans le secteur ambulatoire en général

3.1. Introduction

Dans le cadre de cette prise de position, H+ souhaite saisir l'occasion d'attirer l'attention sur d'autres problèmes de fond touchant au pilotage des admissions à pratiquer dans le domaine ambulatoire.

La mise en œuvre des nouveaux mécanismes de pilotage pour ce secteur conduit à des casse-tête pour les fournisseurs de prestations, et en premier lieu pour les hôpitaux. De nombreuses questions ne sont pas résolues à ce jour et l'introduction aboutit à un surcroît de travail administratif alors que l'utilité de cette réglementation n'est pas démontrée. En outre, il est irritant que le paradigme de l'offre excédentaire soit toujours alimenté. Dans certains cas, cette dernière est sûrement encore à l'ordre du jour et des mesures conduisant à une meilleure répartition doivent être prises d'urgence. Le contexte actuel de la pénurie de personnel infirmier dans le secteur de la santé et les autres goulets d'étranglement dans les besoins quotidiens indiquent au contraire qu'une offre insuffisante pointe à l'horizon. Enfin, les ressources limitées dans le système de santé vont aboutir à ce que des priorités devront être établies dans les soins. La réglementation du pilotage des admissions dans l'ambulatoire doit être mise en œuvre avec circonspection.

3.2. Procédure formelle d'admission (art. 36 ss. LAMal, en rel. avec art. 38 et 39 OAMal)

Le but de l'élargissement de l'obligation de disposer d'une autorisation de pratiquer n'est pas clair. Cette obligation obéit à des modalités différentes selon que le site est ambulatoire ou stationnaire. La rotation du personnel (entre différents sites) est ainsi sévèrement entravée, voire carrément exclue. Cela signifie en même temps que l'obligation est totalement inadaptée à un pilotage des volumes si les professionnels travaillent à des taux d'occupation différents (souvent à temps partiel) selon les cantons.

En relation avec les nouvelles prescriptions relatives à l'obligation de disposer d'une autorisation de pratiquer, le canton d'Argovie prévoit par exemple d'introduire une nouvelle procédure pour les sites ambulatoires extérieurs des hôpitaux. Les infrastructures ambulatoires qui ne sont pas situées dans le périmètre de l'hôpital doivent être désormais traitées comme des cabinets médicaux et obtenir, selon la volonté du Département de la santé et des affaires sociales, une autorisation de pratiquer du canton et une admission à facturer à la charge de l'AOS. Afin que ces autorisations soient délivrées, il faut en outre que tous les collaborateurs indépendants obtiennent une admission personnelle à facturer à la charge de l'AOS en plus de l'autorisation de pratiquer du canton. Le canton d'Argovie justifie ce changement de procédure par la nouvelle législation fédérale.⁴

Avec cette modification, les hôpitaux vont devoir demander un grand nombre de nouvelles autorisations. Cela pose en outre la question de savoir si l'obligation de disposer d'une admission à facturer à la charge de l'AOS est liée au droit de facturation à titre indépendant. H+ est d'avis que l'octroi d'une admission à facturer à la charge de l'AOS aurait aussi pour conséquence d'autoriser à facturer à titre indépendant (numéro RCC). La facturation ne s'opérerait alors plus au moyen du numéro RCC de l'hôpital dans lequel ces professionnels exercent (où ils sont employés!) mais pour chacun des médecins traitants. Cela entraîne une confusion générale car les numéros RCC sont gérés par SASIS SA et délivrés, selon les directives de cette dernière, à des personnes physiques et morales pratiquant à titre indépendant alors que les personnes employées se voient

⁴ Selon l'OFSP, la situation est claire pour les services ambulatoires des hôpitaux – dans la mesure où l'hôpital apparaît comme le fournisseur de prestations: avec l'inscription de l'hôpital sur la liste hospitalière, le service ambulatoire est réputé «admis». Les médecins qui y sont employés n'ont pas besoin d'une admission à facturer à la charge de l'AOS. C'est l'hôpital qui est considéré comme fournisseur de prestations et auteur de la facturation.

attribuer un numéro C. Selon le rapport explicatif de l'OFSP relatif aux modifications de l'OAMal et de l'OPAS, les employés ne sont pas considérés comme des fournisseurs de prestations au sens de la LAMal et ne sont pas admis à facturer, bien qu'ils puissent fournir des prestations dans des établissements ambulatoires ou dans les organisations correspondantes dans le cadre d'un rapport de travail. Indépendamment de leur lieu d'activité, les médecins et les professionnels de la santé salariés n'ont pas besoin d'une admission personnelle à facturer à la charge de l'AOS. Le fournisseur de prestations responsable et admis à facturer est toujours la structure, respectivement l'organisation ambulatoire et non le personnel médical employé. Au niveau de la mise en œuvre, le chat se mord la queue!⁵

Pour H+, les exigences formulées concernant les autorisations de pratiquer, les admissions à facturer à la charge de l'AOS et le numéro RCC ne sont ni compréhensibles et ni juridiquement convaincantes. H+ reconnaît que les médecins et les autres professionnels de la médecine exerçant à l'hôpital (en stationnaire ou en ambulatoire) sous leur propre responsabilité doivent disposer d'une autorisation de pratiquer. La procédure de la Direction de la santé et des affaires sociales du canton d'Argovie imposant une obligation d'autorisation pour les médecins-chefs et les médecins chefs de service devrait être à première vue – puisqu'elle correspond à la nouvelle législation – autorisée et ne pas pousser trop loin le bouchon au détriment des hôpitaux. En revanche, le traitement différencié des structures ambulatoires «externes» des hôpitaux ne semble pas conforme au droit fédéral, et en particulier à l'art. 39 LAMal. En outre, cette procédure introduit des incitations à traiter à nouveau davantage en stationnaire (et réduit donc à néant les efforts tendant à privilégier l'ambulatoire) et elle a des conséquences absurdes en termes de coûts administratifs et financiers. Enfin son utilité n'est pas évidente. Nous prions donc la commission de quérir des explications auprès de l'OFPS et d'exiger en particulier des déclarations consistantes en vue d'une mise en œuvre adaptée à la pratique.

3.3. Art. 50c LAMal (admission des psychothérapeutes)

L'admission des psychothérapeutes pratiquant dans les structures ambulatoires des hôpitaux pose des questions similaires dans le contexte du passage du modèle de la délégation à celui de la prescription. Avec ce dernier modèle, ces professionnels n'exercent plus sous la direction d'un médecin. Selon un avis exprimé dans la littérature, ce changement nécessite une distinction entre la fourniture des prestations psychiatriques (médicales) et psychothérapeutiques dans les structures ambulatoires. Certains hôpitaux ont donc, conformément à cet avis, commencé à fonder des entités juridiques séparées pour la fourniture des prestations des psychothérapeutes dans les sites ambulatoires.

Une interdiction de fournir des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques entre les murs de la même personne morale serait une ingérence très grave dans l'autonomie privée et, partant, la liberté du commerce (art. 27 Cst). Une telle intervention nécessiterait une base légale claire, elle devrait servir l'intérêt public et respecter le principe de la proportionnalité. À notre avis, ces conditions ne sont pas remplies:

- Tout d'abord, aucune base légale ne semble prescrire une telle séparation juridique: la LAMal et l'OAMal prévoient seulement que les institutions de soins ambulatoires doivent recourir à des médecins pour être admises (art. 39 OAMal) et les organisations de psychologues-psychothérapeutes à des psychologues-psychothérapeutes (art. 52e OAMal). La LAMal et ses ordonnances d'application ne prévoient donc pas que ces deux structures ne pourraient pas être groupées sous l'égide d'une seule personne morale, soit sous le même toit.
- L'observation suivante peut aussi être formulée: avant que les psychologues-psychothérapeutes ne soient admis dès le 1^{er} juillet 2022 comme fournisseurs de prestations indépendants dans l'OAMal, il existait déjà d'autres professions de la santé qui pouvaient fournir, sur prescription médicale, des prestations de manière indépendante. Il s'agissait par

⁵ En réalité, le numéro RCC n'est pas une création directement tirée de la loi: la LAMal prévoit seulement que les assureurs maladie peuvent (et doivent) vérifier si le fournisseur de prestations est admis et qualifié pour facturer à la charge de l'AOS. Le numéro RCC est un instrument convenu contractuellement entre les fournisseurs de prestations et les assureurs qui permet de vérifier aisément si le prestataire dispose de l'admission et des qualités nécessaires.

exemple des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmières, des diététiciens, des logopédistes, etc. Pour ce qui relève du modèle de la prescription, ces professions sont dans une situation identique à celle des psychologues-psychothérapeutes. Et il existe déjà diverses institutions de santé qui réunissent sous le même toit des prestations médicales et non médicales – la combinaison de la chiropractie médicale et de la physiothérapie non médicale est un exemple classique. Pour autant qu'on le sache, dans ces situations similaires, il n'a jamais été exigé jusqu'ici que ces domaines de prestations soient juridiquement séparés.

Au vu de ce qui précède, on considérera pour la mise en œuvre,

- que des personnes morales séparées ne doivent pas être créées pour les activités des psychologues-psychothérapeutes. Dans tous les cas, leurs prestations peuvent être fournies sous l'égide de la même entité juridique que les prestations médicales. Cela signifie également que les psychologues-psychothérapeutes pratiquant en ambulatoire, dans la mesure où ils sont salariés, ne devraient pas avoir besoin d'une admission à facturer à la charge de l'AOS (mais ne seraient pas dispensés de l'autorisation de pratiquer).
- que les prestations des psychothérapeutes salariés ou du personnel médical ou non médical employé à l'hôpital (c.-à-d. les personnes qui ne facturent pas en leur nom propre) sont facturées comme des prestations de l'hôpital sous le numéro RCC de ce dernier. Un numéro RCC personnel n'est pas nécessaire.

Sinon, l'engagement d'un psychothérapeute ne serait pratiquement plus possible.

H+ prie donc la commission d'intervenir auprès de l'OFPS afin qu'il établisse des règles claires de mise en œuvre une fois pour toutes.

3.4. Nombres maximaux (art. 55a LAMal / ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires)

Si les réglementations relatives à l'autorisation à pratiquer dans l'ambulatoire (tant au niveau de la police de la santé que de l'AOS) devaient servir à une simplification de l'application de l'art. 55a LAMal et ainsi de l'ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires (RS 832.107), elles ont abouti à des difficultés dans les cantons. Dans cette mesure, l'ordonnance a raté sa cible.

Dans le cadre du groupe d'experts de l'OFSP chargé de l'élaboration du modèle de régression et de la détermination du taux de couverture, H+ a déjà souligné qu'il était inhérent à une perspective théorique et statistique qu'elle ne permette pas de prédire un taux de couverture valable pour toute la Suisse. Le modèle de régression qui a été développé ne peut pas – sans autres suppositions – quantifier le niveau des besoins et donc faire des prévisions sur le volume des points tarifaires pour une spécialité donnée et ainsi sur un niveau conforme aux besoins. C'est seulement en partant de l'hypothèse que le taux de couverture national correspond à 100% que le niveau d'approvisionnement conforme aux besoins par région peut être *estimé*. Concrètement, un pilotage «normatif» sera mené via une valeur (thêta). La marge de manœuvre est ainsi ouverte et la valeur thêta est harmonisée, en tant que curseur de réglage, avec les mesures de maîtrise des coûts recherchées. L'hypothèse que le taux de couverture national corresponde à 100% implique que les prestations sont seulement «mal» réparties mais que – dans une perspective nationale – aucune prestation inutile n'est fournie (fourniture excédentaire), respectivement que les prestations qui auraient dû être fournies ne l'ont pas été (fourniture insuffisante). Politiquement, cette hypothèse ne peut être considérée comme cohérente dans le contexte des mesures de maîtrise des coûts qui sont poursuivies et de la chasse aux prestations inutiles. La quantification du niveau conforme aux besoins serait cependant, du point de vue de H+, le critère qui légitimerait une éventuelle répartition des prestations entre les spécialistes. Utiliser le pilotage des admissions à cet effet et, partant, reporter les coûts d'application sur les fournisseurs de prestations est, selon H+, problématique.

* * * * *

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

Avec nos meilleures salutations

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'i.v. Gold-Blau'.

Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice