



Commission LEG

Fribourg, le 15 novembre 2018
PP/ IR/fph

FMH

Par courriel : ddc@fmh.ch

Projet de réponse sur la modification de la loi sur l'assurance maladie

1^{er} volet

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous offrir la possibilité d'apporter nos remarques et propositions, dans le cadre de la procédure de consultation concernant la modification de la loi sur l'assurance maladie – 1^{er} volet. A l'exception des forfaits, nous soutenons les arguments avancés dans le document « vos remarques et appui de la FMH pour cette consultation ». Nous apportons ci-dessous quelques remarques qui viennent compléter votre argumentaire :

Art. 43 al. 5 1^{ère} phrase :

Nous sommes opposés à une tarification par forfait par patient liée aux traitements ambulatoires. Comme il est d'ailleurs précisé dans le commentaire sur la mesure M15, en Europe ce système n'existe pas et partant, les effets sur une économicité de cette forme de tarification sont inconnus ; Par ailleurs, en Allemagne et aux Pays-Bas il semble que le plafonnement des coûts ou une enveloppe budgétaire n'aient pas fait preuve d'une influence positive sur l'accroissement des coûts de l'ambulatoire.

Nous relevons également que l'un des problèmes avec les forfaits par cas, et on le voit dans le système DRG, est que ceux-ci ne tiennent pas compte des comorbidités de manière correcte en particulier les comorbidités médicales avec le risque d'accroître la chasse au bon cas et de forcer des personnes polymorbides à se faire opérer en ambulatoire.

Art. 47 b :

Nous pensons qu'il faut encourager la transparence et cela de manière réciproque : les fournisseurs de prestations, les assureurs et le Canton doivent pouvoir avoir accès aux données de l'organisation de l'article 47a. Il n'y a aucune raison que seul le Conseil Fédéral puisse être l'unique récipiendaire des données nécessaires à l'élaboration des structures tarifaires, cela lui donne un pouvoir sans limite (l'argumentaire p. 14 3^{ème} paragraphe qui explique pourquoi les cantons n'ont pas besoin d'avoir ces renseignements n'est guère convaincant). Encore une fois, nous nous positionnons en faveur de la transparence des coûts liés aux assurances obligatoires et aux éléments permettant de fixer les frais de fonctionnement d'un cabinet, d'un hôpital ou d'une clinique en ce qui concerne les indépendants et les hôpitaux et clinique à condition que ces données soient accessibles à tous.

Art. 53, al. Bis

Les assureurs d'importance nationale ou régionale ont qualité pour recourir contre les décisions prises par les gouvernements cantonaux en vertu de l'art. 39.

Nous sommes d'avis que cet article donne un pouvoir trop important aux assureurs qui pourront contester certaines mesures prises par le canton pour le bien-être de leur population.

Chapitre 4a « projets pilotes visant à maîtriser les coûts »

Art. 59 b

Sur la forme, l'idée de faire des projets pilotes est louable, cependant la lecture du rapport explicatif nous fait craindre que cet article ne soit qu'un ballon d'essai qui permettra de faire passer toutes sortes de mesures contraignantes

Ce chapitre nous a particulièrement interpellés notamment le point a : « fourniture de prestations sur mandat de l'AOS au lieu du remboursement des prestations »

Dans ce cas, la décision de la pertinence des soins et de leurs fournisseurs revient à l'assurance exclusivement. Cela revient à limiter le choix du patient, à favoriser les structures qui de surcroît, peuvent appartenir aux assureurs eux-mêmes (par exemple instituts de radiologies, pharmacies). C'est un point inacceptable à nos yeux, avec la « limitation du choix de fournisseur de prestations » nous estimons qu'il s'agit d'une forme déguisée de la fin de l'obligation de contracter, ce qui donnerait encore plus de pouvoir aux assureurs.

Cette remarque est également valable pour l'art. 26 concernant l'assurance militaire et l'article 56 concernant l'assurance accident.

Point b « prise en charge de traitements à l'étranger » :

Cette proposition ouvre la porte à une grande insécurité pour les patients : comment se feront les contrôles de qualité des prestataires étrangers ? Sur quels critères les patients feront leur choix ? Dans quelles conditions se feront les traitements ? En cas de problèmes de responsabilité civiles qui règlera d'éventuelles plaintes ?

Les patients seront également captifs puisqu'ils n'auront pas le choix de s'assurer auprès d'assurances à l'étranger pour les mêmes prestations, mais à des prix plus compétitifs !

Nous pensons que le traitement à l'étranger ne devrait être autorisé que pour des raisons d'indisponibilité en Suisse ou pour des raisons de commodités transfrontalières.

Point c : « Limitation du choix du fournisseur de prestation »

Nous y sommes complètement opposés.

Quels seront les critères ?

Bien qu'il s'agisse de projets pilotes, nous pouvons facilement imaginer que c'est la porte ouverte à une extension facilitée de ces systèmes de fonctionnement et que ces projets seront très simplement et discrètement avalisés après quelques temps.

Point 1.2.2. du rapport explicatif du DFI : Renforcer le contrôle des factures :

« Les fournisseurs de prestations devraient rendre des comptes. »

Sous quelle forme ? Sous quelles conditions ?

Point 1.5.3 du rapport explicatif du DFI : 25 mesures visant à piloter les coûts

Quant aux mesures visant à piloter les coûts, fondées sur le modèle de l'enveloppe budgétaire allemand, on en connaît les effets pervers : une fois que le médecin a utilisé son enveloppe, il part en vacances, car il n'a évidemment pas intérêt à travailler gratuitement ! Le perdant est le patient.

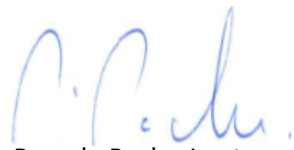
De même le principe qui oblige les hôpitaux à rembourser le dépassement de l'enveloppe budgétaire convenue avec les assureurs aura comme conséquences des restrictions de budget de fonctionnement et de personnel, à nouveau au détriment des patients.

Conclusion

Nous nous rallions à l'idée qu'il faut se mettre en accord avec les différents acteurs pour trouver un pilotage des tarifications acceptable qui limite les hausses inconsidérées des coûts de la santé, mais pas à n'importe quel prix, en gardant **au centre les intérêts des patients et leur santé. Nous sommes inquiets que les mesures proposées n'aillent que dans le sens d'un contrôle des coûts et très peu dans le sens d'une amélioration de la qualité et de l'efficacité pour le patient.**

Nous avons le sentiment que les efforts demandés sont surtout mis à charge des fournisseurs de prestations et potentialise le pouvoir des assureurs.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces lignes, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Dr Pascale Pache-Looten
Commission LEG de la SMCF