

Communiqué de presse

Berne, le 6 décembre 2007

Position de la FMH sur le blocage de l'accès à la pratique privée

Ce qui ne sert à rien doit être supprimé!

Le blocage de l'accès à la pratique privée est en vigueur depuis 2002. Le Parlement et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) pensaient avoir ainsi trouvé le moyen d'endiguer la hausse des coûts de la santé. L'évaluation de la situation actuelle montre que cette mesure n'a servi à rien et qu'elle a même généré d'importants effets indésirables. Une prolongation serait donc tout-à-fait inutile. Jusqu'à présent, les politiciens ont négligé d'autres approches telles que les réseaux de médecins ou le managed care.

Selon l'article 55a de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), l'admission à pratiquer peut être limitée pendant trois ans, avec la possibilité de répéter la mesure une fois. Le Conseil fédéral a fait usage de ces deux possibilités avec le blocage de l'accès à la pratique privée. Depuis 2002, cette mesure empêche avant tout des jeunes médecins d'ouvrir un cabinet médical. Elle visait à contenir la hausse régulière des coûts de la santé. Comme le montre la situation actuelle, la clause du besoin n'a pas rempli son objectif. Pire encore, elle a généré des effets secondaires fâcheux. Depuis son instauration, le déséquilibre entre les médecins de premier recours et les spécialistes augmente fortement, car les premiers diminuent en nombre alors que les seconds augmentent régulièrement. En effet, le blocage de l'accès à la pratique privée lie les médecins aux hôpitaux où ils se spécialisent. Avec cette mesure, les services ambulatoires des hôpitaux et les cabinets médicaux des HMO se développent démesurément, d'autant plus que le Tribunal fédéral vient de déclarer, pour rester dans la contradiction, que le blocage de l'accès à la pratique privée n'est pas applicable aux HMO et autres centres proposant des soins ambulatoires aux malades.

Le blocage de l'accès à la pratique privée est inefficace pour réguler les coûts qui continuent à augmenter. La supposition selon laquelle le nombre de cabinets médicaux serait le principal responsable de cette hausse est erronée. Depuis l'introduction du TARMED dans le respect de la neutralité des coûts puis la conclusion de la Convention sur les prestations et les prix (CPP), les tarifs des cabinets médicaux sont efficacement pilotés. La hausse des coûts dans le domaine des médecins praticiens, c'est-à-dire exerçant dans un cabinet médical, est minime. En effet, les facteurs les plus importants dans l'augmentation des coûts du système de santé ne sont pas les médecins, mais bien les progrès de la médecine et le vieillissement de la population, de même que le développement régulier des services hospitaliers ambulatoires.

Un pilotage efficace des coûts de santé et un approvisionnement de soins médicaux de qualité accessibles à tous sont les principales demandes du corps médical. Pour cette raison, la FMH, qui est l'association professionnelle des médecins de Suisse, s'engage depuis des années en faveur de projets d'avenir tels les réseaux de médecins et le managed care. Loin de se limiter à une gestion basée sur une limitation purement quantitative des fournisseurs de prestations, ils intègrent des critères économiques et, surtout, des critères de qualité. De ce fait, la FMH se prononce en faveur d'un nouvel article 36a dans la LAMal, avec des critères de qualité clairement définis par le corps médical et par les assureurs.

La tâche des politiciens consiste à garantir des soins médicaux pour la population en prenant en compte la qualité et l'économicité. Le managed care et les réseaux de médecins répondent à ces exigences. Il serait désormais souhaitable que les pouvoirs politiques en reconnaissent l'utilité et les encouragent par des incitations financières, pour les fournisseurs de prestations comme pour les patients.

Pour tous renseignements:

Jacqueline Wettstein, direction de la communication FMH
Tél. 031 / 359 11 50, courriel: jacqueline.wettstein@fmh.ch