

## L'opinion de la FMH

### **Oui à une solution transitoire à la clause du besoin**

- Soucieuse de trouver une solution de suivi à la clause du besoin qui arrive à échéance à fin 2009, la FMH est favorable à une réglementation qui permettrait de réguler les ressources avec souplesse, en lieu et place des règles rigides du blocage actuel. Elle a déjà proposé un projet dans ce sens en 2008 conjointement avec la CDS.
- La FMH salue la proposition actuelle d'exclure de ce blocage au moins les médecins de premier recours. On prend ainsi en compte la pénurie de médecins de famille qui existe déjà.
- Le projet actuel, modifié par la CSSS-CE, présente toutefois selon la FMH quelques points problématiques, quant aux traitements ambulatoires hospitaliers et aux titres de spécialiste par rapport à l'activité médicale exercée.

### **Situation initiale**

Depuis juillet 2002, une clause du besoin bloquant l'accès des médecins à la pratique privée est en vigueur en Suisse. L'ordonnance édictée à cet effet par le Conseil fédéral se fonde sur l'article 55a de l'actuelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Celui-ci stipule que l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer peut être limitée pendant trois ans au maximum, et que cette mesure peut être renouvelée une fois.

Le Conseil fédéral a fait usage de ces deux possibilités: l'introduction de la clause du besoin (4 juillet 2002) avait pour but de prévenir l'arrivée excessive de médecins indépendants dans la foulée des accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes; la première prolongation de cette clause (4 juillet 2005) visait à se donner le temps d'élaborer de meilleures bases pour la planification des besoins. Deux objectifs qui n'ont pas été atteints.

En mars 2009, la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national (CSSS-CN) a adopté un projet de solution transitoire pour faire suite à la clause du besoin (09.400). Ce projet prévoyait de prolonger de deux ans la clause du besoin, mais exclusivement pour les spécialistes. En outre, il donnait la possibilité aux cantons de lier l'admission à certaines conditions, et il recommandait d'intégrer également le domaine ambulatoire hospitalier dans la clause du besoin.

La CSSS-CE a approuvé ce projet en procédant toutefois à deux modifications: elle a refusé l'inclusion des soins ambulatoires hospitaliers dans la clause du besoin, et également la possibilité pour les cantons de faire dépendre l'admission de conditions.

## La position de la FMH

La FMH soutient en principe l'idée d'une solution transitoire pour faire suite à la clause du besoin:

- La suppression pure et simple de toute possibilité de régulation supposerait le risque de voir des médecins (suisses et ressortissants de l'UE) ouvrir un cabinet en Suisse même si la région concernée dispose suffisamment de médecins ou compte déjà trop de spécialistes dans la discipline concernée, sans parler des effets négatifs prévisibles sur le rapport entre les coûts et la qualité de notre système de santé.
- La FMH préférerait une régulation souple des ressources, comme elle l'a proposé avec la CDS en 2008, plutôt que les règles rigides de la clause du besoin; telle qu'elle est, d'ailleurs, elle n'est évidemment pas non plus une solution souhaitable pour les spécialistes.

La FMH souligne cependant plusieurs points du projet actuel qui pourraient s'avérer problématiques:

- *Traitements ambulatoires à l'hôpital*: le domaine ambulatoire hospitalier est l'un des domaines de la santé qui s'est le plus développé ces dernières années en occasionnant une augmentation considérable des coûts. Cette évolution a été possible entre autres parce que les traitements ambulatoires en milieu hospitalier ont été exclus dès le début de la clause du besoin. Certes, ce développement a été en partie souhaité (transfert dans le secteur ambulatoire de traitements autrefois possibles uniquement en séjour hospitalier, service d'urgence à l'hôpital en collaboration avec les médecins de premier recours). La possibilité pour le canton de réguler également les capacités du secteur ambulatoire des hôpitaux reste malgré tout appropriée et nécessaire.
- *Activité versus titre*: la question de savoir si un médecin exerce en médecine de premier recours ou dans une discipline spécialisée, dépend moins du titre de spécialiste qu'il a acquis que de l'activité réellement pratiquée. De nombreux médecins ont certes acquis un titre qui fait d'eux des spécialistes, mais si l'on prend leur activité en considération, on constate qu'ils pratiquent clairement la médecine de premier recours; nombre de gastroentérologues ou cardiologues travaillent par exemple avant tout comme médecin de famille. Dans de nombreux modèles de médecins de famille, les spécialistes peuvent œuvrer comme gestionnaires de soins (care manager) s'ils traitent plus de 50% de leurs patients en médecine de famille.
- *Médecins détenteurs de deux ou plusieurs titres de spécialiste*: de nombreux médecins sont titulaires de plusieurs titres de spécialiste. S'ils ont acquis le titre de spécialiste en médecine interne et celui en cardiologie, ils sont touchés par la clause du besoin quand bien même ils seraient prêts à pratiquer exclusivement comme médecin de famille spécialisé en médecine interne. Cela n'a pas de sens et n'est pas tenable sur le plan juridique.
- *Titre de «médecin praticien»*: nous constatons que de nombreux médecins veulent actuellement acquérir le titre de «médecin praticien». Celui qui a déjà acquis une spécialisation obtient le titre de «médecin praticien» généralement sans autre démarche, et cette qualification lui permet d'être considéré comme médecin de premier recours.
- *Discrimination des médecins suisses*: les médecins qui, avant 2005, ont acquis en Allemagne, outre le titre d'interniste, également un titre en cardiologie, en gastroentérolo-

gie ou dans une sous-discipline de la médecine interne, sont considérés exclusivement comme des internistes; en effet, avant 2005, l'Allemagne n'avait pas déclaré à l'UE les sous-disciplines de la médecine interne. En Suisse, comme la médecine interne fait partie de la médecine de premier recours, cela permet à ces médecins d'ouvrir librement un cabinet puis d'exercer par exemple comme cardiologue. Cette possibilité n'existe évidemment pas pour les internistes et cardiologues suisses.

### **Solutions proposées par la FMH**

*La FMH propose les mesures suivantes:*

- Comme les traitements prodigués dans le secteur ambulatoire d'un hôpital sont considérés comme des traitements ambulatoires, ils doivent impérativement être mis sur un pied d'égalité avec ceux des médecins en cabinet privé. Par conséquent, on ne peut pas les exclure du projet de loi.
- La clause du besoin ne doit pas faire de distinction d'après le titre mais d'après l'activité exercée. Les médecins disposant de la qualification à travailler comme médecins de premier recours suite à la formation postgraduée qu'ils ont accomplie, doivent aussi pouvoir le faire, même s'ils sont aussi titulaires d'un titre de spécialiste. En s'appuyant sur la facturation et les chiffres des caisses-maladie, les cantons peuvent sans autres s'assurer que les médecins concernés pratiquent en tant que médecins de premier recours et non pas comme spécialistes.
- Comme la Suisse ne manque pas seulement de médecins de premier recours, mais aussi de pédopsychiatres et de psychiatres pour adultes, la clause du besoin devrait également être levée pour la psychiatrie. Par conséquent, les médecins suivants devraient en être exclus:
  - médecins praticiens
  - spécialistes en médecine générale
  - spécialistes en médecine interne
  - pédiatres
  - spécialistes en pédopsychiatrie
  - spécialistes en psychiatrie et psychothérapie

Berne, mai 2009

### **Renseignements**

Jacqueline Wettstein, responsable de la communication de la FMH  
Tél. 031/359 11 50, courriel: [jacqueline.wettstein@fmh.ch](mailto:jacqueline.wettstein@fmh.ch)