

La FMH à propos d'une meilleure efficacité du système de santé

Mesures soutenues par la FMH (en fonction de la manière dont elles seront mises en place)

- *M03: Admission des hôpitaux sur la liste hospitalière en fonction de la rémunération du personnel interne et du personnel externe*
Selon une étude de gfs.bern réalisée sur mandat de la FMH, certains hôpitaux versent des bonus liés à des objectifs quantitatifs. Ces pratiques compromettent une grande partie des efforts consentis par le corps médical pour améliorer la qualité de l'indication (cf. commentaire M11, M12, M13). Par conséquent, de tels hôpitaux devraient être exclus des listes hospitalières.
- *M06: Renforcer le degré d'information et les compétences des patients en matière de santé*
La FMH valide cette mesure importante et pertinente; c'est pourquoi elle dirige déjà le secrétariat national de l'Alliance Compétences en santé. Par ailleurs, la FMH soutient la démarche des décisions partagées (*shared decision making*), enseignée depuis plusieurs années dans le cadre de la formation prégraduée, postgraduée et continue. Avec les campagnes *Choosing Wisely*, les sociétés de discipline médicale définissent depuis 2014 les listes Top 5 des prestations inutiles dans le but de solliciter la prise de décision commune entre le médecin et le patient.
- *M07: Transférer des prestations effectuées en milieu hospitalier stationnaire vers l'ambulatoire*
La FMH soutient expressément ce transfert. Mais la décision d'effectuer le traitement en ambulatoire ou en hospitalisant le patient doit rester du ressort du médecin traitant. Au lieu d'imposer une liste de prestations à fournir sans hospitalisation, il serait préférable d'introduire un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (stationnaires). En effet, vouloir remplacer des traitements hospitaliers financés surtout par l'impôt par des traitements ambulatoires exclusivement financés par les primes ne permettra pas d'éviter une hausse de ces dernières. En revanche, un financement uniforme le permettrait.
- *M11: Mettre en place des comités médicaux*
Les comités médicaux (*boards*) existent déjà dans plusieurs domaines. Les sociétés de discipline médicale devraient pouvoir choisir les interventions pour lesquelles ces comités sont pertinents, et donc définir quand y recourir. Leur indemnisation doit aussi être réglée par le tarif.
- *M12: Promouvoir les directives thérapeutiques*
Les guidelines existent depuis longtemps. Ils sont élaborés et mis à jour par les sociétés de discipline nationales ou internationales. Tout l'enjeu réside dans le fait qu'ils ne peuvent pas être appliqués aveuglément et à 100% à toutes les patientes et à tous les patients. Ils doivent donc laisser suffisamment de latitude pour tenir compte des spécificités de chacun, et en particulier des patients atteints de polymorbidité ou de maladies chroniques.
- *M13: Promouvoir le second avis médical*
La FMH est favorable à un deuxième avis médical pour autant que le patient le souhaite. Conformément au Code de déontologie de la FMH (art. 16), ce deuxième avis est un droit des patients. Diverses sociétés de discipline proposent un deuxième avis médical.
- *M14: Effectuer une planification hospitalière au niveau régional*
La création de cinq à sept régions hospitalières supra-cantoniales permettrait de réaliser des gains en efficacité tout en évitant la sous-couverture hospitalière ou, inversement, des surcapacités.

- *M15: Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire*
Les forfaits dans le secteur ambulatoire sont pertinents, et tout à fait possibles. Mais ils doivent reposer sur un tarif à la prestation approprié et conforme aux principes de l'économie d'entreprise.
- *M36: Réduire les conflits de gouvernance des cantons*
Au nom de la transparence et de la simplification des rôles, il est grand temps de revoir les prérogatives des cantons en vue d'éviter les conflits d'intérêts et le manque de transparence des subventions.

Options complémentaires aux mesures proposées

- *M10: Renforcer les soins coordonnés*
La FMH est favorable aux soins coordonnés s'il s'agit d'une approche *bottom-up* facultative mise en place en lien avec la mesure M02 (article expérimental), c'est-à-dire que les soins coordonnés peuvent être instaurés dans le cadre de projets-pilotes. En revanche, elle rejette une approche *top-down* imposée par l'Etat à tout le territoire (comme le projet de loi sur le Managed Care en 2012).
- *M20: Réduire la demande induite par l'offre*
Une gestion de l'admission comme la prévoit le groupe d'experts ne peut être que vivement rejetée. Les affirmations selon lesquelles il existe un lien entre la densité médicale et les dépenses de santé sont inexactes d'après le rapport sur les dépenses Helsana 2016. Dans sa prise de position sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (admission des fournisseurs de prestations), la FMH a déjà exposé sa propre proposition qui prévoit de piloter l'admission des fournisseurs de prestations par trois critères de qualité cumulatifs. La réglementation efficace actuellement en vigueur deviendrait ainsi encore plus efficace.
- *M23: Adapter la marge relative à la distribution*
En 2011, la FMH avait déjà proposé une rémunération indépendante de la marge pour la remise de médicaments, ce que les assureurs n'avaient pas accepté à l'époque.
- *M25 / M34: Maintenir la structure tarifaire à jour / Créer une organisation tarifaire nationale (sur le modèle de SwissDRG)*
La FMH soutiendra cette mesure pour autant que l'autonomie de la structure et de l'organisation soit garantie pour les partenaires tarifaires (analogue à SwissDRG) et que le Conseil fédéral se limite comme aujourd'hui à approuver le tarif proposé.

Les mesures que la FMH rejette

- *M01 / M37: Instaurer un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS / Définir un plafond pour les dépenses ambulatoires*
Les plafonds contraignants, enveloppes budgétaires ou budgets globaux sont considérés comme un remède miracle pour endiguer la hausse des coûts. Pourtant, lorsqu'on cite en exemple les cantons de Vaud et de Genève, qui appliquent déjà un budget global pour le domaine hospitalier, on omet de rappeler que ces mêmes cantons font partie de ceux en Suisse avec les primes les plus élevées et que leurs budgets globaux sont subventionnés par des fonds publics (cf. «Une politique hospitalière saine» d'Avenir Suisse).
Les budgets globaux induisent un rationnement caché. Lorsque le budget alloué est atteint, les prestations sont repoussées (temps d'attente) ou proposées sous réserve. C'est ce que confirment les expériences observées en Allemagne et en France. Au final, cela conduit inévitablement à une médecine à deux vitesses.

- *M18: Introduire une obligation de contracter différenciée*
Le libre choix du médecin est bien ancré en Suisse et il est important pour la population qui s'est déjà prononcée plusieurs fois contre sa limitation. Cette dernière équivaldrait notamment à pénaliser les patients atteints de maladies chroniques dont plusieurs seraient contraints de se séparer du médecin qui les suit depuis longtemps et qui auraient de la peine à en trouver un nouveau.
- *M38: Supprimer le caractère doublement facultatif du dossier électronique du patient (DEP)*
Pour que les avantages du DEP se déploient, seules les données réellement pertinentes pour la suite du traitement doivent y être inscrites. Cela suppose que la tenue du DEP ne soit liée à aucune condition. Par ailleurs, le caractère doublement facultatif pour le médecin et le patient est primordial pour la qualité et l'acceptation du DEP.

Autres propositions avec un important potentiel d'efficacité

- *Réduire l'administration*
La création d'une centaine de nouveaux postes de médecins hospitaliers (à plein temps) serait nécessaire chaque année rien que pour contrer la hausse constante du temps consacré aux dossiers des patients. Dans le domaine ambulatoire aussi, les médecins de premier recours sont moins de la moitié à consacrer plus de 75% de leur temps au contact avec les patients en raison de la surcharge administrative.
- *Introduire un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières*
Le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières encourage le transfert des prestations hospitalières vers le secteur ambulatoire dévoilant ainsi, selon une étude de PwC, un potentiel d'économie d'un milliard de francs environ chaque année. De plus, ce financement uniforme permettrait d'exploiter le potentiel des soins intégrés avec, d'après une étude d'Helsana, des possibilités d'économie jusqu'à deux milliards de francs chaque année.
- *«Intégrer davantage la notion d'utilité/des bénéfices pour les patients dans la LAMal»*
Un autre potentiel d'amélioration pourrait être réalisé en s'éloignant d'une perspective purement axée sur les coûts de l'assurance-maladie (LAMal) vers une perspective plus globale, prenant aussi en compte les bénéfices des traitements pour les patients. Par analogie à la loi sur l'assurance-accidents (LAA), la LAMal devrait prendre en compte non seulement les coûts de traitement (qui, en comparaison, restent raisonnables) mais aussi les coûts indirects liés aux arrêts de travail et aux rentes. Les investissements dans de nouveaux traitements seraient alors intéressants pour les patients mais aussi pour les assureurs.

Comme notre système de santé se révèle très complexe, il est difficile d'anticiper et de prévoir à l'avance l'impact et les effets secondaires des interventions dans le système. C'est pourquoi il serait préférable de privilégier des projets-pilotes au lieu de mettre en place directement de nouvelles réglementations sans les avoir testées au préalable.