

14.04.2008 Liberté de contracter : Propositions pour sortir de l'impasse pour REISO

Les résultats de la consultation organisée par la Commission de la santé du Conseil des Etats sur son projet de liberté de contracter, sont assez clairs. Les problèmes et les effets pervers relevés sont plus nombreux que les avantages, si bien que les avis vont du scepticisme à l'opposition.

Cependant, le « gel des admissions », décidé en 2002 pour éviter l'afflux de médecins étrangers s'installant et pratiquant aux frais de l'assurance maladie de base, ne peut être prolongé indéfiniment. Cette mesure devait éviter une explosion des coûts, sachant que l'installation d'un médecin coûte entre 500'000.- et un million de francs à l'assurance maladie. Elle aurait aussi pu aider les cantons dans leur effort de planification sanitaire ambulatoire, mais elle a été peu utilisée dans ce but. Elle n'a bien sûr pas la sympathie des médecins.

Le Conseil national a mis le Conseil des Etats sous pression, l'enjoignant à trouver une solution très rapidement.

J'ai donc voulu revenir à la base de la réflexion et proposer de nouvelles pistes de réflexion.

Que voulons-nous atteindre par la liberté de contracter, par le gel des admissions et par les réseaux de soins intégrés ?

1. La qualité : nous voulons un système de santé qui tend vers la meilleure qualité possible, des prestataires de soins qui soient formés au mieux, qui suivent des formations continues régulières et se tiennent au courant des nouvelles découvertes de la science et nous voulons éliminer les moutons noirs, ceux qui travaillent mal.
2. L'accessibilité : nous voulons un système de santé accessible à tout le monde, quelle que soit sa fortune, et dans toutes les régions de notre pays.
3. L'économicité : nous voulons maîtriser les coûts de la santé et éviter l'explosion des primes.
4. L'efficacité : nous voulons un système de santé qui tend vers l'efficience, soit vers une organisation qui privilégie les meilleurs soins aux moindres coûts et qui cherche continuellement à s'améliorer.

La qualité

Pour assurer la qualité des soins, l'assureur n'est pas a priori le partenaire le plus crédible. L'assureur, qui a le pouvoir de choisir ses fournisseurs de prestations, aura tendance à choisir les moins chers, pour autant qu'ils répondent aux exigences légales de qualité. Du moins un certain nombre d'assureurs pourraient agir ainsi,

sans se préoccuper de savoir quel est le contenu de la prestation, la relation entre le prestataire et le patient par exemple. Pour assurer la qualité, il faut favoriser la création de réseaux de soins. Nous savons que les réseaux de soins exigent un haut niveau de qualité, en particulier en ce qui concerne la formation continue.

Pour atteindre cet objectif, nous avons une possibilité, ce serait de modifier les art. 36, al. 1 et 37, al. 1 LAMal, et d'ajouter une condition pour être fournisseur de prestations :

Proposition

Modifications des Art. 36, al. 1 et 37, al. 1 LAMal

«... et répondant aux critères d'un système de contrôle de qualité reconnu par la Confédération. »

L'article 38 est formulé différemment, je pars de l'idée qu'il pourrait suffire de modifier l'ordonnance pour aller dans le même sens.

Avec ces modifications, on reconnaît l'effort actuel des réseaux de soins intégrés, qui ont des systèmes de contrôle de qualité. Ces systèmes de contrôle devraient être reconnus par la Confédération. Il faudrait que la définition de ces systèmes de contrôle soit suffisamment large pour s'appliquer aux réseaux de soins, mais aussi à des prestataires, qui ne seraient pas dans un réseau, mais qui seraient prêts à remplir les mêmes conditions.

L'accessibilité

Le deuxième point, c'est l'accessibilité. Nous voulons que les gens aient accès facilement au système de santé, partout dans notre pays. Nous savons qu'il y a trop de cabinets médicaux en ville et qu'il en manque dans certaines régions décentrées. Avec la liberté de contracter, on n'apporte pas de solution à ce problème. L'assureur va choisir ses prestataires en fonction de leur économicité et de leur qualité, mais il n'est pas responsable de la politique sanitaire territoriale. De même, les réseaux de qualité risquent de se constituer là où c'est le plus facile de trouver des partenaires, soit dans les villes.

Si on veut gérer la répartition territoriale, il faut que le canton ait une possibilité d'agir.

Proposition

Modification de l'Art. 55a, al. 1 LAMal

« Les cantons délivrent aux fournisseurs de prestations une autorisation de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins au sens des articles 36 à 38. Ils

peuvent faire dépendre cette autorisation d'une planification sanitaire cantonale et de conditions de répartition territoriale ».

L'article 55a devait répondre à une situation d'urgence. Jusqu'à maintenant, il a été peu utilisé par les cantons comme instrument de politique sanitaire. Ils seraient de cette manière fortement poussés à le faire.

Maintenant, si l'on veut abandonner complètement l'article 55a, on n'a une autre possibilité de convaincre les gens de s'installer à la campagne, c'est de leur proposer des mesures d'incitations économiques.

Proposition

Modification de l'article 18 LAMal – adjonction d'un article 18, al. 3bis

« Le Conseil fédéral peut confier à l'institution commune la tâche de rémunérer des activités d'intérêt public fournies par des prestataires de soins ou des groupes de prestataires. Sont notamment réputés d'intérêt public, le fait de combler une insuffisance d'approvisionnement régionale confirmée par le canton, d'améliorer la qualité générale des soins ou leur caractère économique d'une façon qui ne peut être rétribuée d'une autre manière ».

L'économicité

L'article 18 pourrait être une source de financement des activités d'intérêt public ayant pour objectif l'amélioration de l'efficacité ou de l'économicité. On pourrait rétribuer par cette institution ceux qui s'engagent dans des cercles de qualité, mais qui ne peuvent facturer leur travail et ne voient par conséquent pas le résultat économique de leur travail et ceux qui mettent sur pied des réseaux de soins sans garantie d'être récompensés. Ce serait une mesure incitative à l'économicité très intéressante et une bonne mesure d'encouragement des réseaux de soins.

Par exemple, quand un réseau de soins génère des économies importantes, mais ne peut pas facturer ses prestations à ses clients, il faudrait qu'il puisse être récompensé, car il assume une tâche d'utilité publique importante, mais n'en retire aucun avantage financier. Les caisses ne peuvent assumer cette tâche, car elles ne sont pas responsables de l'intérêt général. Le seul qui est habilité à s'en occuper c'est l'Etat.