

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; complément à la procédure de consultation

Réponse de la FMH à Madame la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, cheffe du Département fédéral de l'intérieur

Résumé

La Fédération des médecins suisses (FMH) rejette, dans leur totalité, les dispositions légales concernant l'abolition de l'obligation de contracter complétant le projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Le système qui doit mettre fin à l'obligation de contracter inscrite dans la LAMal en vigueur est insuffisamment structuré, lacunaire et en partie bâclé sur le plan de la méthode; il nécessite en outre un haut degré d'interprétation, est en contradiction avec d'autres passages de la loi, n'est guère applicable ou seulement au prix de ressources considérables; il est inamical envers le patient et discutable sur le plan de la politique étatique; de plus, il rate à coup sûr son objectif plutôt limité, à savoir la réalisation d'économies dans le domaine de la santé.

La FMH ne voit une solution aux problèmes de la santé publique que dans un système prenant notamment en considération les objectifs et les conditions marginales ci-après:

La pure réflexion sur les coûts de notre système de santé doit faire place à une analyse coût-utilité incluant les frais directs et indirects. Pour toutes les professions travaillant à la charge de l'assurance-maladie, la formation prégraduée, postgraduée et continue doit être définie et réglée en tant que continuum à vie, assorti de sanctions. Les processus de traitement doivent être définis en se fondant sur des preuves médicales. Il convient d'élaborer dans notre pays un système d'évaluation de la qualité permettant des comparaisons de qualité irréprochables sur le plan de la méthode; les systèmes de rémunérations doivent prendre appui sur ce système, ce qui nécessite, entre autres, la création de systèmes DRG (cf. point 4). Le catalogue des prestations obligatoires doit être conçu de manière à mériter ce nom; concrètement, il doit

se composer d'une liste positive et d'une liste négative en relation avec des diagnostics et n'admettre que des prestations pour lesquelles on détient une preuve manifeste de leur efficacité. Les fournisseurs de prestations répondant aux critères de qualité et d'économicité ainsi définis doivent pouvoir adhérer à n'importe quelle convention d'assurance sans restriction, la pérennité du libre choix du médecin étant ainsi garantie.

Madame la Conseillère fédérale,

Nous nous référons à votre lettre du 14 juin 2000 concernant le complément à la procédure de consultation relative à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Dans ce contexte, notre prise de position concerne en particulier la *suppression de l'obligation de contracter*. Vu l'importance fondamentale d'un tel changement pour notre système de santé, nous nous permettons de présenter notre réponse dans un cadre élargi, examinant à titre d'introduction la *valeur des mécanismes du marché et de la concurrence pour le contrôle des coûts* dans notre système de santé. Ensuite, nous procédons à l'analyse des problèmes que la solution proposée de la *suppression de l'obligation de contracter entraînerait pour notre système de santé et pour les structures étatiques de notre pays*.

1. Situation initiale

1.1 Evolution des coûts de la santé

Le projet poursuit manifestement l'intention de donner à l'Etat les moyens de mieux contrôler l'évolution des coûts de la santé, une évolution jugée en effet insatisfaisante. Il n'accorde toutefois *pas la moindre importance* à la *satisfaction des patients* ni à la *qualité* des prestations médicales. La notion de qualité n'y est en effet mentionnée qu'une seule fois, sous la rubrique des conventions tarifaires.

Le champ d'application y est *limité au domaine ambulatoire*, avec la justification que la planification hospitalière, notamment, «a déjà produit des effets perceptibles sur l'évolution des coûts dans le domaine stationnaire». Or, cette dernière affirmation *n'est étayée par aucun fait* (cf. Coûts du système de santé, Office fédéral de la statistique, G 18). Des chiffres non encore validés donnent en outre à penser qu'à un infléchissement de la croissance dans le domaine stationnaire correspond une augmentation massive des coûts dans le domaine ambulatoire des hôpitaux, phénomène qui s'expliquerait par un transfert de prestations du domaine stationnaire vers le domaine ambulatoire. Compte tenu des diverses expériences réalisées dans d'autres pays, il n'existe pas la moindre raison objective *pour créer une fois de plus une réglementation sectorielle pouvant être contournée sans peine par le biais des secteurs de la santé non soumis à recensement*.

1.2 Nombre des fournisseurs de prestations

Le projet vise très manifestement à obtenir une réduction du nombre des fournisseurs de prestations, en imposant aux assureurs et aux patients consommateurs une décision quant aux fournisseurs à éliminer, sans toutefois indiquer les critères ayant présidé à la décision. Le tout, en reléguant au second plan le fait que, pour la plupart des fournisseurs de prestations, ne plus pouvoir travailler à la charge des assureurs sociaux reviendrait à perdre ses moyens d'existence. L'absence d'objectifs stratégiques pour cette entreprise ainsi que son incohérence et ses contradictions seront démontrées plus loin.

Nous nous bornerons ici à souligner l'échec total de la planification étatique en ce qui concerne le nombre de fournisseurs de prestations dans le domaine de la santé publique. Bien que la Fédération des médecins suisses (FMH) ait signalé à maintes reprises le risque de surassistance médicale à partir de 1995, les autorités compétentes n'ont pris, jusqu'à ce jour, aucune mesure efficace pour adapter le nombre des futurs fournisseurs de prestations aux besoins durant la phase des études ou de la formation postgraduée. Indépendamment du fait qu'elle soulève ainsi des questions essentielles quant à la responsabilité politique, la «solution» proposée doit être qualifiée de *passablement inefficace*: d'importantes ressources de la société ont été et sont utilisées pour former des gens à une activité qu'ils ne pourront pas exercer et pour laquelle une reconversion professionnelle, pour peu qu'elle soit possible, coûte très cher.

1.3 Libre choix du médecin

Le Conseil fédéral ne nie en aucune manière que ce projet mènerait forcément à une limitation du libre choix du médecin; il serait bien plus honnête de faire connaître clairement l'objectif véritable, à savoir l'abolition totale du libre choix du médecin.

Le Conseil fédéral se montre donc prêt à se débarrasser de l'une des exigences les plus importantes des patients/assurés envers notre système de santé, telle qu'elle ressort de tous les sondages dans ce pays; et il le fait, pour ainsi dire, juste en passant, sous la forme d'une révision partielle. La Fédération des médecins suisses suppose que les organisations défendant les intérêts des assurés/patients adopteront une position très claire à cet égard et renonce donc ici à une argumentation exhaustive.

Elle se contente de signaler une autre incohérence de ce projet: ce même Conseil fédéral qui – du moins verbalement – se déclare en faveur d'une offre complète de soins de santé pour notre population dans le cadre de l'assistance de base sociale renvoie cette même population à l'assurance complémentaire pour satisfaire l'un de ses vœux les plus chers ..., ce qui n'est pas pour déplaire aux assureurs, le futur de cette assurance de base devant leur être confié.

2. Remarques concernant le pilotage de l'évolution des coûts dans le système suisse de santé sous l'angle particulier du projet

2.1 Point de départ

Dans notre pays, les coûts de la santé ont augmenté de 3 à 5.5% en moyenne au cours des cinq dernières années. (Sont déterminants pour la présente analyse, les coûts à la charge de l'assurance sociale de base, désignés en abrégé par «coûts» ci-après). *Est-ce trop? Trop peu? Approprié?* A cet égard, en Suisse, les avis sont partagés; il n'existe pas de chiffres ni d'enquêtes permettant de savoir clairement ce que pense notre population à ce sujet.

Le Conseil fédéral est manifestement d'avis que cette croissance est trop forte; cela dit, il aurait dû indiquer à l'aimable lecteur, dans l'actuel message notamment, les critères sur lesquels il a fondé sa décision.

Ses explications auraient pu ressembler, entre autres, à:

- L'augmentation des coûts dans le domaine de la santé publique doit correspondre à la croissance économique générale.
- Les coûts de la santé ne doivent augmenter que dans la mesure où l'attrait de la place économique Suisse n'est pas menacé.
- Les rapports coût-utilité ne jouent pas.
- Les moyens disponibles sont utilisés dans d'autres secteurs.

Le silence du Conseil fédéral sur ce point est compréhensible; en fait, il n'existe aucun consensus politique ou social sur cette question; aucune discussion n'a été amorcée sur ce sujet pourtant important. Cette question demeure un événement politico-médiatique sans substance, en évolution perpétuelle, utile surtout pour combler les trous dans les périodes creuses médiatiques.

2.2 Facteurs déterminant l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé

Il existe une littérature considérable à ce sujet. Le résumé ci-après est par conséquent incomplet et se réfère avant tout au projet mis en consultation:

- L'offre joue certainement un rôle déterminant. Au cours de ces dernières décennies et, en particulier, de ces dernières années, les possibilités de traitements médicaux se sont multipliées selon une tendance exponentielle qui semble ne pas vouloir changer dans le futur.
- Suite à cette évolution, une multitude de professions spécialisées ont vu le jour, de même que des groupes de médecins spécialistes pratiquant les actes particuliers d'un domaine spécialisé de la médecine.
- Simultanément, les coûts à la charge de l'assurance sociale de base ont pris l'ascenseur à cause de la prise en compte de traitements qui auparavant n'étaient pas attribués à la médecine. Nous

pensons notamment aux méthodes de médecine complémentaire et au traitement de substitution pour les héroïnomanes. Vu la médicalisation effrénée de domaines toujours plus nombreux de la vie et l'attitude d'une société de l'expérimentation qui perçoit de plus en plus la maladie comme une interruption fâcheuse du plaisir sans fin de la vie, cette évolution vers le summum, avec réparation de tout à la charge de tous au nom de la philosophie solidaire du 21^e siècle, persistera sous une pression politique qui chez nous également a le vent en poupe et l'emporte sur le jugement scientifique.

- La médecine, elle aussi, a subi une accélération inattendue de ses processus. Ce qui avant durait des semaines ou des mois et souvent se résolvait par une guérison spontanée peu coûteuse doit aujourd'hui, de l'avis du fournisseur de prestations comme du patient, se régler en quelques jours, voire encore plus vite, avec les conséquences que l'on sait sur les coûts.
- La mentalité d'une «société sans risque» s'est également imposée en médecine. Un exemple illustrant cette évolution est l'obstétrique, où des lésions à l'enfant lors de la naissance, quelles qu'en soient les raisons, sont devenues impensables et sont considérées aujourd'hui comme des fautes contre les règles de l'art. Cette exigence de sécurité est à l'origine d'un processus de décision médical plus coûteux qu'il n'y paraît, au cours duquel chaque possibilité doit être vérifiée. Cette «médecine de sécurité» génère, aujourd'hui déjà, une part de 20% ou plus des frais de traitement dans le domaine stationnaire.

2.3 Les instruments du contrôle des coûts et leur application en Suisse

Très récemment encore, le contrôle des coûts en Suisse était défini exclusivement en termes de contrôle des prix des prestations médicales; ce n'est que depuis peu qu'on a largement reconnu l'importance majeure des volumes de prestations fournies pour l'ensemble des coûts. Les tentatives de contrôler ces volumes sont demeurées inefficaces dans notre pays:

- Les tentatives pour contrôler la dissémination des «technologies de pointe» médicales ont régulièrement été mises au rebut par le progrès scientifique en raison de leur conception statique.
- D'après les expériences réalisées dans d'autres pays, les procédures de «second avis» ont engendré plus de frais qu'ils n'ont permis d'en épargner.
- Les procédures de remboursement des assureurs n'ont développé jusqu'ici qu'un effet négligeable, l'une des raisons principales étant qu'elles arrivent souvent au faux moment, se basent sur de fausses statistiques et visent les faux fournisseurs de prestations.

Les mesures suivantes seraient nettement plus efficaces:

- L'exigence de neutralité des coûts lors de l'introduction des structures tarifaires TarMed, qui revient de fait à un budget global. La condition à cela serait toutefois que les conditions-cadres légales, dont la responsabilité incombe à l'Etat, soient élaborées et mises en application.
- Les modèles de gestion des soins (managed care), dont les effets aujourd'hui sont déjà supérieurs à ceux présentés dans le message.
- La réduction des prestations devant être prises en charge par l'assurance de base sociale.
- La réduction du nombre des fournisseurs de prestations et des institutions offrant des prestations médicales. Cette mesure se fonde sur des études menées dans les années 70 et 80, qui avaient démontré que le nombre des fournisseurs de prestations était le facteur le plus important de l'évolution des coûts de la santé (p.ex. Enthoven 1978, 1980).

Le projet soumis en consultation par le Conseil fédéral est précisément imprégné de cette philosophie fondamentale: le nombre des fournisseurs de prestations y est réduit en ne permettant qu'à une partie d'entre eux de passer une convention avec les assureurs sociaux; les autres sont en grande partie condamnés à disparaître de la médecine car, dans un système d'assurance de base obligatoire, ne pas être conventionné revient à perdre ses moyens d'existence. L'Etat, qui se retranche dans une simple fonction de surveillance, quelle qu'en soit la définition, et qui, par la mise en place d'une voie de recours appropriée, se ménage encore la possibilité de prendre des décisions à titre personnel, confie l'exécution du projet aux assureurs, les obligeant ainsi à assumer le rôle de «rationneurs» des assurés.

Cette idée centrale est enrobée d'un glaçage sucré, fait de marché et de concurrence, pour la faire avaler: l'assuré, autrement dit le patient, décide quels sont les fournisseurs de prestations admis en choisissant son assureur. En d'autres termes, seul survivra l'assureur qui passe des conventions avec les bons fournisseurs de prestations du point de vue des assurés. Or, pour cette tâche qui n'est pas des plus simples, l'assuré doit être largement informé, ce dont le Conseil fédéral est parfaitement conscient, si l'on en croit ses propres déclarations; du point de vue légal, ce mandat d'information est rempli par le fait que l'assureur informe régulièrement ses assurés des fournisseurs de prestations reconnus par lui ...

Sous la pression d'un groupe d'économistes habiles dans l'utilisation des médias, des éléments de marché et de concurrence avaient déjà été introduits dans la LAMal lors de la révision de 1995; la nouvelle révision prévue renforce grandement cette tendance. C'est pourquoi, il convient ici d'examiner la question de savoir si les mécanismes prisés du marché et de la concurrence sont vraiment la panacée que l'on vante tellement et, qui plus est, si un système de santé basé sur la solidarité et le principe de l'accès

pour tous est vraiment compatible. D'autant plus que les protagonistes de cette idéologie de la collectivité n'ont jamais présenté une argumentation fondée ni structurée jusqu'à ce jour.

3. Marché et concurrence dans le domaine de la santé sous l'angle particulier du projet mis en consultation

3.1 Conditions préalables

Selon la théorie classique, le marché consiste à laisser jouer librement l'offre et la demande pour obtenir une allocation et une distribution optimales des biens et des prestations. L'essentiel, selon cette théorie, est la demande, sur laquelle l'offre s'oriente. L'élément de contrôle déterminant est le prix: le client cherche, au sens d'une valeur limite d'utilité, à engager ses moyens au prix le plus avantageux ou au meilleur rapport prix-prestation. Il n'appartient pas à l'auteur de juger le fondement (ou le non-fondement) scientifique de ce modèle.

Toutefois, pour ce qui est du système de santé, une chose apparaît immédiatement: un *contrôle par le biais du prix* n'est possible, selon le projet, que par le choix de l'assureur ou, plus précisément, des *primes offertes*, la différence entre les divers assureurs devant toutefois se situer entre *d'étroites limites* en vertu de la loi.

Reste encore la question de savoir si les moyens considérables qui doivent être investis pour maintenir ce *marché de Lilliputiens* sont vraiment utilisés de manière appropriée pour la santé de notre population.

Le modèle classique de marché voit le participant comme un individu cherchant à optimiser ses avantages indépendamment des autres participants; le bien-être social s'y définit donc comme la somme des avantages individuels optimisés. Cette vision idéale et statique de nirvana a subi beaucoup de critiques et de modifications, mais demeure l'essence même de tous les modèles d'économie de marché. L'élément important ici est que *le modèle de l'économie de marché se trouve irrémédiablement en contradiction avec un système d'assurance de base caractérisé par la solidarité et l'exigence de l'égalité d'accès pour tous*.

En ce qui concerne le domaine de la santé en particulier, les *conditions marginales* suivantes sont importantes:

- Il convient tout d'abord de faire remarquer que jusqu'à nos jours aucune preuve scientifique n'a été apportée concernant l'utilité de la concurrence et du marché pour faire baisser les coûts de la santé. De telles diminutions de coûts n'ont pu être présumés que localement, dans des secteurs particuliers; en général, il s'agit de transferts des coûts qui sont ainsi attribués à d'autres.
- De manière idéale, le système doit être libre de toute influence extérieure, positive ou négative. Or, aucun système de marché ne remplit cette condition, et certainement encore moins un système de santé social, qui est imprégné jusqu'au

plus profond par des jugements de valeurs et des notions idéologiques. Le système suisse de santé est en outre marqué par des conditions structurelles (Confédération d'un côté et cantons de l'autre, 26 cantons, etc.) qui représentent des influences extérieures de premier ordre.

- L'offre et la demande devraient être indépendantes l'une de l'autre. Cette condition marginale généralement discutée n'est certainement pas remplie dans le domaine de la santé: l'évolution de ce domaine, avec ses conséquences sur les coûts, est exclusivement déterminée par le développement de nouvelles possibilités de traitement (pas seulement celles issues du domaine de la haute technologie) qui donnent de nouveaux espoirs au consommateur/patient et suscitent en lui de nouvelles attentes.
- Celui qui prend part au marché optimise de façon rationnelle et avec une intention constante ses avantages par des gains marginaux et en s'informant sur les diverses possibilités. Ce faisant, l'important est qu'il maximise ses avantages par ses propres actes, par des actes responsables, une condition qui n'est justement pas donnée dans le projet, puisque cette fonction doit y être assumée par l'assureur. Une littérature qui, depuis, n'a cessé de s'étoffer a relégué au monde de la fiction et des mythes cet acteur rationnel du marché qui, de façon implicite, représente également un complot idéologique de ce projet (cf. aperçu de la littérature Rice 98): les assurés n'ont guère besoin d'informations (même si elles ne sont pas contrôlées par le fournisseur) et ils comparent rarement différentes offres (Hibbard/Weeks 89, Howard 95). La majeure partie des assurés ne comprennent pas les concepts et les comparaisons de qualité; pour la plupart, la qualité équivaut à la satisfaction des patients. Or, placé devant un choix, l'assuré considère des prestations fréquentes, ressenties comme positives, comme plus valables que des prestations rares, éventuellement invasives et perçues par conséquent comme négatives, même si ces dernières sont plus importantes pour sa santé. Ce ne sont donc pas les processus de décision rationnels qui sont déterminants, mais la dissonance cognitive (notamment en rapport avec un comportement inadapté ou pathologique), liée à une attitude conservatrice consistant à s'agripper au connu même si celui-ci est reconnu comme négatif par comparaison à d'autres solutions (Isaacs 96, Jewett/Hibbard 96, Hibbard/Jewett 97). Sous la pression des prix, le consommateur/patient ne choisit pas les prestations les plus efficaces pour lui, ses décisions ne sont pas dictées par des estimations prix-avantages, mais seulement par des réflexions sur les coûts, même s'il peut voir qu'il y aura des conséquences négatives sur sa santé à long terme (étude RAND, Lohr 86, Siu 86).
- Même pour ceux qui voudraient prendre des décisions rationnelles et seraient en mesure de le faire, il n'existe en Suisse pratiquement aucun moyen d'information objectif, établissant des

comparaisons. A elle seule, cette lacune semble exclure toute mise en application de ce projet.

- Les assureurs ne nient pas ces lacunes eux non plus; ils opposent à cette critique la recommandation que ces processus de décision soient confiés à l'assureur de leur choix. Hormis le fait que le paternalisme des médecins, à peine surmonté, serait ici remplacé par un paternalisme des assureurs, cette «recommandation» mérite les critiques suivantes:
 - Aucun des assureurs actifs en Suisse ne dispose du savoir-faire nécessaire, ne serait-ce qu'en prémisses. En plus de la culture nécessaire, l'élaboration d'un tel savoir-faire nécessite un temps considérable et de vastes ressources humaines.
 - Pour pouvoir agir de lui-même et sous sa propre responsabilité, le consommateur/assuré ne peut confier les décisions nécessaires ni à l'assureur ni au fournisseur de prestations, car ils sont l'un comme l'autre, influencés par leurs intérêts particuliers.

En résumé: les mécanismes de marché et de concurrence sont incompatibles avec un système de santé solidaire, ayant pour mot d'ordre la santé de la population comme celle de l'individu, ne serait-ce que du point de vue théorique et scientifique. Cela devient encore plus clair si l'on pense aux conséquences de l'introduction de mécanismes de concurrence sous la forme non structurée et erratique prévue par le projet.

3.2 Conséquences

3.2.1 Transfert de risque

Dans le système proposé, les fournisseurs de prestations et les assureurs seront tentés, pour des raisons de rentabilité et pour se protéger des «comparaisons de qualité» superficielles, de se défaire des cas de traitement coûteux et médicalement ingrats. Ce phénomène qui nous vient des Etats-Unis est surtout connu sous le nom de «risk-shifting» (transfert de risque). Les conséquences en sont:

- Les cas de traitement ingrats, pour autant qu'ils ne soient pas laissés à l'abandon, finiront entre les mains des pouvoirs publics, selon le principe de «privatisation des gains et socialisation des pertes».
- Dans ces conditions, comme le montrent les expériences réalisées à l'étranger, on peut assister à l'apparition de cartels secrets poussant comme des champignons sur le fumier des collusions. A cela s'ajoute qu'il ne sera pas interdit aux fournisseurs de prestations de créer eux-mêmes des sociétés d'assurance-maladie ...

3.2.2 Médecine à plusieurs vitesses

Les mécanismes de marché favorisent toujours les plus aisés financièrement; ceux-ci disposent en effet de davantage de moyens qu'ils peuvent investir dans des modèles coûteux à court terme, mais meilleur

marché à long terme. Les mécanismes de marché contribuent par conséquent à la formation d'une médecine à plusieurs vitesses, même au sein de l'assurance de base sociale.

3.2.3 Consolidation des fournisseurs de prestations

L'introduction de mécanismes du marché accélérera considérablement le processus dit de consolidation des fournisseurs de prestations. Le cabinet privé du médecin, le petit cabinet de groupe et le petit hôpital disparaîtront très bientôt du paysage helvétique, car seules des unités plus grandes sont encore adaptées au marché. Cette évolution n'est pas forcément négative, car de telles unités peuvent, le cas échéant, concentrer un certain savoir-faire et organiser les processus de manière plus efficace; mais les assurés qui, en Suisse justement, tiennent à des petites structures doivent être clairement informés des implications.

- Le financement de ces plus grandes unités ne pourra plus être assuré par les seuls fournisseurs de prestations; le financement sera assuré par les grands capitaux qui se trouvent également chez les assureurs (cf. p.ex. les HMOs des caisses-maladie); la domination absolue de ceux-ci deviendra encore plus évidente et l'idée d'un marché dans le domaine de la santé deviendra encore plus absurde.

3.2.4 Santé publique

Les objectifs de santé publique, qui progressent déjà avec peine en Suisse, se verront encore bien plus entravés dans leur réalisation: certains aspects de la santé publique, de la prévention et de l'épidémiologie clinique sont contraires à un système dont les acteurs profitent avant tout d'une liquidation des cas à peu de frais et dans les plus brefs délais.

Dans l'ensemble, le plus inquiétant est que, sous la forme proposée par ce projet, le marché représenterait pour notre système de santé une étape de plus vers la monétisation totale; qui plus est à un moment où les expériences négatives – celles concernant l'introduction des tarifs Tarmed p.ex. – inciteraient plutôt à faire marche arrière. Dans ce contexte, il convient sérieusement de se demander s'il correspond vraiment aux attentes de notre population que des systèmes exclusivement organisés pour le profit produisent des médecins qui seraient ensuite des «fournisseurs de prestations» au sens propre. Des jeunes gens se lançant dans les études de médecine pour le bien de la santé du patient et par plaisir pour la chose n'auraient en fin de compte plus rien à chercher dans un tel système.

4. Quant aux dispositions particulières

Art. 7 a, al. 1, nouveau

Le problème de l'information des assurés a déjà été abordé. Compte tenu du texte, il serait en fait inutile et sans objet de mener cette discussion sous une forme

différenciée: la liberté de choix du consommateur émancipé, si souvent invoqué, se limite à une simple comparaison des médecins proposés par un nombre toujours plus petit d'assureurs (de 200 en 1994 à 127 en 1998, Statistique sur l'assurance-maladie, OFAS).

Art. 35, al. 1

L'autorisation d'un assureur-maladie sous la forme d'une convention ne peut constituer un critère d'admission à l'assurance-maladie sociale; elle pourrait, le cas échéant, servir de critère de paiement. Cette disposition devrait être intégrée à l'article 24, où il faudrait rajouter: «L'assurance-maladie sociale prend en charge les prestations des art. 23 à 31 pour autant qu'elles remplissent les conditions prévues aux art. 32 à 34 et (nouvellement) 41 à 52».

Art. 35, al. 1 bis (nouveau)

La limitation du champ d'application au domaine dit ambulatoire doit en principe être supprimée, pour les raisons données plus haut. Ajoutons que cette suppression se justifie de par les problèmes opérationnels suivants, non résolus et parfois aussi insolubles:

- Jusqu'à ce jour, nul n'est parvenu, en Suisse, à ancrer des définitions uniformes pour les termes «ambulatoire» et «stationnaire».
- Il serait tout simplement incompréhensible qu'un fournisseur de prestations ou son institution (service des urgences, policlinique d'un hôpital) n'obtienne pas de contrat de la part d'un assureur, alors même que ce dernier devrait payer les prestations en question si elles étaient fournies de la même façon dans le domaine stationnaire. La seule solution envisageable serait que tous les services hospitaliers ambulatoires passent une convention avec tous les assureurs, mais les dispositions légales dans ce domaine tourneraient alors à la farce.
- Dans ces circonstances, la façon pour chaque fournisseur de prestations de contourner les prescriptions légales serait de fournir les prestations problématiques – celles risquant de mener à une exclusion – sous la protection d'une institution stationnaire. Les institutions luttant contre leur fermeture en raison d'un rendement insuffisant pourraient y voir une nouvelle niche commerciale, se référant au marché et à la concurrence, principes si prisés dans cette loi.

Art. 35, al. 1 ter et quater (nouveau)

L'une des conditions marginales essentielles pour un modèle de conventionnement concurrentiel est l'égalité des chances ou, plus précisément, l'égalité des droits des intéressés. C'est ce que cet article doit en principe garantir, mais ce n'est en fait qu'un discours creux:

- L'art. 45 donne aux cantons un blanc-seing pour toutes les interventions qui pourraient réduire à néant l'égalité concurrentielle des parties à la convention.
- L'égalité concurrentielle présupposerait que les parties à la convention disposent de moyens

identiques pour survivre à des conflits. Or, ce n'est aucunement le cas: un médecin particulier qui, s'étant entendu avec d'autres confrères, se voit durablement menacé d'une plainte pour cartel et qui, s'il perd sa cause, est contraint à la faillite, après n'avoir perdu que quelques douzaines de patients, trouve en face de lui une assurance qui représente de plus en plus souvent quelques centaines de milliers d'assurés, voire plus.

Il n'y a ni objectif ni contenu visible ni même vague allusion concernant les critères d'économicité et de qualité, que le Conseil fédéral devrait pourtant définir par voie d'ordonnance. Mais, selon toute vraisemblance, ils seraient, eux aussi, purement formels. Le texte d'accompagnement dit pour une fois les choses clairement sur ce point: «les assureurs peuvent ainsi, en respectant certains critères, déterminer unilatéralement (mise en évidence par l'auteur) pour leurs assurés les fournisseurs de prestations admis à exercer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.»

Dans ce contexte, il apparaît que le contrôle doit être assumé non pas par le tribunal arbitral et ensuite par le TFA mais, *en contradiction flagrante avec l'art. 59, par le gouvernement cantonal et le Conseil fédéral* qui une fois de plus peuvent de ce fait décider sur des sujets les concernant personnellement.

Cet article est inacceptable pour le corps médical et il est très discuté sur le plan du droit public et de la politique de la santé.

Art. 41, al. 1

Dans le contexte radicalement nouveau que créerait ce projet, un manque de clarté demeure sur ce qu'on doit entendre par «tarif(s) convenus par contrat». Conformément aux dispositions de la LAMal non touchées par la révision, on peut s'attendre à ce qu'un nombre considérable de conventions différentes soient passées, avec les valeurs du point les plus diverses.

Partir de l'idée, en méconnaissance totale des développements engendrés par ce projet, que des conventions tarifaires seraient encore négociées entre les groupes de fournisseurs de prestations et les assureurs au niveau cantonal et national reviendrait pour le Conseil fédéral à mener lui-même jusqu'à l'absurde sa propre maxime d'une santé publique soumise à la concurrence et aux lois du marché. *Comment, en effet, l'un des outils les plus importants du marché pour différencier les fournisseurs de prestations, à savoir le prix de la prestation, pourrait-il fonctionner, s'il était fixé auparavant d'autorité?*

Art. 41, al. 2

Les arguments accompagnant cet article ne sont vrais qu'en partie et sont en outre lacunaires. Il est tout à fait pensable, en effet, que de rares prestations soient fournies, ou des services de garde accomplis, par un fournisseur de prestations n'ayant pas les faveurs des assureurs. Dans ce cas, le gouvernement cantonal devrait fixer un tarif de remplacement; or, on notera qu'en cas de recours, un tel règlement serait protégé

par ce même Conseil fédéral qui a mis le projet en consultation ...

De plus, cette disposition n'est nullement harmonisée avec la LAA, dont les assureurs, comme l'expérience le montre, peuvent avoir des conceptions tout à fait différentes sur l'adéquation d'une assistance médicale d'urgence.

Art. 45

Le contrôle du gouvernement cantonal ne devrait pas uniquement se limiter à la garantie de traitement. Il devrait aussi inclure la protection du fournisseur de prestations particulier contre les arbitraires de caisses et de leurs fonctionnaires. Dans ce contexte, une caisse n'a pas forcément intérêt à passer des conventions avec le plus grand nombre possible de fournisseurs de prestations. Au contraire, il est plus vraisemblable que, si elle en a l'occasion, elle se limitera à passer une convention avec le moins possible de fournisseurs pourvu qu'ils soient dociles.

Art. 46, al. 2

Cette disposition est quelque peu étonnante pour ne pas dire amusante. Qui, pour l'amour de Dieu, aurait encore intérêt ou serait même encore en mesure de conclure des conventions entre associations dans ce contexte conventionnel totalement différent? Le Conseil fédéral a-t-il besoin de ce vestige pour pouvoir maintenir l'apparence d'un partenariat conventionnel? Le Conseil fédéral entend-il laisser un village à la Potemkine dans le paysage pour pouvoir se décharger financièrement, intellectuellement et en termes de responsabilité – comme pour le Tarmed – des tâches désagréables telles que la création d'une structure tarifaire, le contrôle de la neutralité de coûts, l'assurance-qualité, etc.? Soyons sérieux: si ce projet devait entrer en vigueur, alors il faudrait de toute évidence supprimer cet article.

Art. 47

Sur le plan formel ou systématique, il s'agit d'une disposition mûrement réfléchie sous tous aspects. L'application uniforme sur le plan suisse (à 26 exemplaires) conformément aux instructions du Conseil fédéral (cf. art. 35, al. 1 ter) des critères d'économicité et d'assurance-qualité mérite certainement la plus grande attention.

Mais ce qui est encore plus important: le seul qui n'oserait pas se plaindre de l'assistance insuffisante serait l'assuré, le patient, pour le bien duquel, soi-disant, tout cela est entrepris. Un principe demeure certainement inchangé: c'est par ses choix juridiques qu'on peut voir où en est un Etat de droit. On pourrait ajouter que c'est aussi à la nonchalance avec laquelle il oublie le lundi les bonnes résolutions des prônes dominicaux.

Art. 48

L'institution des conventions-cadres a fait ses preuves; c'est pourquoi, on l'a maintenu dans la loi. Or, les arguments invoqués pour supprimer maintenant cette institution ne tiennent pas la route. Mais

ils sont tout de même intéressants car ils confirment entièrement nos estimations concernant l'art. 46, al. 2.

Art. 53, al. 1

Ici, on ne peut qu'espérer que le Conseil fédéral aboutisse encore vraiment à une autre appréciation que celles servant de fondement au projet.

On ne comprend toujours pas pourquoi le gouvernement cantonal et ensuite le Conseil fédéral devraient être compétents pour tous les recours dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter alors que c'est le tribunal arbitral puis le TFA qui sont compétents pour une exclusion générale (cf. art. 59). Pour ne pas violer la CEDH à laquelle il fait lui-même référence, ou plus précisément la garantie d'indépendance du juge selon l'art. 6 de la CEDH, le Conseil fédéral n'a qu'une seule solution pour tous les cas de recours: la voie judiciaire tribunal arbitral/TFA.

Pour terminer, il nous paraît également important de donner notre avis sur certains types de problèmes qui ne sont pas liés à des alinéas particuliers.

Applicabilité des dispositions prévues

La plupart des assurés et, surtout, des patients ont choisi leurs médecins de famille et leurs spécialistes; ils sont souvent soignés dans des réseaux de médecins et d'institutions coopérant les uns avec les autres. Or, dans bon nombre de situations, les dispositions prévues impliqueraient que certains de ces fournisseurs de prestations, peut-être tous, ne soient pas reconnus par convention par l'assureur choisi. L'assuré devrait-il alors changer d'assureur? Et que devra-t-il faire si son réseau de soins ne figure sur aucune des listes des assureurs à choix? Ces questions montrent bien que le projet ne représente pas seulement une sérieuse atteinte à la liberté de choix du médecin pour un premier traitement; il détruirait les réseaux de soins établis, et ce, sans que les assurés-patients aient leur mot à dire. Le Conseil fédéral et, le cas échéant, le Parlement devront se demander s'ils souhaitent une fois de plus choquer des citoyens/assurés déjà plus qu'irrités par les questions de la LAMal en les confrontant avec des dispositions irréelles et impraticables.

Conséquences en termes de coûts

Dans le projet, on évite autant que possible d'évaluer les effets de celui-ci sur les coûts; en soi, il est incontestable que la mise en application de ce projet provoquerait une nouvelle flambée des coûts. Quelque 120 assureurs devraient en effet évaluer régulièrement env. 17 000 fournisseurs de prestations médicales (sans compter les physiothérapeutes, les dentistes et les pharmaciens) et env. 1000 hôpitaux ou unités hospitalières. Des armées de juristes et de fonctionnaires devraient se charger des recours ... etc., etc.

A cet égard, il convient de rappeler que la Suisse s'offre l'une des administrations de santé publique les plus chères au monde. Le Canada consacre en tout

0.1% de son PIB pour l'administration de la santé et les Etats-Unis, en tête du classement des coûts par assuré, 0.6% du PIB. En Suisse, les assureurs-maladie utilisent à eux seuls 0.5% du PIB pour ces tâches et ce chiffre ne comprend pas les frais administratifs de l'Etat (Conseil fédéral, cantons, communes) ni ceux des fournisseurs de prestations. Et il ne faut pas oublier le temps passé par les assurés à étudier les offres d'assurance les plus avantageuses, dont la valeur est difficile à estimer en termes d'argent.

Il serait grand temps d'abaisser ces coûts et d'utiliser les sommes ainsi libérées au profit du malade au lieu de continuer à gonfler la bureaucratie par la gestion de nouvelles structures étrangères à la réalité.

Ce projet contribuerait-il vraiment à abaisser les coûts de la santé?

On peut se permettre d'en douter fortement. Même si 20% des fournisseurs de prestations étaient éliminés du marché par les mécanismes proposés, on peut supposer que les autres, ne travaillant en général pas à plein rendement, seraient en mesure de prendre en charge le volume d'activité ainsi libéré et qu'ils le feraient, sans pour autant violer une quelconque prescription tarifaire ou légale. Cette constatation ne montre qu'une chose: un travail mal réfléchi génère, lui aussi, des mouvements, mais ceux-ci ne s'additionnent pas en un effort vers un objectif; ils sont désordonnés ou s'annulent en s'opposant. Ce projet, lui aussi, partirait en fumée, car il omet de prendre en considération des éléments essentiels:

- Par expérience, on sait que 40% des coûts de la santé sont générés par env. 20% des assurés. Par conséquent, le contrôle des coûts devrait avant tout s'appliquer au traitement de ces cas.
- Le volume des coûts de l'assurance sociale de base est déterminé par les prestations que les assureurs doivent obligatoirement prendre en charge. Si on ne limite pas la liste des prestations obligatoires aux actes vitaux, servant à traiter les «cas graves», on ne parviendra jamais à inverser l'évolution actuelle des coûts.

Absence de critères quant à la définition du «bon» fournisseur de prestations digne de passer contrat
Le projet ne contient pas la moindre indication sur les critères censés définir le «bon» fournisseur de prestation, à savoir celui qui est apte à être conventionné. Il s'agit là de la lacune la plus grave de ce projet, qui à elle seule justifie son rejet inconditionnel.

Il est certain, comme le montre une vaste littérature (meilleur aperçu jusqu'ici: Goldfield/Boland 96), que la définition et l'application de tels critères sont extraordinairement complexes et difficiles ..., ce qui ne veut pas dire pour autant que les travaux nécessaires ne puissent pas être entamés chez nous également (cf. plus loin). Les difficultés ne peuvent être évoquées que sommairement:

- Il s'agit essentiellement de l'association d'éléments définissant un traitement de haute qualité avec des éléments caractérisant une façon de pro-

céder économique et appropriée, autrement dit d'une association entre des éléments qui par leur nature même ont tendance à s'opposer.

- Des comparaisons sont seulement possibles entre des collectifs identiques ou similaires au plus haut niveau en ce qui concerne les risques, la morbidité et la co-morbidité, les ressources disponibles, etc. («stratification des risques»). La mise sur pied des structures d'évaluation correspondantes dure des années et exige une étroite collaboration entre fournisseurs de prestations, assureurs et offices étatiques.
- La publication des résultats peut représenter, pour le fournisseur de prestations, son «arrêt de mort». Il y a donc en principe contradiction avec l'une des maximes principales d'une assurance et d'une promotion de qualité modernes selon laquelle le responsable d'un traitement ou d'une prestation ne doit pas subir de désavantage pour avoir admis des erreurs. Ce n'est que de cette manière, en effet, qu'il admettra avoir fait des erreurs et tirera les conséquences qui s'imposent.
- Les formes de rémunération pour les fournisseurs de prestations doivent être en relation avec ces systèmes d'évaluation. On utilise aujourd'hui en règle générale des formes de DRG (dont les origines remontent à la méthode de la comparaison de qualité entre fournisseurs de prestations).

Pour l'instant, en Suisse, peu de tentatives ont été faites pour établir un profil dit de qualité, principalement par des médias isolés et quelques-unes par les assureurs. Ces tentatives manquaient de solidité méthodique et procédurale ainsi que de sérieux et sont donc, à juste titre, restées sans effet. Mais au-delà des scoops médiatiques et des gags publicitaires de certains assureurs, lorsque l'Etat intervient de par la loi, il doit le faire sous une forme répondant à des critères méthodiques, exigence qui n'est certainement pas satisfaite par le projet.

Suppression de l'obligation de contracter selon le projet: un système de rationnement implicite idéal

Là où il n'y a pas le moindre doute, c'est que le projet créerait le parfait système de rationnement implicite. L'Etat ou, plus précisément, le Conseil fédéral, dans une fonction de surveillance sacro-sainte mais indéfinie et dans sa position de juge envers ses propres décisions en cas de recours, transmet aux sociétés d'assurance, sans plus d'instructions, la gestion du volume des prestations qui, semble-t-il, est déterminé par le catalogue des prestations obligatoires. Seulement voilà: ce n'est qu'une apparence. En réalité, ce catalogue n'est qu'une énumération des prestations non admises (plutôt rares) et de quelques-unes admises; la majeure partie du volume des prestations n'est absolument pas définie. La définition sera en fait donnée par les assureurs et les fournisseurs dociles ou plutôt rendus dociles par les «négociations conventionnelles».

Les plaintes des patients concernés sont exclues; quant aux fournisseurs de prestations qui s'opposent, sans avoir la moindre chance, ils peuvent, dès qu'ils s'unissent pour défendre leurs intérêts, être poursuivis pour cartel illicite.

4. Appréciation globale/marche à suivre

La Fédération des médecins suisses rejette, dans leur totalité, les dispositions légales concernant l'abolition de l'obligation de contracter complétant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et présentées dans le document de consultation du 14 juin 2000.

Le système qui doit mettre fin à l'obligation de contracter inscrite dans la LAMal en vigueur est insuffisamment structuré, lacunaire et en partie bâclé sur le plan de la méthode; il nécessite en outre un haut degré d'interprétation, est en contradiction avec d'autres passages de la loi, n'est guère applicable ou seulement au prix de ressources considérables; il est inamical envers le patient et discutable sur le plan de la politique étatique; de plus, il rate à coup sûr son objectif plutôt limité, à savoir la réalisation d'économies dans le domaine de la santé.

Et maintenant?

Une solution au problème qui demande de façon toujours plus instante à être résolu, à savoir celui de l'utilisation adéquate des moyens dans le domaine de la santé et de la pléthore des personnes qui y travaillent, ne peut être trouvée que dans un système prenant en considération les objectifs et les conditions marginales ci-après:

- La pure réflexion sur les coûts de notre système de santé doit faire place à une analyse coût-utilité incluant les frais directs et indirects.

- Pour toutes les professions travaillant à la charge de l'assurance-maladie, la formation prégraduée, postgraduée et continue doit être définie et réglée en tant que continuum à vie, assorti de sanctions.
- Les processus de traitement doivent être définis en se fondant sur des preuves médicales.
- Il convient d'élaborer dans notre pays un système d'évaluation de la qualité permettant des comparaisons de qualité irréprochables sur le plan de la méthode; les systèmes de rémunérations doivent prendre appui sur ce système, ce qui nécessite, entre autres, la création de systèmes DRG (cf. point 4).
- Le catalogue des prestations obligatoires doit être conçu de manière à mériter ce nom. Concrètement, il doit se composer d'une liste positive et d'une liste négative en relation avec des diagnostics et n'admettre que des prestations pour lesquelles on détient une preuve manifeste de leur efficacité.
- Les fournisseurs de prestations répondant aux critères de qualité et d'économicité ainsi définis doivent pouvoir adhérer à n'importe quelle convention d'assurance sans restriction, la pérennité du libre choix du médecin étant ainsi garantie.

Veillez croire, Madame la Conseillère fédérale, à l'expression de ma très haute considération.

FMH

Dr H. H. Brunner

Président

Deutsch erschienen in Nr. 34/2000