

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie / application de l'article 55a LAMal

Brève description, évaluation et position de la FMH

Hans Heinrich Brunner

Contenu de l'ordonnance*

Le projet d'ordonnance [1], qui consiste en un nouvel art. 136 a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, peut être résumé comme suit:

- Pendant 3 ans (durée de validité), aucun fournisseur de prestations supplémentaire ne sera autorisé à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Le terme «supplémentaire» se réfère aux chiffres par discipline et par canton publiés en annexe.
- Les cantons peuvent désigner les catégories pour lesquelles cette limitation n'est pas applicable.
- Hormis le nombre absolu de médecins, la densité médicale par canton mais aussi par région (p.ex. région lémanique: GE, VD, VS), définie en nombre de médecins pour 100 000 habitants est déterminante: les cantons avec une densité médicale supérieure à celle de leur région peuvent p.ex. décider de refuser d'admettre de nouveaux fournisseurs de prestations tant que la valeur régionale n'est pas atteinte.
- Lorsque, pour une spécialité ou un territoire donnés, la couverture des soins est insuffisante, les cantons peuvent dans des cas particuliers admettre un nombre de fournisseurs de prestations supérieur à la moyenne.

Evaluation de principe

La «planification des besoins» a fait l'objet d'intenses débats en économie de la santé [2] au cours des années 70 et 80 (on parlait alors de «supply control») et a été par après introduite en divers endroits, aux Etats-Unis, au Canada et en Europe. Ses résultats en termes de contrôle des coûts et d'amélioration de la qualité sont discutables:

- Toutes les tentatives de quantifier une couverture des soins médicaux optimale ont échoué. Si l'on peut, dans une certaine mesure, définir une couverture insuffisante pour des disciplines avec des domaines de respon-

sabilité clairement délimités, il n'est pas possible, à l'inverse, de le faire pour une pléthore de prestations [3, 4].

- Les besoins médicaux ne constituent manifestement que l'un des facteurs déterminants. Parmi les autres, on trouve, hormis des éléments psychosociaux (désir d'habiter dans un centre urbain, par exemple), notamment des incitations financières [5].
- Une planification des besoins n'est pensable que dans un système fortement réglementé de type NHS, système qui cependant se trouve à l'opposé des vœux des patients et des éléments constitutifs de l'économie de marché.
- Aucune preuve n'a été apportée quant à un effet positif de la planification des besoins sur les coûts. Au contraire, les projets et analyses menés dans les pays anglo-saxons sous l'emblème du «certificate of need» ont mis en évidence une hausse des coûts: acquérant un statut de quasi-monopole, les fournisseurs de prestations ne sont pas intéressés à améliorer la rentabilité des coûts et s'orientent en outre vers des domaines non réglementés, tels que la médecine complémentaire [6].
- Une planification des besoins n'a de sens que si elle porte sur des périodes d'au moins 10 ans, relativement constantes et permettant une vue d'ensemble. Or ces conditions ne sont justement pas remplies pour la médecine: peu d'éléments semblent en effet indiquer qu'elle n'évoluera que d'une manière prévisible au cours des prochaines années également. Les chiffres servant à la planification d'aujourd'hui sont donc habituellement déjà dépassés.
- Les insinuations sans fondement selon lesquelles les médecins en pratique privée ne feraient que chercher à maximiser leur profit en chassant le «gros gibier» sur le terrain du marché libre ont détourné l'attention du vrai problème: *la cause déterminante de l'augmentation des coûts en médecine est le progrès scientifique; le nombre croissant de médecins, en pratique privée également, n'est qu'une conséquence*

* Le projet d'ordonnance peut être consulté sur www.fmh.ch.

et donc un épiphénomène du fait que ce progrès doit en fin de compte être appliqué concrètement au chevet du malade [7]. Par conséquent, une planification des besoins pour les fournisseurs de prestations n'est pensable qu'à la condition de définir clairement et de manière exhaustive le volume de prestations à prendre en charge par l'assurance de base sociale. Or, en Suisse, une telle définition des prestations n'existe même pas sous forme d'ébauche.

- La mise en application se heurte à de gros problèmes, si bien qu'il faudra créer un appareil de contrôle qui, à son tour, génèrera des coûts considérables. Par conséquent, même sous l'angle de son véritable objectif – à savoir, faire baisser les coûts – la planification des besoins est un instrument contestable, pour des raisons de rentabilité des coûts.

Appréciation du projet

L'objection majeure contre ce projet [1] est qu'il préjudicie gravement les jeunes médecins, notamment ceux en formation postgraduée, et qu'il porte atteinte de manière inadmissible à leur plan de vie. Les arguments juridiques – à savoir, que le retrait de droits accordés est non seulement discutable dans un Etat de droit, mais aussi quasiment inapplicable en raison des possibilités de recours différenciées – n'ont, même s'ils sont corrects, pas autant d'importance que les objections politiques fondamentales et celles liées au système: plus longtemps ce stop sera maintenu, plus grand sera le risque d'un vieillissement du corps médical.

La construction juridique n'est pas sans problème: la Confédération ou, plus précisément l'ordonnance ne règle que l'admission à pratiquer à la charge des assureurs-maladie; l'autorisation d'exercer demeure cependant aux mains des cantons. Or sont-elles indépendantes l'une de l'autre? L'autorisation d'exercer se fondera-t-elle sur cette ordonnance? Dans tous les cantons de la même manière?

La planification des besoins n'est-elle pas en contradiction fondamentale avec les systèmes ouverts de l'économie de marché et donc avec le droit de la concurrence? Y a-t-il là aussi compatibilité sur le plan juridique?

L'ordonnance – nous l'avons dit plus haut – ne règle que l'autorisation d'établir des factures dans le domaine de l'assurance-maladie, mais pas dans celui de l'AA/AM/Al. Une ordonnance analogue est-elle prévue pour ce domaine?

La question de savoir, dans ce contexte, de quelles possibilités de recours dispose le médecin particulier et s'il peut bénéficier d'un effet suspensif n'est pas réglée de manière claire.

Bon nombre de questions de procédure ne sont pas non plus clairement réglées: Est-ce le principe de la liste d'attente, du premier arrivé/premier servi, qui est applicable? Le demandeur peut-il s'annoncer dans plusieurs cantons, ou s'inscrire dans plusieurs listes d'attente en même temps? Le détenteur de plusieurs titres de spécialiste peut-il s'annoncer pour chacun des titres? Dans plusieurs cantons?

Des moyens de contournement sont imaginables: le plus important est l'engagement de jeunes médecins par des divisions hospitalières externalisées, des organisations de gestion des soins ou par un médecin au bénéfice d'une autorisation d'exercer. Dans ce contexte, on ne sait pas si des médecins hospitaliers avec droit de facturation et autorisation d'exercer sont pris en compte dans le collectif recensé.

Même avec cette forme apparemment simple de gel généralisé, de gros problèmes de méthode subsistent. Une première vérification des chiffres publiés dans les annexes montre que ceux-ci ne sont pas encore corrects, l'une des raisons majeures étant qu'on ne sait pas si les médecins hospitaliers avec droit de facturation et autorisation d'exercer doivent être pris en compte ou non. Dans cet ordre d'idées, on peut aussi se demander si les médecins à temps partiel doivent être traités de la même manière que ceux à plein temps dans les comptages ... et qui devrait vérifier si l'activité du médecin est à plein temps ou à temps partiel.

Autre question sans réponse: les chiffres publiés dans l'annexe seront-ils valables pour toute la durée de validité de l'ordonnance ou seront-ils ajustés annuellement? Cette seconde option correspondrait à la doctrine de l'OAMal; on suppose en effet manifestement que l'application de l'ordonnance aboutira aux «bons chiffres». Mais qui s'assurera que les chiffres corrects soient communiqués et disponibles de manière centralisée?

Et enfin, en considérant la question par-delà les frontières: selon le droit européen ou, plus précisément, les accords bilatéraux, les contingents étatiques doivent aussi être publiés dans les pays de l'UE. Or, ces places soumises à un plafonnement en font-elles partie? On se retrouverait alors dans la situation assez curieuse de voir une mesure conçue avant tout pour se défendre contre une arrivée trop grande de fournisseurs de prestations étrangers aboutir à l'embauche de ces arrivants.

Conclusion

L'introduction d'une limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance de base obligatoire [1] représente une mesure d'urgence qui ne se justifie objectivement pas (pour l'instant) si l'on considère la croissance effective des coûts relevant de cette assurance sociale ainsi que le nombre jusqu'ici impossible à estimer correctement d'ouvertures de cabinets médicaux par des médecins actifs en Suisse. Cela est d'autant plus vrai que beaucoup de problèmes essentiels liés à cette mesure ne sont pas résolus.

Les autorités compétentes entendent introduire l'OAMal [1] au plus tôt, afin de maintenir aussi bas que possible le nombre d'engagements découlant des dispositions transitoires; on peut en effet présumer que, jusqu'à ce que les portes se ferment, beaucoup de fournisseurs de prestations suisses voudront obtenir une autorisation d'exercer ou une admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Le temps restant est par conséquent trop court pour permettre de clarifier les questions de principe, de régler de manière satisfaisante les modalités d'application et de résoudre les problèmes de méthode évoqués.

Références

- 1 Projet de révision partielle de l'ordonnance sur l'assurance-maladie/ Application de l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 30.5.2002, www.fmh.ch
- 2 Rice T. *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago: Administration Press; 1998.
- 3 Grumbach K. Specialists, technology, and newborns – too much of a good thing. *N Engl J Med* 2002;346(20):1574-5.
- 4 Phibbs CS, Bronstein JM, Buxton E, Phibbs RH. The effects of patient volume and level of care at the hospital of birth on neonatal mortality. *JAMA* 1996;276:1054-9.
- 5 Fuchs VR. The supply of surgeons and the demand for operations. *J Hum Resour* 1978; 13 Suppl:35-56.
- 6 Folland S, Goodmann AC, Stano M. *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey; Prentice Hall: 2001.
- 7 Cutler DM, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Aff* 2001; 20(5):11-29.