

Lettre au chef de projet à l'Office fédéral de la santé publique

Carte d'assuré

Monsieur,

Par la présente, nous aimerions préciser la position actuelle de la FMH concernant l'introduction de la carte d'assuré au 1^{er} janvier 2008, aux fins de clarifier certains points et de promouvoir un dialogue constructif.

Notre démarche est consécutive à la discussion tenue le 8 mai 2006 au Palais fédéral. Nous n'avons pu nous défendre de l'impression que certains intervenants avaient de la peine à faire la distinction entre carte d'assuré et «carte d'assuré avec fonctions supplémentaires». En outre, il n'a pas été possible ni opportun d'aborder des questions détaillées en présence d'autant de personnes.

De ce fait, nous procédons aujourd'hui à un état des lieux au sens d'une réflexion intermédiaire. Nous avons

- lu le rapport établi par Debold & Lux sur le design de la carte d'assuré;
- remis une prise de position à ce sujet;
- lu le rapport intermédiaire de février 2006;
- participé à l'audition OFSP-FMH du 8 mars 2006;
- participé à la Table ronde du 8 mai 2006,

et retenons ce qui suit:

- Nous soutenons les efforts du Département fédéral de l'intérieur en vue d'introduire une carte d'assuré selon l'art. 42a LAMal et nous sommes d'avis que la date du 1^{er} janvier 2008 prévue pour son introduction est réaliste et acceptable.
- L'introduction d'une carte d'assuré contenant uniquement des données administratives constitue, pour chaque cabinet médical, une charge d'environ 1500 francs. Ces coûts d'investissement ne peuvent pas être imputés aux fournisseurs de prestations, pour la simple et bonne raison que le corps médical n'en retire aucun bénéfice pratique direct.

Le 8 mai, nous avons pris connaissance du fait que le chef du Département fédéral de l'intérieur prévoit une solution constructive, par exemple sous la forme d'une taxe de consultation supplémentaire pendant une période limitée.

- Conformément aux explications de Monsieur Lux, env. 16% des factures contiennent des

erreurs et ce taux s'élèverait même à 20% selon certains articles publiés récemment dans la presse. A l'audition du 8 mars 2006, il a été dit qu'à cet égard, la carte d'assuré permettrait aux assureurs d'économiser d'importantes sommes d'argent. Mais nous ne savons pas quel montant en francs serait économisé par rapport à ce taux de 16%. Selon les déclarations faites par Monsieur Lux au congrès «Euroforum» à Zurich, il s'agirait, en l'occurrence, de plusieurs millions de francs.

- Bien que nous soyons d'accord avec le principe selon lequel la carte d'assuré devrait toujours être employée, les scénarios esquissés avec amendes ne sont pas réalisables. En d'autres termes, chaque fois qu'un patient n'a pas sa carte sur lui, les médecins devraient réclamer une signature, gérer et archiver les documents correspondants de même que les mettre à disposition, le cas échéant.

A cet effet, il faudra trouver une solution plus efficace mais aussi mieux adaptée à la gestion concrète d'un cabinet médical.

- A notre avis, le contrôle informatique de la carte, prévu deux fois par année, n'est pas non plus réalisable. De nombreux patients séjournent dans des homes pour personnes âgées ou foyers médicalisés ou ne sont vus par le médecin que dans le cadre de visites à domicile. Selon le projet actuel, les médecins devraient donc toujours «courir après» ces cartes.

Chaque fois qu'il lui faudra attendre deux ou cinq minutes avant que le patient ne lui remette sa carte ou que celui-ci devra d'abord la chercher, le médecin facturera des coûts de consultation supplémentaires selon le TARMED, ce qui est insensé.

- Contrairement au rapport intermédiaire de février 2006, il est faux d'affirmer, en ce qui concerne le cabinet médical, que tous les futurs coûts d'infrastructure sont déjà couverts dans le cadre de l'introduction de la carte.

Apparemment, on a uniquement pris en compte les dépenses prévues pour la production de la carte et l'échange de données ainsi que les frais du côté des assureurs.

Si des données médicales doivent être enregistrées sur la carte d'assuré, cette obligation en-

traînera, pour les cabinets médicaux suisses, des investissements d'un demi à un milliard de francs (équipement informatique et logiciel, mise en réseau, outils de sécurité, cours de formation, etc.).

- Vu ce qui précède, il faut être conscient qu'avec le montant indiqué de 1500 francs par cabinet médical, la carte ne contiendra que des données administratives et qu'au cabinet médical, elle pourra seulement être lue mais pas modifiée ou gérée. Pour l'heure, le corps médical n'a pas été préparé pour d'autres fonctions, même si la carte offre les possibilités techniques correspondantes. L'introduction d'une carte de professionnel de santé ne changera rien à la situation.

Nous vous prions de bien vouloir prendre ces points en considération dans la suite des discussions et en particulier dans les dispositions d'exécution. Pour la future acceptation de la carte, nous pensons qu'il est éminemment important que la communication se déroule de manière ouverte et transparente afin de ne pas éveiller de fausses attentes.

Veillez agréer, Monsieur, l'assurance notre haute considération.

*Dr H. Bhend,
responsable du groupe SSMG.Informatics*

Dr Jacques de Haller, président de la FMH

Forum CC



SwissDRG

C'est avec une vive préoccupation que je lis, dans le BMS mais aussi dans vos courriels, que les DRG vont être introduits en Suisse. De par mes activités de chercheur, je séjourne souvent aux USA et j'ai pu constater les effets désastreux des DRG là-bas. Je pose la question à la FMH, en tant qu'association, de savoir si elle ou ses représentants ont analysé les conséquences potentielles des DRG à l'exemple des Etats-Unis. Dans l'affirmative, il m'intéresserait de savoir dans quelle mesure la FMH exerce une contre-influence pour éviter que nous ne connaissions en Suisse le même désastre qu'aux USA.

*Dr David Holzmann,
p.-d., médecin adjoint à la clinique ORL
de l'Hôpital universitaire de Zurich*



Réplique

Cher Confrère,

Les USA ont été les pionniers dans l'introduction des DRG et ont été par conséquent les premiers confrontés aux effets pervers possibles de ce système. Les avantages et inconvénients d'une telle rétribution des prestations hospitalières sont connus des spécialistes tarifaires de la FMH. De manière générale, les DRG américains varient fortement suivant le répondant payeur et sont difficilement comparables. En Europe, le système social est plus élaboré, limitant la portée d'un «désastre» tel que vous le mentionnez. Pour l'introduction dans notre pays, SwissDRG fait une démarche partenariale où les prestataires que sont les médecins et les hôpitaux ont un rôle important à jouer en donnant leur opinion et en participant activement à l'hélicérisation du système.

Vos constatations d'Outre-Atlantique nous intéressent, particulièrement les détails concernant les incidences négatives concrètes des DRG. Aussi, je vous invite à rejoindre notre groupe de travail «SwissDRG» qui réunit à intervalles réguliers tous les médecins désireux de donner leur avis à ce sujet, afin de nous faire partager votre expérience.

*Dr P.-F. Cuénoud,
membre du Comité central de la FMH*