

2008: fin de la «clause du besoin»?

La position de la FMH

L'assemblée des délégués de la FMH a pris plusieurs heures pour traiter, mercredi dernier, de la manière de gérer la fin de la «clause du besoin»; elle a ensuite confronté ses vues avec celles du conseiller fédéral P. Couchepin pendant un échange de presque 90 minutes, au cours desquelles ce dernier nous a présenté ses vues sur l'évolution de la démographie médicale et les nécessités politiques qui en découlent.

En vue de cette échéance de juillet 2008, la position de la FMH a été définie en trois points essentiels.

- Si la «clause du besoin» est et reste une mesure sommaire n'ayant rien apporté qui justifie son maintien, on ne peut pas non plus laisser dès l'an prochain le système de santé sans contrôle, et particulièrement sans «monitoring» de la démographie médicale.

Il serait complètement irréaliste, et politiquement indéfendable, d'imaginer qu'on puisse simplement laisser le système se réguler par lui-même.

- La gestion du système de santé ne peut pas se limiter à une gestion purement «arithmétique» de la démographie médicale. Se contenter de fixer des nombres de médecins pour telle région ou telle autre ne serait évidemment pas une réponse suffisante aux problèmes qui se dessinent actuellement.

Il faut d'autres mesures, qui encadrent le système de santé en tenant compte de ses acteurs et de ses utilisateurs; le managed care et la garantie de qualité sont de telles mesures et elles doivent être développées.

- Le cadrage du système de santé doit être partenarial – il ne peut pas être laissé à la responsabilité d'un seul acteur, quel qu'il soit. Cela suppose des rapports clairs et équilibrés entre partenaires, ces rapports devant le cas échéant faire l'objet de contrats comme dans le managed care.

Ce partenariat exclut notamment, on l'aura compris, des options comme la «liberté de contracter» ou les «modèles de listes».

Que cela signifie-t-il concrètement?

Tout d'abord que nous ne pourrions pas accepter une simple prolongation de la clause du besoin dans sa forme actuelle. Cela doit être clairement dit!

Ensuite que nous continuerons à agir pour des mesures qui permettent de gérer notre système de santé tout en respectant ce qui en fait le cœur: l'accès aux soins pour toutes et tous, le libre choix du médecin, la qualité, la liberté thérapeutique.

Ces mesures sont essentiellement de deux ordres.

Il s'agit d'abord du *managed care*. Nous allons poursuivre notre soutien aux révisions de la LAMal qui permettront un développement plus large des réseaux de soins, en nous fondant sur les «Thèses» que nous avons développées l'an dernier [1].

Ces dernières posent notamment comme bases de réflexion, dans ce domaine, une intégration volontaire au managed care, tant pour les patients que pour les médecins; la possibilité d'être médecin de référence ouverte tant aux médecins de premier recours qu'aux spécialistes; et la possibilité de développer des modèles variés adaptés aux besoins et aux différences régionales. Elles comprennent aussi l'introduction d'incitatifs financiers, indispensables pour soutenir développement du managed care.

Il s'agit ensuite d'une *redéfinition des critères de qualité et d'économicité* exigibles des médecins autorisés à pratiquer en Suisse.

L'assemblée des délégués a considéré que le corps médical devait là faire un pas en avant, ouvrir la porte à des solutions innovantes, bref: assouplir ses positions pour permettre des discussions qui fassent évoluer la situation politique – cette dernière est bloquée depuis trop longtemps!

Nous réactiverons donc une proposition faite par la FMH il y a trois ans, visant à introduire dans la LAMal un article donnant aux partenaires tarifaires la responsabilité de définir en commun des critères de qualité et d'économicité. Ces critères qui pourront conditionner l'obligation de contracter – une nouveauté importante dans la position de la FMH.

Cela permettra de s'assurer que quiconque souhaite pratiquer en Suisse satisfait à des exigences élevées, et uniformes.

En résumé ...

L'assemblée des délégués de la FMH a clairement pris acte de ce que la gestion du système de santé demande un «monitoring» de la démographie médicale. Une gestion purement arithmétique des «prestataires de soins» ne suffira cependant en aucun cas à répondre aux problèmes qui se dessinent actuellement.

Il est donc indispensable de poursuivre une promotion énergique du managed care, sur la base des «Thèses» de la FMH.

L'introduction de critères de qualité et d'économicité définis de façon partenariale par les médecins et les assureurs permettra de compléter les mesures visant à gérer notre système de santé de façon adéquate.

La FMH souhaite pouvoir largement collaborer avec le monde politique et le Département de l'intérieur dans la réalisation de ces objectifs.

Jacques de Haller, président de la FMH

1 FMH. Thèses de la FMH concernant deux thèmes d'actualité essentiels du domaine de la santé – l'essentiel en bref. Oui aux réseaux et à la qualité – oui au «Managed Care». Bull Méd Suisses. 2006;87(36):1535-40.