

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Monsieur Alain Berset  
Inselgasse 1  
3003 Berne

Par e-mail: [tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch) et  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Lieu, date:	Berne, le 19 février 2021	Ligne directe:	031 306 93 85
Interlocutrice:	Agnes Nienhaus	E-mail:	<a href="mailto:agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch">agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch</a>

## **Prise de position sur les modifications d'ordonnance relatives à l'admission des fournisseurs de prestations**

Monsieur le conseiller fédéral,  
Mesdames et Messieurs,

Dans votre courrier en date du 4 novembre 2020, vous nous avez invités à vous faire part de notre prise de position dans le cadre de la procédure de consultation citée plus haut. C'est avec plaisir que nous vous faisons part de notre évaluation du projet.

### **Remarques générales**

unimedsuisse reconnaît la nécessité de contrôler l'admission des fournisseurs de prestations dans les soins ambulatoires, et notamment dans les cabinets établis. Dès l'année 2016, dans le cadre du débat autour de l'augmentation des diplômes universitaires en médecine humaine, notre association avait souligné qu'il était important d'assurer, outre le nombre de diplômes de médecine, une bonne répartition des médecins dans les régions et de diriger les professionnels vers les spécialités de sorte à répondre aux besoins, et ce afin d'éviter des pénuries ou des surabondances de soins, ainsi qu'une mauvaise répartition entre les villes et les régions rurales. Cette problématique est notamment alimentée par le flux constant de spécialistes qualifiés qui quittent les hôpitaux pour s'installer dans des cabinets établis, et doivent alors être remplacés en permanence.

Après des années de contrôle de l'admission des fournisseurs de prestations ambulatoires par des décisions temporaires, unimedsuisse considère qu'il est désormais important d'établir un cadre juridique permettant de poser des bases solides pour une orientation des soins vers les besoins de la population. Une fois que la révision de la LAMal aura posé les conditions générales, les différentes ordonnances du projet dessineront l'organisation concrète du régime d'admission.

Dans ce qui suit, nous souhaitons aborder une à une les ordonnances présentées dans la procédure de consultation.

## **Modification de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal)**

unimedsuisse considère toujours les exigences de qualité définies à l'art. 58g de l'OAMal (y compris toutes les références à l'art. 58g dans d'autres articles) comme inutiles. La LAMal et d'autres lois imposent déjà de très nombreuses exigences de qualité aux fournisseurs de prestations médicales. Par ailleurs, le projet manque de cohérence sur la révision de la LAMal visant à renforcer la qualité et la rentabilité qui contraindrait les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs à conclure des contrats applicables dans toute la Suisse sur le développement de la qualité (contrats de qualité). La révision partielle de la LAMal visant à renforcer la qualité et la rentabilité doit inclure ces mesures de qualité/mesure de qualité de la fourniture de prestations.

unimedsuisse rejette les exigences de qualité présentées à l'art. 58g de l'OAMal et souhaite un **renforcement de la cohérence avec les dispositions de la révision partielle de la LAMal visant à renforcer la qualité et la rentabilité.**

## **Modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)**

unimedsuisse n'a aucune remarque spécifique quant aux modifications de cette ordonnance.

## **Nouvelle ordonnance concernant le registre des fournisseurs de prestations de l'AOS**

unimedsuisse s'attend à ce que l'assurance maladie se retrouve confrontée à une augmentation de la charge de travail et des coûts à supporter, engendrée par la procédure d'admission prévue, notamment les obligations de documentation. Il est donc impératif de réduire le nombre de registres, actuellement élevé, et de mieux exploiter les synergies.

Le nouveau registre des fournisseurs de prestations prévu par la nouvelle OAMal doit être établi en liaison étroite avec les registres existants, à savoir le registre des professions médicales (MedReg), le registre des professions de la santé (GesReg), le registre des professions de la psychologie (PsyReg), le registre national des professions de la santé NAREG et le registre des codes-créanciers (RCC). Le registre RCC existant peut être supprimé après la création du nouveau registre.

unimedsuisse demande une **mise en place non bureaucratique** du registre prévu, en évitant les doubles procédures. Un **rattachement étroit au MedReg** est considéré comme indispensable.

unimedsuisse approuve **par conséquent la variante 2 de l'ordonnance, avec un registre tenu par la Confédération**. Dans le cadre de la mise en place de ce registre, le **RCC doit être supprimé**.

## **Ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins dans le secteur ambulatoire**

L'ordonnance prévoit une planification du secteur des soins ambulatoires. Notre association reconnaît la nécessité de mécanismes de gestion gouvernementale adaptés pour les fournisseurs de prestations ambulatoires établis. Toutefois, nous considérons que le projet n'a pas été suffisamment réfléchi.

Nous souhaitons aborder la méthodologie fondamentale de l'estimation des besoins et de la fixation des nombres maximaux des fournisseurs de prestations. Le projet se base sur le rapport mandaté par l'OFSP « Critères et principes méthodologiques pour la fixation des nombres maximaux de médecins ».

Le rapport identifie clairement les faiblesses suivantes :

- Il est actuellement impossible d'établir une analyse ou une estimation fiable des besoins en l'absence des données nécessaires à cet effet pour la différenciation requise.
- Référence sur l'imprécision encore très grande des modèles d'analyse et d'estimation actuellement disponibles ainsi que des critères de fixation des nombres maximaux. Par conséquent, il est recommandé, dans le cadre législatif, de renoncer aux consignes méthodologiques sous la forme d'estimation et de fixation de nombres maximaux, et de ne définir que les principes absolus au niveau des bases légales. Il reviendrait alors aux cantons d'établir des méthodes lors de la mise en œuvre.
- Le principe fondamental consistant à affirmer que le degré actuel global d'approvisionnement en soins est adapté, ne possède pas de bons fondements scientifiques et nécessite donc l'élaboration d'autres bases. Les conclusions sur une éventuelle pénurie ou surabondance de soins ne doivent donc être tirées qu'avec réserve.

Selon les recommandations du rapport, les critères de planification contenus dans le projet sont extrêmement rudimentaires. Pour compenser les difficultés méthodologiques, l'ordonnance prévoit, à titre de précaution, la possibilité d'un facteur de pondération. Les cantons auraient alors la possibilité d'orienter la planification des besoins et les nombres maximaux en fonction de leurs objectifs politiques régionaux. On assisterait alors à une prolifération de méthodes de planification cantonales, sans bases scientifiques suffisantes. Selon l'expérience des planifications hospitalières cantonales pour les soins stationnaires ayant engendré des années d'incertitude sur les méthodes de planification appropriées, ainsi que le flou juridique en résultant pour de nombreux fournisseurs de prestations et cantons, cette procédure n'est pas compréhensible.

Par conséquent, unimedsuisse considère qu'il est important d'élargir les bases pour la fixation de nombres maximaux et de discuter impérativement entre cantons pour établir des principes et méthodes communs. Au niveau du contenu, nous souhaitons souligner plusieurs défauts méthodologiques dans les bases. unimedsuisse considère que l'absence de différenciation entre les offres établies et les services hospitaliers ambulatoires est problématique. En termes de contenu, les soins en cabinets établis et les soins hospitaliers ambulatoires ne couvrent pas les mêmes aspects. La théorie d'une substitution présentée par le rapport susnommé n'a aucune justification professionnelle, elle se base uniquement sur la consigne politique visant à établir une planification dans ces deux secteurs. Cette théorie n'a rien à voir avec la réalité des soins : seule une partie des offres ambulatoires est interchangeable entre les services hospitaliers ambulatoires et les cabinets établis. Ce principe s'applique notamment aux offres ambulatoires universitaires. La principale faiblesse de ce modèle réside dans l'absence totale de différenciation du niveau de soins dans le modèle. C'est-à-dire l'absence de différenciation entre les soins de base, les soins spécialisés et les soins hautement spécialisés qui existent également en médecine ambulatoire et gagne en importance avec l'externalisation des offres de services. La transition entre les niveaux de soins correspond souvent aux limites entre les cabinets établis et les offres hospitalières ambulatoires ; en effet, les hôpitaux effectuent des examens et des traitements qui ne peuvent pas être couverts par les cabinets eux-mêmes. Les services ambulatoires dans les hôpitaux gagnent également en importance dans les soins avant et après le séjour, et les consultations externes spéciales dans les hôpitaux universitaires sont particulièrement importantes pour les contre-expertises ambulatoires ou l'évaluation de maladies complexes et peu claires (par exemple, les maladies rares et autres). En pédiatrie et en médecine des adolescents, les soins d'urgence pédiatriques ambulatoires font totalement défaut, et il en va de même pour les autres disciplines spécialisées de la médecine des adultes.

En outre, la pandémie de covid 19 a montré très clairement que les services ambulatoires des hôpitaux doivent être prêts à intervenir dans les situations de crise, en particulier le week-end et pendant les fêtes, lorsque les patients suspects de covid n'étaient souvent même pas vus par le secteur des médecins généralistes, mais étaient laissés directement (en ambulance ou par voyage individuel) aux services d'urgence des grands hôpitaux, qui étaient constamment surchargés. Ces différences entre les offres des spécialistes en pratique privée et des services ambulatoires des hôpitaux doivent impérativement être intégrées à une planification mais sont totalement absentes du projet.

Sur la base de cette conception erronée, l'estimation des besoins est uniquement prévue au niveau des titres postgrades fédéraux selon la LPMéd. Tandis que cette différenciation est appropriée pour les cabinets établis, elle ne permet pas de représenter les soins ambulatoires dans les hôpitaux. Les soins hospitaliers ambulatoires sont très différenciés et regroupent un niveau nettement plus élevé de spécialisation ou de sous-spécialisation. La forme prévue pour la fixation des nombres maximaux ne permet donc pas une comptabilisation appropriée des besoins des hôpitaux, et encore moins leur planification pour l'avenir.

La médecine universitaire est particulièrement touchée par cette problématique : en effet, les hôpitaux universitaires ont impérativement besoin de professionnels pour de nombreuses sous-spécialisations, afin de pouvoir garantir leurs prestations ambulatoires spécialisées. Les restrictions des admissions présentent le risque que des experts qualifiés ne puissent pas être remplacés dans un domaine spécialisé, même si les sous-spécialisations concernées sont en manque de médecins.

En outre, les prestations ambulatoires et stationnaires ne peuvent pas être clairement distinguées à l'hôpital. Des restrictions strictes sur l'emploi de médecins dans les offres hospitalières ambulatoires remettraient en question les synergies actuelles entre les soins stationnaires et ambulatoires. Par ailleurs les transferts souhaités par le gouvernement entre les soins stationnaires et ambulatoires, ainsi que la flexibilité nécessaire à l'ajustement des procédures au sein des hôpitaux. Ce projet empêche donc de fournir des soins efficaces dans les hôpitaux et d'innover dans les procédures de traitement. Si les hôpitaux ne peuvent pas fournir leurs services ambulatoires, ils doivent continuer à les fournir en tant que patients stationnaires.

Par ailleurs, la médecine universitaire présente un besoin supplémentaire, issu de l'enseignement et de la recherche, ainsi que des strictes exigences posées par les hôpitaux universitaires en termes de formation continue. Étant donné que la formation continue dans le secteur ambulatoire est également prise en charge en grande partie par les hôpitaux, et de manière disproportionnée par les hôpitaux universitaires, le secteur ambulatoire des hôpitaux doit être suffisamment important.

Il convient par ailleurs de mentionner notamment le fait que la médecine universitaire est fortement marquée par les échanges internationaux et les prestations de la formation continue. Au niveau du personnel médical, on assiste donc à d'importants flux ; cette situation n'est pas négative, elle fait partie intégrante de la médecine universitaire et contribue à sa capacité d'innovation. L'application sans nuance de nombres maximaux et de contingents mettrait des obstacles à cet élément central de la médecine universitaire et risque de faire perdre son dynamisme à cette dernière. Cet aspect constitue un problème fondamental du projet : vu que la réglementation prévue complique l'admission de nouveaux médecins et garantit les droits des cabinets et médecins titulaires, elle assure une sécurité juridique, mais tout en mettant en place un mécanisme qui restreint les structures et les fournisseurs dynamiques, laissant ainsi la place à des fournisseurs moins innovants.

unimeduisse craint donc que le modèle proposé d'analyse et d'estimation des besoins et de calcul de nombres maximaux ne mène à d'importantes restrictions pour la médecine universitaire. Il n'est déjà pas

simple aujourd'hui de trouver des professionnels pour combler les postes vacants dans les différentes sous-spécialisations, et cela va devenir encore plus compliqué et probablement consommer encore plus de ressources, étant donné la charge administrative supplémentaire. La médecine universitaire sera donc restreinte dans l'exercice de ses fonctions élémentaires pour l'ensemble du système de santé, dans les soins, la formation, la formation continue, la recherche et l'innovation.

**unimedsuisse reconnaît la nécessité de la planification des fournisseurs de prestations dans les cabinets établis et approuve le débat au sujet de la manière de réaliser cette planification.**

**Toutefois, unimedsuisse considère que le modèle de mise en œuvre de cette planification dans le cadre de la nouvelle «Ordonnance sur la fixation de nombres maximaux de médecins dans le domaine ambulatoire» est totalement inapproprié** pour s'acquitter de cette tâche. Les critères et principes méthodologiques proposés pour la fixation des nombres maximaux se basent uniquement sur les soins ambulatoires en cabinets privés et ne tiennent pas compte des offres diverses dans les hôpitaux. Les bases conceptuelles doivent donc être impérativement clarifiées et adaptées à la situation réelle des soins.

**unimedsuisse rejette par conséquent le projet d'ordonnance et requiert la rédaction d'un nouveau projet qui fera l'objet d'une nouvelle procédure de consultation.**

Les aspects suivants doivent être pris en compte dans le nouveau débat et intégrés aux consignes légales.

- Estimation des besoins basée sur des fondements scientifiques;
- Principes fondamentaux d'une méthodologie uniforme et valeurs de référence uniformes également pour tous les cantons;
- Obligation d'utiliser la même méthodologie entre les cantons;
- Les besoins globaux dans les prestations ambulatoires doivent être déterminés après différenciation (ou comptabilisation séparée) des besoins dans les cabinets établis et le secteur hospitalier ambulatoire ;
- Différenciation obligatoire entre les niveaux de soins (soins de base, soins spécialisés, soins hautement spécialisés/universitaires) et prise en compte des sous-spécialisations nécessaires dans les hôpitaux;
- Intégration des besoins en personnel spécialisé pour la formation, la formation continue et la recherche;
- Création de mécanismes visant à garantir la flexibilité du recrutement dans les structures universitaires afin de conserver la capacité d'innovation;
- Intégration des interventions de réglementation (par ex. dans le domaine des transferts entre les soins stationnaires et ambulatoires).

Nous vous remercions de prendre en compte les points soulevés ici pour la modification ultérieure du projet. Nous restons à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

Meilleures salutations,



Bertrand Levrat  
Président de Médecine Universitaire Suisse