

Éditorial



Dr. med. Mariano Winckler
Membre du Comité de la VLSS

À la limite

Les hôpitaux réduisent leurs capacités d'accueil, des services sont fermés, des interventions sont ajournées et les délais d'attente se prolongent: les conséquences de la pénurie de main d'œuvre qualifiée dans le système de santé sont désormais visibles et perceptibles à bien des endroits. Les médecins cadres des hôpitaux sont particulièrement sollicités. Nombre d'entre eux ont déjà augmenté leur taux d'occupation. Et la situation ne semble pas vouloir se détendre – bien au contraire. En raison des problèmes au niveau du personnel, la charge de travail est encore accrue. Le stress et l'épuisement augmentent. Les évolutions actuelles nous atteignent au plus profond.

Toutefois, les milieux politiques semblent avoir des difficultés à trouver des recettes efficaces contre l'exode de personnel dans le secteur de la santé. Pire encore: la pénurie de main d'œuvre qualifiée ne figure même pas parmi les priorités déclarées. Le débat politique reste dominé par la question des coûts de la santé et celle des primes d'assurance-maladie. Cela ne doit rien au hasard. La pression des coûts dans le domaine médical est instrumentalisée à dessein. Certains termes, comme primes et coûts, sont sciemment mélangés, et la politique est guidée par des statistiques trompeuses. Le corps médical fait bien de monter aux barricades, comme d'autres associations professionnelles de fournisseurs de prestations en font l'expérience positive.

Au lieu de mesures freinant la hausse des coûts, qui alimentent l'administration, nous avons besoin de meilleures conditions-cadre afin d'avoir davantage de temps pour la prise en charge des patients. Il en va de la qualité élevée des soins prodigués dans notre pays.

Contenu

- 2 Politique de la santé
- 4 Campagne politique
- 6 Politique de la santé
- 11 Coach my Career

« Politique guidée par des statistiques trompeuses »

Le Conseil fédéral et le Parlement envisagent de freiner la hausse des coûts de la santé au moyen d'objectifs en matière de coûts. Le corps médical s'y oppose. Yvonne Gilli, présidente de la FMH, avertit contre les répercussions d'une politique de la santé en mode ininterrompu et explique comment des statistiques trompeuses guident l'action politique.

Texte : Markus Gubler, Service de presse et d'information (PID), Photo : Monika Flückiger



Yvonne Gilli, présidente de la FMH : « En moyenne, les ménages peuvent aujourd'hui plus épargner qu'il y a 20 ans. Une explosion des coûts serait bien différente. »

La pression des coûts dans le système de santé donne le ton. Il y a quelques semaines, une organisation faîtière d'assureurs-maladie parlait « d'évolution dramatique des coûts », « d'explosion des coûts de la santé », « d'automne houleux en matière de primes » et d'une « évolution préoccupante ».

Ce discours n'est pas nouveau. Yvonne Gilli, présidente de la FMH, le précise dès l'entame de son exposé. En 1994 déjà, lors des débats précédant l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, des mots-clés tels que charge des primes ou « croissance effrénée des coûts » ont été avancés comme arguments.

Les primes ne sont pas des coûts

Yvonne Gilli explique comment la pression des coûts dans le secteur médical est instrumentalisée à dessein. Des termes sont sciemment mélangés – comme coûts de la santé et primes d’assurance-maladie. « Coûts et primes ne sont toutefois pas la même chose », affirme-t-elle. Alors qu’en 1996, environ 30% des soins médicaux étaient financés par les primes, ce pourcentage est aujourd’hui de quelque 38%. Les prestations médicales sont donc de plus en plus financées par l’assurance-maladie obligatoire. Les primes ont logiquement augmenté plus fortement que les coûts.

Un graphique de l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) illustre à merveille la manière dont les statistiques sont désormais utilisées à des fins politiques. Une diagonale tracée en rouge suggère que la hausse des primes est nettement plus prononcée que la croissance du PIB par habitant. Il est sciemment passé sous silence que ce graphique illustre la prime dite « standard ». En réalité, moins de 15% des assurés ont payé cette « prime standard » en 2020. La hausse des primes est représentée de manière sciemment déformée afin de pouvoir en tirer des arguments pour des réformes drastiques. Yvonne Gilli plaide pour une approche différenciée: ces dernières années, les primes ont augmenté, mais les revenus des ménages en ont fait de même. En moyenne, les ménages peuvent aujourd’hui épargner davantage qu’il y a 20 ans. Une explosion des coûts ne ressemble pas à ça, argue la présidente de la FMH.

Toujours plus d’interventions, toujours plus de lois

Ce constat ne convient pas. De manière constante, la pression des coûts dans la médecine sert à légitimer une médecine de plus en plus étatisée. Yvonne Gilli: « Depuis 2000, le nombre d’interventions en politique de la santé a été multiplié par cinq. Pendant ce temps, les textes législatifs ont doublé. » Un plus grand contrôle étatique n’est toutefois pas forcément synonyme de meilleurs résultats. Prenons l’exemple le plus récent: la gestion de l’admission des médecins. Entrée en vigueur en janvier 2022, elle doit déjà être révisée, car les cantons ne peuvent réglementer que de manière insuffisante l’offre médicale.

Un scénario similaire n’est pas exclu avec l’introduction prévue d’objectifs en matière de coûts. Dans des pays comme l’Allemagne, la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas, des budgets globaux sont appliqués depuis des années. Cela n’a toutefois nullement freiné l’envolée de leurs dépenses de santé. Les tentatives de contrôle malheureuses de l’État sont faites au détriment des patientes et patients. Ceux-ci paient des contributions plus élevées et souffrent d’un accès restreint aux prestations médicales. La présidente de la FMH explique qu’en Grande-Bretagne, neuf adultes sur dix n’obtiennent actuellement plus de rendez-vous auprès d’un cabi-

net de soins dentaires reconnu par l’État. Le sous-financement par l’État du système conduit à une carence en soins médicaux pour la population. Le rationnement est le résultat d’une planification inappropriée.

Facteurs de succès dans le viseur

La situation en Suisse est différente. Pour Yvonne Gilli, cela tient au principe d’assurance et au partenariat tarifaire. En ce qui concerne le principe d’assurance, l’assurance-maladie définit au préalable les risques et les prestations assurés. Au besoin, les prestations sont prises en charge. Ce principe est en flagrante contradiction avec tout type de budgétisation à visée politique. La FMH a donc demandé une expertise juridique à cette fin. Sa conclusion est la suivante: un plafonnement des prestations conformément à des objectifs en matière de coûts serait anticonstitutionnel. Le second facteur de succès, à savoir le partenariat tarifaire, est lui aussi dans le viseur. À plusieurs reprises déjà, les partenaires tarifaires ont soumis – sans succès – le tarif médical révisé TARDOC au Conseil fédéral. Or, le tarif médical toujours en vigueur est obsolète et contient des incitations erronées. Une autre réforme proposée, que le corps médical soutient pleinement, est également bloquée sur le plan politique, à savoir le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). EFAS permet d’économiser un milliard de francs par année et favorise les modèles de soins comme les soins intégrés. Une solution judicieuse qui ne nuit pas aux patients.

Yvonne Gilli le résume ainsi: « Nous voulons fournir les meilleurs soins possibles pour des coûts les plus bas possible. » Il y aura cependant toujours des personnes qui auront besoin d’un soutien ciblé. La politique de la santé actuelle a plutôt généré une usine à gaz réglementaire. Elle tourne à plein régime et favorise désormais aussi des interventions qui touchent aux fondamentaux. Des facteurs de succès de notre système de santé sont vidés de leur substance.

Médecins en faveur pour un système de santé raisonnable

Le Parlement débat de projets de lois qui mettent en péril les soins prodigués aux patientes et patients. De nombreuses sociétés de médecine cantonales s'y opposent et ont lancé une campagne politique pour le faire savoir. La VLSS soutient la campagne.

Texte : Markus Gubler, Service de presse et d'information (PID)

Les milieux politiques menacent d'intervenir dans le système de santé de manière pouvant compromettre les soins prodigués aux patientes et patients. Les patients âgés, souffrant de maladies chroniques ou polymorbides en seraient particulièrement affectés. Les médecins feraient aussi partie des perdants de ces réformes. Les objectifs en matière de coûts, quels que soient leur dénomination finale, minent la confiance entre le médecin et le patient, ce qui est dangereux. Une patiente ne pourra ainsi pas avoir la certitude que sa doctoresse lui refuse une certaine thérapie car elle considère que cette thérapie n'est pas adéquate ou parce que la doctoresse est contrainte de réaliser des économies.

Face à cette situation alarmante, des sociétés de médecine cantonales ont décidé de lancer une campagne politique. Des médecins s'opposent énergiquement contre des mesures qui sont synonymes de dégradation des soins prodigués à leurs patientes et patients. La relation de confiance entre le médecin et le patient est un élément central de la médecine. Elle doit être protégée.

La campagne souligne en outre le fait que les médecins défendent un système de santé qui est au service du patient. Les médecins s'engagent pour une médecine économique. Les réformes doivent bénéficier aux patientes et patients. La campagne fait donc des médecins et patients des alliés. Au cours d'un dialogue fictif, ils expriment ce qu'ils attendent du système de santé.

Campagne lancée fin août 2022

Dans l'optique de la session d'automne des Chambres fédérales, des annonces ont été publiées dans de nombreux médias suisses. Cette campagne a été conçue en collaboration avec Hermann Strittmatter, GGK, un publicitaire expérimenté dans le domaine

politique. Il accompagne depuis de nombreuses années des campagnes nationales de votation. Il a conçu et réalisé la campagne il y a trois ans, en collaboration avec la Société des médecins du canton de Berne. Au vu des projets de réforme de vaste portée, elle a récemment été mise à jour.

De Coire à Lausanne

De nombreuses sociétés de médecine, ainsi que la VEDAG et la SMSR, les associations faitières des médecins de Suisse alémanique et de Suisse romande, ont repris la campagne. La FMH apporte son concours. De Bâle à Frauenfeld, de St-Gall à Coire et de Zurich à Lucerne en passant par Aarau, des versions adaptées des dialogues sont publiées dans des médias imprimés et en ligne, locaux et régionaux. En Suisse romande, le matériel de campagne est mis à disposition dans les cabinets médicaux. Dans un second temps, les réseaux sociaux seront activés.

La campagne ne fait que débiter, et le chemin menant à un système de santé avec discernement est encore long. Il s'agit surtout de garantir que les médecins puissent décider selon des critères médicaux quelle thérapie est la bonne pour tel ou tel patient.

Soutenez la campagne!

La VLSS soutient elle aussi la campagne dans la limite de ses possibilités. Ainsi, elle utilise des signatures d'e-mail particulières dans sa communication électronique. Vous aussi pouvez soutenir activement la campagne! Vous trouverez sur le site web de la VLSS un modèle de signature en téléchargement. De brèves explications sont en outre fournies sur la manière d'intégrer cette signature à votre messagerie électronique. Qu'attendez-vous donc?

www.vlss.ch/fr/politique/campagne

La VLSS soutient la campagne politique des sociétés cantonales de médecine.

gdk

Ensemble pour un système de santé raisonnable.

«Je ne veux pas d'un médecin qui me soigne chronomètre en main.»

«Je refuse qu'on m'oblige à rationner le temps que je dois à mes patients.»



Les principaux arguments:
www.medecins-et-patients.ch

Médecins et patients –
ensemble, les uns pour les autres.

Action pour un système de santé raisonnable,
Postgasse 19, 3000 Berne 8

gdk

Ensemble pour un système de santé raisonnable.

«Je ne tolérerai pas que mon médecin me considère comme un facteur de coût.»

«Je refuse de traiter mes patients comme des facteurs de coût.»



Les principaux arguments:
www.medecins-et-patients.ch

Médecins et patients –
ensemble, les uns pour les autres.

Action pour un système de santé raisonnable,
Postgasse 19, 3000 Berne 8

Les annonces de la campagne font des médecins et des patients des alliés.

Rapport de la Chambre médicale du 27 octobre 2022 et concernant l'avancement de la législation LAMal en matière de frein aux coûts

En 2019, le Conseil fédéral a adopté le message concernant la révision de la LAMal pour des mesures visant à freiner la hausse des coûts - volet 1. Le Parlement a divisé ce volet en deux volets 1a et 1b et adopté le premier volet (1a) le 18 juin 2021. Les premières mesures sont entrées en vigueur début 2022.

Texte : Thomas Eichenberger, docteur en droit, directeur administratif de la VLSS

Volet de frein aux coûts 1a

Le volet 1a comprend six mesures concernant en premier lieu le domaine ambulatoire. Trois de ces mesures sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Il s'agit des mesures concernant « une copie systématique de la facture aux assurés », d'une « introduction d'une organisation tarifaire nationale pour le domaine ambulatoire » et d'un « montant maximal d'amende de CHF 20000 » pour les sanctions pouvant être prononcées contre les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences légales, qui contreviennent aux accords contractuels concernant l'économie et la qualité des prestations ou qui enfreignent les dispositions concernant la facturation. Pour rappel: les demandes de restitution de la part des assureurs-maladie en raison d'une surmédicalisation (polypragmasie) et/ou d'une application erronée du tarif ne sont pas des sanctions pures, et les montants en jeu peuvent être nettement plus élevés.

Récemment, les partenaires tarifaires ont décidé à l'unanimité de fonder l'Organisation des tarifs médicaux ambulatoires (OTMA) réclamée par le législateur. Elle aura des tâches similaires et fonctionnera de manière identique à l'organisation tarifaire Swiss-DRG SA, qui a fait ses preuves et qui est également portée par les partenaires tarifaires, ainsi que la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). L'avantage des organisations tarifaires est d'améliorer le professionnalisme de la prise de décision en matière tarifaire, tout en la dépolitisant. L'OTMA doit être opérationnelle d'ici fin 2024 au plus tard.

Le 3 juin 2022, le Conseil fédéral a décidé, en réponse à la demande d'approbation des partenaires tarifaires FMH et curafutura, que le « tarif à la prestation

Après les mises en garde du Conseil fédéral contre un rationnement, le Conseil national a lui aussi clairement rejeté l'initiative sur le frein aux coûts du parti «le centre».



TARDOC» n'était pas encore prêt à être approuvé. La demande d'approbation n'a pas été rejetée. Dans un courrier du Conseil fédéral aux partenaires tarifaires soumissionnaires (curafutura et la FMH), des exigences concrètes ont toutefois été formulées quant aux obligations auxquelles il doit encore être répondu avant que TARDOC puisse être approuvé. En principe, TARDOC n'est toutefois pas conçu comme un tarif à la prestation. TARDOC et d'éventuels «forfaits ambulatoires» susceptibles d'être approuvés dans l'intervalle doivent être remis au Conseil fédéral pour approbation d'ici fin 2023 au plus tard. Contexte: à l'avenir, les tarifs forfaitaires par patient se rapportant à des traitements ambulatoires devront également reposer sur une structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse. Les forfaits priment le tarif à la prestation s'ils ont fait l'objet d'un accord entre partenaires tarifaires. Les partenaires tarifaires peuvent convenir de tarifs forfaitaires par patient valables à l'échelon régional pour certains traitements ambulatoires qui ne reposent pas sur une structure tarifaire uniforme à l'échelon national pour autant que des spécificités régionales le requièrent notamment.

L'entrée en vigueur des nouveaux tarifs dans le domaine ambulatoire est ainsi sans cesse reportée. Tant les tarifs des cabinets médicaux dans le domaine ambulatoire que – et en particulier – les tarifs pour les prestations hospitalières ambulatoires restent donc plus ou moins inchangés pour une période indéfinie. La «disette due à des tarifs ne couvrant pas les coûts» perdure donc, et l'on peut se demander si cela ne relève pas d'une volonté politique. Un tel «programme secret» serait toutefois contraire à l'intention de freiner la hausse des coûts liées aux transferts de plus en plus fréquents des prestations vers l'ambulatoire («l'ambulatoire prime le stationnaire»). Le financement uniforme soutenu énergiquement depuis des décennies par la FMH et surtout la VLSS, ou désormais la réforme EFAS acceptée en grande partie au terme de la consultation, permettrait non seulement de freiner la hausse des coûts mais également d'alléger la charge des assurés. En effet, les cantons (contribution d'au moins 25,5%) et les assureurs-maladie (contribution d'au plus 74,5%) financeraient à l'avenir conjointement et de manière uniforme tant le domaine stationnaire que le domaine ambulatoire (cf. www.pro-efas.ch).

Les autres mesures du volet 1a, à savoir la «divulgaration de données dans le domaine tarifaire ambulatoire» et «l'article relatif aux projets pilotes» doivent être concrétisés au niveau des ordonnances, à savoir l'OAMal et l'OSAMal. Les fournisseurs de prestations et leurs faïtières, les assureurs et leurs faïtières de même que les organisations tarifaires auront à l'avenir l'obligation de divulguer au Conseil fédéral ou aux autorités cantonales compétentes, sur demande et gratuitement, les données requises pour s'acquitter des tâches de tarification. À l'avenir, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) pourra approuver des projets pilotes testant de nouveaux modèles visant à freiner la hausse des coûts, renforçant la qualité du système de santé et encourageant la numérisation.

Volet de mesures 1b

Suite aux propos du Conseil fédéral quant à une menace de rationnement, le Conseil national a lui aussi rejeté clairement l'initiative du Centre «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» considérant qu'elle mettrait en péril notre système de santé. Dans le même temps, le Conseil national a toutefois maintenu le principe des objectifs en matière de coûts, contrairement aux recommandations de la commission chargée de l'examen préalable. Les délibérations sur le volet de mesures 1b, ont notamment porté sur l'article 47c LAMal, qui vise à obliger les partenaires tarifaires à un pilotage des coûts selon les consignes des autorités. Les conséquences dommageables que peut avoir un remboursement des soins médicaux géré politiquement ont, ces dernières années, été sans cesse rappelées par la FMH et la VLSS. Suite à une proposition de compromis de la Commission de la santé publique du Conseil des États lors de la session d'automne, les partenaires tarifaires ont certes pour mandat de surveiller les coûts dans leur domaine et de prendre des mesures correctrices dès que l'évolution des coûts ne peut pas être expliquée par des facteurs tels que le vieillissement de la population. Mais à la différence de la version du Conseil fédéral et du Conseil national, les autorités fédérales et cantonales n'ont pas de compétence subsidiaire pour



Dans un réseau de soins coordonnés, les professionnels de la santé de différentes professions se réunissent sous la direction d'un médecin, afin d'offrir un service médical de qualité. Cette mesure se heurte à la critique des réseaux existants.

intervenir si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à un accord. Cela élimine pour l'heure le risque de voir être imposées des prescriptions budgétaires à visée politique ou un sous-financement ordonné au niveau politique, et donc une mise en péril des soins aux patients. Lors des délibérations sur les objectifs d'économie en tant que contre-proposition à l'initiative du Centre, la question du « budget global » devra par contre à nouveau être discutée au Parlement. Et il n'est pas exclu que la FMH doive au final recourir au référendum contre l'inscription de tels objectifs d'économie. Après l'élimination de la dernière divergence concernant l'art. 47c LAMal, le volet de mesures 1b a été adopté par le Parlement le 19 septembre 2022. Dans le cadre de ce projet, le Parlement s'est exprimé de manière déraisonnée en faveur d'un « droit de recours des associations d'assureurs-maladie contre des décisions de planification hospitalière dans les cantons ». Swissmedic pourrait quant à elle procéder à l'avenir à des simplifications pour « l'admission de médicaments d'importation parallèle ». Le droit de substitution de la pharmacienne ou du pharmacien est au final concrétisé par le fait que le Conseil fédéral puisse désormais définir « à quelles conditions des médicaments

ne sont pas considérés comme équivalents sur le plan médical », ce qui empêche alors toute substitution. Toutefois, « l'introduction d'un système de prix de référence pour les génériques » a été rejetée.

Les hausses de primes actuelles mettent justement en évidence le fait qu'il ne faut pas n'importe quelle mesure unilatérale, mais plutôt un frein aux primes et aux coûts efficace. Il faut commencer par reconnaître que les primes augmentent plus fortement que les coûts et prendre des mesures ciblées sur la base d'analyses différenciées concernant la charge et l'évolution des primes. La mise en œuvre d'EFAS devrait – comme expliqué – être privilégiée, car cette harmonisation des systèmes incitatifs entre le domaine ambulatoire et stationnaire permet dans tous les cas de faire baisser les coûts. La Commission de la santé publique du Conseil des États a tout de même mené à terme les débats portant sur la réforme EFAS. Désormais, le financement uniforme doit également comprendre les soins. Les discussions à ce sujet pourraient se prolonger au sein des Chambres fédérales (au Conseil des États en premier lieu).

Deuxième volet de mesures

Le 7 septembre 2022, le Conseil fédéral a adopté le message concernant la révision de la LAMal pour des mesures de frein aux coûts, deuxième volet. Le Conseil fédéral a alors présenté comme mentionné un contre-projet indirect à l'initiative populaire «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)» du Centre. Le contre-projet indirect comprenait en particulier la proposition de mise en œuvre d'un objectif en matière de coûts pour l'évolution des coûts dans l'AOS (budget global) et huit autres mesures devant contribuer à réduire, au niveau médicalement nécessaire, les coûts à charge de l'AOS.

Le 28 avril 2021, le Conseil fédéral a décidé d'extraire du volet la proposition d'objectifs en matière de coûts et d'en poursuivre le traitement de manière séparée jusqu'à son adoption. L'introduction d'objectifs en matière de coûts représente désormais à elle seule le contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts.

Les mesures du deuxième volet ont été à nouveau examinées de manière détaillée suite aux retours reçus lors de la consultation. Parmi les neuf mesures proposées dans le projet mis en consultation, deux mesures ont fort heureusement été écartées (premier point de contact et programmes de prise en charge des patients), hormis la question des objectifs en matière de coûts extraite pour en faire le contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts.

S'y ajoute par contre une autre mesure concernant les prestations des pharmaciennes et pharmaciens. Le volet contient donc des modifications concernant sept mesures. Il se concentre apparemment sur le renforcement des soins coordonnés ainsi que sur les compétences de la Confédération en ce qui concerne l'indemnisation des prestations médicales, afin que celles-ci puissent à l'avenir être fournies plus avantageusement. La révision de la LAMal crée les bases légales nécessaires notamment pour les mesures suivantes (qui ne sont pas mentionnées ici de manière exhaustive):

- Le «réseau de soins coordonnés» est défini comme nouveau fournisseur de prestations selon l'art. 35 LAMal. Un réseau de soins coordonnés voit des spécialistes de la santé de différents métiers se regrouper sous une direction médicale afin de proposer une prise en charge médicale «d'un seul tenant» correspondant aux besoins du patient. Cette mesure est davantage critiquée qu'applaudie par les réseaux existants, surtout en raison des obligations administratives à remplir qui sont redoutées.

- Le Conseil fédéral est habilité à définir «quand et comment l'examen périodique des prestations» selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économie (EAE) est effectué. Des questions de mise en œuvre relativement complexes, dans certaines circonstances, sont ainsi soulevées en lien avec les

prix des médicaments figurant dans la liste des spécialités (LS), qui sont actuellement soumis à une révision tous les trois ans.

- Des «modèles de prix et remboursements» décrivent de nouvelles réglementations possibles, qui offrent un accès (donc le remboursement) à une nouvelle technologie en matière de soins à certaines conditions. En fait par exemple partie la possibilité de décider un remboursement en cas de non-réponse à un traitement médicamenteux. La consultation de documents officiels selon la loi fédérale sur le principe de la transparence dans l'administration (LTrans) doit pouvoir être refusée pour de tels modèles de prix ou remboursements (en raison de leur caractère confidentiel). L'intégration d'une telle disposition exceptionnelle est inévitable dans le contexte international (car il est majoritairement renoncé à de tels modèles). Sans la réglementation exceptionnelle dans la LTrans comme indiqué, le risque est que les détenteurs des autorisations ne soient plus disposés à accepter des modèles de prix, voire qu'ils renoncent à déposer des demandes d'admission dans la LS pour des produits essentiels aux soins.

- Les autorités cantonales doivent «définir des tarifs de référence pour les traitements électifs stationnaires extracantonaux». Les tarifs de référence se réfèrent au tarif pour un traitement comparable dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste hospitalière du canton de domicile. Cette mesure vise à favoriser la concurrence intercantonale entre les hôpitaux.

- Tous les fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire auront à l'avenir «l'obligation de transmettre leurs factures sous forme électronique».

- La «réglementation des prestations pouvant être réalisées à charge de l'AOS par les pharmaciennes et pharmaciens» va être revue. Cela comprend notamment la possibilité de réaliser des prestations autonomes dans le cadre de programmes de prévention ou des prestations de conseil pharmaceutique pour optimiser la thérapie médicamenteuse.

teuse et l'observance thérapeutique indépendamment de la remise de médicaments.

Les mesures supplémentaires envisagées au niveau de l'OAMal et de l'OPAS dans le domaine des médicaments ont soulevé des critiques particulières. La procédure de consultation sur ces révisions d'ordonnances a pris fin en septembre. Les critiques portent principalement sur l'introduction prévue du «principe d'économicité» au lieu de celui de «soins appropriés et de qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible» inscrit dans la loi. Cela pourrait notamment conduire à ce qu'à l'avenir des entreprises pharmaceutiques ne puissent pas demander l'admission de nouveaux médicaments efficaces dans la liste des spécialités (LS).

La participation aux coûts en cas de quote-part différenciée serait désormais de 50% au lieu de 20% s'il n'y a aucun motif d'ordre médical à recourir à la préparation originale. Enfin, les motifs d'ordre médical qui, dans le cas particulier, peuvent justifier la remise de la préparation originale, meilleure mais plus chère, ne pouvant pas être substituée à 100% par le générique ou le biosimilaire, seraient limitées («élaboration d'une liste des exceptions à la substitution par l'OFSP sur conseil de la Commission fédérale des médicaments CFM»). Cela aurait vraisemblablement une incidence perceptible sur la qualité des soins et représenterait une limitation de la liberté de traitement. En effet, il est craint qu'une commission composée selon des critères d'ordre politique établisse une liste nettement trop restrictive des exceptions possibles malgré les conseils de la CFM.

Enfin, les réglementations pour le remboursement dans le cas particulier (art. 71a-71d OAMal) doivent être revues en profondeur. À cet égard, il est notamment prévu que le médicament permette une amélioration du traitement d'au moins 35% par rapport aux thérapies existantes pour qu'il puisse être remboursé. De plus, les assureurs-maladie doivent appliquer des rabais fixes pour le remboursement de ces médicaments. Cette partie de la révision en particulier fait l'objet de critiques (cf. prise de position commune du 11 octobre 2022 de 21 organisations du système de santé).

Conclusion

La technique du saucissonnage pour la mise en œuvre de mesures de frein aux coûts sans cesse renouvelées, le jeu tactique des autorités et du Parlement, ainsi que la lisibilité du statut actuel de l'immense machinerie législative, sont maintenus. Qu'est-ce qui est déjà en vigueur, qu'est-ce qui a été décidé mais n'est pas encore entré en force et qu'est-ce qui n'est pour l'instant que discuté? Seuls des spécialistes – et encore – conservent une vue d'ensemble. Une plus grande coordination serait nécessaire, car la réalisation d'une approche réglementaire supérieure fait défaut. Le modèle «réseau de soins coordonnés» n'est pas une solution, mais poursuit une approche exclusivement réglementaire, avec de nouvelles compétences de l'État et des obstacles administratifs et tarifaires. Il serait seulement désavantageux pour les modèles d'assurances alternatifs existants (par ex. modèles de médecins de famille), qui souhaitent également améliorer la coordination de leurs prestations sans restructuration, et encourager la collaboration interprofessionnelle sans alourdir les procédures bureaucratiques.

Cette évolution pourrait aussi être décrite en insistant sur les visées politiques non exprimées d'une «étatisation du système de santé» avec toutes les conséquences négatives que cela peut avoir pour les soins prodigués à la population, ainsi que des obstacles administratifs de plus en plus nombreux. Manifestement, cette majorité et ses demandes ont pour l'instant préséance, au vu de la charge des primes dont s'acquitte la population en bonne santé, sur les besoins des patientes et patients.

Membres entrés dans l'association

Baumann Frederic, PD Dr. med., Chefarzt, Spital Schiers
Chautems Roland, Professeur, Chef de Service, Réseau Hospitalier Neuchâtelois
Fuchs Oliver, PD Dr. med., Leitender Arzt, Luzerner Kantonsspital
Klass Natalie, Dr. med., Leitende Ärztin, Kantonsspital Graubünden
Mehling Matthias, PD Dr. med., Kaderarzt, Universitätsspital Basel
Nussbaumer François, Dr., Médecin-chef, Hôpital du Jura
Traupe Tobias, PD Dr. med., Leitender Arzt, Spital Tiefenau, Bern

Coach my Career cherche des mentors

Aimeriez-vous, vous aussi, transmettre votre expérience professionnelle à des collègues plus jeunes? Alors inscrivez-vous comme mentor au programme intergénérationnel «Coach my Career». Vous trouverez de plus amples informations (en allemand) sur :

www.vlss.ch/fr/carriere/coach-my-career

Les membres de la VLSS bénéficient de conditions préférentielles auprès de l'établissement Private Hochschule Wirtschaft PHW à Berne

La VLSS et la Private Hochschule Wirtschaft PHW à Berne ont conclu un accord de coopération. La PHW de Berne propose à tous les membres de la VLSS **un rabais direct de 5%** sur toutes les formations et formations continues suivies à titre personnel auprès de la haute école.

Plus d'informations (en allemand) sur : www.phw.ch/vlss

Contact

Médecins cadres des hôpitaux suisses (VLSS)

Secrétariat Amthausgasse 28, 3011 Berne
T +41 (0)31 330 90 01 | info@vlss.ch | www.vlss.ch

Conseil juridique de VLSS

La VLSS propose à ses membres une aide juridique avec une procédure en trois étapes:

Étape 1 Chaque membre a droit à une **assistance juridique gratuite**. Les demandes peuvent être adressées par e-mail (info@vlss.ch) au juriste de l'association. Celui-ci donne des recommandations pour la suite des opérations. Dans la mesure où aucun élargissement n'est entrepris, le conseil est normalement terminé au bout de deux à trois contacts.

Étape 2 Si une **représentation par un avocat** est souhaitée ou objectivement nécessaire, le membre peut faire la demande de protection juridique auprès du directeur administratif. Dans ce cas, **celui-ci obtient une contribution unique aux frais effectivement occasionnés d'un montant maximal de CHF 2000.-**. Le membre décide s'il souhaite demander au comité de la VLSS de prendre également officiellement position sur une thématique dans l'intérêt du membre. (Le Comité décide de l'octroi d'une contribution aux coûts demandée si la demande a été refusée par le directeur administratif, mais que le membre continue à la soumettre au Comité.) Le soutien conformément au chiffre (2) doit être réalisé par un avocat mandaté par le membre et recommandé par le directeur administratif de la VLSS. Une telle contribution aux frais **n'est octroyée que** si le membre concerné ne dispose **d'aucune assurance protection juridique**. Nous conseillons eu égard au chiffre (3) tout de même **de souscrire une assurance de protection juridique** par le biais de la VLSS auprès **de l'AXA-ARAG ou de souscrire une assurance équivalente auprès d'une autre compagnie**.

Étape 3 Le soutien pour la représentation par un **avocat dépassant le cadre financier de CHF 2000.-**, n'est accordé que dans des cas extraordinaires d'une importance fondamentale pour la VLSS et ses membres, dans la mesure où le membre ne dispose **d'aucune assurance de protection juridique**. Les frais d'avocat doivent être en principe couverts par le biais de l'assurance de protection juridique du membre mentionnée plus haut au chiffre (2); pour l'accord de demandes extraordinaires, c'est le Comité de la VLSS qui est finalement responsable sur demande du directeur administratif.