

Communiqué de presse – Berne, le 19 novembre 2020

Attention aux mesures irréflechies pour maîtriser les coûts

Le 2^e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, dont la consultation se termine aujourd'hui, comprend des mesures telles que la levée du libre choix du médecin et des objectifs de maîtrise des coûts pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Deux mesures que la FMH rejette. En revanche, la FMH soutient des mesures qui économisent sur les structures sans limiter la prise en charge médicale des patients.

L'objectif de maîtrise des coûts est la mesure la plus interventionniste du DFI à ce jour

Les objectifs de coûts engendrent des temps d'attente, des traitements repoussés ou des reports d'interventions avec de possibles conséquences négatives pour les patients. Ces derniers risquent de se voir refuser des traitements, des thérapies ou des interventions auxquels ils auraient pourtant le droit en vertu du principe d'assurance. Pour la FMH, les objectifs de coûts sont la mesure qui aura les incidences les plus graves sur la prise en charge médicale, car ils débouchent sur une médecine à deux vitesses, telle qu'on peut l'observer dans d'autres pays. L'avis de droit émis par le Prof. Kieser, expert en assurance, montre par ailleurs que des mesures telles que les budgets globaux, les objectifs de maîtrise des coûts et les tarifs dégressifs ne sont pas conformes à notre Constitution, justement parce qu'elles sont contraires au principe d'assurance. Rappelons également cette étude de 2019, demandée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) : la comparaison entre cantons avec et sans objectifs de coûts n'avait pas permis d'attribuer un effet de maîtrise de coûts aux budgets globaux.

Point de premier contact et levée du libre choix du médecin

La population suisse est attachée au libre choix du médecin et cela a été plusieurs fois confirmé dans les urnes. Aujourd'hui, un assuré qui le souhaite a déjà la possibilité de limiter ce libre choix et de bénéficier d'une réduction de primes en choisissant un modèle d'assurance correspondant. Celles et ceux qui, comme la majorité des assurés, optent délibérément pour un modèle de médecin de famille, se rendent en premier chez leur généraliste en cas de problèmes de santé. Si le point de premier contact devait leur être imposé, il ne serait pas certain que ces personnes puissent consulter le médecin de famille de leur choix. Il faudrait en effet que celui-ci figure sur la liste des points de premier contact de leur canton de résidence. Or ce serait aux autorités cantonales de déterminer quels médecins inscrire sur cette liste. Enfin, le Conseil fédéral fixerait les conditions dans lesquelles un patient peut changer de point de premier contact, et les conditions dans lesquelles l'assurance d'un patient peut le déterminer pour lui. Pour la FMH, il est primordial de laisser au patient le choix de son médecin et de ne pas le lui imposer par l'État.

Réseaux de soins coordonnés

Sur le principe, la FMH approuve l'introduction d'une nouvelle catégorie de fournisseurs de prestations « Réseaux de soins coordonnés ». Par contre, les conditions d'exploitation que le législateur entend mettre en place vont beaucoup trop loin pour la FMH. Il veut qu'il soit inscrit dans la loi et les ordonnances comment ces entreprises doivent être organisées, comment la coordination doit se dérouler tout au long du traitement et quel personnel doit être présent. Il est beaucoup plus judicieux que ces réseaux soient mis sur pied par les acteurs de la santé, qui ont déjà l'expérience des patients et de leurs besoins.

Maîtrise des coûts sans restriction de la prise en charge médicale des patients

Une mesure prometteuse pour freiner la hausse des coûts serait le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières. Dans ce cas, privilégier l'ambulatoire permettrait d'économiser sur les primes et non de les augmenter comme c'est le cas actuellement. En effet, aujourd'hui, une prestation fournie lors d'une hospitalisation est pour moitié financée par les primes. Si cette même prestation est effectuée en ambulatoire, elle est totalement couverte par les primes. Les acteurs de la santé sont tous d'accord pour cette réforme, à l'exception des cantons qui s'y opposent faute d'une solution uniforme pour les coûts des soins infirmiers. Un autre potentiel d'économies structurelles existe aussi, il s'agit de la planification hospitalière supracantonale, que le Conseil fédéral et des experts appellent de leurs vœux depuis des années, avec la création de cinq à six régions hospitalières en Suisse. Pour conclure, des milliers d'heures de travail de médecins pourraient être économisées chaque année, si l'on réduisait leur charge administrative, que ce soit à l'hôpital ou au cabinet. Les médecins exerçant une activité clinique passent 30 minutes de plus par jour à remplir des dossiers qu'il y a huit ans. Or ces heures de travail en dehors des soins directs ont un coût. Et les médecins veulent soigner des patients, pas traiter toujours plus de documents.

Renseignements :

Charlotte Schweizer, cheffe de la division Communication
Tél. 031 / 359 11 50, courriel : kommunikation@fmh.ch

La FMH est l'association professionnelle des médecins suisses. Elle représente plus de 42 000 membres et fédère près de 90 organisations médicales. La FMH s'attache à ce que tous les patients puissent bénéficier d'un accès à une médecine de qualité élevée dans le cadre d'un financement durable.