



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admission de médecins

Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat
16.3000 CSSS-E du 12 janvier 2016

du 03.03.2017

Résumé

Contexte

Très vite après l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, la forte augmentation des coûts dans le domaine ambulatoire a poussé le Parlement à rechercher une solution pour maîtriser l'offre dans ce domaine. La perspective de l'entrée en vigueur de l'accord entre la Confédération suisse et la Communauté européenne sur la libre circulation des personnes (ALCP) en 2002 a accéléré les discussions, de sorte que la compétence pour le Conseil fédéral d'instaurer une clause du besoin, limitée à trois ans, fut introduite la première fois le 1^{er} janvier 2001. Le Conseil fédéral en fit usage par voie d'ordonnance le 3 juillet 2002. Depuis cette date, le Conseil fédéral et le Parlement n'ont cessé de chercher une nouvelle solution pour gérer l'offre de prestations dans le domaine ambulatoire, sans succès. Prolongée à trois reprises sous des formes partiellement différentes, la limitation des admissions arriva à échéance le 31 décembre 2011. Elle fut réintroduite en urgence le 1^{er} juillet 2013, à nouveau pour une durée de trois ans, en raison de la très forte augmentation du nombre de médecins s'installant en cabinet dans certaines régions. En 2015, un projet du Conseil fédéral de pilotage du domaine ambulatoire, bien que basé sur un modèle de la Fédération des médecins suisses (FMH) et de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), et élaboré en impliquant les acteurs du domaine, fut rejeté par le Parlement lors du vote final.

Mandat

Le 21 janvier 2016, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) déposa l'initiative parlementaire 16.401 « Prolongation de la validité de l'article 55a LAMal » qui permit de prolonger l'art. 55a LAMal à nouveau pour une durée de trois ans, avec échéance au 30 juin 2019. Le Conseil fédéral a par ailleurs prolongé l'ordonnance d'application, elle aussi pour une durée limitée au 30 juin 2019. Au cours des débats, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) déposa le postulat 16.3000 qui charge le Conseil fédéral, avec le concours des parties prenantes, de présenter un rapport sur les possibilités d'introduire un nouveau système de gestion en matière d'admission selon le besoin de médecins habilités à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La CSSS-N compléta le mandat donné par le postulat en déposant la motion 16.3001, qui demande au Conseil fédéral de soumettre au Parlement des propositions de modification de la LAMal en s'appuyant sur les résultats du rapport au postulat. Le texte décidé par les chambres suite à l'initiative parlementaire 16.401 contient en outre un mandat au Conseil fédéral : celui de mettre en consultation d'ici au 30 juin 2017, un projet de loi dans le sens du postulat 16.3000 et de la motion 16.3001.

Problématique

Dès le moment de l'introduction de la limitation des admissions, on constatait des différences très importantes entre les cantons en termes de densité médicale et de coûts à la charge de l'assurance-maladie. Ces différences se sont encore accentuées depuis, notamment durant les 18 mois qui ont précédé la réintroduction de la mesure le 1^{er} juillet 2013. Alors que l'on constate souvent une pénurie de médecins de premier recours dans les régions périurbaines et campagnardes, c'est plutôt un excès de spécialistes dans les régions urbaines que les cantons ont à gérer. Une étude menée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) montre qu'une majorité des cantons évaluent positivement la limitation des admissions comme instrument de pilotage de l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire. La clause disposant que les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne sont pas soumis à la preuve du besoin, ajoutée en 2013, limite toutefois son efficacité. Elle provoque également des tensions avec l'Union européenne, qui la

juge indirectement discriminatoire envers les ressortissants des Etats membres de l'UE, et donc contraire à l'ALCP. Même si la limitation des admissions ne contribue pas à améliorer la qualité des prestations, elle permet de freiner l'augmentation des coûts dans le domaine ambulatoire. La Suisse n'est d'ailleurs pas le seul pays à vouloir gérer l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire. De nombreux pays membres de l'OCDE, proches de la Suisse, ont aussi introduit divers mécanismes de régulation de l'offre. La reproduction en Suisse des modèles les plus intéressants, tels que ceux de l'Allemagne ou des Pays-Bas, nécessiterait cependant une refonte en profondeur de notre système d'assurance-maladie obligatoire.

Processus participatif

Pour parvenir à un résultat susceptible de réunir une majorité, l'administration a intégré les acteurs clés du domaine ambulatoire et des experts reconnus du domaine de la santé dès le début de ses travaux. Ainsi, un questionnaire exploratoire a été transmis au printemps 2016 aux acteurs centraux du domaine ambulatoire. Après dépouillement des réponses reçues et rédaction d'une première version de l'avant-projet de rapport, les organisations interrogées ont été invitées au mois de septembre 2016 par l'OFSP à participer à trois workshops thématiques d'une demi-journée chacun, modérés par les experts Markus Moser, Willy Oggier et Thomas Zeltner. Trois axes de solution ont été explorés en profondeur lors de ces workshops: une amélioration de la gestion des admissions, un assouplissement de l'obligation de contracter et l'introduction de tarifs différenciés. Auparavant, certaines bases techniques, valables quelle que soit la solution retenue, ont été discutées.

Résultats des discussions

Il ressort clairement des discussions qu'il n'est pas possible de gérer l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire au moyen d'une différenciation des tarifs, à moins d'une différenciation massive qui créerait de nouvelles incitations indésirables. Les dispositions légales en matière tarifaire laissent toutefois déjà une certaine marge de manœuvre aux acteurs. Il serait possible de les renforcer, en y ajoutant une obligation de prévoir des mécanismes de contrôle des coûts et des prestations dans les conventions. Favoriser les tarifs forfaitaires limiterait en outre certaines incitations négatives inhérentes aux tarifs à la prestation. D'autres adaptations des dispositions en matière tarifaire permettraient notamment de débloquer les négociations sur les révisions nécessaires de tarifs.

En revanche, il n'existe pas de consensus sur un modèle d'assouplissement de l'obligation de contracter, même dans un cadre strict. Pour parvenir à un accord sur un modèle à long terme, de nombreuses discussions entre les acteurs sont encore nécessaires. En tout état de cause, un assouplissement de la liberté de contracter ne pourra pas prendre le relais de la limitation des admissions le 1^{er} juillet 2019.

La limitation des admissions, bien que controversée, a cependant fait la preuve d'une certaine efficacité à freiner l'augmentation des coûts des prestations du domaine ambulatoire et à influencer sur le choix du lieu d'installation des médecins. Sur ce constat, le Conseil fédéral est prêt à soumettre une nouvelle proposition de gestion de l'approvisionnement tenant compte des résultats des discussions. Le mécanisme proposé devra permettre de mesurer l'approvisionnement en tenant compte du taux d'occupation des fournisseurs de prestations et de la mobilité des patients. Il devra permettre de maîtriser les coûts dus à une offre excédentaire, ainsi que d'améliorer la qualité des prestations.

Table des matières

1	Introduction	4
1.1	Contexte.....	4
1.2	Mandat	5
1.3	Processus mis en place	6
1.4	Structure du rapport	7
2	Bases légales.....	8
2.1	Fournisseurs de prestations.....	8
2.2	Assureurs	8
2.3	Cantons.....	10
2.4	Prestations	10
2.5	Tarifs	11
2.6	Financement et remboursement des prestations.....	12
2.7	Qualité et économicité des prestations	13
2.8	Instruments de maîtrise des coûts	14
3	Etat des lieux	15
3.1	Problématique de l'approvisionnement.....	15
3.2	Article 55a LAMal.....	16
3.3	Autres problèmes identifiés dans le domaine ambulatoire.....	24
3.4	Comparaison internationale	28
4	Axes de solution.....	32
4.1	Bases techniques.....	32
4.2	Gestion par l'admission.....	42
4.3	Liberté de contracter	45
4.4	Tarifs différenciés.....	51
5	Synthèse	57
5.1	Introduction	57
5.2	Limitation de l'admission.....	57
5.3	Liberté de contracter	58
5.4	Tarifs différenciés.....	58
5.5	Bilan des axes de solution étudiés.....	59
5.6	Eléments d'une solution à moyen terme pour mesurer et gérer l'approvisionnement	59
5.7	Autres travaux.....	63
6	Suite des travaux	64

1 Introduction

1.1 Contexte

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Elle introduisit une obligation de s'assurer et supprima les différences de primes dues à l'âge d'entrée ou au sexe des assurés, renforçant ainsi la solidarité entre les assurés. Elle permit aussi de développer des mesures visant à réduire la demande (comme une participation aux coûts plus élevée ou la possibilité de choisir d'autres formes d'assurance), et d'autres tendant à gérer l'offre (par exemple : planification hospitalière). Autant d'évolutions qui ont permis de moderniser l'assurance-maladie, en l'inscrivant à la fois dans une logique sociale solidaire et de marché concurrentiel, ce dernier, préexistant, ayant été maintenu que ce soit du côté des assureurs ou des fournisseurs de prestations. Très vite après l'entrée en vigueur de la loi, la nécessité de gérer l'offre dans le domaine ambulatoire s'est réinventée dans les débats, en raison de la forte augmentation des coûts dans ce domaine. Le débat s'est encore renforcé ces dernières années. Les séries temporelles de l'assurance-maladie obligatoire, complétées par l'exploitation de données du Datenpool de SASIS SA, montrent toutefois des évolutions différentes suivant les domaines. Les coûts des prestations des médecins en cabinet ont augmenté de près de 20 % entre 2009 et 2015¹. Alors que le nombre de consultations par habitant est resté pratiquement stable (+3 %), les prestations brutes par consultation ont augmenté de 24 % durant cette période. Cette augmentation est plus marquée chez les spécialistes que chez les généralistes. Dans le domaine ambulatoire des hôpitaux au contraire, les coûts ont augmenté de 36 % principalement à cause de l'augmentation du nombre de consultations par habitant (+33 %), les coûts par consultation restant stables. Dans le domaine stationnaire des hôpitaux, on constate une augmentation de 15 % des coûts par assuré. L'augmentation de 12 % du nombre de cas d'hospitalisation concerne en grande partie les personnes âgées de 70 ans et plus. On constate aussi une augmentation des cas d'urgence. La récente réforme du financement hospitalier et l'introduction des forfaits par cas SwissDRG en 2012 rendent toutefois difficile une analyse approfondie dans ce domaine.

Une première clause du besoin, limitée à trois ans, fut décidée par le Parlement le 24 mars 2000 en vue de l'accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681) accepté par le peuple le 21 mai 2000 et entré en vigueur le 1^{er} juin 2002. La possibilité de limiter les admissions est ainsi entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001. Le Conseil fédéral en a fait usage à partir du 3 juillet 2002, date de l'entrée en vigueur de la première version de l'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF ; RS 832.103). Depuis cette date, le Conseil fédéral et le Parlement n'ont cessé de chercher une nouvelle solution pour gérer l'offre de prestations dans le domaine ambulatoire, sans succès. Prolongée à trois reprises sous des formes partiellement différentes, la limitation des admissions arriva à échéance le 31 décembre 2011, mais fut réintroduite en urgence le 1^{er} juillet 2013, à nouveau pour une durée

¹ Sources : Datenpool SASIS AG et statistique de l'assurance-maladie obligatoire 1996-2015: www.bag.admin.ch/kvstat

de trois ans, le temps que le Conseil fédéral propose une nouvelle solution pour le long terme. 18 cantons l'ont réintroduite pour cette période, alors que tous les cantons l'avaient appliquée jusqu'à fin 2011. Le Conseil fédéral mena les travaux de préparation de son message du 18 février 2015 concernant la modification de la LAMal (Pilotage du domaine ambulatoire)² (ci-après message relatif au pilotage du domaine ambulatoire) rapidement, afin de garantir qu'une solution applicable à long terme puisse enfin prendre le relais de la clause du besoin introduite près de quinze ans plus tôt. Les deux tables rondes menées permirent de discuter fondamentalement des propositions ouvertes et de s'accorder en amont sur une voie consensuelle. Le Parlement devait ainsi avoir à disposition un projet ayant déjà été largement consolidé avec les acteurs du système. Lors de la consultation, il s'avéra toutefois que les conclusions des tables rondes n'avaient pas supporté la traduction en un texte législatif. Les acteurs consultés, à l'exception de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et d'une majorité de cantons, s'exprimèrent largement contre le projet du Conseil fédéral, chacun le trouvant trop éloigné de son propre modèle idéal. Le projet de pilotage du domaine ambulatoire, bien qu'élaboré en impliquant les acteurs du domaine, fut rapidement remanié par le Parlement, de manière à ce qu'il ne prévienne plus que la prolongation de la limitation des admissions déjà en vigueur, cette fois sans limite temporelle. Le 18 décembre 2015, le Conseil national rejeta ce projet lors du vote final. Cet épisode laissait le champ législatif libre en matière de gestion de l'offre et de maîtrise des coûts dans le domaine ambulatoire dès le 30 juin 2016. Il marque surtout un échec supplémentaire dans la quête d'une solution applicable à long terme pour gérer le domaine ambulatoire.

Le 21 janvier 2016, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) déposa l'initiative parlementaire 16.401 « Prolongation de la validité de l'article 55a LAMal ». Le rapport de la commission et le projet de révision du 24 février 2016 reçurent le soutien du Conseil fédéral le 6 avril 2016. Le projet fut approuvé au vote final le 17 juin 2016. Ainsi, dès le 1^{er} juillet 2016, l'art. 55a LAMal est à nouveau entré en vigueur (sous la forme d'une loi fédérale urgente), avec échéance au 30 juin 2019. Le Conseil fédéral a par ailleurs prolongé l'ordonnance d'application, elle aussi pour une durée limitée au 30 juin 2019. Le texte décidé par les chambres contient un mandat au Conseil fédéral, celui de mettre en consultation, d'ici au 30 juin 2017, un projet de loi dans le sens du postulat 16.3000 et de la motion 16.3001.

1.2 Mandat

Le postulat 16.3000 « Possibilités de remplacer le système actuel de gestion en matière d'admissions de médecins » a été déposé le 12 janvier 2016 par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E). Le texte charge le Conseil fédéral « avec le concours des parties prenantes, de présenter un rapport sur les possibilités d'introduire un nouveau système de gestion en matière d'admission selon le besoin de médecins habilités à pratiquer à la charge de l'AOS. S'agissant d'évaluer si les prestations de santé publique garantissent une couverture suffisante, des critères comme la densité médicale et la qualité de l'offre devront être pris en considération. Ces critères devront être répartis en fonction de différentes catégories de médecins, du volume des coûts, etc. Pour chaque catégorie, le Conseil fédéral fixera une limite supérieure et une limite inférieure, qu'il adaptera et publiera périodiquement. Les cantons géreront l'admission en conséquence dans leur domaine de compétence, en respectant les limites fixées. Le rapport indiquera également comment une gestion serait envisageable au moyen des tarifs et évaluera la possibilité pour les assureurs

² FF 2015 2109, 15.020

de ne pas conclure de convention avec certains prestataires, si ceux-ci appartiennent à une catégorie dans laquelle le nombre de prestataires excède la limite supérieure fixée par le Conseil fédéral. La restriction ne peut concerner unilatéralement le domaine ambulatoire des cabinets médicaux, mais doit intégrer le domaine ambulatoire des hôpitaux. Aucune restriction n'est imposée aux médecins de premier recours». Le Conseil fédéral a proposé le 27 janvier 2016 d'accepter ce postulat, qui a ensuite été adopté par le Conseil des Etats le 2 mars 2016.

Le 22 janvier 2016, la CSSS-N a déposé la motion 16.3001 « Système de santé. Equilibrer l'offre de soins en différenciant la valeur du point tarifaire », qui complète le mandat donné dans le postulat 16.3000. Elle demande au Conseil fédéral de « soumettre au Parlement des propositions de modification de la LAMal – en s'appuyant sur les résultats... [du rapport précité] – qui permettent notamment d'échelonner la valeur du point tarifaire en fonction de la région, de la gamme de prestations ou de critères de qualité. Les partenaires tarifaires pourront ainsi assumer leurs responsabilités et veiller à une offre territoriale équilibrée ». Dans le développement du texte de la motion, demande est faite au Conseil fédéral de répondre d'ici la fin 2016 pour permettre au Parlement de se prononcer avant l'échéance de la réglementation en cours. Le Conseil fédéral a proposé le 4 mars 2016 d'accepter la motion, qui a été adoptée par le Conseil national le 15 mars 2016 puis par le Conseil des Etats le 7 juin 2016.

1.3 Processus mis en place

Le postulat 16.3000 exigeant que le rapport du Conseil fédéral soit présenté avec le concours des parties prenantes, une première étape des travaux a été de définir comment impliquer les acteurs dans la procédure. Compte tenu de l'expérience des tables rondes en amont de la rédaction du message relatif au pilotage du domaine ambulatoire³, l'administration a opté pour la préparation d'un questionnaire, dont l'approche s'éloignait des modèles dégagés dans les précédentes discussions, tout en se fondant sur le cadre établi par le Parlement et notamment sur les présupposés suivants :

- La gestion des admissions à mettre en œuvre devra remédier au problème de l'offre excédentaire, lorsqu'elle stimule la quantité de prestations consommées et entraîne la croissance des coûts.
- La question des médecins de premier recours est marginale, le postulat prévoyant explicitement qu'ils ne doivent subir aucune restriction.

Dix questions ont été posées, portant sur la maîtrise de la croissance des quantités, sur le maintien de la qualité de l'approvisionnement et la réduction de l'offre inadéquate, ainsi que sur la suppression des mauvaises incitations du système.

Le questionnaire a été transmis le 11 avril 2016 à huit acteurs centraux qui ont pu transmettre leurs réponses à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) jusqu'au 6 mai 2016. Quatre acteurs ont répondu : l'association d'assureurs-maladie santésuisse, l'association d'assureurs-maladie curafutura, la Fédération des médecins Suisses (FMH) et H+ Les Hôpitaux de Suisse. La CDS a annoncé que le délai était insuffisant. Trois organisations n'ont pas repris contact avec l'OFSP : la Fédération suisse des patients (DVSP), la Fondation Organisation suisse des patients (OSP), et la Fédération des petits et moyens assureurs-maladies (RVK).

³ Cf. note 2

L'OFSP a encore demandé à trois experts reconnus du domaine de l'assurance-maladie et déjà mobilisés dans le cadre de la stratégie globale Santé2020 du Conseil fédéral (Markus Moser, Willy Oggier et Thomas Zeltner) de bien vouloir se positionner eux aussi sur le questionnaire. La gestion des admissions est en effet en lien avec le domaine d'action 4 « Transparence » de Santé2020, le manque de transparence constaté dans le système de santé suisse concernant les prestations fournies, leur utilité et leur coût. L'objectif 4.2 « Pilotage de la politique de la santé » devrait pouvoir être rempli avec des mesures visant à améliorer la collaboration entre les cantons et la Confédération, à mettre en place de nouvelles solutions de pilotage, à supprimer les blocages lors des négociations tarifaires ou à optimiser le financement hospitalier. Un des projets mis en avant dans le cadre de cet objectif est la « Gestion stratégique de l'admission », à côté du « Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires » ou encore de la « Mise en œuvre de la compétence subsidiaire [en matière tarifaire] ».

Après dépouillement des réponses reçues, une première version des chapitres 1 à 4 de l'avant-projet de rapport a été transmise aux organisations interrogées, qui ont été invitées à l'OFSP pour trois workshops thématiques d'une demi-journée chacun, modérés par les experts. Ces workshops ont permis d'approfondir et de préciser les positions des acteurs sur certaines questions. Le premier workshop consacré aux données de base générales et à la gestion par l'admission, modéré par Thomas Zeltner, a eu lieu le 15 septembre 2016. Le deuxième workshop, modéré par Markus Moser, a eu lieu le 22 septembre 2016 et était consacré à la liberté de contracter et à la recherche de critères de qualité relatifs aux prestations. Le dernier workshop, modéré par Willy Oggier, s'est tenu le 27 septembre 2016 sur la thématique des tarifs différenciés. Les procès-verbaux des workshops, ainsi qu'une synthèse des discussions, ont été transmis aux participants. Les positions exprimées par les acteurs et les experts durant ce processus ont permis de compléter le rapport.

1.4 Structure du rapport

Le chapitre 2 du rapport présente un tour d'horizon des bases légales applicables à la prise en charge et à la tarification des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les rôles des différents acteurs, et les instruments de maîtrise des coûts prévus. Le chapitre 3 dresse un état des lieux de la problématique et de la gestion de l'approvisionnement en Suisse. L'historique et un bilan de la limitation des admissions y sont présentés. D'autres problématiques, comme les incitations liées au système et le conflit de rôles des cantons, souvent citées en lien avec celle de l'approvisionnement, et certaines solutions mises en place dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) complètent ce chapitre. Les différents axes de solution sont discutés au chapitre 4. Un certain nombre de questions de base, valables quel que soit l'axe de solution retenu, sont discutées au point 4.1 : Comment définir le besoin ? Comment identifier un sur- ou un sous-approvisionnement ? Quels sont les rôles des différents acteurs et comment doivent-ils se coordonner ? Faut-il créer une exception pour les médecins de premier recours ? Comment prendre en compte le domaine ambulatoire des hôpitaux ? Selon quels critères peut-on sélectionner les fournisseurs de prestations ? La limitation des admissions, la liberté de contracter et la différenciation des tarifs font l'objet des points 4.2 à 4.4. On y expose les différents concepts théoriques, les discussions passées sur ces sujets, les positions générales des acteurs sur ces modèles ainsi que leurs réponses à certains points traités plus en profondeur. Une synthèse des discussions, comprenant les conclusions du Conseil fédéral, est faite au chapitre 5, et la suite des travaux est esquissée au chapitre 6.

2 Bases légales

2.1 Fournisseurs de prestations

La pratique à la charge de l'assurance obligatoire des soins est soumise au respect des exigences des articles 36 à 40 LAMal (art. 35, al. 1, LAMal), qui règlent les conditions d'admission. Les dispositions de ces articles font dépendre l'admission pour les médecins et les pharmaciens de la seule possession du diplôme fédéral et de la formation postgrade reconnue par le Conseil fédéral (art. 36, al. 1, LAMal pour les médecins et art. 37, al. 1, LAMal pour les pharmaciens). Les professionnels titulaires d'un certificat scientifique équivalent voient leur admission réglée par le Conseil fédéral (art. 36, al. 2, et 37, al. 2, LAMal). Pour les autres fournisseurs de prestations au sens de l'art. 35, al. 2, let. c à g, i et m, LAMal, c'est le Conseil fédéral qui règle l'admission (art. 38 LAMal). Ainsi, les chiropracteurs doivent avoir suivi la formation demandée ainsi qu'une formation postgrade (art. 44 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]), mais les sages-femmes, en plus de leur diplôme, doivent avoir exercé pendant deux ans auprès d'une sage-femme admise ou dans une division d'obstétrique sous la direction d'une sage-femme (art. 45 OAMal). Prodiguant des soins sur prescription médicale, les physiothérapeutes (art. 47 OAMal), les ergothérapeutes (art. 48 OAMal), les infirmiers (art. 49 OAMal), les logopédistes (art. 50 OAMal) et les diététiciens (art. 50a OAMal) doivent être titulaires des diplômes reconnus et avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un professionnel de leur branche admis. Pour les organisations qui emploient des fournisseurs de prestations, les mêmes conditions concernant la formation de base et postgrade sont valables. Une fois le fournisseur de prestations admis à pratiquer sa profession et hors régime d'application de l'art. 55a LAMal, il est autorisé à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins si les conditions d'admission sont remplies.

L'ALCP ratifié dans le cadre des accords bilatéraux I a notamment pour objectif d'accorder un droit d'entrée, de séjour, d'accès à une activité économique salariée et d'établissement en tant qu'indépendant ainsi que le droit de demeurer sur le territoire des parties contractantes (art. 1, let. a). Selon l'art. 9, les parties contractantes prennent les mesures nécessaires concernant la reconnaissance mutuelle des diplômes, diplômes décrits et listés à l'annexe III de l'accord. Selon l'art. 55 de la directive 200536/CE, auquel se réfère l'annexe III ALCP, les États membres qui exigent des personnes ayant acquis leurs qualifications professionnelles sur leur territoire l'accomplissement d'un stage préparatoire et/ou une période d'expérience professionnelle pour être conventionnés d'une caisse d'assurance-maladie doivent dispenser de cette obligation les titulaires des qualifications professionnelles de médecin et de dentiste acquises dans un autre État membre. Cette réglementation n'exclut toutefois pas de fixer d'autres conditions à la pratique à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour autant toutefois que les ressortissants européens soient soumis aux mêmes exigences que les Suisses et qu'il ne puisse être constaté de discrimination indirecte, c'est-à-dire que les conditions posées aux fournisseurs de prestations puissent plus facilement être remplies par les Suisses que par les Européens.

2.2 Assureurs

Le 1^{er} janvier 2016 est entrée en vigueur la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (loi sur la surveillance de l'assurance-maladie [LSAMal]; RS 832.12) dont le but est de régler la surveillance exercée par la Confédération dans le domaine de l'assurance-maladie sociale sur les caisses-maladie, les entreprises d'assurance privées soumises à la loi du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA), les réassureurs ainsi que sur l'institution commune au sens de l'art. 18 LAMal. Cette loi a notamment pour but la protection des intérêts des assurés conformément à la LAMal, en particulier par la garantie de la transparence de l'assurance-maladie sociale et de la solvabilité des caisses-maladie.

La nouvelle loi permet également une surveillance encore accrue par les autorités de surveillance qui disposent également de plus de possibilités de sanctions en cas de non-respect de la loi de la part des assureurs.

Les assureurs sont soumis à un régime d'autorisation (art. 4 LSAMal) et la demande d'autorisation doit être accompagnée d'un plan d'exploitation (art. 7 LSAMal) dont toutes les modifications doivent être communiquées et autorisées (art. 8 LSAMal).

La LSAMal règle notamment le financement des assurances-maladie (art. 12 à 19 LSAMal). En ce sens, l'art. 16 LSAMal dispose que les tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières sont soumis à l'approbation de l'autorité de surveillance. Ils ne peuvent être rendus publics ni être appliqués avant leur approbation. L'autorité de surveillance vérifie que les tarifs garantissent la solvabilité de l'assureur et les intérêts des assurés au sens de la LAMal. Les primes de l'assureur couvrent les coûts spécifiques des cantons. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. L'assureur tient compte notamment de la compensation des risques, des variations des provisions ainsi que de la taille et de l'évolution permanente de l'effectif des assurés dans le canton donné.

Les assureurs ont un rôle de « surveillance » des fournisseurs de prestations et des prestations notamment au travers du contrôle des factures et du caractère économique des prestations. L'art. 59, al. 3, LAMal donne une liste non exhaustive des manquements aux exigences légales et contractuelles qui peuvent être, notamment, relevés par les assureurs:

- a. le non-respect du caractère économique des prestations au sens de l'art. 56, al. 1;
- b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information au sens de l'art. 57, al. 6;
- c. l'obstruction aux mesures de garantie de la qualité prévues à l'art. 58;
- d. le non-respect de la protection tarifaire visée à l'art. 44;
- e. la non-répercussion d'avantages au sens de l'art. 56, al. 3;
- f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité.

L'art. 56, al. 1 et 2, LAMal permet à l'assuré, ou à l'assureur dans le système du tiers-payant, de refuser aux fournisseurs de prestations la rémunération des prestations qui dépassent la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Le 23 décembre 2011, le Parlement a introduit à l'art. 56, al. 6, LAMal⁴ l'obligation pour les fournisseurs de prestations et les assureurs de convenir d'une méthode permettant de contrôler le caractère économique des prestations. L'objectif était d'améliorer la méthode (analyse de la variance) appliquée par les assureurs.

Les tarifs et les prix étant fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (art. 43, al. 4, LAMal), les assureurs ont là aussi un rôle à jouer, avec les fournisseurs de prestations, quant à la garantie du caractère économique des prestations. En effet, la liberté contractuelle est, notamment, limitée par les dispositions contenues dans la LAMal comme le

⁴ RO 2012 4087

respect des règles applicables en économie d'entreprise et d'une structure appropriée (art. 43, al. 4, LAMal) ou la conformité à la loi et à l'équité (art. 46, al. 4, LAMal).

2.3 Cantons

L'art. 117a, al. 1 de la Constitution fédérale (Cst, RS 101) définit que, dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Ils reconnaissent la médecine de famille comme une composante essentielle des soins médicaux de base et l'encouragent. La LAMal définit différentes tâches qui sont du ressort des cantons et qui vont, notamment, de la planification hospitalière (art. 39 LAMal) aux approbations de tarifs (art. 46, al. 4, LAMal) ou éventuellement à leur fixation (art. 47 LAMal).

Dans la gestion du domaine ambulatoire, les cantons disposent de la possibilité de faire dépendre l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie de la preuve d'un besoin (art. 55a LAMal). L'historique ainsi que l'application par les cantons de cette disposition seront développés plus loin dans le présent rapport.

En ce qui concerne les tarifs, les cantons ne sont, en principe, pas partenaires tarifaires (art. 46, al. 1, LAMal) – hormis l'exception prévue à l'art. 46, al. 1^{bis}, LAMal qui concerne les mesures de prévention – mais ils peuvent avoir une influence sur les tarifs de par leur rôle d'autorité d'approbation ou de fixation. La faculté accordée aux cantons d'approuver ou non une convention tarifaire est liée au fait qu'ils peuvent, en amont, indiquer à quelles conditions une approbation sera délivrée ou non (ATF 138 II 398, cons. 9.4). Les partenaires tarifaires ou l'autorité compétente doivent, lors de la négociation ou de la fixation, selon les cas, des tarifs, veiller à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée (art. 43, al. 4, 2^e phrase, LAMal). En outre, l'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46, al. 4, 2^e phrase, LAMal). Les autorités cantonales ont également la possibilité de geler les tarifs qu'elles ont approuvés lorsque les conditions énoncées à l'art. 55, al. 1, LAMal sont remplies (voir instruments de maîtrise des coûts ci-dessous).

2.4 Prestations

La LAMal prévoit les conditions de prise en charge des prestations par l'AOS : ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (critères EAE). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32, al. 1, LAMal). Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'AOS ou le sont à certaines conditions (art. 33, al. 1, LAMal). De plus, il détermine dans quelle mesure l'AOS prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation (art. 33, al. 3, LAMal). Enfin, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne les analyses, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques pris en charge par l'AOS ainsi que les produits, substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale (art. 52, al. 1, LAMal). Il se fait conseiller à cet égard par des commissions (art. 33, al. 4, LAMal).

La définition de la prestation obligatoire au sens de l'art. 33, al. 1, LAMal signifie que, en principe, toutes les prestations médicales sont prises en charge, sauf dispositions contraires. Il s'ensuit que l'obligation de prise en charge est implicitement présumée pour les prestations médicales diagnostiques et thérapeutiques (principe de confiance). L'autorité réglementaire peut exclure des traitements nouveaux ou controversés des prestations obligatoires jusqu'à ce qu'ils aient satisfait à un examen méthodique de leur efficacité, de leur adéquation et de

leur caractère économique (art. 33, al. 3, LAMal). Elle a également la possibilité de n'autoriser la technique ou la méthode nouvelle que pour des indications déterminées, dès lors que les dispositions de l'art. 32, al. 1, LAMal ne sont remplies que dans ce seul domaine, ou de faire dépendre leur autorisation d'une qualification particulière du fournisseur de prestations (art. 58, al. 3, let. b, LAMal). Elle peut enfin autoriser la prestation en cours d'évaluation à l'essai et sous réserve de satisfaction définitive aux conditions de l'art. 32 LAMal. Des prestations nouvelles ou controversées peuvent parfaitement être efficaces, appropriées et économiques alors même que seule manque une preuve suffisante de ces qualités.

Les prestations médicales à visée thérapeutique figurent sur une liste ouverte ou, plus exactement, dans un catalogue non exhaustif et restreint appelé «Catalogue négatif ou conditionnel». Cette liste est intégrée à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; RS 832.112.31), dont elle constitue l'annexe 1. Elle énumère pour bon nombre de prestations des conditions de prise en charge, telles que restriction à certaines indications, conditions à remplir par les fournisseurs de prestations ou (pour les prestations visées à l'art. 33, al. 3, LAMal) limitations dans le temps de l'obligation de prise en charge avec évaluation par le fournisseur de prestation. Les médicaments, analyses, moyens et appareils, prestations de médecine préventive, prestations en cas de maternité et prestations non fournies par un médecin font l'objet de listes exhaustives (dites positives, art. 33, al. 2, LAMal).

2.5 Tarifs

Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. En vertu de l'art. 43, al. 1 et 4, LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix, qui sont fixés par convention tarifaire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci doivent veiller à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. De plus, il faut veiller à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43, al. 6, LAMal).

Le tarif sert de base pour le calcul de la rémunération. Il peut attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point en francs (tarif à la prestation ; art. 43, al. 2, let. b, LAMal). Mathématiquement, le montant de la rémunération par l'AOS est le produit du point par la valeur du point.

Le tarif doit être conforme à la loi et à l'équité, et satisfaire au principe d'économie (art. 46, al. 4, LAMal). Le principe d'économie est un principe essentiel dans l'AOS, car les coûts de l'assurance ne peuvent se justifier vis-à-vis de la communauté des assurés que s'il est tenu compte de ce principe dans tous les aspects de l'assurance, qu'il s'agisse des prestations, des fournisseurs de prestations ou des tarifs.

En vertu de l'art. 43, al. 7, LAMal, le Conseil fédéral a la compétence d'établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée. Faisant usage de cette compétence, il a prévu dans l'OAMal que le tarif peut couvrir au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente (art. 59c, al. 1, let. a, OAMal). Pour déterminer si un tarif est économique, l'autorité d'approbation doit donc vérifier que les coûts justifiés de manière transparente couvrent au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations (art. 59c, al. 1, let. b, OAMal). De plus, le principe d'équité exige que les coûts du système soient économiquement supportables pour les assurés.

2.6 Financement et remboursement des prestations

Au sens de l'art. 12 LSAMal, les assureurs financent l'assurance-maladie sociale en appliquant le système de la couverture des besoins. Pour ce faire ils doivent, notamment, disposer d'un capital initial suffisant et être en mesure de remplir leurs obligations financières en tout temps, en disposant en particulier des réserves nécessaires (art. 5, let. d, LSAMal).

Les primes des assurés demeurent la principale source de financement de l'assurance des soins (art. 61 LAMal et 89 à 91b OAMal), aux côtés de la participation des assurés (art. 64 LAMal et 103 à 105 OAMal) et des subsides des pouvoirs publics pour la réduction des primes (art. 65 à 66a LAMal et 106 OAMal).

De ces différents éléments, il y a lieu de comprendre que par prime, il faut entendre la contribution par assuré au financement des dépenses des assureurs pour l'assurance obligatoire des soins (ATF 124 V 333). Les primes sont fixées par les assureurs. L'OFSP contrôle les budgets dont procèdent les primes des assurés et vérifie qu'elles respectent les prescriptions légales.

Aux termes de l'art. 64 LAMal, les assurés adultes participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient par un montant fixe par année (franchise), ainsi que par un pourcentage (10 %) des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Le Conseil fédéral a reçu la compétence de fixer tant le montant de la franchise que le montant maximal annuel de la quote-part.

Dans le système d'assurance-maladie suisse, les assureurs remboursent les coûts des soins en cas de maladie une fois que les soins ont été fournis. C'est le principe de la prise en charge des coûts, ou principe du remboursement. Les fournisseurs de prestations peuvent être rémunérés pour leurs prestations de deux manières :

1. par les assurés, à qui leur assureur rembourse ensuite les coûts générés (système du **tiers garant**)
2. par les assureurs, lorsqu'ils se sont accordés avec les fournisseurs de prestations sur la rémunération directe de leurs prestations (système du **tiers payant**).

Légalement (art. 42, al. 1, LAMal), c'est le système du tiers garant qui est appliqué en priorité. Ce modèle permet en effet de développer la responsabilité des assurés et de les rendre plus conscients des frais occasionnés. Cependant, si les assureurs et les fournisseurs de prestations se mettent d'accord sur cette question, le tiers payant s'applique.

- *Tiers garant*: Aux termes de l'art. 42, al. 1, LAMal, le système du tiers garant s'applique sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. L'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. La facture de ce dernier est donc adressée à l'assuré, qui la transmet ensuite à son assureur. Celui-ci contrôle la facture et rembourse à l'assuré le montant qu'il prend en charge, déduction faite de la participation aux coûts. Quant à savoir si l'assuré doit régler la facture avant son remboursement par l'assureur, cela dépend du délai de paiement donné par le fournisseur de prestations et du délai de remboursement observé par l'assureur. Cette forme de facturation prévaut pour les traitements ambulatoires. Une grande partie des médecins ayant leur propre cabinet facturent leurs prestations selon le système du tiers garant.
- *Tiers payant*: En vertu de l'art. 42, al. 2, LAMal, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). La facture du fournisseur de prestations est adressée à l'assureur qui la lui paie. Ce dernier facture ensuite à l'assuré sa participation aux coûts. En cas de traitement hospitalier stationnaire, c'est toujours le système du tiers payant qui s'applique (art. 42, al. 2,

2^e phrase, LAMal). Ce système est appliqué surtout par les hôpitaux également pour les prestations ambulatoires et les établissements médico-sociaux (EMS), ainsi que dans le domaine des soins fournis en ambulatoire. Il s'est aussi établi dans les pharmacies pour la remise des médicaments. Dans le système du tiers payant, l'assuré doit recevoir une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur (art. 42, al. 3, LAMal). En règle générale, c'est le fournisseur de prestations qui doit la lui remettre, mais il peut aussi convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra la copie à l'assuré (art. 59, al. 4, OAMal).

- « *Tiers soldant* »: Ce système de rémunération est appliqué dans l'assurance-accidents. La facture du fournisseur de prestations est adressée directement à l'assureur. Etant donné que, dans cette assurance, il n'y a ni quote-part ni franchise, l'assureur paie directement au fournisseur de prestations le montant intégral de la facture. Lorsque, dans le système du tiers garant, l'assuré cède au fournisseur de prestations le droit au remboursement par l'assureur (comme l'y autorise l'art. 42, al. 1, LAMal), on parle aussi de tiers soldant, bien qu'il ne s'agisse pas d'un tiers soldant à proprement parler, puisque l'assuré reste débiteur de sa quote-part et de sa franchise.

Au contraire du financement ambulatoire – y compris pour le domaine ambulatoire des hôpitaux qui est financé uniquement par les assureurs, avec le concours des assurés au travers de la participation aux coûts et des franchises (voir ci-dessus) – le financement hospitalier est assuré par deux sources, à savoir le canton et les assureurs. En effet, l'art. 49a, al. 1, LAMal stipule que les rémunérations au sens de l'art. 49, al. 1, LAMal (traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital ou dans une maison de naissance), sont prises en charge par le canton et les assureurs, selon leur part respective. L'art. 49a, al. 2, LAMal prescrit, entre autres, que la part cantonale se monte à 55 % au moins. Cette différence de financement entre stationnaire et ambulatoire peut être cause de mauvaises incitations ainsi que d'un conflit de rôle des cantons. Le chapitre 3.3.2 ci-après traite en détail ces problèmes.

2.7 Qualité et économicité des prestations

En vertu de l'art. 58, al. 1 et 2, LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations, et en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions.

Aux termes de l'art. 58, al. 3, LAMal, le Conseil fédéral a la tâche de déterminer les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Cette tâche est en outre liée à l'art. 32 LAMal, selon lequel les prestations remboursées par l'assurance-maladie doivent être efficaces, appropriées et économiques (EAE). Le Conseil fédéral a délégué au DFI la compétence de désigner les prestations (art. 33, al. 5, LAMal) et celle de déterminer les mesures prévues à l'art. 58, al. 3, LAMal (art. 77, al. 4, OAMal). Pour atteindre l'objectif EAE, l'obligation de prise en charge peut être liée à la satisfaction de certaines conditions. Sont notamment citées comme mesures spécifiques l'accord du médecin-conseil avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, ainsi que la désignation des fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer ces mesures. Le Conseil fédéral peut aussi prévoir d'autres mesures appropriées pour garantir la qualité.

Se fondant sur l'art. 58 LAMal, le Conseil fédéral a chargé à l'art. 77, al. 1 à 3, OAMal les fournisseurs de prestations et les assureurs d'élaborer et de mettre en œuvre des conceptions et des programmes en matière d'exigences concernant la qualité des prestations et la promotion de la qualité, également dans la perspective des art. 56 et 59 LAMal, qui attribuent aux assureurs les instruments de mise en œuvre. Les parties à la convention sont tenues d'informer l'OFSP sur les clauses en vigueur et de lui rendre rapport à sa demande. Dans les domaines où aucune convention n'a pu être conclue, ou si la convention n'est pas conforme aux

prescriptions légales, l'art. 77, al. 3, OAMal prévoit que le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

Les fournisseurs de prestations sont tenus, selon l'art. 59a LAMal de communiquer gratuitement aux autorités fédérales compétentes les données qui sont nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations, dont les indicateurs de qualité médicaux. Les dispositions de l'OAMal relatives à la transmission des données (art. 30 et suivants) ont été précisées le 1^{er} août 2016.

Le point 4.1.9.1 ci-dessous développe la question des critères relatifs à la qualité des prestations.

2.8 Instruments de maîtrise des coûts

Afin de permettre de corriger des éventuels dysfonctionnements du système de santé liés aux spécificités du domaine qui impliquent diverses incitations à l'augmentation des coûts (voir chapitre 3.3) le législateur a prévu différentes possibilités d'intervention comme l'établissement d'un budget global par les autorités d'approbation (art. 54 LAMal), l'établissement de tarifs par les autorités d'approbation (art. 55 LAMal) ou encore la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie (art. 55a LAMal).

Les assureurs peuvent demander au canton, en tant que mesure extraordinaire et temporaire pour limiter une augmentation des coûts supérieure à la moyenne, de fixer un montant global (budget global) pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux (art. 54, al. 1, LAMal).

Lorsque, pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers, les frais moyens par assuré et par année dans l'AOS augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires, l'autorité compétente peut ordonner que les tarifs ou les prix de l'ensemble ou d'une partie des prestations ne doivent plus être augmentés, aussi longtemps que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 % comparée à l'évolution générale des prix et des salaires (art. 55, al. 1, LAMal).

L'art. 55 LAMal est applicable à tous les prix et tarifs concernant les prestations, les médicaments et les moyens et appareils. Les autorités cantonales n'ont encore jamais mis en application cet article, notamment parce qu'elles disposent déjà d'outils de contrôle des tarifs dans le cadre des procédures d'approbation de ceux-ci.

La troisième mesure extraordinaire de maîtrise des coûts est l'art. 55a LAMal qui permet une limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. Il est prévu que le Conseil fédéral peut faire dépendre de l'établissement de la preuve d'un besoin l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour les médecins visés à l'art. 36 LAMal, qu'ils exercent une activité dépendante ou indépendante et pour les médecins qui exercent au sein d'une institution au sens de l'art. 36a LAMal ou dans le domaine ambulatoire d'un hôpital au sens de l'art. 39 LAMal. Ce sont les cantons qui désignent les médecins devant être soumis à la limitation. Ils peuvent également assortir les admissions de conditions. L'historique ainsi que l'application par les cantons de cette disposition seront développés plus loin dans le présent rapport.

3 Etat des lieux

3.1 Problématique de l'approvisionnement

La problématique de la couverture des besoins de la population suisse en prestations médicales est complexe. Même si dans l'ensemble la densité de médecins en Suisse est l'une des plus fortes au monde, la répartition géographique des médecins n'est pas uniforme sur le territoire. En juin 2001, les professeurs Gianfranco Domenighetti et Luca Crivelli⁵, sur mandat de santésuisse, constataient que la Suisse comptait fin 2000 un peu plus de 19 médecins en pratique privée pour 10'000 habitants ; pour le canton de Bâle-Ville ce chiffre était presque de 36, pour le canton de Genève de 32, alors que différents cantons de Suisse orientale et de Suisse centrale en recensaient moins de 13. Ils remarquaient que le degré de satisfaction de la population quant aux soins reçus, ainsi que le degré de perception de signes de rationnement tout comme les résultats sanitaires mesurés en terme de mortalité évitable grâce aux interventions médicales étaient pratiquement identiques en dépit de différences très importantes en termes de densité médicale. Par contre, ils observaient que cette dernière avait une nette influence sur l'activité (visites et consultations) et les coûts par assuré à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Une densité médicale moindre permettait donc de garantir un approvisionnement médical adéquat et d'atteindre le même taux de satisfaction de la population, tout en ayant un effet réducteur de coûts.

On constate notamment une très forte concentration des médecins spécialistes dans les centres urbains. Ainsi, lorsque la limitation des admissions est arrivée à échéance le 31 décembre 2011 après trois prolongations successives, certains cantons, en particulier les cantons frontaliers et urbains, eurent à faire face à une augmentation massive du nombre de demandes de numéros de registre des codes-créanciers (RCC). Par exemple, le nombre de numéros RCC remis a presque triplé dans le canton de Genève, et même quadruplé dans le canton du Tessin. Sur l'ensemble de la Suisse, le nombre de numéros RCC remis a doublé. Dans le domaine de l'ophtalmologie, le nombre de numéros RCC remis est passé de 35 en 2011 à 131 en 2012, ce qui représente une augmentation de 274 %. Dans celui de la radiologie, ce nombre est passé de 15 en 2011 à 99 en 2012, soit une augmentation de 560 %. A la fin de 2014, il y avait en Suisse 17'804 médecins avec une activité en cabinet, dont 10'757 spécialistes et 7'047 généralistes. Cela représente une augmentation totale de près de 10 % par rapport à fin 2011 (16'232 médecins actifs en cabinets), de plus de 14 % pour les spécialistes (9422 à fin 2011) mais seulement de 3,5 % pour les généralistes (6810 à fin 2011). Il en a résulté une augmentation des prestations facturées à la charge de l'AOS par les médecins en cabinet : les coûts par assuré, qui n'avaient augmenté que de 2,4 % en 2010 et de 2,5 % en 2011, ont affiché après la levée de la limitation des admissions une hausse de 3,5 % en 2012 et même de 6,4 % en 2013. Or, l'accroissement du volume des prestations, lié à la levée de la limitation des admissions, ne se ressent pas uniquement sur le court terme : il continue de peser sur l'AOS sur le long terme. Le canton de Genève, constatant la montée en flèche du nombre de demandes d'un nouveau numéro RCC, déposa une initiative cantonale (12.308) demandant que les cantons qui le désirent puissent mettre sur pied une planification portant sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. La limitation des admissions fut réintroduite

⁵ Domenighetti, Gianfranco et Crivelli, Luca (2001). Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Lugano: Università della Svizzera italiana.

en urgence le 1^{er} juillet 2013, à nouveau pour une durée de trois ans, le temps que le Conseil fédéral propose une nouvelle solution pour le long terme.

D'un autre côté, l'évolution démographique, en particulier le vieillissement constant de la population, conduit à une augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et multiples. Notamment, les médecins de premier recours, dont les médecins de famille, devraient jouer un rôle majeur auprès des personnes et patients en question, auxquels il s'agit de fournir des soins de qualité où qu'ils se trouvent en Suisse. Pourtant, dans certaines régions périurbaines et agricoles, ces médecins, en particulier les médecins de famille, devraient se retrouver en nombre insuffisant dans les prochaines années. Cette pénurie annoncée s'explique notamment par le fait que les jeunes médecins n'ont plus la même conception de leur métier que leurs aînés et préfèrent désormais, à l'exercice indépendant en cabinet individuel, de nouveaux modèles de travail, tels que ceux offerts par les cabinets de groupe ou encore les centres de santé. C'est pour cette raison que le DFI, en concertation avec le comité à l'origine de l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille », a créé en 2012 le Masterplan relatif à la médecine de famille et à la médecine de base. A long terme, il visait à renforcer la médecine de famille et les soins médicaux de base de façon à garantir sur tout le territoire des soins de base accessibles à tous et de qualité. La Confédération et les cantons ont mis en œuvre de nombreuses mesures dans ce cadre. Au vu des progrès déjà accomplis pour promouvoir les soins médicaux de base, et de ceux encore probables, le comité d'initiative « Oui à la médecine de famille » a décidé à l'unanimité, le 27 septembre 2013, de retirer son initiative populaire au profit du Masterplan et du contre-projet direct. Le 18 mai 2014, le peuple a accepté, à une majorité de 88 %, l'arrêté fédéral concernant les soins médicaux de base (contre-projet direct) et donc l'inscription de l'art. 117a dans la Constitution fédérale. Le Masterplan ayant rempli sa fonction, il a pu être clos le 4 septembre 2014 en accord avec tous les partenaires impliqués. Depuis, un Forum sur la médecine de premier recours a été créé pour permettre aux divers acteurs de ce secteur de discuter, sous la codirection de la Confédération et des cantons, des enjeux actuels et à venir de la médecine de famille et de la médecine de base et d'établir la liste des priorités correspondantes.

Le système de santé en Suisse fait donc face à la fois à une pénurie en médecins de premier recours dans certaines régions et à une pléthore de spécialistes dans d'autres. Suite à la réintroduction de la limitation des admissions en 2013, le Conseil fédéral soumit au Parlement le 18 février 2015 le message relatif au pilotage du domaine ambulatoire⁶, qui prévoyait de donner aux cantons la possibilité de piloter le domaine ambulatoire en cas de sur- et de sous-approvisionnement, devant pour ce faire définir l'approvisionnement adéquat en impliquant les acteurs concernés au sein d'une commission consultative. Ce projet fut rapidement remanié par le Parlement, et ne prévoit plus que la prolongation de la limitation des admissions déjà en œuvre, cette fois sans limite temporelle. Comme décrit plus haut, le Conseil national rejeta ce projet lors du vote final le 18 décembre 2015.

3.2 Article 55a LAMal

Une première version de l'art. 55a LAMal, limitée à trois ans, fut décidée par le Parlement le 24 mars 2000. La possibilité de limiter les admissions est ainsi entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Le Conseil fédéral en a fait usage à partir du 3 juillet 2002, date de l'entrée en vigueur de la première version de l'OLAF. Prolongée à trois reprises sous des formes différentes, la limitation des admissions arriva à échéance le 31 décembre 2011, mais fut réintroduite en

⁶ Cf. note 2

urgence le 1^{er} juillet 2013, à nouveau pour une durée de trois ans. Suite à l'échec du projet de pilotage du domaine ambulatoire le 18 décembre 2015, une nouvelle prolongation de trois ans fut approuvée par le Parlement le 17 juin 2016.

Une première évaluation de la mesure fut réalisée en 2004 sur mandat de l'office compétent à l'époque, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), par le bureau d'études Vatter Politikforschung & -beratung⁷. Dans le contexte des discussions sur le pilotage du domaine ambulatoire en 2015, l'OFSP a à nouveau chargé le Büro Vatter d'étudier comment les cantons ont fait usage jusqu'ici de la limitation des admissions, comment ils l'ont appliquée sur le terrain, comment ils évaluent l'instrument de pilotage et quelles difficultés ils ont rencontrées dans son application⁸. La réponse à ces questions s'appuie sur trois sources de données et méthodes de collecte combinées et successives. Dans un premier temps, les dispositions légales de tous les cantons sur la limitation des admissions entre 2002 et 2015 ont été récoltées et analysées. La seconde étape a consisté en une enquête écrite auprès des services cantonaux chargés de la mise en œuvre (départements de la santé). Pour compléter les informations, des entretiens téléphoniques complémentaires avec un représentant des autorités compétentes de chaque canton ont été menés. Le résumé des résultats de l'étude est reproduit ci-après.

3.2.1 Evolution du contenu

Au fil du temps, c'est surtout le cercle des fournisseurs de prestations soumis à la limitation des admissions, à l'art. 55a LAMal, qui a été adapté. A l'origine (version I), l'art. 55a, al. 1, LAMal se référait aux fournisseurs de prestations cités aux art. 36 à 38 LAMal (médecins ; institutions qui offrent des soins ambulatoires dispensés par des médecins ; pharmaciens, et autres fournisseurs de prestations énumérés à l'art. 35, al. 2, let. c à g, i et m, LAMal). En juin 2008 (version III), il a été précisé que cette disposition se réfère aux fournisseurs de prestations, « qu'ils exercent une activité dépendante ou indépendante ». Le Parlement voulait ainsi empêcher que la limitation des admissions puisse être contournée au moyen d'une activité dépendante dans une institution au sens de l'art. 36a LAMal offrant des soins ambulatoires dispensés par des médecins. A partir du 1^{er} février 2009 (version IIIb), les institutions au sens de l'art. 36a LAMal ont été explicitement soumises à la limitation des admissions dans l'OLAF (art. 1a et disposition transitoire de l'art. 5, al. 3). Les cantons déterminaient le nombre et les catégories des médecins admis.

En 2010 (version IV) a eu lieu une adaptation fondamentale de l'art. 55a, al. 1, LAMal. Depuis lors, cette disposition ne se référait plus qu'aux médecins spécialistes et aux pharmaciens. En revanche, les médecins de premier recours, autrement dit ceux ayant pour seul titre de formation postgrade celui de médecine générale, de praticien ou de médecine interne, ainsi que les pédiatres, étaient explicitement exemptés de la limitation des admissions. Les fournisseurs de

⁷ Rüefli, Christian et Monaco, Gianna (2004). Wirkungsanalyse: Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG). Bern: Büro Vatter. Le rapport (disponible en allemand uniquement) peut être consulté sur le site internet de l'OFAS: www.bsv.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche

⁸ Rüefli, Christian ; Huegli, Eveline und Berner, Delia (2016). Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone. Bern: Büro Vatter. Le rapport (disponible en allemand uniquement) peut être consulté sur le site internet de l'OFSP: www.bag.admin.ch > Services > Publications > Rapports de recherche > Rapports de recherche assurance-maladie et accidents

prestations visés à l'art. 38 LAMal n'y étaient plus soumis non plus. Le Parlement voulait ainsi renforcer la médecine de base et agir contre la pénurie qui menaçait dans ces domaines. Simultanément, le champ d'application de la limitation des admissions était cependant étendu aux médecins actifs dans le domaine ambulatoire des hôpitaux visés à l'art. 39 LAMal. Cette mesure répondait à une forte hausse des coûts dans ce secteur. Ainsi, à partir de 2010, l'activité des médecins spécialistes à la charge de l'AOS, qu'elle soit indépendante ou dépendante, était limitée, quel que soit son contexte institutionnel. Ces adaptations ont également été reprises dans la version IV de l'OLAF. Il était notamment prévu que les cantons qui soumettent à la limitation des admissions les médecins actifs dans le domaine ambulatoire des hôpitaux visés à l'art. 39 LAMal pouvaient augmenter « de manière adéquate » les limites fixées à l'annexe 1 (art. 1a aOLAF), car ces limites devaient désormais aussi prendre en compte les fournisseurs de prestations nouvellement visés. Ce faisant, il fallait tenir compte du travail effectué dans le domaine ambulatoire. Pour la mise en œuvre de ces adaptations, les institutions visées à l'art. 36a LAMal et les hôpitaux visés à l'art. 39 LAMal étaient tenus de communiquer au canton diverses indications sur les médecins exerçant en leur sein (art. 4, al. 1 à 3, aOLAF et disposition transitoire de l'art. 5, al. 4, aOLAF). Néanmoins, les limites fixées dans l'OLAF sont restées inchangées.

Avec la réintroduction de la limitation des admissions en 2013, le cercle des fournisseurs de prestations soumis à cette limitation a été adapté à nouveau. Dans la version V, cette mesure ne s'appliquait plus qu'aux médecins visés à l'art. 36 LAMal, qu'ils exercent leur activité de manière indépendante ou dépendante, dans des institutions visées à l'art. 36a LAMal ou dans le domaine ambulatoire des hôpitaux visés à l'art. 39 LAMal. S'écartant de la proposition du Conseil fédéral, qui s'inspirait largement du contenu de la version IV de l'art. 55a LAMal (FF 2012 8723), le Parlement a décidé de soumettre à nouveau à la limitation des admissions les médecins de toutes les disciplines, à l'exception des personnes qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade (art. 55a, al. 2, LAMal). Étaient également exemptés les pharmaciens. Le champ d'application de l'OLAF en vigueur à partir du 5 juillet 2013 a également été défini conformément à ces adaptations. L'obligation de communication en vertu de l'art. 4 aOLAF alors en vigueur a été transférée à l'art. 7 OLAF avec des adaptations et des précisions. Depuis lors, l'identité des médecins qui exercent au sein de ces institutions et hôpitaux doit également être communiquée aux cantons.

3.2.2 Application de la limitation des admissions

Entre 2002 et 2011, tous les cantons ont appliqué une limitation des admissions. Il s'agissait principalement de maîtriser la hausse des coûts et d'éviter la surabondance de l'offre qui se dessinait. Trois cantons ont vu dans cette mesure un certain potentiel pour gérer les fournisseurs de prestations dans les régions privées d'un accès adéquat aux soins. Entre 2013 et 2016, 18 cantons ont appliqué une limitation des admissions. Quatorze d'entre eux (BE, BS, GE, LU, NE, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS) ont édicté une base légale pour ce faire tandis que les quatre autres (BL, GL, SG, TI) se sont directement fondés sur le droit fédéral. La plupart de ces cantons veulent pouvoir contrôler l'établissement des médecins sur leur territoire et influencer ainsi sur le nombre de fournisseurs de prestations, la situation régionale en matière de soins et la qualité de l'offre. Huit cantons (AG, AI, AR, FR, GR, JU, ZG, ZH) ont renoncé à réintroduire une limitation des admissions. Ils justifient notamment ce choix par des doutes quant à l'efficacité de l'instrument. Les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures et du Jura n'ont pas vu la nécessité de prendre des mesures à l'aune de leur situation en matière de soins.

3.2.3 Application de la limitation des admissions dans le secteur ambulatoire des hôpitaux

En 2010, le champ d'application de la limitation des admissions a été étendu au secteur ambulatoire des hôpitaux selon l'art. 39 LAMal. De 2010 à 2011 et de 2013 à 2016, seule une

minorité de cinq cantons a soumis cette activité à une limitation des admissions (2010 à 2011: AR, BL, BS, JU, TI ; 2013 à 2016 : BS, GE, LU, SH, VD). En 2011, le canton du Tessin a fixé pour chaque hôpital une valeur limite concernant l'activité ambulatoire des médecins dans les différents domaines de spécialité. Bâle-Campagne et Bâle-Ville ont ajouté de manière informelle aux nombres maximums prévus par l'OLAF les personnes qui exercent en ambulatoire dans les hôpitaux à la charge de l'AOS.

3.2.4 Domaines de spécialité soumis à la limitation des admissions

Entre 2002 et 2011, chaque canton a globalement appliqué une limitation des admissions aux médecins. Seuls les six cantons de Suisse centrale (LU, NW, UR, SZ, OW, ZG) ont aussi soumis les fournisseurs de prestations non-médecins au sens des articles 37 et 38 LAMal à la limitation des admissions jusqu'en 2009 ou 2010. Dans tous les autres cantons, ils en ont été exceptés dès le début. Seuls les cantons de Fribourg et du Tessin ont exclu certains domaines de spécialité (anesthésiologie, pathologie) de cette limitation à partir de 2010. Le canton de Zurich est le seul à avoir appliqué une différenciation régionale. En dehors de la ville de Zurich, la médecine générale, la médecine interne, la pédiatrie ainsi que la psychiatrie et la psychothérapie pour enfants et jeunes adultes étaient exceptés de la limitation des admissions entre 2009 et 2011. Entre 2013 et 2016, six cantons (BE, NW, SG, SZ, TG, UR) en ont exempté certaines spécialités relevant des soins médicaux de base, y constatant une pénurie ou de futurs problèmes de relève.

3.2.5 Application des nombres maximums selon l'annexe 1 OLAF

En général, les cantons appliquent la limitation des admissions de manière pragmatique. La plupart d'entre eux ne permettent en principe plus aucune nouvelle admission après l'entrée en vigueur de la limitation des admissions et examinent au cas par cas si des admissions exceptionnelles se justifient au regard d'une succession dans un cabinet ou d'une pénurie. Pour diverses raisons, les nombres maximums selon l'OLAF ne jouent souvent pas de rôle, ou un rôle tout au plus marginal, dans l'examen au cas par cas. L'évaluation qualitative de la situation dans l'échange avec le corps médical semble revêtir une plus grande importance. Les nombres maximums sont, pour des raisons juridiques notamment, la valeur de référence pour motiver le refus des demandes d'admission. Certains cantons (p. ex. FR, SH, SZ) n'ont pas fondé leurs décisions correspondantes sur les nombres maximums, mais sur la densité des fournisseurs de prestations. Les cantons des Grisons (jusqu'en 2011), de Neuchâtel, de Saint-Gall et de Schwyz (jusqu'en 2011) ont appliqué une gestion des admissions différenciée selon les régions et déterminé les nombres et densités maximums par rapport aux différentes régions du canton.

Seul le canton de Zoug a formellement relevé les nombres maximums pour la psychiatrie, la psychothérapie ainsi que pour la pédopsychiatrie et la pédopsychothérapie dans ses dispositions d'exécution. Depuis 2010, les dispositions d'exécution des cantons de Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Genève, Neuchâtel et Vaud précisent que les nombres maximums au sens de l'annexe 1 OLAF sont (ou peuvent être) adaptés. Des modifications formelles n'ont pas eu lieu.

3.2.6 Réglementation des admissions exceptionnelles

Entre 2002 et 2011, 24 cantons ont défini une pénurie ou un besoin avéré dans une région et 22 cantons la reprise d'un cabinet existant comme motifs pour justifier l'admission exceptionnelle de certains fournisseurs de prestations. Ces réglementations étaient fixées de manière plus ou moins détaillée. Quinze cantons ont prévu des exceptions pour l'activité médicale privée dans un hôpital, trois pour l'activité dans un cabinet HMO.

Entre 2013 et 2016, trois cantons (BL, SG, TI) n'ont en principe prévu aucune exception. Quatorze cantons ont continué d'envisager la pénurie comme une possibilité pour des admissions

exceptionnelles, six (GE, NW, SH, TG, VD, VS) la reprise d'un cabinet existant et un seul (VS) l'activité médicale privée dans un hôpital public.

3.2.7 Application des critères d'admission (art. 5 OLAF)

Depuis 2013, l'art. 5 OLAF définit des critères dont les cantons doivent tenir compte en examinant les demandes d'admission. Sur les 18 cantons qui appliquent actuellement une limitation des admissions, sept se fondent sur la densité médicale dans les cantons voisins, dans la région à laquelle ils sont rattachés et dans l'ensemble de la Suisse, onze sur l'accès des assurés au traitement en temps utile, onze sur les compétences particulières des personnes dans le domaine de spécialité concerné et sept sur le taux d'activité des personnes dans le domaine de spécialité concerné. L'appréciation est en général situationnelle, grâce aux indications du corps médical et à la déclaration des requérants.

3.2.8 Conditions d'admission (art. 55a, al. 4, LAMal)

Depuis 2010, les cantons peuvent assortir de conditions l'admission des fournisseurs de prestations. D'après les informations disponibles, la plupart des cantons n'ont pas appliqué ou n'appliquent pas d'autres conditions d'admission que celles fixées dans le droit fédéral. Dans les cantons qui prévoient des conditions supplémentaires, celles-ci ne sont pas toujours définies formellement. Selon l'enquête écrite, la limitation locale ou régionale de l'activité médicale a constitué la principale condition préalable aux admissions exceptionnelles (dans dix cantons [jusqu'en 2011] et dans sept cantons [de 2013 à 2016]). Certains cantons ont en outre prévu, comme conditions d'admission, la possibilité d'introduire des limitations en fonction des spécialités, des conditions relatives aux compétences professionnelles et linguistiques ou la participation au service des urgences. D'après les renseignements obtenus par oral, de telles conditions peuvent dissuader les médecins de solliciter une admission exceptionnelle.

3.2.9 Traitement des demandes d'admission

D'après les indications disponibles, 19 cantons ont consulté ou consultent systématiquement ou occasionnellement, si nécessaire, des services externes à l'administration dans le cadre de l'appréciation des demandes d'admission : dans la plupart des cas des organisations professionnelles de médecins et des associations de spécialistes ou certains médecins établis, parfois des hôpitaux. En 2005, le canton de Genève a institué une commission quadripartite qui se réunit chaque mois pour évaluer les demandes d'admission. D'après les informations obtenues par oral, il existe un modèle similaire dans le canton de Vaud, qui n'est toutefois pas formellement mis en place.

3.2.10 Analyse de la situation et des besoins

Presque aucun canton n'analyse systématiquement la situation de l'offre et/ou les besoins en soins au sens de bases de pilotage ou de planification. Le plus souvent, les cantons examinent au cas par cas, pour des demandes d'admission concrètes, s'il y a besoin de nouveaux fournisseurs de prestations, en partie à l'aide des données des registres internes ou des statistiques des autorisations de pratiquer. D'aucuns évaluent la situation et les besoins à l'aune des retours des organisations de prestataires et de la population ou estiment qu'ils peuvent bien les évaluer eux-mêmes sur la base de la situation prévisible en matière de soins ou parce qu'ils connaissent personnellement les fournisseurs de prestations. Les indications de quatre cantons (LU, SZ, VD, VS) peuvent être interprétées comme des formes d'analyse systématique des besoins fondées sur des méthodes scientifiques et des données empiriques.

3.2.11 Problèmes de mise en œuvre

Dans l'enquête, douze cantons (AG, AI, AR, BL, GE, JU, GL, NW, OW, SG, SO, UR) ont déclaré qu'ils n'avaient pas de difficultés avec la mise en œuvre de l'art. 55a LAMal. Quatre d'entre eux (AG, AI, AR, JU) n'appliquent plus de limitation des admissions depuis 2013.

Quatre autres (GL, NW, OW, UR) ne connaissent pas de surabondance de l'offre d'après leurs propres indications et appliquent donc la limitation des admissions de manière pragmatique. Les cantons de Genève et de Saint-Gall sont satisfaits de leurs solutions de mise en œuvre pragmatiques.

Les autres cantons ont mentionné les difficultés suivantes en lien avec la limitation des admissions : la plupart se réfèrent à la conception de l'instrument en soi, une gestion des admissions effectivement axée sur les besoins n'étant guère possible pour les cantons, car il leur manque des bases normatives reconnues pour déterminer les besoins, des instruments et des données précises et actuelles pour évaluer la situation en matière de soins, ainsi que des ressources en personnel pour des analyses approfondies. Pour diverses raisons, les nombres maximums de fournisseurs de prestations admis au sens de l'annexe 1 OLAF ne conviennent que de façon limitée comme base quantitative pour une gestion des admissions. Certains cantons ont déploré l'absence de sécurité de planification du fait qu'à plusieurs reprises, cette solution était limitée à quelques années sur le plan fédéral. Dans ce cadre, ils ont estimé que la charge liée à l'élaboration d'une base légale pour la mise en œuvre au niveau cantonal et l'institution d'un dispositif d'exécution était disproportionnée.

Les difficultés pratiques liées à l'application de la limitation des admissions concernent la charge de la mise en œuvre opérationnelle. Quatre cantons l'ont qualifiée d'excessive au regard du faible nombre de demandes d'admission et du potentiel d'efficacité limité. Deux cantons ont indiqué que les conditions en lien avec une admission exceptionnelle ne peuvent guère être contrôlées.

3.2.12 Adéquation de la limitation des admissions comme instrument de pilotage

Une petite majorité de quatorze cantons évalue positivement l'adéquation de la limitation des admissions comme instrument visant à maîtriser la hausse des coûts, onze s'expriment négativement. Sept cantons justifient leur appréciation positive par le constat que cette solution permet une certaine maîtrise des coûts par rapport à une évolution sans pilotage. D'après quatre cantons, l'effet du pilotage est limité, car seule une petite partie des nouveaux prestataires potentiels est concernée par la limitation des admissions. Deux cantons indiquent que les coûts ne peuvent être maîtrisés qu'en limitant le volume des prestations.

Treize cantons évaluent positivement l'adéquation avec le pilotage professionnel et régional de l'offre ambulatoire, treize négativement. Trois cantons donnent des justifications d'ordre général pour expliquer leur appréciation positive, quatre saluent la possibilité d'influer sur l'établissement des médecins et de pouvoir procéder ainsi à une certaine gestion de la qualité. Le canton de Lucerne a indiqué qu'entre 2002 et 2011, la limitation des admissions avait incité certains spécialistes à s'établir dans des régions privées d'un accès adéquat aux soins. Les évaluations négatives de l'effet du pilotage sont justifiées par le fait que depuis 2013, seul un petit cercle de médecins est encore potentiellement concerné par la limitation des admissions (deux cantons) et que la limitation régionale n'est pas un instrument suffisant lors d'admissions exceptionnelles pour favoriser l'établissement de fournisseurs de prestations dans des régions périphériques mal desservies (deux cantons).

3.2.13 Efficacité de la mesure

L'efficacité de la limitation de l'admission n'a pas fait l'objet des études confiées au bureau Vatter. Elle n'a pas non plus été mesurée de manière systématique depuis son introduction. La levée de la mesure le 31 décembre 2011 a toutefois eu pour effet une augmentation massive de demandes de numéros RCC, à tel point que l'art. 55a LAMal dut être réintroduit d'urgence le 1^{er} juillet 2013 à la demande des cantons. Le refus du projet de révision de la LAMal concernant le pilotage du domaine ambulatoire par le Parlement le 18 décembre 2015 entraîna

par ailleurs, parallèlement à l'initiative parlementaire (16.401) acceptée le 17 juin 2016, le dépôt d'une initiative cantonale (16.304) du Tessin pour une prolongation de trois ans de la validité de l'art. 55a LAMal, celui-ci craignant une forte augmentation des coûts due à l'installation massive de médecins étrangers sur son territoire.

Cet instrument a toutefois montré ses limites entretemps, notamment depuis sa réintroduction en 2013 qui prévoit que les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne sont plus soumis à la preuve du besoin. Alors que la limitation s'appliquait à tous les médecins à l'exception des médecins dits de premier recours, le nombre de médecins actifs dans le domaine ambulatoire est passé de 15'912 à 16'232 entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2011⁹, soit une augmentation moyenne de 1 % par année. Entre 2012 et fin 2013, soit la période où il n'y avait plus de limitation et les six mois qui ont suivi, ce nombre est passé à 17'554, soit une augmentation moyenne de 4 % par année. Durant les années 2014 et 2015, suite à la réintroduction de la limitation le 5 juillet 2013, l'augmentation du nombre de médecins actifs dans le domaine ambulatoire est descendue à 1,6 % en moyenne annuelle, pour atteindre le nombre de 18'128 à fin 2015. La limitation des admissions ne contribue par ailleurs pas non plus à améliorer la qualité des prestations, car les médecins établis en sont protégés.

3.2.14 Conformité avec le droit européen

L'ajout par le Parlement de la clause disposant que les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne sont pas soumis à la preuve du besoin a nécessité une analyse juridique qui a notamment permis de mettre en exergue les éléments suivants :

L'art. 55 de la directive 2005/36/CE, auquel se réfèrent l'annexe III ALCP et l'annexe K de la Convention instituant l'Association européenne de libre-échange (AELE)¹⁰, exige que les médecins qui ont acquis leurs qualifications professionnelles à l'étranger soient dispensés d'éventuelles conditions nationales fixées pour être admis à pratiquer à la charge d'une caisse d'assurance-maladie (conditions qui exigent l'accomplissement d'un stage préparatoire ou une expérience professionnelle), même si de telles conditions préalables sont applicables pour des personnes qui ont acquis leurs qualifications professionnelles dans le pays-même.

L'art. 55a, al. 2, LAMal ne fait pas expressément dépendre l'admission à pratiquer de l'accomplissement d'un stage préparatoire ou d'une expérience professionnelle, mais de la preuve d'un besoin. On peut donc conclure à l'absence d'infraction à l'art. 55 de la directive 2005/36/CE. Il faut toutefois prendre en compte le fait que, à quelques exceptions près, tous les médecins ayant effectué leur formation en Suisse sont libérés de la preuve d'un besoin. Selon l'esprit et la finalité de l'art. 55 de ladite directive, les médecins formés ailleurs dans l'Union européenne (UE)/AELE devraient donc être également exemptés de l'obligation d'apporter la preuve de leur expérience professionnelle, comme, de fait, les médecins formés en Suisse qui ne sont pas soumis à la preuve du besoin.

⁹ Source : statistique médicale FMH 2009 – 2015 ; site web de la FMH : http://www.fmh.ch/fr/services/statistique/statistique_medicale.html (consulté le 17 novembre 2016)

¹⁰ RS 0.632.31

De plus, indépendamment de l'interprétation qu'il faut donner de l'art. 55 de la directive 2005/36/CE, l'art. 55a, al. 2, LAMal soulève des questions de compatibilité avec d'autres dispositions de l'ALCP. La Suisse est en effet libre de réglementer l'exercice d'une profession uniquement dans les limites des engagements de droit international découlant de l'ALCP et de la Convention AELE, soit l'interdiction de discrimination en raison de la nationalité d'une personne (art. 2 ALCP et art. 2, annexe K, Convention AELE). Selon une jurisprudence constante, le principe de non-discrimination interdit non seulement les discriminations directes, mais également les discriminations indirectes (mesures indistinctement applicables selon la nationalité, mais qui aboutissent en fait à toucher dans une grande majorité les ressortissants d'un autre Etat ou qui prévoient des conditions qui peuvent être plus facilement remplies par les nationaux.

L'art. 55a, al. 1, LAMal soumet à la preuve du besoin tous les médecins souhaitant pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, d'où l'absence de discrimination directe et indirecte. L'art. 55a, al. 2, LAMal prévoit une exemption de la preuve du besoin facile à remplir pour les ressortissants suisses dans une large majorité des cas, parce qu'à la différence de leurs confrères provenant d'un autre Etat de l'UE/AELE, ils ont bien plus souvent accompli leur formation universitaire et postgrade et, le cas échéant, exercé une activité pratique en Suisse. Il semble toutefois utile de rappeler qu'un ressortissant suisse ayant terminé sa formation dans un autre Etat de l'UE/AELE et désirant exercer en Suisse sera soumis aux mêmes conditions qu'un ressortissant d'un Etat membre n'ayant pas suivi sa formation sur le territoire suisse.

L'analyse juridique montre tout de même que l'art. 55a, al. 2, LAMal peut représenter une discrimination indirecte. Toutefois, une disposition nationale indirectement discriminatoire peut être admise si elle est objectivement justifiée (art. 5 de l'annexe I de l'ALCP). En droit de l'UE, au titre des motifs justificatifs admis figurent l'ordre public, la sécurité publique ainsi que la santé publique. La cour de justice de l'UE a également admis que des raisons impérieuses d'intérêt général (p.ex. la protection des consommateurs, celle des travailleurs, ou un risque concret d'atteinte grave à l'équilibre financier d'un système de sécurité sociale) pouvaient également justifier des discriminations indirectes. En tous les cas, une disposition nationale indirectement discriminatoire doit encore être proportionnée à l'objectif poursuivi. Le principe de proportionnalité exige qu'une mesure restrictive soit apte à produire les résultats escomptés (règle de l'aptitude) et que ceux-ci ne puissent être atteints par une mesure moins incisive (règle de la nécessité); en outre, il interdit toute limitation allant au-delà du but visé et il exige un rapport raisonnable entre celui-ci et les intérêts publics ou privés compromis (principe de la proportionnalité au sens étroit) (ATF 133 I 110 c. 7.1).

Pendant la procédure parlementaire, sur la base de ces analyses et s'appuyant sur les articles de deux professeurs traitant la question (mais aboutissant à des conclusions partiellement opposées), les recommandations faites par le conseiller fédéral Alain Berset au Parlement ont été de renoncer à cette disposition (notamment BO 2013 E 421 et BO 2013 N 965), pour revenir à la formulation proposée initialement par le Conseil fédéral. Le Parlement a cependant adopté la révision avec la clause de non-soumission à la preuve du besoin pour les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu.

Il ne faut toutefois pas oublier que dans l'OLAF, le Conseil fédéral a prévu de larges possibilités pour les cantons d'adapter les nombres maximaux ou même de ne pas les appliquer. Cette marge de manœuvre a été largement utilisée, puisqu'entre 2013 et 2016, huit cantons n'ont pas appliqué pas du tout de limitation des admissions. Ainsi, dans les faits, les médecins ont actuellement toujours la possibilité d'obtenir en Suisse un remboursement par l'AOS des prestations fournies, tant qu'ils remplissent les conditions de formation exigées.

Une alternative à l'art. 55a, al. 2, LAMal serait d'imposer à tous les médecins un délai de carence de, par exemple, deux ans à partir de l'obtention du titre postgrade, avant d'obtenir

une admission à pratiquer à la charge de l'AOS sans preuve du besoin. Le délai de carence serait applicable pour tous les médecins indépendamment de la nationalité et de la question de savoir dans quel pays ils ont accompli leur formation postgrade, ou obtenu leur titre postgrade. Aucune expérience professionnelle (supplémentaire) ne serait non plus exigée. L'introduction d'un tel délai de carence n'est rendue impossible ni par l'art. 55 de la directive 2005/36/CE ni par d'autres dispositions de l'ALCP. Rien n'indique notamment une discrimination directe ou indirecte. Cette disposition permettrait d'atténuer l'effet de la suppression de la dispense actuelle de preuve du besoin pour les médecins ayant pratiqué pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu, en évitant un afflux massif de médecins récemment diplômés sur le marché.

3.3 Autres problèmes identifiés dans le domaine ambulatoire

3.3.1 Incitations indésirables

Le marché des prestations de santé à la charge de l'assurance-maladie obligatoire est très éloigné d'un marché de concurrence dite « parfaite » selon la théorie économique. Chaque acteur de ce marché est sujet à des incitations indésirables du point de vue du législateur, pour certaines desquelles des mesures ont déjà été introduites dans la LAMal, avec une efficacité variable.

Malgré l'accès toujours croissant des patients aux nouvelles technologies de l'information, le fournisseur de prestations profite toujours d'une importante asymétrie d'information vis-à-vis de l'assuré en ce qui concerne son état de santé et le traitement adéquat. En raison de ce différentiel d'information, le patient confie la gestion de sa consommation de prestations au fournisseur de prestations. La demande de prestations médicales n'émane donc pas directement du « consommateur » final de ces prestations, mais est fortement influencée par le fournisseur de ces prestations. On parle dans ce cas de demande induite par l'offre. C'est pour cette raison que la limitation de l'admission avait été introduite en 2001.

De plus, dans le cadre d'un tarif à la prestation comme le tarif des prestations médicales TARMED, le médecin peut être tenté de maximiser son profit en multipliant des prestations parfois évitables. En cas de choix entre plusieurs traitements possibles, le médecin peut également être tenté d'opter pour la solution la plus profitable. Actuellement, les seules limites de ce phénomène sont d'une part l'éthique médicale, et d'autre part les « capacités de production » des fournisseurs de prestations.

En plus d'augmenter considérablement les coûts, les traitements et les interventions inappropriés, voire contre-productifs, exposent les patients à des risques inutiles et à des souffrances évitables, en particulier pour les personnes en fin de vie. Dans ce contexte, le conseiller fédéral Alain Berset et le conseiller d'Etat Philippe Perrenoud, alors président de la CDS, ont convié début 2016 près de 300 acteurs du système de santé à Berne pour assister à la troisième conférence nationale Santé2020. La manifestation, qui s'est déroulée sous la devise « Less is more », était consacrée à la thématique « prestations dispensées de manière excessive ». Il s'agissait d'identifier les domaines dans lesquels se déroulent les interventions inutiles, d'en expliquer les raisons et de déterminer comment régler ce problème.

L'assuré, du fait de la mutualisation des coûts, est de son côté lui aussi incité à maximiser sa consommation de prestations (aléa moral), ou du moins il n'est pas incité à la freiner. Pour lutter contre cette mauvaise incitation, la loi prévoit deux instruments : la franchise et la quote-part, qui visent à responsabiliser l'assuré vis-à-vis des coûts qu'il engendre. Ces instruments ont toutefois un effet limité, la loi prévoyant un plafond à la participation aux coûts de l'assuré. De plus, plusieurs études ont démontré que, notamment dans le domaine des médicaments vendus sur ordonnance, le montant du reste à la charge du consommateur n'a qu'une très faible influence sur la consommation (faible élasticité-prix de la demande), en particulier dans

les pays développés¹¹. Il en va probablement de même de la consommation de prestations médicales.

Comme mentionné plus haut, la possibilité pour le fournisseur de prestations de maximiser son profit en multipliant les prestations découle aussi du type de tarif à la prestation. Il serait donc théoriquement possible de limiter considérablement l'augmentation des coûts liée à la demande induite par l'offre en optant pour un type de tarif n'offrant pas cette possibilité. Ce serait notamment le cas avec un tarif de type forfaitaire, raison pour laquelle le renforcement des indemnités forfaitaires par rapport aux tarifs à la prestation fait partie des mesures visant l'objectif du maintien de la santé à un prix abordable en accroissant l'efficacité, dans la stratégie globale Santé2020 du Conseil fédéral. En attendant une telle évolution dans le tarif des prestations médicales, les incitations qui peuvent exister à l'intérieur du tarif, qui proviennent du fait que le tarif ne peut plus être qualifié d'économique et approprié selon l'art. 43, al. 4, LAMal, doivent impérativement être évitées et corrigées. C'est pour cette raison que le Parlement avait introduit l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013, qui permet au Conseil fédéral de procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une révision. Cela vise avant tout un déblocage des négociations tarifaires entre les partenaires tarifaires dans l'optique de veiller, conformément à l'art. 43, al. 6, LAMal, à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. Le Conseil fédéral a fait usage de cette compétence le 20 juin 2014 en édictant l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5) et son annexe concernant les adaptations de TARMED entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2014. Les points tarifaires des prestations techniques pour certaines positions tarifaires essentiellement facturées par les hôpitaux et par les spécialistes ont ainsi été réduits d'un montant total de 200 millions de francs et, parallèlement, pour un montant total identique, une position supplémentaire pour la consultation au cabinet d'un médecin de premier recours a été introduite. Le volume des points tarifaires et par conséquent les coûts des spécialistes exerçant en cabinet privé ont poursuivi leur forte progression, malgré la baisse des points tarifaires des prestations techniques, ce qui laisse à penser qu'une partie des réductions a pu être compensée par une augmentation de la quantité des prestations fournies. Cela confirme qu'il faudra porter une attention particulière au risque d'augmentation des volumes, que ce soit lors d'une révision de la structure tarifaire par les partenaires tarifaires ou lors d'une intervention du Conseil fédéral fondée sur sa compétence subsidiaire d'adapter les structures tarifaires ou sur celle de les fixer.

Les partenaires tarifaires avaient laissé entrevoir au Conseil fédéral qu'une révision complète de la structure tarifaire TARMED lui serait soumise pour approbation d'ici mi 2016. Malheureusement, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à s'entendre, de sorte qu'aucune structure tarifaire signée de manière conjointe n'a été transmise au Conseil fédéral dans ce délai. Fin juin 2016, H+ a résilié pour fin 2016 la convention-cadre TARMED (y compris ses annexes) convenue en 2002 avec santésuisse. À la demande du DFI, les partenaires tarifaires (FMH, H+, curafutura et santésuisse) ont convenu puis soumis au Conseil fédéral, le 15 septembre 2015 un accord pour prolonger la validité de la structure tarifaire actuelle (y compris les adaptations ordonnées par le Conseil fédéral en 2014) jusqu'à la fin de l'année 2017, ceci

¹¹ Les prix des médicaments sur un marché global : politiques et enjeux. Etudes de l'OCDE sur les systèmes de santé, 2008.

afin de garantir la sécurité juridique pour les partenaires et la stabilité des tarifs pour les assurés. Cet accord du 15 septembre 2016, approuvé par le Conseil fédéral le 23 novembre 2016, constitue dès lors une solution transitoire.

Les partenaires tarifaires doivent assumer leurs responsabilités et procéder à une révision totale de TARMED. Après que les partenaires ont échoué à trouver un accord concernant la révision de TARMED dans le délai qu'ils s'étaient fixés à fin juin 2016, le DFI leur a accordé un délai jusqu'à fin octobre 2016, soit pour s'entendre sur une révision acceptable, soit au moins pour lui transmettre des propositions d'adaptation de certaines positions tarifaires surévaluées dans la structure tarifaire actuelle. Les partenaires tarifaires n'ont pas pu trouver un accord concernant une structure tarifaire révisée dans le délai octroyé. Ils ont toutefois fourni séparément diverses propositions d'adaptations. Comme les partenaires ne sont pas parvenus à un accord à la fin du mois d'octobre, le Conseil fédéral va faire usage de sa compétence subsidiaire et adapter à nouveau la structure tarifaire TARMED. L'OFSP, en tant qu'office compétent, prépare des adaptations de la structure actuelle qui pourront être soumises au Conseil fédéral et évaluées dans quelle mesure les propositions des partenaires tarifaires pourront être prises en compte. Au premier plan de la révision, il y a les prestations médicales considérées actuellement comme surévaluées. L'entrée en vigueur des adaptations ordonnées par le Conseil fédéral pourrait intervenir au plus tôt début 2018.

3.3.2 Conflit de rôles des cantons

Les deux grands domaines de la fourniture de soins que sont le domaine ambulatoire et le domaine stationnaire connaissent des modes de financement différents. Les prestations du domaine stationnaire sont prises en charge par le canton et les assureurs selon leur part respective. Selon la révision de la LAMal relative au nouveau financement hospitalier, la part cantonale pour les habitants du canton doit se monter à 55 % au moins dès le 1^{er} janvier 2017. Pour les prestations fournies dans le domaine ambulatoire, c'est l'assurance obligatoire des soins qui prend en charge l'intégralité des coûts. Or les cantons sont souvent eux-mêmes propriétaires des hôpitaux publics. Le fait que les cantons ne participent pas directement au financement des prestations du domaine ambulatoire pourrait donc théoriquement inciter les hôpitaux publics à favoriser ce type de prise en charge. Pourtant, les prestations du domaine stationnaire sont plus rentables pour les hôpitaux, en particulier avec les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation privée. Les cantons ont également la compétence d'approuver ou de fixer les tarifs, aussi bien pour le domaine hospitalier que pour le domaine ambulatoire. Par ce biais, ils exercent également une influence sur le choix du mode de traitement. Finalement, comme les cantons ont également pour tâche de planifier l'offre stationnaire des hôpitaux, nombre d'entre eux ont été accusés de favoriser leurs propres hôpitaux au détriment des hôpitaux privés. Ce rôle multiple des cantons est souvent cité comme un des principaux défauts du système. Deux éléments permettent toutefois de relativiser l'effet de ces incitations :

- Cantons et assureurs n'ont qu'une influence réduite sur le choix de fournir le traitement dans l'un ou l'autre secteur, le médecin et le patient étant en première ligne au moment de la décision. Avec le progrès médical, de plus en plus d'interventions peuvent être effectuées de manière plus efficiente dans le secteur ambulatoire, ce qui correspond souvent à l'intérêt du patient.
- La croissance des coûts du domaine ambulatoire a des effets à la fois sur les assurés (payeurs de primes) et sur les cantons (financeurs de subsides). Une incitation à maîtriser les coûts existe donc pour eux aussi. Les autorités politiques ont par ailleurs tout intérêt à ce que les primes des assurés n'augmentent pas trop.

Le Conseil fédéral est conscient de l'existence de ces incitations théoriques. La discussion sur un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires, dans le sens d'un co-

financement par les cantons de l'ensemble des prestations, fait d'ailleurs partie de la stratégie Santé2020 comme mesure du pilotage de la politique de la santé. En 2004 déjà, l'OFSP publiait un rapport¹² sur ce sujet, dans le cadre des travaux préparatoires pour une 3^e révision de la LAMal. En 2006, une motion (06.3009) de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats demandait un « financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires ». Deux autres motions (09.3275 et 09.3546) ont été déposées en 2009, demandant au Conseil fédéral d'étudier un financement dual-fixe de l'ensemble des prestations (ambulatoires et stationnaires) par l'AOS et les cantons. Une autre motion (09.3853) et un postulat (10.3137) demandaient au Conseil fédéral d'étudier un financement dual-fixe de l'ensemble des prestations fournies par les hôpitaux (ambulatoires et stationnaires). Le Conseil fédéral a exposé son point de vue dans son rapport du 13 décembre 2010 « Financement uniforme des prestations à l'hôpital et des prestations ambulatoires par l'assurance obligatoire des soins » (en réponse à la motion 06.3009 et en exécution du postulat 10.3137).¹³ Il s'est notamment basé sur un rapport¹⁴ de Markus Moser.

Le Conseil fédéral a mandaté en mai 2011 un groupe de travail pour explorer de possibles modèles de financement dans le cadre du projet « Tarifs et valeurs repères d'un futur financement » du Dialogue Politique nationale de la santé. Le groupe de travail a mandaté à nouveau Markus Moser pour réaliser un rapport¹⁵ sur les aspects théoriques et juridiques des propositions à étudier. Le Conseil fédéral est favorable à l'introduction d'un financement uniforme, mais il s'est toujours positionné en faveur d'une solution qui convienne aux cantons, qui exigent une solution financièrement neutre sous l'angle de leur implication financière. Le Conseil fédéral souhaite également attendre les résultats de l'évaluation de la révision du financement hospitalier, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009, comme il l'a dit dans sa réponse à la motion 13.3213 « Même financement pour les prestations en milieu hospitalier et les prestations ambulatoires ».

¹² Leu, Robert E. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Februar 2004. Le rapport (disponible en allemand uniquement) peut être consulté sur le site internet de l'OFSP: www.bag.admin.ch > Services > Publications > Rapports de recherche > Rapports de recherche assurance-maladie et accidents

¹³ Le rapport peut être consulté sur le site internet de la bibliothèque du Parlement: <https://biblio.parlament.ch>

¹⁴ Moser, Markus. Zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung in der Krankenversicherung, 22 décembre 2009. Le rapport (disponible en allemand uniquement) peut être consulté sur le site internet de l'OFSP: www.bag.admin.ch > Services > Publications > Rapports de recherche > Rapports de recherche assurance-maladie et accidents

¹⁵ Moser, Markus. Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitsstrategie, 22 mars 2012. Le rapport (disponible en allemand uniquement) peut être consulté sur le site internet de l'OFSP: www.bag.admin.ch > Services > Publications > Rapports de recherche > Rapports de recherche assurance-maladie et accidents

En parallèle aux travaux du Conseil fédéral, la CSSS-N a chargé une sous-commission de réaliser les travaux nécessaires suite au dépôt de l'initiative parlementaire 09.528 de la conseillère nationale Ruth Humbel, intitulée « Financement moniste des prestations de soins », qui demande un financement de toutes les prestations à la charge de la LAMal par les assureurs-maladie. La sous-commission a procédé à l'audition d'experts, des partenaires tarifaires et des cantons. Suite à cela, la sous-commission a discuté et esquissé les principaux axes d'une possible solution future et prévoit des consultations concernant divers aménagements possibles d'une telle solution.

3.4 Comparaison internationale

Les problématiques décrites ci-dessus ne sont pas d'actualité qu'en Suisse, mais aussi dans différents pays de l'OCDE. Les manières de les affronter sont très diverses en ce qui concerne l'organisation, le financement et la gestion de l'approvisionnement en soins, alors que les similitudes entre les Etats sont grandes pour ce qui a trait à l'autorisation d'exercer la profession.¹⁶

3.4.1 Autorisation d'exercer la profession et admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ou du service de santé

En ce qui concerne l'autorisation d'exercer la profession, les Etats considérés exigent pour tous les médecins une autorisation ou une approbation. Les conditions d'obtention de ce document sont très similaires dans tous ces pays (études de médecine achevées d'au moins six ans, formation postgrade achevée, fiabilité et aptitude médicale), car elles mettent toutes en œuvre la directive 2005/36/EG¹⁷, qui fixe de manière uniforme les exigences minimales en matière de formation et de formation postgrade pour les Etats de l'UE et de l'AELE. Pour les médecins venant d'Etats avec lesquels il existe une libre circulation des personnes en vertu du droit européen ou d'un accord international, les Etats examinés ne connaissent aucune limitation d'accès légale, ou alors ils exigent la connaissance de la langue ou d'une des langues nationales (comme la Suisse). A l'égard des médecins provenant d'Etats tiers (sans accord sur la libre circulation des personnes), quelques Etats élèvent des obstacles sous forme d'examens complémentaires ou d'exigences supplémentaires concernant l'expérience professionnelle.

Pour ce qui est de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ou du service de santé, il existe dans la moitié à peu près des Etats examinés une obligation de contracter ou une obligation d'affiliation similaire à celle que connaît la Suisse. Dans quelques Etats, elle est limitée à certains domaines. On citera par exemple la France, qui distingue entre médecins employés dans des hôpitaux et médecins indépendants. Les prestations des médecins hospitaliers sont remboursées automatiquement par les caisses-maladie, alors que les médecins

¹⁶ Rüttsche, Bernhard; Poledna, Tomas; Gigaud, Philippe; Flüher, Nadja. Studie: Angebotssteuerung im ambulanten Bereich – Insbesondere Rechtsvergleich der Zulassungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung, Lucerne, 2013. Le rapport (disponible en allemand uniquement) peut être consulté sur le site internet de l'OFSP : www.bag.admin.ch > Services > Publications > Rapports de recherche > Rapports de recherche assurance-maladie et accidents

¹⁷ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7.9.2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255 du 30.9.2005, p. 22.

indépendants peuvent s'affilier à une caisse. Les caisses-maladie fixent par contrat les conditions auxquelles les médecins peuvent facturer pour trois ans leurs prestations aux caisses. A cet égard, les réglementations de la République slovaque sont également intéressantes : à l'exception des soins de base ambulatoires, le nombre de contrats conclus entre assurances et médecins est limité à la garantie d'un approvisionnement minimal. Le choix des médecins est effectué par les caisses-maladie, qui se fondent pour ce faire sur des critères de qualité fixés par la loi.

S'agissant de l'admission de médecins étrangers à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ou du service de santé, il n'existe en principe aucune restriction légale dans les Etats examinés. La Suède connaît cependant des conditions spécifiques pour les médecins étrangers, exigeant une expérience médicale de plusieurs années ainsi qu'une qualification de médecins spécialiste. En Australie, un médecin étranger ne peut adhérer au système Medicare que s'il s'établit pour une durée de dix ans dans un District of Workforce Shortage, autrement dit une région où règne une pénurie de médecins. Ce n'est qu'au terme de cette période qu'il peut accéder librement au système.

3.4.2 Gestion de l'offre

Si l'on compare les systèmes de santé des divers Etats, on observe une gestion de l'offre dans différents domaines. Pour l'exercice de la profession, par exemple, la Belgique pilote l'offre en limitant sur recommandation d'une commission, en cas d'offre excédentaire, le nombre de candidats à l'exercice de la profession de médecin. En Espagne, les besoins sont planifiés au moyen de « plans de santé » qui sont publiés par les régions et qui déterminent ainsi le besoin en médecins engagés dans le secteur public.

Une forte majorité d'Etats influent également sur le nombre de places proposées pour la formation médicale. Il existe aussi des limitations des places de formation dans certains Etats pour les formations postgrade de spécialiste (France, République tchèque, Lettonie).

En ce qui concerne la gestion de l'offre dans le cadre du financement étatique, il existe une grande diversité de modèles dans les Etats examinés. Ainsi, le nombre de contrats ou de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie ou du système de santé est limité dans plusieurs Etats sur la base d'une évaluation des besoins (Allemagne, Autriche, Italie, Danemark, Islande, Lettonie, Slovaquie). L'Allemagne, par exemple, connaît pour l'autorisation de pratiquer en tant que médecin conventionné un système de planification des besoins qui est codifié dans la *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte* (règlement régissant les conventions mutualistes des médecins, Ärzte-ZV) du 28 mai 1957. Les associations de médecins conventionnés élaborent, d'entente avec les associations de caisses-maladie des différents Länder, un plan des besoins qui doit être présenté à l'autorité suprême du Land compétente pour les assurances sociales et que celle-ci peut contester dans un délai de deux mois.¹⁸ Le plan des besoins doit comprendre entre autres des constatations concernant l'approvisionnement médical compte tenu des groupes de médecins, la densité et la structure de la population, la nature et l'étendue de la demande en prestations de médecins conventionnés, la couverture de cette demande et son attribution géographique dans le cadre de la prise en

¹⁸ § 99 du Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (cinquième livre du Code social, SGB V)

charge par les médecins conventionnés, ainsi que les liaisons de transport importantes pour cette prise en charge.¹⁹ Les principes de base de ce plan sont définis dans la *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Massstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung* (directive de la Commission fédérale commune concernant la planification des besoins ainsi que les critères de détermination de pléthore ou de pénurie dans la prise en charge par les médecins conventionnés, Bedarfsplanungs-Richtlinie) : le plan comprend les principes de l'approvisionnement régional, rend compte du degré de prise en charge propre à chaque groupe de spécialité par région de planification et doit être adapté en continu. Quatre niveaux de prise en charge sont définis (*hausärztliche Versorgung* ; *allgemeine fachärztliche Versorgung* ; *spezialisierte fachärztliche Versorgung* ; *gesonderte fachärztliche Versorgung*), qui sont déterminants pour l'attribution des médecins aux groupes de médecins, pour le découpage des domaines de planification et, par conséquent, pour la détermination du degré de prise en charge au moyen de ratios.²⁰ Si le plan des besoins affiche un besoin de médecins conventionnés pour un domaine donné de prise en charge et que ce sous-approvisionnement ne peut être compensé dans un délai de six mois, l'association de médecins conventionnés doit mettre les postes conventionnés au concours. Dans des cas d'exception, la commission d'admission peut décider une exception à la limitation d'admission afin s'agir contre le sous-approvisionnement.²¹ En cas de sur-approvisionnement, qui se produit lorsque le degré général de prise en charge conforme aux besoins est dépassé de 10 %, la commission d'admission doit ordonner des limitations d'admission, qui sont réexaminées au plus tard après six mois et qui peuvent être révoquées le cas échéant. D'autres mesures (p. ex. baisses de tarif) ne sont pas prévues.²²

Le volume de l'offre est également géré dans divers Etats au moyen d'un budget mis à disposition pour le financement de prestations médicales (notamment au Royaume-Uni et en Pologne ; en Allemagne, un montant total des honoraires est fixé). A souligner qu'en Pologne, un premier traitement ambulatoire est payé par le service de santé de l'Etat lorsqu'il est donné

¹⁹ § 12 Ärzte-ZV

²⁰ §§ 4, 5, 8 s., 11 s., 17 ss et 27 ss de la Bedarfsplanungs-Richtlinie ; la *hausärztliche Versorgung* est formée par le groupe des médecins de famille et consiste en 883 régions de planification ; l'*allgemeine fachärztliche Versorgung* est formée par les groupes des chirurgiens, des dermatologues, des gynécologues, des neurologues, des ophtalmologues, des ORL, des orthopédistes, des pédiatres, des psychothérapeutes et des urologues, et consiste en 372 arrondissements (*Kreisregionen*) ; la *spezialisierte fachärztliche Versorgung* est formée par les groupes des anesthésistes, des internistes, des psychiatres pour enfants et adolescents et des radiologues, et consiste en 97 régions de politique régionale (*Raumordnungsregionen*) ; la *gesonderte fachärztliche Versorgung* est formée par les groupes des médecins MPR, des spécialistes de médecine nucléaire, des radiothérapeutes, des neurochirurgiens, des spécialistes de génétique humaine, des médecins de laboratoire, des pathologistes, des spécialistes en médecine transfusionnelle et des chirurgiens MCG, et consiste en 17 régions d'assurance (cf. <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, consulté le 18.11.2016).

²¹ §§ 15 s. Ärzte-ZV

²² § 16b Ärzte-ZV

par un médecin conventionné du Fonds national de la santé. Tous les médecins qui remplissent certains critères (comme le respect de standards épidémiologiques et hygiéniques) peuvent briguer un contrat avec ce fonds, la sélection étant effectuée par le biais d'une procédure d'attribution spéciale. L'offre est ainsi pilotée indirectement au moyen des prestations achetées par le Fonds national de la santé.

Une gestion de l'offre reposant sur la mise à disposition d'incitations financières s'effectue en Norvège et au Danemark, moyennant une meilleure indemnisation pour des prestations dont l'offre est insuffisante.

3.4.3 Concurrence régulée

Une liberté de contracter entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations telle que décrite au point 4.3 n'existe dans aucun pays de l'OCDE. Il faut toutefois relever le système de santé des Pays-Bas, qui suit les principes de la concurrence régulée et dans lequel les négociations entre assureurs et fournisseurs de prestations jouent un rôle considérable.

Aux Pays-Bas, l'indemnisation des médecins de famille consiste pour l'essentiel dans des forfaits par patient et des forfaits de traitement. Le forfait par patient est échelonné selon trois groupes d'âge (moins de 65 ans, 65 à 75 ans, et plus de 75 ans) et selon un indicateur disant si le patient réside dans une région défavorisée sur le plan social et économique. Le forfait de traitement est fonction de la longueur de la consultation (moins de 20 minutes, plus de 20 minutes). Des montants plus élevés sont versés pour les consultations à domicile, moins élevés pour les consultations par courriel ou par téléphone. Des contributions supplémentaires sont payées pour les prestations fournies en dehors des heures d'ouverture normales.²³ Les prestations de spécialistes ne peuvent être fournies que sur indication d'un médecin de famille (*gatekeeping*) et sont facturées à la prestation. Une partie importante des spécialistes sont employés par les hôpitaux, et beaucoup de leurs prestations sont fournies dans le cadre des forfaits par cas. Par ailleurs, il existe des conventions nationales relatives à la croissance maximale admissible des dépenses.

3.4.4 Conclusion

Nombre d'Etats de l'OCDE disposent d'une solution pour gérer à long terme l'approvisionnement médical dans le domaine ambulatoire. Les pays limitrophes de la Suisse, en particulier, ont déjà introduit des systèmes pour limiter le nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, ou le volume des prestations pouvant être facturées par ces médecins.

Le droit allemand de l'assurance-maladie est intéressant en ceci que, pour la gestion de l'admission des médecins conventionnés, les associations de médecins conventionnés doivent collaborer avec les associations de caisses-maladie des différents Länder. Mais pour obtenir une implication similaire de ces organisations en Suisse, une révision importante de la LAMal serait nécessaire.

²³ Outre les forfaits par patient et les forfaits de traitement mentionnés, il existe d'autres formes de rémunération, notamment dans le modèle des « soins intégrés » et du « *Pay for Performance* ». Ces formes de rémunération doivent être négociées entre groupes de médecins de premier recours et assureurs.

Aux Pays-Bas, la gestion de la fourniture des prestations ambulatoires suit les principes de la concurrence régulée. Les négociations entre assureurs et fournisseurs de prestations peuvent y jouer un rôle considérable. L'introduction du modèle néerlandais en Suisse nécessiterait une révision fondamentale de la LAMal.

4 Axes de solution

La question de l'endiguement de la hausse des coûts due à l'augmentation constante du nombre de fournisseurs de prestations est apparue peu après l'introduction de la LAMal, et n'a cessé d'être débattue depuis lors. Les deux mêmes axes de solution à ce problème sont discutés depuis plus de quinze ans : il s'agit pour certains de laisser fonctionner les mécanismes de marché en supprimant l'obligation de contracter, et pour d'autres de donner aux cantons et à la Confédération la possibilité de gérer activement l'approvisionnement. Ces deux visions s'opposent assez frontalement. Une troisième voie, médiane, est apparue plus récemment, en même temps que la problématique de la pénurie croissante de médecins de premier recours. Cette troisième voie propose d'introduire des éléments de concurrence au niveau tarifaire tout en maintenant l'obligation de contracter. Ces trois axes de solution sont discutés aux points 4.2 à 4.4. Quel que soit le paradigme retenu, la mise en œuvre d'un instrument de gestion des prestations médicales à la charge de l'assurance-maladie nécessite de clarifier préalablement certaines bases « techniques », ce qui est fait au point 4.1. Les réponses des experts interrogés et des acteurs du système au questionnaire de l'OFSP, complétées par les discussions menées dans le cadre des trois workshops du mois de septembre 2016, sont intégrées au fur et à mesure des différentes variantes exposées.

4.1 Bases techniques

4.1.1 Définition du besoin

La question de la définition du besoin est une question centrale lorsque l'on parle de gestion de l'approvisionnement. Même si, pour certains acteurs, l'offre correcte correspond à la demande selon les lois du marché, force est de constater que la demande en prestations médicales est influencée par de nombreux facteurs, qui ont pour effet qu'elle ne cesse d'augmenter si on n'entreprend rien pour la freiner. De nombreuses études prouvent que le progrès technique, le vieillissement de la population et les conséquences sanitaires qui l'accompagnent, ou encore l'augmentation du bien-être de la population et de ses exigences ont pour effet d'augmenter la demande et par conséquent les coûts. La mutualisation des coûts renforce encore cette tendance. Or, s'agissant d'un domaine financé solidairement, la maîtrise des coûts constitue un impératif politique. La demande doit donc être ramenée au niveau du besoin sanitaire de la population. C'est ce besoin sanitaire, et non la demande économique, qui devrait définir l'offre.

Selon un papier de position de l'Académie suisse des sciences médicales²⁴ (ASSM), une analyse du besoin doit reposer sur des données et comprendre une analyse de l'existant ainsi que des modèles de pronostic. Dans son document, l'ASSM recommande une approche orientée

²⁴ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften ; Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten, Swiss Academies Communications 11 (11); 2016

sur les besoins et basée sur quatre piliers, pour parvenir à un pilotage national permettant de réguler l'approvisionnement en prestations médicales aussi bien du point de vue de la répartition géographique que des domaines de spécialités. Premièrement, l'ASSM recommande d'agir sur les incitations liées au système, notamment sur les tarifs. La conception et la récolte des données nécessaires constituent la deuxième étape, sur la base d'un modèle conceptuel à définir. A ce sujet, un rapport de l'Obsan²⁵ a choisi et adapté pour la Suisse le modèle NIVEL néerlandais. Troisièmement, les instances d'une gestion efficace doivent être créées à un niveau régional. L'académie recommande une gestion au niveau de sept régions d'au moins 1 million d'habitants chacune. Quatrièmement, les résultats des étapes précédentes doivent permettre une plus grande différenciation au niveau de la formation médicale.

Le papier de position de l'ASSM vise une gestion à long terme de l'approvisionnement moyennant un pilotage au niveau de la formation. Une telle approche ne correspond pas aux conditions-cadres posées par le postulat 16.3000 et la motion 16.3001, qui demandent une solution à très court terme pour prendre le relais de la limitation des admissions limitée au 30 juin 2019. La plupart des acteurs interrogés ont par ailleurs estimé qu'il était impossible de savoir quels seraient les besoins dans plus de cinq ou dix ans, tant l'évolution de nombreuses variables telles que la démographie, la technologie et le progrès médicaux ou l'épidémiologie est rapide et imprévisible.

Faute des données et des modèles conceptuels nécessaires pour une approche basée sur le besoin, seule une approche basée sur une projection de l'offre actuelle entre en ligne de compte dans ce contexte. Une telle approche, utilisée dans la plupart des pays qui cherchent à maîtriser les coûts à la charge de leur système de sécurité sociale, part du principe que l'approvisionnement actuel n'est ni insuffisant, ni excédentaire, aussi problématique cela soit-il. L'expert Thomas Zeltner, dans sa réponse au questionnaire de l'OFSP, cite l'exemple du Royaume-Uni, où l'on se base sur le nombre existant de médecins par spécialité en tenant compte de leur taux d'occupation. On applique à ces chiffres des scénarios de santé publique tenant compte de l'évolution démographique et on tient finalement compte de la fréquentation des spécialistes au cours des cinq dernières années.

Comme une telle méthode ne permet pas de résoudre des problèmes de sous- ou de sur-approvisionnement qui pourraient exister avant sa mise en œuvre, la solution retenue devra permettre d'adapter les chiffres de l'offre actuelle en tenant compte d'éventuelles indications de sur- ou sous-approvisionnement.

4.1.2 Mesure de l'approvisionnement existant

Pour déterminer les effectifs, tous les acteurs et experts consultés ainsi que de nombreux cantons s'accordent sur le fait que le nombre de numéros RCC actuellement pris en compte pour la limitation de l'admission ne reflète pas de manière suffisamment précise l'approvisionnement réel en raison en particulier de l'augmentation constante des personnes qui travaillent à temps partiel. Ce défaut du système actuel est également ressorti très clairement des workshops de septembre 2016. Il y a un consensus fort parmi les acteurs sur la nécessité de tenir compte du taux d'occupation des médecins et de compter en EPT (équivalents plein temps), contrairement à l'ordonnance sur la limitation des admissions actuellement en vigueur, qui ne tient compte que du nombre de médecins actifs sur la base du nombre de numéros

²⁵ Burla, Laila. Widmer, Marcel. Détermination des besoins futurs en médecins par spécialité : modèle conceptuel. Obsan, Neuchâtel: janvier 2016.

RCC. Dans le rapport de l'Obsan, les auteurs constatent qu'il n'existe aucune banque de données centrale répertoriant tous les médecins en activité et contenant toutes les informations requises (EPT, spécialité, secteur de soins, etc.). Malgré cela, les effectifs médicaux (nombre de médecins et EPT) peuvent être déterminés sur la base des relevés existants, en tenant compte des restrictions suivantes :

- a. Le titre de spécialiste et l'origine du diplôme des médecins hospitaliers doivent être extrapolés par la fusion de la statistique des hôpitaux avec le registre des professions médicales (MedReg)²⁶ et la statistique médicale de la FMH.
- b. Les EPT des médecins en cabinet doivent être extrapolés au moyen de l'échantillonnage myFMH. Cette extrapolation implique certaines incertitudes, entre autres en ce qui concerne les possibilités de stratification.
- c. Il est difficile de déterminer quelle part des médecins hospitaliers travaille dans le secteur stationnaire ou ambulatoire de l'hôpital.

Dans le rapport de l'Obsan²⁷, les auteurs relèvent que les modifications apportées aux relevés (introduction du GLN dans la statistique des hôpitaux, e-logbook de l'ISFM, enregistrement complet de tous les médecins dans le MedReg, nouveau relevé « Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires ») vont permettre d'améliorer l'état des données. Les nouvelles possibilités (p. ex., les fusions possibles entre banques de données) doivent encore être étudiées.

Lors des workshops menés avec les acteurs du domaine en septembre 2016, santésuisse a proposé de se baser sur les données de facturation existantes pour extrapoler le taux d'occupation des médecins. Des indicateurs basés sur le nombre de consultations, le nombre de patients ou éventuellement encore le montant des prestations facturées pourraient selon elle être développés par les sociétés de médecine au niveau régional et par spécialité. La CDS a soutenu cette proposition.

4.1.3 Constatation d'un sur- ou sous-approvisionnement

Dans sa réponse au questionnaire de l'OFSP, la FMH a estimé qu'on ne peut pas mesurer un approvisionnement adéquat, et qu'il ne peut pas y avoir, par définition, de sur-approvisionnement médical. Pour sa part, curafutura a estimé qu'il n'est pas possible de fixer une offre adéquate de manière scientifiquement fondée, car une telle modélisation est soumise à un trop grand nombre de variables, ce qui rendrait un pilotage sur cette base trop approximatif. santésuisse considère aussi qu'il n'est pas possible de déterminer de manière fondée une offre adéquate sur la base de laquelle des limites marquant un sous- ou sur-approvisionnement pourraient être fixées. La CDS estime en revanche que cela serait possible en impliquant les experts des partenaires concernés de chaque domaine. Les acteurs interrogés n'ont donc pas proposé dans leurs réponses de critères permettant d'identifier un sur-approvisionnement. L'évolution des coûts des prestations à la charge de la LAMal ces dernières années a cependant démontré qu'une conséquence d'un sur-approvisionnement, que l'on cherche à éviter avec la limitation de l'admission, est une augmentation des coûts supérieure à la normale. Un

²⁶ Consultable sur internet à l'adresse : www.medregom.admin.ch

²⁷ Cf. note 25

critère pour constater un sur-approvisionnement dans un canton ou une région peut donc être une augmentation des coûts supérieure à la moyenne nationale pour un ou plusieurs domaines de spécialité.

Pour mesurer l'absence de sous-approvisionnement, respectivement pour s'assurer qu'un approvisionnement suffisant est disponible, curafutura estime dans sa réponse au questionnaire que les questions suivantes sont déterminantes:

- Un accès rapide et direct aux soins médicaux de base est-il garanti ? (X % de la population résidente atteint entre 7h30 et 18h30 l'offre de soins de base la plus proche en l'espace de Y minutes [de voiture])
- Les soins d'urgence sont-ils garantis 24 heures sur 24 ? (X % de la population résidente reçoit en cas d'urgence médicale les premiers secours en l'espace de Y minutes)
- Puis-je obtenir les traitements ou interventions indiqués dans un délai raisonnable ? (Le traitement X est effectué conformément à l'indication donnée dans un délai de Y jours au maximum).

H+ cite aussi le délai d'attente pour obtenir une consultation, et partage le point de vue que c'est principalement l'accès aux services d'urgence qui doit être mesuré. Le critère de l'accès des patients au traitement dans un délai utile est aussi pris en compte par les cantons pour la planification hospitalière.

Lors des workshops de septembre 2016, un consensus fort s'est toutefois exprimé sur le fait que les cantons ont déjà la possibilité d'intervenir en cas de sous-approvisionnement, et qu'aucune mesure supplémentaire n'est nécessaire dans ce cas-là.

4.1.4 Organe compétent

Pour des raisons d'uniformité de la mise en œuvre, il paraît logique que le Conseil fédéral confie la tâche de récolter et recouper, et de les mettre à jour périodiquement, les données relatives aux effectifs existants de manière centralisée à l'Administration fédérale (OFSP ou OFS), d'autant plus que l'autorisation de l'Office fédéral de la statistique (OFS) est requise pour pouvoir fusionner les banques de données de ce dernier (p. ex. statistique des hôpitaux, statistique médicale) avec d'autres banques de données. En revanche, les cantons sont compétents pour garantir l'accès de la population aux soins médicaux sur leur territoire. Le Conseil fédéral estime que ce sont eux qui sont à même d'évaluer si d'éventuelles situations de sur- ou de sous-approvisionnement doivent être corrigées. De ce fait, le Conseil fédéral estime que ce doit être aux cantons de fixer l'approvisionnement nécessaire sur la base des données relatives à l'offre existante fournies par la Confédération.

Lors des workshops de septembre 2016, santésuisse a estimé que les limites devraient être fixées au niveau cantonal, selon des critères définis au niveau fédéral, de manière uniforme et transparente. La CDS souhaitait cependant qu'assureurs, médecins et patients soient associés à leurs décisions. Dans son message relatif au pilotage du domaine ambulatoire, le Conseil fédéral avait proposé l'obligation pour les cantons d'intégrer les acteurs dans le cadre de commissions consultatives composées au moins de représentants des fédérations d'assurés, des fédérations des fournisseurs de prestations (en particulier des fournisseurs de prestations concernés par les mesures) et des fédérations d'assureurs. L'avis des commissions devait être impérativement pris en compte par les cantons. Lors de la consultation sur ce projet, un grand nombre de cantons s'étaient opposés à cette obligation, estimant que les cantons devaient rester libres de la manière dont ils organisaient la prise en compte de l'avis des parties prenantes.

4.1.5 Définition d'une limite supérieure

Le postulat 16.3000 demande au Conseil fédéral de fixer une limite supérieure et une limite inférieure, qu'il adaptera périodiquement. Dans son message du 26 mai 2004 relatif à la révision partielle de la LAMal (liberté de contracter)²⁸ (ci-après message relatif à la liberté de contracter), le Conseil fédéral prévoyait de fixer des limites minimales et des limites maximales au nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir dans les cantons la couverture des besoins (fourchettes par catégorie de fournisseurs de prestations). Aux cantons de déterminer à l'intérieur de ces fourchettes, en tenant compte des conditions locales, le nombre de fournisseurs de prestations nécessaire. Il souhaitait ainsi éviter qu'à l'avenir se perpétuent sur le territoire suisse des disparités par trop importantes s'agissant de la couverture en soins qu'aucun motif de santé publique ne justifierait, tout en garantissant dans les cantons une couverture des besoins en soins ambulatoires suffisante pour chaque catégorie de fournisseurs de prestations. Dans leur rapport de 2001, Crivelli et Domenighetti²⁹ préconisaient sur la base de données de l'année 1999 une densité d'environ 15 médecins à plein-temps pour 10'000 habitants « comme référence pragmatique pour le calcul du nombre de médecins ». Ce nombre correspondait à la médiane des valeurs cantonales et à la densité d'une région « relativement homogène et autosuffisante quant à l'approvisionnement en médecins et à l'importation-exportation de patients, c'est-à-dire la région qui comprend les cantons de Saint Gall et les deux Appenzell ». Aujourd'hui, si avec 1,7 médecin pour 1'000 habitants la valeur médiane des cantons n'a que peu augmenté depuis 2000, année de référence pour le message relatif à la liberté de contracter de 2004 avec 1,54 médecin pour 1'000 habitants, la disparité entre les cantons est bien plus importante. En 2014, la densité médicale allait de 0,92 médecins pour 1'000 habitants dans le canton d'Uri (0,99 à Obwald en 2000), à 4,92 médecins pour 1'000 habitants à Bâle-Ville (3,56 en 2000), soit un facteur de 5 entre la valeur la plus basse et la valeur la plus haute. Aujourd'hui, la fixation de limites inférieures et supérieures valables de manière uniforme sur le plan suisse par domaine de spécialité ne ferait que constater cette disparité. Si une fourchette devait être fixée, elle devrait donc l'être de manière individuelle pour chaque canton. Dans le cadre des travaux préparatoires du présent rapport, la FMH et curafutura se sont opposés à la fixation de limites supérieures et inférieures, qui sont inutiles selon elles pour améliorer la qualité des prestations, tout comme H+ qui s'oppose à tout mécanisme de gestion de l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire.

4.1.6 Coordination entre les cantons

Le postulat 16.3000 demande que le Conseil fédéral fixe des limites par canton et par spécialité, à l'intérieur desquelles les cantons ou éventuellement les assureurs géreront les admissions. L'ensemble des acteurs consultés, de même que les experts, s'accordent en particulier sur le fait que la mobilité des patients rend obsolètes les limites cantonales dans ce domaine. Tous ont estimé qu'une évaluation des besoins devrait avoir lieu à un niveau régional. Selon la loi, les cantons doivent déjà coordonner leurs planifications hospitalières, et même établir conjointement une planification nationale pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS). Dans ce domaine, un Organe de décision MHS est constitué des directrices et directeurs de la santé de dix cantons et conseillé par un Organe scientifique MHS. Selon la CDS, un tel modèle ne serait pas adapté au domaine ambulatoire étant donné la multitude de fournisseurs de prestations. Dans le cadre des workshops, les

²⁸ FF 2004 4055, 04.032

²⁹ Cf. note 5

fédérations d'assureurs, si elles se sont exprimées en faveur d'une coordination régionale, se sont cependant prononcées pour que la forme de cette coordination soit laissée à la liberté des cantons et des acteurs. C'est déjà ce que proposait le Conseil fédéral dans son message relatif au pilotage du domaine ambulatoire, qui prévoyait que les cantons coordonnent l'évaluation de l'offre de soins ambulatoires. Lors de la consultation, la plupart des acteurs qui s'étaient prononcés sur ce point y étaient favorables. Le canton de Zurich avait toutefois averti le Conseil fédéral qu'un délai suffisamment long devait être prévu pour qu'une telle coordination puisse être effective et le canton de Vaud avait rendu attentif à la nécessité de critères uniformes pour rendre possible une telle coordination.

Dans son rapport³⁰ de 2016, l'ASSM préconise d'établir, par analogie avec le domaine des hautes écoles spécialisées, sept régions de plus de 1 million d'habitants chacune. Lors des workshops, la CDS a indiqué qu'elle trouverait intéressant d'étudier comment de telles régions pourraient être formées. Elle a cependant rappelé l'organisation et la répartition des tâches dans le système suisse, qui implique que les décisions soient prises au niveau politique des cantons. Le Conseil fédéral est d'avis qu'une telle étude, de nature exploratoire, devrait reposer sur des données concernant l'activité des médecins qui ne sont pas disponibles à l'heure actuelle. Les premières données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires récoltées par l'OFS dans le cadre du projet MARS (Modules ambulatoires des relevés sur la santé) ne seront pas disponibles avant 2019. De ce fait, une telle étude ne pourrait être lancée qu'après l'entrée en vigueur d'une nouvelle mesure permettant de gérer l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire le 1^{er} juillet 2019.

4.1.7 Domaine ambulatoire des hôpitaux

Le postulat 16.3000 indique que « la restriction ne peut concerner unilatéralement le domaine ambulatoire des cabinets médicaux, mais doit intégrer le domaine ambulatoire des hôpitaux ». Depuis 2010, les cantons peuvent appliquer la limitation de l'admission aux médecins actifs dans le domaine ambulatoire des hôpitaux. S'ils le font, ils adaptent les chiffres maximaux fixés par le Conseil fédéral. Entre 2010 et 2011, seuls cinq cantons ont fait usage de cette possibilité, mais sans adapter formellement les chiffres du Conseil fédéral. Entre 2013 et 2016, à nouveau cinq cantons ont appliqué la limitation au domaine ambulatoire des hôpitaux. Faute de données pour fixer de nouveaux chiffres, ces cantons évaluent généralement au cas par cas la situation dans la spécialité concernée.

Le message relatif au pilotage du domaine ambulatoire³¹ prévoyait que les cantons qui feraient le choix de piloter le domaine ambulatoire tiennent compte de l'activité des hôpitaux dans ce domaine. Lors de la consultation sur ce projet, une majorité des organisations de médecins, de même que les hôpitaux, jugeaient que le domaine ambulatoire des hôpitaux devait être pris en compte, afin de garantir l'égalité de traitement et en raison de la pluralité des rôles des cantons dans ce domaine, sous peine de créer de nouvelles distorsions. Santéuisse en revanche estimait que les données existantes ne le permettaient pas. Il ressort aussi du rapport de l'Obsan³² qu'il n'existe pour l'heure aucune base de données permettant de distinguer, pour les médecins employés par les hôpitaux, entre le taux d'occupation concernant le domaine

³⁰ Cf. note 24

³¹ Cf. note 2

³² Cf. note 25

stationnaire et celui concernant le domaine ambulatoire. Suite à la consultation, le Conseil fédéral avait finalement proposé que le domaine ambulatoire des hôpitaux puisse être pris en compte dans le cadre des mandats de prestations.

Lors des workshops, l'ensemble des acteurs ont relevé la nécessité de prendre en compte l'ensemble du domaine ambulatoire. Seule la CDS a plaidé pour le maintien du caractère facultatif de l'intervention des cantons, et ce dans tous les domaines. Pour remédier à l'absence actuelle des données nécessaires, SantéSuisse a proposé l'attribution d'un numéro RCC à tous les médecins, y compris à l'hôpital, qui permettrait une attribution précise des actes aux médecins et ainsi de déterminer leur taux d'occupation dans les différents domaines. Une telle adaptation du système n'est cependant pas envisageable pour 2019. En tous les cas, la prise en compte du domaine ambulatoire des hôpitaux nécessitera que ces derniers mettent à disposition les données nécessaires.

4.1.8 Statut des médecins de premier recours

Le postulat 16.3000 exige qu'aucune restriction ne soit imposée aux médecins de premier recours. Par médecin de premier recours, on entend généralement le médecin praticien (titre que la Suisse a défini comme celui de premier recours pour la reconnaissance automatique des diplômes avec l'UE) et les spécialités suivantes : médecine interne générale et pédiatrie. La médecine générale et la médecine interne sont des titres qui ne sont plus remis à l'heure actuelle, mais dont les détenteurs sont également reconnus comme des médecins de premier recours. Lors des workshops de septembre 2016, la FMH a indiqué qu'elle ajouterait encore à cette liste la gynécologie, ainsi qu'éventuellement la psychiatrie, car ces médecins jouent souvent le rôle de médecin de famille pour leurs patients.

Dans le cadre de la préparation du présent rapport, l'OFSP a questionné acteurs et experts sur l'exclusion de cette catégorie de fournisseurs de prestations. A la lecture des réponses, le Conseil fédéral constate que cette catégorisation ne semble plus correspondre à la réalité. La FMH a répondu qu'aujourd'hui déjà les médecins de premier recours ne peuvent être considérés de manière uniforme eu égard aux différences de durée de formation et à la problématique des porteurs de double titre. Pour H+, cette distinction date d'une époque révolue où chacun avait son médecin de famille, alors qu'aujourd'hui ce rôle est joué par des spécialistes pour les patients chroniques par exemple, et que les jeunes se rendent dans les cliniques « walk-in » et les permanences médicales en cas de besoin. Curafutura non plus ne voit pas pourquoi cette catégorie de médecins devrait être traitée à part. Pour SantéSuisse, un surapprovisionnement est également possible dans ce domaine. Une pénurie de médecins de premier recours ne devrait donc pas être combattue par l'attribution d'un statut particulier, mais plutôt par un soutien à des formes d'organisation innovantes. La problématique des cabinets de groupe, qui procurent à la fois des prestations de premier recours et des prestations spécialisées, et des détenteurs de double titre a également été soulevée. Pour Curafutura, la solution serait de ne plus se focaliser sur les fournisseurs de prestations, mais sur les prestations elles-mêmes. La CDS a rappelé son souhait d'une solution praticable, à défaut d'être parfaite, en pointant du doigt les problèmes de définition que cela engendrerait. En ce sens, le Conseil fédéral n'envisage pas une gestion des prestations indépendamment de celui qui les fournit. Entrée en vigueur le 3 juillet 2002, la limitation de l'admission concernait l'ensemble des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire. A partir du 1^{er} janvier 2010, l'ensemble des fournisseurs de prestations visés à l'art. 38 LAMal, ainsi que les médecins de premier recours furent explicitement exclus du champ de la limitation. Le Parlement entendait ainsi lutter contre la menace d'une pénurie de médecins de famille. La version de l'art. 55a LAMal entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2013 et prolongée jusqu'au 30 juin 2019, ne prévoit en revanche pas expressément d'exception pour une ou l'autre catégorie de médecins, mais laisse la liberté aux cantons de désigner les médecins concernés. Concrètement, l'art. 3 OLAF prévoit que les

cantons peuvent prévoir que les nombres fixés par le Conseil fédéral à l'annexe 1 ne s'appliquent pas à un ou plusieurs domaines de spécialités. Entre 2013 et 2016, conformément à cette disposition, six cantons (BE, NW, SG, SZ, TG, UR) ont exclu certains domaines de la médecine de premier recours du champ de la limitation, car ils avaient constaté un sous-approvisionnement, ou du moins un risque, dans ces domaines (Rüefli et al., 2016)³³. Le Conseil fédéral estime que cette disposition permet aux cantons de répondre de manière plus précise à leurs situations spécifiques que celle qui prévalait jusqu'en 2011. En effet, une situation de sur-approvisionnement dans l'une ou l'autre spécialité de la médecine de premier recours dans un canton ne peut pas être exclue.

4.1.9 Critères de sélection des fournisseurs de prestations

Pour évaluer si les prestations garantissent une couverture suffisante, le postulat 16.3000 demande que la qualité de l'offre soit aussi prise en compte. La motion 16.3001 vise une véritable concurrence sur la qualité (et les prix). L'absence de critères de sélection positifs des fournisseurs de prestations par les assureurs était d'ailleurs une des principales critiques relevées lors de la consultation sur le message relatif à la liberté de contracter.³⁴ Par ailleurs, lors des workshops de septembre 2016, il est apparu clairement que pour certains acteurs, en particulier les fédérations d'assureurs santésuisse et curafutura ainsi que la FMH et les fédérations de patients, un mécanisme de gestion dans le domaine ambulatoire doit avoir comme objectif principal une amélioration de la qualité des prestations. La question des critères a été discutée à deux reprises lors de ces workshops : dans le cadre des discussions concernant la gestion par l'admission et de celles concernant la liberté de contracter.

4.1.9.1 Critères relatifs à la qualité des prestations

Il n'existe à l'heure actuelle que très peu d'indicateurs possibles pour mesurer la qualité des prestations (outcome) dans le domaine ambulatoire. Comme l'a relevé curafutura, beaucoup de recherche est encore nécessaire dans ce domaine. H+ a cité la satisfaction des patients, qui est mesurée comme critère de qualité des prestations dans plusieurs pays.

Un prérequis pour comparer la qualité des prestations est que celle-ci soit mesurée et que les résultats des mesures soient communiqués de manière transparente. D'une manière générale, santésuisse et H+ ont estimé que la participation aux programmes de mesure et d'amélioration de la qualité devrait être rendue obligatoire pour tous les fournisseurs de prestations, et que seule la transparence sur les résultats est susceptible d'améliorer la qualité des prestations. Si H+ estime que la publication de tels résultats ne doit servir que de base de discussion et d'amélioration, par exemple au moyen de *peer reviews* comme dans le domaine hospitalier stationnaire, les assureurs estiment quant à eux que ces résultats pourraient dans un deuxième temps servir de critère de sélection des fournisseurs de prestations, que ce soit pour l'admission ou dans le cadre de la liberté de contracter. La non-participation ou des mauvais résultats doivent, selon les assureurs, entraîner des sanctions allant jusqu'à l'exclusion du système. Les fédérations de patients se sont également exprimées en faveur de programmes de mesure de la qualité. SPO a par exemple préconisé la création de registres des erreurs médicales. Outre la difficulté à mesurer la qualité des prestations (outcome), la FMH a relevé

³³ Cf. note 8

³⁴ Cf. note 28

certains dangers liés aux indicateurs de qualité, notamment que ces derniers l'emportent sur la qualité du traitement dans sa globalité.

Le Conseil fédéral est d'avis que les exigences légales existantes (voir chapitre 2.7) pourraient être renforcées, par exemple en liant le maintien de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie à la transmission des données demandées ou à la participation à des programmes d'amélioration de la qualité. Il conviendrait aussi d'inscrire dans la loi l'obligation de prévoir, dans les conventions tarifaires, des programmes de mesure de la qualité.

Le 4 décembre 2015, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message concernant la modification de la LAMal (Renforcement de la qualité et de l'économicité)³⁵ (ci-après message relatif au renforcement de la qualité). Ce projet prévoit notamment de soutenir financièrement des programmes et projets concrets, notamment de développement de nouveaux indicateurs qui permettront de mesurer et d'évaluer la qualité des prestations médicales, également pour le domaine ambulatoire. Malgré le refus le 16 juin 2016 du Conseil des Etats d'entrer en matière sur ce projet, la CSSS-N a demandé à l'Administration un projet avec des propositions pour intégrer les organisations qui s'occupent de la qualité dans le cadre d'une plateforme nationale de coordination, avec une répartition claire des rôles entre la plateforme et les autorités fédérales, un renforcement des responsabilités de partenaires tarifaires accompagné d'un cadre légal efficace permettant d'imposer des mesures et des exigences en termes de qualité, ainsi que les bases légales nécessaires. L'Administration a transmis le rapport demandé à la commission, et s'engage pour un renforcement de la qualité et de l'économicité dans le cadre de ce projet.

4.1.9.2 Critères relatifs à la formation, compétences linguistiques

Il ressort des réponses de la FMH au questionnaire et de sa participation aux workshops que pour elle, seule la formation peut être prise en considération pour déterminer aussi bien la qualité du fournisseur de prestations que la qualité des prestations. Pour elle, quatre critères uniformes au niveau national doivent être appliqués :

- connaissances minimales dans une des langues nationales : niveau B2 selon le cadre européen commun de référence pour les langues ;
- durée de formation minimale de 5500 heures ;
- pratique d'au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ;
- Contrôle du suivi de la formation continue, selon des critères nationaux fournis par les sociétés de discipline.

Le critère d'une pratique de trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu exonère depuis 2013 ceux qui le remplissent de la limitation de l'admission. Ce critère est toutefois, comme développé au chapitre 3.2.14, problématique au regard de l'ALCP et diminue fortement l'efficacité de la limitation de l'admission, raisons pour lesquelles le Conseil fédéral est critique quant à son maintien dans le cadre d'une solution à long terme pour gérer l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire.

³⁵ FF 2016 217, 15.083

La loi fédérale sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales, LPMéd, RS 811.11) régleme la formation universitaire, postgrade et continue des professions médicales universitaires, ainsi que leur exercice. Elle règle notamment la formation nécessaire à l'exercice des professions médicales, et fixe les devoirs professionnels liés à l'exercice indépendant de la profession. La loi règle en outre la reconnaissance des diplômes et des titres de formation postgrade étrangers. Une première partie de la révision partielle de la LPMéd est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, renforçant notamment le rôle de la médecine de famille et des soins médicaux de base. La deuxième partie de la révision de la LPMéd, ainsi que les modifications des ordonnances correspondantes, entreront en vigueur ultérieurement. Les critères concernant les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession y seront précisés, de même que la durée minimale des études menant au diplôme. Les diplômes ainsi que les connaissances linguistiques de chaque personne exerçant une profession médicale universitaire figureront dorénavant au registre des professions médicales. Ainsi, les demandes de la FMH seront en grande partie satisfaites dans le cadre de ces révisions.

L'expert Willy Oggier a relevé dans sa réponse au questionnaire de l'OFSP que comme pour la médecine hautement spécialisée, certaines prestations ne devraient pouvoir être fournies que par des médecins particulièrement formés, et sous condition d'un nombre de cas minimum. D'autres exigences, comme le suivi de guidelines ou de directives professionnelles, sont un principe de base de l'exercice de la profession médicale qui découle de la LPMéd, que cet exercice ait lieu à la charge de la LAMal ou non.

4.1.9.3 Dossier électronique du patient

Dans le cadre des workshops, la CDS s'est exprimée pour que l'admission des médecins à pratiquer à la charge de la LAMal soit liée à leur participation au dossier électronique du patient. La loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP; RS 816.11) a été adoptée le 19 juin 2015, et devrait entrer en vigueur en 2017. Elle prévoit expressément que les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire, contrairement aux hôpitaux, sont libres de s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence certifiée. Dès lors, le Conseil fédéral estime que l'inscription d'une telle obligation dans la LAMal entrerait en contradiction avec la volonté du Parlement. Il est en outre prévu que la Confédération pourra soutenir l'introduction du dossier électronique du patient en accordant des aides financières aux communautés et aux communautés de référence pour leur constitution et leur certification.

4.1.9.4 Adhésion à un réseau de soins

La CDS a également proposé que la participation du fournisseur de prestations à un réseau de soins puisse constituer un critère de sélection. La LAMal prévoit la possibilité pour les assureurs de proposer des formes particulières d'assurance, notamment des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations et offrant des primes plus basses aux assurés. La population a cependant refusé en 2012 que l'adhésion à un modèle d'assurance impliquant un réseau de soins intégrés soit plus fortement encouragée. La promotion des soins coordonnés reste toutefois une mesure-phare de la stratégie globale Santé2020 du Conseil fédéral. En mai 2014, dans le cadre du Dialogue Politique nationale suisse de la santé, une première discussion a eu lieu avec les cantons sur la procédure à suivre ; la deuxième conférence nationale Santé2020, qui s'est déroulée en janvier 2015, a également été consacrée aux soins coordonnés. Dans un premier temps, l'attention du projet Soins coordonnés de la Confédération se porte sur les patients très âgés et atteints de multiples maladies chroniques dans le contexte hospitalier. La coordination des prestations doit être optimisée notamment par l'implication accrue de personnes expertes en gériatrie. Dans un deuxième temps, les efforts pourraient être étendus à un second groupe de patients souffrant à la fois de maladies psychiques et de maladies somatiques. Le Conseil fédéral soutient les travaux menés dans le cadre de ce projet. Toutefois, considérant résultat de la votation de 2012, le Conseil fédéral

est d'avis que soumettre l'admission des médecins à pratiquer à charge de l'AOS à leur adhésion à un réseau de soins serait contraire à la volonté populaire. Dès lors, il estime qu'un tel critère ne devrait pas être inscrit dans la LAMal.

4.1.9.5 Participation aux urgences

La CDS a encore proposé que la participation aux services d'urgence puisse être instaurée comme critère de sélection. Or, la planification et l'organisation des urgences sont de la compétence des cantons. Ces tâches sont d'ailleurs réalisées de manières très différentes entre les cantons. Sur la base de l'art. 55a, al. 4, LAMal, les cantons ont actuellement déjà la possibilité de lier la participation aux services d'urgence comme condition à l'admission à pratiquer à charge de l'AOS. Pour cette raison, le Conseil fédéral considère qu'il n'est pas nécessaire de mentionner un tel critère dans la LAMal.

4.2 Gestion par l'admission

4.2.1 Concept théorique

Le modèle de gestion par les admissions vise avant tout à freiner la hausse de la consommation de prestations à la charge de l'AOS, en limitant le nombre de fournisseurs de prestations, comme le fait l'actuel art. 55a LAMal. En restreignant l'accès dans les zones où l'offre est considérée comme excédentaire, les médecins sont indirectement incités à s'installer dans les zones dans lesquelles il n'y a pas de limitation d'accès, donc là où l'offre est jugée insuffisante. Des incitations directes peuvent également être mises en place.

Dans ce modèle, autorisation de pratique et accès au marché à la charge de l'assurance-maladie restent octroyés de manière séparée. Les dispositions de la LPMéd, qui établit notamment les règles régissant l'exercice des professions médicales universitaires à titre indépendant, continuent de s'appliquer. En revanche, le respect des conditions fixées aux art. 36 à 40 LAMal ne suffit plus pour être admis à facturer à la charge de l'AOS. Un organisme centralisé est alors chargé de régler l'octroi des admissions sur un territoire donné, en fonction de certains critères. En cas de gestion des admissions selon le besoin, les critères appliqués sont en principe liés à l'état de l'approvisionnement de la population en soins. Si on part de l'idée que les prestations à la charge de l'AOS sont un service public, l'organisme pressenti pour gérer les admissions est l'Etat ou un organisme indépendant mandaté par lui.

La gestion des admissions selon le besoin repose en principe sur une évaluation scientifique de l'approvisionnement, qui consiste à mesurer les prestations nécessaires pour une certaine population et à les comparer avec l'offre existante. Une telle démarche implique l'application d'une méthode, fondée sur des données existantes ou à recueillir.

En cas de gestion de l'approvisionnement par les admissions, tous les fournisseurs de prestations, une fois admis, sont remboursés par l'ensemble des assureurs (obligation de contracter). L'assuré, comme dans le système actuel, choisit donc son assureur essentiellement selon le critère du montant de la prime. Il n'y a pas de concurrence sur les prix ou sur la qualité des prestations.

4.2.2 Projets de réforme

Le 18 février 2015, le Conseil fédéral a transmis au Parlement son message relatif au pilotage du domaine ambulatoire³⁶. Ce projet visait à offrir aux cantons une solution durable pour piloter l'offre de prestations ambulatoires, de manière à assurer un approvisionnement en soins de qualité et à limiter la hausse des coûts. Selon le projet, les cantons avaient la possibilité, non l'obligation, de réguler les admissions en cas d'offre excédentaire constatée. Tous les fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire (art. 36 à 38 LAMal) pouvaient être concernés, ainsi que les hôpitaux (art. 39 LAMal) pour leur activité dans ce domaine. Pour ces derniers, la régulation avait lieu par le biais des mandats de prestations déjà existants pour le domaine stationnaire. En cas d'offre insuffisante, les cantons pouvaient prendre des mesures de soutien. Ils pouvaient assortir leurs décisions de conditions. Des critères de qualité compatibles avec le droit européen, tels que la participation à des programmes de qualité, l'exécution de formations continues dans le domaine de la qualité, la participation aux services d'urgence ou la participation à un réseau de soins étaient prévus. Dans un premier temps, l'autorité cantonale devait définir un approvisionnement optimal puis déterminer le besoin, sur la base d'une procédure vérifiable et de données fiables. Les cantons devaient en outre se coordonner. Avant d'agir, le canton devait obligatoirement prendre l'avis d'une commission composée des représentants des divers milieux intéressés et justifier dans sa décision s'il s'écartait de sa recommandation. Le projet prévoyait aussi une disposition sur la transmission au canton des données nécessaires pour son analyse du besoin. Bien que la proposition du Conseil fédéral ait été élaborée dans le cadre d'une procédure participative à laquelle l'ensemble des acteurs avaient été conviés, la CSSS-N a proposé de la remplacer par une prolongation sans limite temporelle de la limitation des admissions.

Le projet du Conseil fédéral reposait sur un modèle élaboré conjointement par la FMH et la CDS, présenté par la CDS dans le cadre du Dialogue Politique nationale de la santé en 2012. Une des principales différences avec ce modèle était qu'il ne permettait de piloter que les médecins et pharmaciens, ainsi que les institutions de soins ambulatoires dispensés par les médecins (art. 36, 36a et 37 LAMal). Il ne tenait donc pas compte du domaine ambulatoire des hôpitaux. Il ne prévoyait pas non plus de coordination entre les cantons.

4.2.3 Positions des acteurs

Lors de la consultation sur le message relatif au pilotage du domaine ambulatoire³⁷, aussi bien les assureurs que les fédérations de fournisseurs de prestations, à l'exception notable des Médecins de famille Suisse, s'y étaient opposées. Une majorité des cantons l'avaient soutenu, pour autant que sa mise en œuvre soit facultative, en particulier en ce qui concerne le domaine ambulatoire des hôpitaux. Pour nombre d'entre eux, il ne pouvait s'agir que d'une réglementation temporaire. Les assureurs rejetaient un pilotage et une planification de l'offre en soins par les cantons, car l'évaluation de l'adéquation de celle-ci aboutirait, au bout du compte, à 26 réglementations cantonales différentes. De plus, ils estimaient que les cantons ne seraient pas crédibles en tant qu'instances régulatrices en raison de leur double rôle de propriétaire et d'exploitant des hôpitaux publics. Les fédérations d'assureurs ont répété cette position dans leurs réponses au questionnaire et lors des workshops de septembre 2016, et rappelé que le Parlement n'avait pas voulu d'un pilotage de l'admission par les cantons en 2015. L'ensemble

³⁶ Cf. note 2

³⁷ Cf. note 2

des acteurs, fédérations de médecins et des hôpitaux, assureurs et même cantons trouvaient par ailleurs superflues les mesures en cas d'offre insuffisante, les cantons ayant déjà les compétences légales suffisantes pour cela.

De l'avis des hôpitaux, la loi devrait définir pour tous les fournisseurs de prestations des normes de qualité et des obligations uniformes pour l'admission à pratiquer de manière indépendante, pour des motifs de qualité et d'égalité de traitement. De même, des critères de mesure de l'approvisionnement devaient être standardisés au niveau national, pour éviter 26 interprétations différentes. Les assureurs étaient eux favorables à ce que l'admission soit liée à des critères de qualité, même si elle ne devrait pas dépendre seulement des conditions concernant des indicateurs de processus et de structures, mais aussi de la qualité des résultats. Pour eux, les conditions d'admission ne devaient pas s'appliquer seulement aux nouveaux fournisseurs de prestations, mais être valables pour tous (pas de garantie des droits acquis). La CDS et de nombreux cantons étaient favorables à la détermination de critères d'évaluation de l'adéquation de l'offre en soins dans le domaine ambulatoire uniformes pour toute la Suisse. Mais les cantons devraient encore pouvoir définir et appliquer des conditions et des critères supplémentaires. Ils devraient impérativement être associés aux travaux de détermination des critères.

4.2.4 Gestion obligatoire ou facultative

Depuis leur introduction le 1^{er} janvier 2001, les dispositions concernant la limitation de l'admission ont toujours permis aux cantons d'adapter les chiffres maximaux fixés par le Conseil fédéral à leur propre situation ou de ne pas les appliquer pour une ou plusieurs catégories de fournisseurs de prestations. En ce sens, la limitation de l'admission a toujours été facultative pour les cantons. Malgré cela, la plupart des cantons l'ont appliquée de manière relativement stricte jusqu'en 2011. Ce n'est que depuis sa réintroduction en 2013 que huit cantons ont renoncé complètement à l'appliquer. Dans les réponses au questionnaire de l'OFSP et au cours des discussions, il est apparu clairement qu'une coordination entre les cantons serait nécessaire pour évaluer les besoins, eu égard à la mobilité des patients. On peut se poser la question de l'efficacité d'une telle coordination dans le cas où certains cantons décideraient de ne pas piloter l'offre par la suite.

4.2.5 Prise en compte des médecins installés avant l'entrée en vigueur de la mesure

Lors des workshops de septembre 2016, un consensus relativement large s'est trouvé pour dire que l'admission des médecins déjà installés devrait être remise en question du moment que le but visé par la mise en place d'un outil de gestion de l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire serait une amélioration de la qualité des prestations. Dans ce cas, l'admission des médecins devrait être soumise à des critères qualitatifs. En revanche, si l'objectif d'une telle mesure est en premier lieu de contenir les coûts engendrés principalement par une offre excédentaire dans ce domaine, il n'est pas nécessaire de remettre en cause l'admission des médecins déjà installés. Le Conseil fédéral ne veut toutefois pas exclure une telle possibilité. Il est d'avis que les cantons doivent pouvoir être libres d'appliquer les mêmes critères aux médecins déjà installés, s'ils le souhaitent. Pour ce faire, une modification de la LAMal serait nécessaire.

Dans un arrêt de 2003 (ATF 130 I 26), le Tribunal fédéral relevait par ailleurs qu'il n'y avait pas un droit constitutionnel à pouvoir fournir des prestations à la charge de la sécurité sociale ni à pouvoir exercer une activité indépendante à l'aide de la prise en charge des coûts par une assurance étatique. La protection constitutionnelle se limite donc pour l'essentiel au droit à l'égalité des concurrents et à la protection contre des changements subits de la législation (consid. 6.3.4.5). Il relevait notamment qu'il arrive aussi dans d'autres secteurs économiques que suite à un changement de politique publique, non seulement l'ouverture de leur propre

entreprise par des jeunes professionnels soit rendue pratiquement impossible, mais aussi que des entreprises existantes soient réduites ou même supprimées (par exemple : entreprises fournissant l'armée, politique agricole).

4.3 Liberté de contracter

4.3.1 Concept théorique

La liberté de contracter vise à introduire plus de concurrence dans le marché des prestations médicales à la charge de l'AOS, pour laisser jouer les mécanismes du marché contre les incitations indésirables qui font augmenter les coûts et baisser la qualité. Dans ce modèle, assureurs et médecins choisissent les partenaires avec lesquels ils établissent des conventions de prise en charge des prestations, en fonction de différents critères, notamment de prix et de qualité. L'assuré voyant ainsi son choix du fournisseur de prestations restreint en fonction de l'assureur-maladie choisi, son choix de l'assureur ne découle plus presque uniquement du montant de la prime, mais aussi des fournisseurs de prestations pris en charge par l'assureur.

En théorie, en cas de sur-approvisionnement, il y a un trop grand nombre de fournisseurs de prestations par rapport au besoin. Certains d'entre eux ne peuvent donc pas obtenir de convention de financement de la part de tous les assureurs, voire aucune convention et sont de fait exclus du marché. De ce fait, certains fournisseurs de prestations sont prêts à accepter un prix plus bas, ce qui fait baisser les coûts à la charge de l'AOS. La concurrence s'exerce aussi positivement au niveau de la qualité des prestations : pour le même prix, certains fournisseurs de prestations sont prêts à offrir des prestations d'une qualité supérieure aux exigences posées pour l'autorisation de pratique professionnelle, par exemple en obtenant des certifications indépendantes, en participant à des cercles de qualité ou à des réseaux de soins intégrés.

En cas de sous-approvisionnement en revanche, les fournisseurs de prestations pourraient théoriquement obtenir des prix plus hauts. En effet, les assureurs pourraient ne pas avoir d'autre choix que de contracter avec tous les fournisseurs de prestations pour garantir un approvisionnement suffisant pour leurs assurés. Dans ce cas, il ne peut pas y avoir de concurrence positive sur la qualité. Les bénéfices escomptés de la liberté de contracter, dans le sens d'une amélioration de la qualité et de la maîtrise des coûts à la charge de l'AOS, ne peuvent donc se faire sentir que dans une situation de sur-approvisionnement.

4.3.2 Discussions déjà menées

Le 21 septembre 1998, le Conseil fédéral adoptait son message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la LAMal³⁸. Une disposition y prévoyait la compétence pour les cantons d'établir des budgets globaux pour le secteur ambulatoire. Le Conseil des Etats et le Conseil national refusèrent cette proposition début 1999, jugeant que l'outil n'était pas encore assez évolué. Le Conseil national a alors ouvert le débat sur la liberté de contracter, mais le Conseil des Etats rejeta cette idée. Le Parlement décida alors d'une clause du besoin, limitée à trois ans, le 24 mars 2000 et l'art. 55a LAMal prévoyant la limitation des admissions est ainsi entré en vigueur le 1^{er} janvier 2001. En même temps, le Parlement demandait au Conseil fédéral d'introduire la liberté de contracter (motion 00.3003, CSSS-N).

³⁸ FF 1999 727, 98.058

Dans son projet relatif à la 2^e révision partielle de la LAMal, le Conseil fédéral proposa que les assurés ne puissent plus choisir, dans le secteur ambulatoire, que parmi les fournisseurs de prestations avec qui leur assureur avait conclu une convention tarifaire. Une large liberté contractuelle dans le double respect de la garantie de l'approvisionnement en soins et des critères concernant le caractère économique et la garantie de la qualité des prestations faisait partie du projet. En cas de pénurie, les cantons devaient avoir une marge de manœuvre suffisante pour leur permettre de prendre des mesures. La consultation mit en évidence qu'un grand nombre de participants étaient en principe favorables à un renforcement de la notion de concurrence et à l'idée de supprimer l'obligation de conclure une convention tarifaire, mais qu'ils étaient sceptiques quant au modèle proposé, qu'ils jugeaient inadapté voire impossible à mettre en pratique. Les critiques concernaient notamment le trop grand transfert de compétence vers les assureurs, l'imprécision des critères de sélection pour le choix de fournisseurs de prestations, le rôle de la Confédération dans la garantie de l'approvisionnement en soins, l'alourdissement des charges administratives et l'efficacité du modèle du point de vue des coûts. Le Conseil fédéral révisa donc son projet et proposa, dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la 2^e révision partielle de la LAMal³⁹, concernant notamment le financement hospitalier, une disposition prévoyant que les fournisseurs de prestations âgés de plus de 65 ans doivent conclure un contrat avec un ou plusieurs assureurs pour être admis.

Après de longues discussions, la conférence de conciliation parvint à se mettre d'accord sur un modèle dans lequel, pour être admis à pratiquer à la charge de l'AOS, les fournisseurs de prestations devaient soit, s'ils étaient actifs dans le secteur ambulatoire, conclure un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs, soit fournir toutes leurs prestations dans le cadre d'un réseau de soins coordonnés. Les fournisseurs de prestations et les assureurs étaient libres de choisir leurs partenaires contractuels. Cette liberté était subordonnée au respect d'un certain nombre de conditions (caractère économique et qualité des prestations, garantie d'une couverture en soins suffisante, respect de la loi sur les cartels) et était exclue dans le cas particulier des patients âgés souffrant de maladies chroniques et ayant une relation thérapeutique durable avec leur fournisseur de prestations. Les cantons étaient tenus de déterminer, dans le domaine ambulatoire, le nombre de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture en soins et la liberté de choix dans le rapport d'assurance. Les assureurs-maladie étaient tenus de conclure un contrat d'admission avec au moins autant de fournisseurs de prestations que le nombre fixé par le canton. Le Conseil fédéral devait déterminer la date à laquelle les cantons devaient avoir déterminé ce nombre. Jusque-là, les chiffres relatifs à la couverture en soins fixés sur la base de l'art. 55a LAMal valaient comme nombres minimaux. Les fournisseurs de prestations et les assureurs pouvaient porter le refus de conclure un contrat d'admission devant une commission arbitrale cantonale. Les contrats d'admission étaient conclus pour une durée minimale de quatre ans, et les assureurs étaient tenus de conclure un contrat d'admission d'une durée transitoire de quatre ans avec tous les fournisseurs de prestations déjà actifs dans le secteur ambulatoire.

La révision échoua lors de la session d'hiver 2003, ouvrant la voie à la stratégie du Conseil fédéral de présenter les révisions de la LAMal en isolant les thématiques. Conformément à cette nouvelle stratégie, le Conseil fédéral soumit au Parlement le 26 mai 2004 son message relatif à la liberté de contracter⁴⁰. Il y prévoyait que les cantons définissent, à l'intérieur de fourchettes fixées par le Conseil fédéral, la couverture des besoins en soins. Par cette réforme,

³⁹ FF **2001** 693, 00.079

⁴⁰ Cf. note 28

le Conseil fédéral poursuivait deux objectifs : le premier était la mise en concurrence des fournisseurs de prestations, qui devait conduire à une amélioration de la qualité et à la mise à l'écart des « moutons noirs », soit les fournisseurs qui dispensent des prestations non économiques ou qui ne sont pas de qualité. Le second objectif était la diminution de la couverture excédentaire des besoins en soins ambulatoires dans les cantons, lorsqu'elle existe. Pour ce faire, il entendait responsabiliser les cantons en les contraignant à déterminer un nombre minimal de fournisseurs de prestations nécessaire pour garantir la couverture des besoins en soins de leur population, pour chacune des catégories de fournisseurs de prestations actifs dans le secteur ambulatoire. Les assureurs devaient choisir les fournisseurs de prestations qu'ils rembourseraient en respectant les nombres minimaux fixés par les cantons. Le 18 décembre 2008, le Conseil des Etats refusa d'entrer en matière sur le projet du Conseil fédéral, ce que décida également le Conseil national le 16 octobre 2010, lui préférant le message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la LAMal (Managed Care)⁴¹ (ci-après message relatif au Managed Care), qui échoua finalement devant le peuple le 17 juin 2012.

Constatant la forte augmentation du nombre de demandes d'un nouveau numéro RCC en 2012, le médecin et sénateur Felix Gutzwiler demanda l'introduction de la liberté de contracter pour les médecins spécialistes par le biais de la motion 12.3638 « LAMal. Introduire la liberté de contracter ». Sa demande fut rejetée par le Conseil des Etats le 26 septembre 2012, en faveur du débat sur les différentes possibilités de gérer le domaine ambulatoire qui allait avoir lieu dans le cadre de l'élaboration du message relatif au pilotage du domaine ambulatoire.

Au cours des débats concernant la réintroduction en urgence de la limitation des admissions en 2012, le conseiller national Jürg Stahl demanda au moyen de la motion 13.3265 « Contre-proposition à la limitation de l'admission des médecins » l'introduction de la liberté de contracter à partir d'une certaine densité médicale. Après audition des médecins et des assureurs, le Conseil fédéral devait fixer pour chaque groupe de spécialistes le nombre de médecins déterminant (pour 1000 habitants), valable dans l'ensemble de la Suisse. Après avoir été adoptée par le Conseil national, la motion fut rejetée en 2016 par le Conseil des Etats au profit du postulat faisant l'objet du présent rapport.

Le Parlement a donc discuté de ce modèle à de nombreuses reprises. Quelle que soit la variante proposée, la liberté de contracter n'est jamais parvenue à réunir une majorité, la dernière fois en automne 2012 lorsqu'une proposition en ce sens a été clairement refusée par le Conseil des Etats. Lors de la votation sur la réforme Managed Care, le peuple a par ailleurs clairement montré qu'il souhaitait une entière liberté de choix du fournisseur de prestations. Du point de vue des patients, ça n'est pas aux assureurs, par le biais de la liberté de contracter, de choisir à leur place les praticiens auxquels ils souhaitent s'adresser.

4.3.3 Positions des acteurs

Dans leurs réponses au questionnaire de l'OFSP et dans le cadre des workshops, les fédérations de fournisseurs de prestations se sont exprimées clairement contre une levée généralisée de l'obligation de contracter. La FMH s'oppose par ailleurs à ce que les assureurs jouent un rôle dans la gestion de l'offre, doutant qu'ils disposent des connaissances et des données nécessaires et pointant du doigt le conflit d'intérêt des assureurs. Pour elle comme pour H+, ce modèle est déjà une réalité pour les patients qui choisissent expressément des modèles d'assurance avec un choix limité du fournisseur de prestations. Les fédérations de patients ne

⁴¹ FF 2004 5257, 04.062

s'opposent toutefois pas au maintien de ce type d'offre, qui doit s'adapter continuellement aux besoins des assurés.

Au contraire de celles des fournisseurs de prestations, les fédérations d'assureurs consultées (santésuisse et curafutura) considèrent que seuls les mécanismes du marché peuvent conduire à une amélioration de la qualité en maîtrisant les coûts. Pour santésuisse, la liberté de contracter ne devrait cependant s'appliquer qu'en cas de sur-approvisionnement, afin d'éviter une hausse indésirable des coûts. Concrètement, il y aurait une obligation de contracter jusqu'à l'atteinte du niveau d'approvisionnement jugé nécessaire. Au-delà de cette limite, les fournisseurs de prestations supplémentaires seraient admis selon des critères qualitatifs. Selon elle, un léger sur-approvisionnement serait toutefois nécessaire pour obtenir une amélioration de la qualité et de l'innovation, ce que soutient également l'expert Willy Oggier. Par rapport à cette proposition, la FMH a exprimé sa crainte d'une médecine à deux vitesses en termes de qualité, avec des médecins offrant une qualité « standard » sous la limite, et des médecins soumis à des critères de qualité plus exigeants au-dessus de la limite. La CDS, partageant cet avis, a également jugé un tel système trop complexe.

Curafutura a profité des workshops pour présenter un modèle donnant plus de compétences aux acteurs. Dans ce modèle, les prestations de base seraient toujours obligatoirement prises en charge par l'assurance-maladie sur la base d'un tarif à la prestation. Les prestations désignées comme spécialisées seraient en revanche soumises au principe des prestations en nature. Selon ce principe, déjà appliqué dans le domaine de l'assurance-accident, l'assureur met à disposition les prestations en faveur de l'assuré. L'assureur a donc une plus grande maîtrise des prestations fournies, mais aussi une responsabilité plus importante. Dans le cas des prestations spécialisées selon le modèle de curafutura, les tarifs ne seraient plus ni fixés ni approuvés par les autorités cantonales ou fédérales compétentes, mais déterminés contractuellement par les acteurs du système, ce à quoi SPO s'est opposé. Le postulat 14.3862 « Prévention et pilotage des prestations dans l'assurance-maladie » déposé par la conseillère nationale Ruth Humbel en 2014, qui demandait au Conseil fédéral d'examiner dans quelle mesure des éléments de la LAA pourraient être repris dans la LAMal pour donner une plus grande marge de manœuvre aux assureurs-maladie dans la prévention et le pilotage des prestations, a été rejeté le 29 septembre 2016. Dans sa réponse, le Conseil fédéral explique qu'en cas de maladie, il n'y a pas d'autre choix que de déterminer l'étendue des dommages sur la base des prestations fournies, ce qui empêche d'appliquer le principe des prestations en nature au domaine de l'assurance-maladie.

A la suite des workshops du mois de septembre, l'ensemble des acteurs, de même que les trois experts interrogés, s'accordaient sur un point : il n'y actuellement aucun projet d'assouplissement de l'obligation de contracter qui soit suffisamment mûr pour prendre le relais de l'actuelle limitation des admissions le 1^{er} juillet 2019, ni d'ailleurs une acceptation politique et populaire suffisante pour un tel changement. Dans sa réponse au questionnaire, l'expert Thomas Zeltner propose donc de créer les conditions-cadres pour la mise en place de projets-pilotes, que les pouvoirs publics auraient la charge d'accompagner et d'évaluer.

4.3.4 Questions en suspens

4.3.4.1 Rôle multiple des assureurs et sélection des risques

Du fait du rôle social de l'assurance-maladie obligatoire, les assureurs-maladie ne peuvent pas tirer de profit direct de cette activité. Le montant des primes doit couvrir les coûts des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, ainsi que les frais administratifs en lien avec cette activité. Les assureurs-maladie sont toutefois autorisés à être actifs et à faire du profit dans le domaine des assurances complémentaires. Or, pour les assurés, il est souvent plus facile de regrouper assurance de base et assurance complémentaire auprès du

même assureur. Ces derniers peuvent donc attirer des assurés pour le secteur profitable des assurances complémentaires par le biais de l'assurance de base. Ils n'ont toutefois pas intérêt à attirer tous les types d'assurés. Seuls les « bons risques », à savoir les assurés qui engendreront probablement le moins de coûts, sont en effet profitables. Il est donc incité à pratiquer la sélection des risques dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire. Pour attirer les bons risques, l'assureur doit offrir les primes les plus basses et donc réduire les coûts des prestations prises en charge. Il peut également décourager les « mauvais risques » en ne proposant qu'une offre sanitaire rudimentaire. En affaiblissant l'assurance de base, il renforce également l'attrait pour ses produits d'assurance complémentaire. Pour lutter contre ce phénomène indésirable d'un point de vue social, le législateur a introduit un mécanisme de compensation des risques entre les assureurs, qui tient compte de l'âge et du sexe des assurés, du séjour dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente et, dès le 1^{er} janvier 2017, des coûts des médicaments au cours de l'année précédente. Avec l'introduction de la liberté de contracter, il est à craindre que les assureurs pratiquent une sélection des risques en sélectionnant les médecins admis selon l'état de santé de leur patientèle, sur la base des données de facturation dont ils disposent. Pour éviter cet écueil, le Conseil fédéral estime que des critères de sélection des médecins devraient être imposés aux assureurs, et que les patients âgés souffrant de maladies chroniques et ayant une relation thérapeutique durable avec leur fournisseur de prestations devraient également pouvoir changer d'assureur-maladie sans changer de médecin.

4.3.4.2 Garantie d'un approvisionnement suffisant

Pour maîtriser les coûts des prestations à prendre en charge, les assureurs sont incités à réduire le nombre de médecins pris en charge au minimum nécessaire pour assurer une couverture suffisante des besoins. Selon leurs réponses au questionnaire, les assureurs s'accordent sur le fait que ce doit être à l'Etat de fixer les critères d'une couverture minimale des besoins. Pour santésuisse, ces critères ne doivent se rapporter qu'aux domaines où cela est absolument nécessaire, comme les urgences et les services de secours. Pour curafutura, l'accessibilité (en temps et distance) à la médecine de premier recours, ainsi que les délais (en jours) pour accéder aux prestations spécialisées peuvent aussi être pris en compte. Dans le modèle qu'elle propose, les cantons resteraient responsables de l'approvisionnement en prestations de base, alors que les assureurs seraient responsables de l'approvisionnement en prestations spécialisées. Selon elle, le risque qu'insuffisamment de prestations soient mises à disposition serait négligeable, car l'assureur en question ne serait pas attractif pour les assurés.

Le Conseil fédéral estime qu'en cas d'assouplissement de l'obligation de contracter, un approvisionnement minimum doit être défini par les cantons, selon une approche uniforme sur le plan suisse, telle que décrite aux points 4.1 et suivants. Une certaine marge vers le haut (par ex. 10 à 20 %) par rapport à l'approvisionnement minimum défini doit être fixée, à l'intérieur de laquelle le jeu de la concurrence pourra s'exercer. En fixant une limite supérieure, l'émergence d'une médecine à deux vitesses est limitée et une certaine maîtrise des coûts est garantie.

4.3.4.3 Conséquences en cas d'approvisionnement insuffisant

Selon la Constitution, la Confédération et les cantons s'engagent à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. Au cas où l'approvisionnement en prestations médicales ambulatoires devait être laissé à la responsabilité des assureurs, il y aurait lieu de prévoir les mécanismes aptes à garantir un accès suffisant aux prestations pour les assurés.

Pour curafutura, en cas de sous-apvisionnement dû à un manque de conventions passées avec des fournisseurs de prestations, les prestations devraient être rémunérées sur la base d'un tarif de référence.

Le Conseil fédéral estime qu'il est très délicat de fixer d'autorité un tarif de référence qui incite les partenaires tarifaires à conclure des conventions. En effet, un tarif de référence trop bas n'incitera pas les assureurs à conclure des conventions avec un nombre suffisant de fournisseurs de prestations. Au contraire, un tarif trop élevé n'incitera pas les fournisseurs de prestations à conclure des conventions avec les assureurs. De ce fait, le Conseil fédéral estime que les assureurs devraient décider quels fournisseurs de prestations sont pris en charge sur la base de critères uniformes. L'uniformité des critères de sélection des fournisseurs de prestations permettrait que les décisions des assureurs puissent être contestées devant la justice.

4.3.4.4 Formes particulières d'assurance

La LAMal prévoit déjà des formes particulières d'assurance, notamment des modèles dans lesquels le choix du fournisseur de prestations est limité en contrepartie d'une prime plus avantageuse. Ces modèles incluent en particulier les réseaux de soins intégrés. Pour santéuisse comme pour la CDS, les modèles avec choix réduit du fournisseur de prestations deviendraient de fait la norme avec l'assouplissement de l'obligation de contracter. Ce qui n'empêcherait pas selon elles le développement de nouveaux modèles. Le Conseil fédéral estime, conformément à sa stratégie globale Santé2020, que les modèles d'assurance particuliers doivent continuer d'être développés et, malgré l'échec en 2012 de la réforme dite du Managed Care, il soutient le développement de la coordination des soins (voir chapitre 4.1.9.4). Avec la mise en œuvre d'un modèle de liberté de contracter, la distinction devrait donc être maintenue entre un modèle général d'assurance et des modèles avec un choix limité de prestataires. Sinon, ces modèles seraient soumis à une insécurité permanente qui menacerait fondamentalement leur existence.

4.3.4.5 Protection des droits acquis

La garantie des droits acquis est une question importante posée par ce modèle : en effet, les médecins subissent une insécurité économique qu'ils doivent assumer également en tant que chef d'entreprise. L'introduction d'un modèle où leur droit de pratique existant serait remis en question pourrait mettre en danger la sécurité économique de nombreux médecins dans certaines régions. Cela nécessiterait par conséquent certainement une période transitoire. En revanche, protéger les médecins déjà établis de manière illimitée dans le temps fausserait le jeu de la concurrence trop fortement, de sorte que la réforme resterait sans effet. Lors des débats sur la 2^e révision partielle de la LAMal, les deux Chambres avaient souhaité obliger les assureurs à rester liés contractuellement pendant une période transitoire de quatre ans avec tous les fournisseurs de prestations alors actifs dans le secteur ambulatoire.

Dans son message relatif à la liberté de contracter⁴², le Conseil fédéral estimait en 2004 qu'il y a lieu de maintenir seulement pour une durée de deux ans l'obligation pour les assureurs-maladie de contracter avec les fournisseurs dispensant des prestations sous forme ambulatoire qui, au moment de l'entrée en vigueur du projet de modification de loi, sont autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Une durée plus longue aurait empêché le modèle contractuel préconisé dans le cadre du projet de déployer ses effets à court

⁴² Cf. note 28

et à moyen terme. Cela aurait protégé pendant de trop longues années les fournisseurs de prestations en place qui ne seraient pas incités à modifier leur comportement en matière de fourniture en soins, ce au détriment de nouveaux fournisseurs de prestations désireux d'accéder au marché de l'assurance-maladie et susceptibles de fournir un travail plus économique et de meilleure qualité.

4.3.4.6 Organisation des négociations

En 2003, dans un rapport à l'attention de l'OFSP,⁴³ l'expert Willy Oggier estimait que pour qu'un tel modèle de concurrence fonctionne, il ne faudrait pas que les conventions soient conclues par des associations faïtières comme c'est le cas jusqu'à présent. Il y aurait en effet dans ce cas un risque d'abus de position dominante, ce qui réduirait à néant le bénéfice escompté d'un tel modèle. Pour curafutura, l'application des règles de la concurrence implique que les négociations devraient être menées de manière individuelle. Elle estime que les dispositions anticartellaires devraient être applicables aussi bien aux assureurs qu'aux fournisseurs de prestations, pour éviter des exclusions arbitraires du marché. Pour faciliter les négociations, curafutura plaide pour que les conventions ne soient plus soumises à l'approbation des cantons, mais seulement au contrôle de la légalité. Les fournisseurs de prestations sont cependant totalement opposés à un modèle dans lequel les assureurs seraient libres d'agir comme ils l'entendent et chacun pour soi.

Le Conseil fédéral estime qu'une solution dans laquelle chaque fournisseur de prestation devrait conclure individuellement une convention avec chaque assureur individuellement serait beaucoup trop lourde administrativement et trop complexe pour les assurés. Le Conseil fédéral estime que seule une solution dans laquelle les assureurs devraient décider de manière commune et sur la base de critères de qualité quels fournisseurs de prestations sont remboursés serait praticable et suffisamment transparente. Dans cette optique, l'inclusion des organisations de médecins dans les discussions, comme c'est le cas en Allemagne, serait nécessaire.

4.4 Tarifs différenciés

4.4.1 Concept théorique

La différenciation de tarifs selon la région, l'offre de prestation ou des critères qualitatifs permettrait aux partenaires tarifaires d'éliminer des incitations indésirables dans la fourniture de prestations de soins ambulatoires. Ils disposeraient d'une marge de négociation économiquement fondée, qui leur permettrait d'agir efficacement contre un sous-approvisionnement ou un sur-approvisionnement grâce à une différenciation des prix dans chaque structure tarifaire selon l'éventail des prestations.

Selon les partisans de ce concept, l'introduction de tarifs différenciés renforcerait la concurrence dans le droit tarifaire en ce qui concerne la qualité des prestations et les besoins régio-

⁴³ Oggier, Willy. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Kontrahierungszwang, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Mai 2003. Le rapport (disponible en allemand uniquement) peut être consulté sur le site internet de l'OFSP: www.bag.admin.ch > Services > Publications > Rapports de recherche > Rapports de recherche assurance-maladie et accidents

naux, préviendrait un sous-approvisionnement ou un sur-approvisionnement, renforcerait considérablement la qualité de la fourniture des prestations et aboutirait à des prix et à des primes moins élevés.

Sur le fond, l'autonomie contractuelle dans le domaine de la LAMal signifie que les partenaires tarifaires peuvent convenir de valeurs différentes du point dans leurs conventions tarifaires. La concurrence souhaitée par le législateur au niveau des conventions tarifaires autorise de manière générale des valeurs différentes du point dans chaque convention tarifaire. Il faut cependant respecter les critères de fixation de la valeur du point élaborés par la jurisprudence et la doctrine.

4.4.2 Projets de réforme

En 2010, suite au lancement d'un projet-pilote de l'assureur-maladie Visana et de la société des médecins du canton de Berne dans le cadre duquel la valeur du point tarifaire avait été relevée de quelques centimes pour les médecins de campagne dans l'Oberland bernois, le conseiller national Ricardo Lumengo demanda au Conseil fédéral (Ip. 10.3584) d'analyser, de soutenir et d'étendre le projet et d'étudier si des aménagements légaux étaient nécessaires. Une année plus tard, le groupe PDC demanda au Conseil fédéral par voie de la motion 11.3888 de soumettre au Parlement les bases légales qui permettraient de créer un système de tarification favorable aux médecins de famille. Dans ses réponses à l'interpellation 10.3584 et à la motion 11.3888, le Conseil fédéral rappelait que les soins de santé relèvent des cantons, alors que la Confédération garantit que la population puisse s'assurer à des conditions supportables contre les risques de maladie et d'accident. Il rappelait également les principes tarifaires selon lesquels, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, les prestations ne peuvent être remboursées que si elles satisfont aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, et qu'un tarif doit couvrir au plus les coûts des prestations justifiés de manière transparente et les coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations. Le Conseil fédéral estimait donc qu'une hausse de la valeur du point tarifaire qui ne respecterait pas les principes tarifaires rappelés ci-dessus et qui serait fondée uniquement sur des raisons de politique régionale serait contraire au principe d'économicité inscrit dans la LAMal. Une différenciation selon la spécialité ou selon l'implantation géographique du fournisseur de prestations ne devait donc pas être prise en considération.

Dans le cadre des discussions relatives à la réintroduction de la limitation des admissions en 2012, le conseiller national Ignazio Cassis lança l'idée de régler l'autorisation d'ouvrir de nouveaux cabinets médicaux en s'appuyant sur un modèle d'enchère (Po. 12.3783) plutôt qu'en poursuivant la limitation des admissions. Selon ce modèle, un régulateur proposerait au corps médical un tarif plus bas. Progressivement, il augmenterait le tarif proposé, jusqu'à ce qu'un nombre suffisant de médecins se déclarent prêt à travailler dans telle zone et à tel tarif. Ainsi, dans les endroits où il existe une forte densité médicale, les coûts devraient baisser, alors que dans les régions périphériques, où une pénurie de médecins menace, des tarifs plus élevés pourraient attirer davantage de médecins. Le Conseil fédéral examina ce modèle dans le cadre de ses travaux relatifs au pilotage du domaine ambulatoire. Peu après, une motion de la CSSS-S (13.3371) demandant une différenciation des tarifs à la prestation entre médecins de premier recours et spécialistes, ainsi qu'en fonction des régions, fut en revanche rejetée par le Conseil national, ce dernier préférant laisser le Conseil fédéral se concentrer sur les travaux.

4.4.3 Discussion

Comme on l'a dit, la LAMal est ainsi conçue que le tarif constitue la base du calcul de la rémunération. Il est en principe fixé dans des conventions conclues entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, et doit être conforme à la loi ainsi qu'aux principes d'économicité et d'équité. Selon les réponses au questionnaire, il est important pour curafutura, en rapport

avec une différenciation des tarifs, que le degré de liberté dans l'agencement des tarifs soit augmenté, d'une part en établissant la compétence des partenaires tarifaires de convenir des valeurs du point différentes même dans des structures tarifaires uniformes sur le plan suisse, là où ce n'est pas déjà le cas. Il n'est pas nécessaire, selon elle, de prescrire ici des critères de différenciation (orientés vers l'approvisionnement). La nécessité d'une différenciation des prix naîtrait de la circonstance que, dans une structure tarifaire uniforme sur le plan national, les prix ne doivent pas forcément être uniformes, car sinon des effets négatifs sur l'approvisionnement menacent. D'autre part, en cas d'échec des travaux de révision de la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires, il faudrait envisager l'établissement de structures tarifaires différentes pour des spécialités différentes, afin d'empêcher ou d'atténuer les blocages dans le développement des tarifs.

Santésuisse relève dans ses réponses au questionnaire qu'en cas de « non-économicité » ou d'« offre excessive », une baisse différenciée de la valeur du point constitue à court terme un moyen éprouvé de freiner une croissance démesurée des coûts de certaines prestations médicales sans désavantager systématiquement les jeunes médecins. Cependant, à moyen et à long terme, selon les propos tenus lors des workshops, santésuisse serait en faveur d'un mécanisme de contrôle des coûts similaire à celui qui a été convenu dans le contrat conclu entre santésuisse, la FMH et les sociétés cantonales de médecins concernant le contrôle et le pilotage des prestations et des coûts dans le domaine TARMED (CPP nationale). Selon santésuisse, ce contrat pourrait être étendu, les partenaires tarifaires définissant par canton avec certaines communautés de médecins spécialistes comment piloter conjointement les coûts. D'autant que les partenaires tarifaires puissent s'entendre sur ce point, la CDS propose plutôt que les autorités puissent ordonner des baisses de prix différenciées selon les disciplines médicales et les régions lorsque se produisent certaines situations en matière d'approvisionnement. Les al. 2^{bis} et 2^{ter} des dispositions finales de la modification de l'OAMal du 22 octobre 2008, qui définissent des instruments de contrôle de l'évolution des coûts et des volumes de prestations (monitoring) ainsi que les mesures correctrices correspondantes dans le financement hospitalier, pourraient servir de repères pour un pilotage légal des tarifs dans ce genre.

Selon Oggier, les conflits d'objectifs dans l'agencement de systèmes de rémunération optimaux devraient être analysés et évalués selon les critères généraux suivants :

- *Power* : un système de rémunération a peu d'effet (*power*) si chaque franc supplémentaire d'augmentation des coûts aboutit à une hausse de la rémunération. Un tel système basé sur les coûts crée des incitations tendant à une hausse des coûts. Plus le *power* est grand, plus les incitations améliorent le rapport coût-efficacité.
- *Balance* : ce critère compare l'effet de la rémunération de différentes prestations dans le cadre d'un système. L'équilibre (*balance*) est optimal lorsque toutes les prestations sont rémunérées selon le même principe. S'il existe différentes incitations financières, certaines formes de traitement devraient par contre être favorisées ou défavorisées.
- *Fit* : ce critère exprime la qualité de la prise en compte des différents besoins des patients dans le cadre du système de rémunération. En règle générale, les systèmes de rémunération à la prestation ont un *fit* élevé, parce que (presque) toutes les prestations fournies sont remboursées. Les systèmes de forfaits par cas, par contre, ont en général un *fit* moindre. Plus la valeur du *fit* est haute, plus les incitations à la sélection des risques parmi les patients (*skimming*) devraient en général être réduites.

Les prises de position des organisations faïtières des fournisseurs de prestations et des assureurs montrent en outre qu'une gestion des soins ambulatoires notamment au moyen de critères de qualité est largement approuvée. Pour la FMH, c'est même la seule manière possible de gérer l'offre. Il faut cependant retenir à cet égard que pour l'heure, les données nécessaires à un tel pilotage dans le domaine ambulatoire ne sont pas disponibles, raison pour laquelle le Conseil fédéral l'a toujours rejeté jusqu'ici (voir l'avis du Conseil fédéral sur la motion 14.4291).

Les critères correspondants devraient être élaborés, mis en œuvre et contrôlés par les partenaires tarifaires dans le cadre de conventions tarifaires spéciales, auxquelles seuls les fournisseurs de prestations qui remplissent ces exigences en matière de qualité pourraient adhérer.⁴⁴ Cela vaut aussi pour l'idée, avancée par la FMH lors des workshops, d'introduire un facteur médical individuel (FMI), qui devrait être élaboré par les partenaires tarifaires.

4.4.4 Tarifs forfaitaires

La LAMal ne prescrit pas de type de tarif particulier pour la rémunération des traitements ambulatoires. L'art. 43, al. 2, LAMal nomme trois types de tarif : le tarif au temps consacré, le tarif à la prestation et le tarif forfaitaire, des combinaisons étant aussi imaginables. Cela offre la possibilité de développer d'autres formes que le tarif à la prestation, qui constitue à ce jour la forme traditionnelle de rémunération des prestations médicales ambulatoires. En ce qui concerne les tarifs forfaitaires, l'art. 43, al. 3, LAMal précise que ceux-ci peuvent se présenter sous forme de forfait par patient (p. ex. en tant que forfait par cas) ou, indépendamment d'un traitement, de forfait par groupe d'assurés. La LAMal autorise aussi explicitement des conventions tarifaires individuelles entre fournisseurs de prestations et assureurs. Elle ne les oblige pas à conclure des conventions tarifaires entre leurs fédérations respectives et elle interdit expressément des conventions ou des réglementations qui limitent la liberté contractuelle des membres de la fédération (art. 46, al. 3, LAMal).

Selon Moser, ces dispositions manifestent la volonté évidente du législateur d'encourager la diversité des conventions tarifaires ainsi qu'une concurrence tant entre assureurs qu'entre les fournisseurs de prestations. En optant pour un tarif forfaitaire et en respectant les principes de la LAMal (notamment la fixation d'après les règles applicables en économie d'entreprise et la structuration appropriée conformément à l'art. 43, al. 4, LAMal, ainsi que les principes d'économicité et d'équité), les partenaires tarifaires pourraient en outre se concentrer sur une tarification par domaines de spécialité, par critères de qualité ou par objectifs de politique régionale. Le Conseil fédéral aborde lui aussi le thème des tarifs forfaitaires dans sa stratégie Santé2020, en se fixant pour objectif, dans le domaine d'action « Egalité des chances », de maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité, moyennant notamment le renforcement des rémunérations forfaitaires par rapport aux tarifs à la prestation.

Santésuisse demande aussi dans ses réponses au questionnaire une application accrue, à moyen terme, de tarifs forfaitaires. H+ part du principe que la LAMal actuelle, qui autorise des tarifs à la prestation uniformes sur le plan national tout en laissant beaucoup de souplesse pour des tarifs forfaitaires, est raisonnable. Elle permettrait par exemple à des réseaux de soins intégrés de négocier des modèles de rémunération différents avec les assureurs. Les assureurs auraient en outre la possibilité de négocier des modèles de choix limité du médecin avec des réseaux de soins intégrés ou des groupes de fournisseurs de prestations, en complément du modèle de base avec libre choix du médecin. A ce sujet, Zeltner relève de manière générale que les assureurs, dans la répartition actuelle des tâches, ont notamment la responsabilité de mener en tant que partenaires tarifaires les négociations contractuelles avec les

⁴⁴ Dans le cadre du débat parlementaire sur le projet 09.053 « LAMal. Mesures pour endiguer l'évolution des coûts », le Conseil des Etats a avancé l'idée d'inscrire dans la LAMal un nouvel art. 43, al. 6^{bis}, aux termes duquel les assureurs pourraient convenir d'une valeur du point plus élevée ou d'une prime à la qualité dans des contrats avec les fournisseurs de prestations qui font régulièrement contrôler la qualité de leur travail par un bureau de certification accrédité. Le Conseil national avait accepté cette proposition, mais il a rejeté le projet dans son ensemble lors du vote final du 1^{er} octobre 2010. Cf. BO 2009 E 1095 ; BO 2009 N 2083.

fournisseurs de prestations. Les assureurs n'utilisent toujours pas entièrement ni au profit de solutions innovantes la marge de manœuvre légale qui leur est laissée, que ce soit dans le cadre du modèle d'assurance obligatoire ou notamment dans le domaine des formes particulières d'assurance. La diversité des solutions possibles, la concurrence des idées et la concurrence entre les acteurs devraient selon lui être conservées et, si possible, renforcées encore.

Par ailleurs, selon Moser, il est aussi possible, en cas de rémunération trop basse, de parvenir à une rémunération équitable et adéquate en combinant tarif à la prestation et forfaits. La liberté que la LAMal, à l'art. 43, laisse aux partenaires tarifaires pour l'agencement des tarifs autorise des combinaisons de ce type.

Sur la base des art. 43, al. 5 et 5^{bis}, LAMal, le Conseil fédéral peut fixer une structure tarifaire à la prestation ou, dans certaines conditions, y apporter des adaptations. La réglementation actuelle ne s'applique ainsi qu'aux structures tarifaires à la prestation. On pourrait encourager la rémunération forfaitaire en élargissant cette compétence du Conseil fédéral à tous les types de tarifs visés à l'art. 43, al. 2, LAMal, ce qui réduirait l'incitation à augmenter l'offre du côté des fournisseurs de prestations et correspondrait à la stratégie Santé2020.

4.4.5 Questions en suspens

4.4.5.1 TARMED

Dans les contrats-cadres sur la fixation de la structure tarifaire TARMED (tarifs à la prestation) qui ont été conclus entre santésuisse et la FMH d'une part et santésuisse et H+ de l'autre, il a été décidé à propos de la fixation des valeurs du point que celles-ci devaient en principe être convenues au niveau cantonal. Dans le cadre des contrats d'affiliation aux contrats-cadres TARMED, il faut en outre tenir compte du fait que la fixation d'une valeur du point cantonale ne peut déployer ses effets que si cette valeur est fixée par rapport à la structure tarifaire nationale en vigueur (cf. ATAF 2014/18, consid. 5.5.1, p. 265).

Pour l'approbation de ces contrats-cadres, le Conseil fédéral a émis des recommandations sur la fixation de la valeur du point. Selon celles-ci, il faut rejeter des valeurs du point différentes pour certains domaines de spécialité et pour les fournisseurs de prestations offrant une palette limitée de prestations, car sinon il en résulterait une valeur du point par domaine de spécialité. A ce sujet, le Tribunal administratif fédéral retient qu'il n'est pas fondamentalement inadmissible de fixer dans un canton des valeurs du point différentes pour certains domaines de fournisseurs de prestations. Mais la condition posée pour une valeur du point propre est qu'elle ne serve pas à annuler l'adaptation de la structure voulue par TARMED, c'est-à-dire qu'il ne soit pas créé une valeur du point pour certains domaines de spécialité. Par conséquent, le calcul de la valeur du point devrait s'appuyer sur une palette de prestations aussi large que possible, liée à une structure quantitative au moins moyenne, pour que la mise en œuvre pratique de la valeur du point n'aboutisse pas à des distorsions indésirables (cf. arrêt du TAF C-2380/2012 du 17 septembre 2015, consid. 5). Le Tribunal administratif fédéral retient comme autre critère dans sa jurisprudence que la valeur du point devrait être fixée en tenant compte des différences régionales en matière de coûts. Il cite comme exemples les écarts régionaux touchant les salaires et les prix (cf. arrêt du TAF C- 6229/2011 du 5 mai 2014, consid. 9.2).

4.4.5.2 Efficacité des tarifs différenciés

Il n'est pas certain qu'une différenciation selon divers critères (région, qualité, domaine de spécialité, etc.) soit efficace pour réguler l'offre au moyen de tarifs à la prestation. Il est en effet difficile de fixer pour une prestation le « juste prix », lequel doit être réévalué régulièrement sur la base de l'évolution de l'approvisionnement, ce qui peut être source d'insécurité pour les

fournisseurs de prestations. Les fournisseurs de prestations ne tiennent donc pas seulement compte de critères financiers pour décider où ils souhaitent exercer leur activité. L'environnement social, la fourniture d'un service d'urgences, la qualité de la vie et la possibilité de travailler à temps partiel sont des facteurs qui interviennent dans leur décision. Le relèvement d'un tarif, par exemple, doit être très important pour que les autres facteurs n'exercent qu'une influence limitée et que les fournisseurs de prestations acceptent une plus grande mobilité. Si le relèvement du tarif n'est pas significatif, il reste sans effet, ce que les représentants de la FMH ont montré lors des workshops en citant l'exemple des tarifs ambulatoires dans la région du Chablais où – bien que la valeur du point soit plus élevée dans le canton de Vaud – davantage de médecins pratiquent dans le canton du Valais (valeur du point en Valais, 0,82 franc ; dans le canton de Vaud, 0,96 franc). Selon la FMH, il faut partir du principe qu'une sensibilité au prix de moins de 20 % ne produit aucun effet. H+ doute également que des incitations financières puissent remédier à l'absence de certaines spécialités médicales, car les motifs monétaires ne sont pas les seuls déterminants (disponibilité 24h sur 24 dans les régions périphériques, problèmes de remplacement durant les week-ends et les jours fériés, souhait de partager un cabinet de groupe avec des collègues de la même discipline, etc.).

Au vu des exemples cités lors des workshops, il existe un certain consensus entre les participants sur le fait qu'une différenciation des tarifs ne permet pas de gérer l'offre ambulatoire de façon efficace. Le Conseil fédéral estime lui aussi qu'il faut abandonner l'idée d'utiliser cet instrument comme alternative au système actuel de gestion de l'offre ambulatoire.

4.4.5.3 Inégalité de traitement entre patients

Pour les patients et les fournisseurs de prestations, la différenciation d'un tarif à la prestation peut produire des effets économiques indésirables. Un approvisionnement qui est plus coûteux dans les régions périphériques que dans les villes incite par exemple les patients à se faire traiter en ville. Cela produirait un déséquilibre de la situation d'ensemble et défavoriserait les patients qui ne peuvent se déplacer.

4.4.5.4 Principe d'économicité

Du point de vue du Conseil fédéral comme de la CDS, un relèvement de la valeur du point poursuivant exclusivement le but de corriger des déséquilibres régionaux en matière d'approvisionnement en soins serait contraire au principe d'économicité inscrit dans la LAMal. Pour pouvoir introduire un tel relèvement, il faudrait revoir en profondeur les principes d'agencement des tarifs de la LAMal. Par exemple, les citoyens devraient être prêts à financer au moyen de leurs primes non le tarif qui couvre les coûts des prestations, mais celui qui incite les médecins à s'établir dans une région périphérique ou à se former dans un domaine de spécialité moins répandu. Sous ce rapport, il faut aussi se référer au nouveau financement hospitalier, selon lequel la rémunération des traitements hospitaliers ne doit pas contenir de part de coûts se rapportant aux prestations d'intérêt général. Ainsi, l'art. 49, al. 3, let. a, LAMal interdit explicitement de financer au moyen de l'AOS le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.

Enfin, l'expérience montre que les tarifs à la prestation comportent intrinsèquement des incitations à la fourniture de prestations et donc à une extension de leur volume. On peut donc supposer que de telles incitations sont justement créées par une baisse de la valeur du point (en cas de sur-approvisionnement), qui est compensée par une extension injustifiée du volume des prestations. Sous l'aspect de la maîtrise des coûts et de l'efficacité financière d'une différenciation de la valeur du point, il serait indiqué de prévoir des mesures correctrices dans une telle configuration (voir à ce sujet les propositions de santésuisse et de la CDS au point 4.4.3).

5 Synthèse

5.1 Introduction

Le postulat 16.3000 charge le Conseil fédéral, avec le concours des parties prenantes, de présenter un rapport sur les possibilités d'introduire un nouveau système de gestion en matière d'admission selon le besoin des médecins habilités à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le rapport doit indiquer également comment une gestion serait envisageable au moyen des tarifs et évaluer la possibilité pour les assureurs de ne pas conclure de convention avec certains prestataires, si ceux-ci appartiennent à une catégorie dans laquelle le nombre de prestataires excède la limite supérieure fixée par le Conseil fédéral. La restriction doit intégrer le domaine ambulatoire des hôpitaux, mais ne doit pas s'appliquer aux médecins de premier recours. La motion 16.3001 complète le mandat donné par le postulat 16.3000. Les travaux du Conseil fédéral en réponse au mandat du Parlement du 17 juin 2016 doivent permettre au Parlement de se prononcer avant l'échéance de la réglementation en cours. La synthèse ci-dessous dresse un bilan des discussions menées concernant les différents éléments posés par le postulat et expose les conclusions qu'en tire le Conseil fédéral.

5.2 Limitation de l'admission

Le bilan de la limitation de l'admission est nuancé. Une petite majorité de quatorze cantons a évalué positivement cette mesure comme instrument visant à maîtriser la hausse des coûts, alors que treize cantons ont évalué positivement son adéquation avec le pilotage professionnel et régional de l'offre ambulatoire. Le Conseil fédéral constate que la réintroduction de la limitation de l'admission a toutefois permis de freiner l'afflux de médecins dans le domaine ambulatoire, qui avait très fortement augmenté entre fin 2011 et mi-2013, période durant laquelle la mesure n'était plus en vigueur. L'ajout par le Parlement de la clause disposant que les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne sont pas soumis à la preuve du besoin fait l'objet de discussions avec l'UE dans le cadre du Comité mixte concernant l'accord sur la libre circulation des personnes. La limitation des admissions ne contribue par ailleurs pas à améliorer la qualité des prestations, car les médecins établis en sont exclus. La limitation des admissions a toujours été facultative pour les cantons. Malgré cela, la plupart des cantons l'ont appliquée de manière relativement stricte jusqu'en 2011. Entre 2013 et 2016, 18 cantons ont appliqué une limitation des admissions.

Déjà lors de la consultation sur le message relatif au pilotage du domaine ambulatoire⁴⁵, aussi bien les assureurs que les fédérations de fournisseurs de prestations, à l'exception notable des Médecins de famille Suisse, s'y étaient opposés. Une majorité des cantons l'avaient soutenu, pour autant que sa mise en œuvre soit facultative, en particulier en ce qui concerne le domaine ambulatoire des hôpitaux. Lors des workshops de septembre 2016, un consensus relativement large s'est trouvé pour dire que l'admission des médecins déjà installés devrait être remise en question du moment qu'une amélioration de la qualité des prestations serait visée par la mise en place d'une gestion de l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire. Dans ce cas, l'admission des médecins devrait être soumise à des critères qualitatifs.

Bilan : le Conseil fédéral constate qu'une majorité d'acteurs, notamment cantons et assureurs, ne contestent pas que la limitation des admissions a démontré une certaine efficacité pour freiner l'augmentation des coûts malgré de nombreuses critiques. Il estime que la possibilité

⁴⁵ Cf. note 2

pour les cantons de lier le maintien de l'admission des médecins déjà installés à des critères de qualité permettrait d'améliorer la qualité des prestations et l'égalité de traitement pour les assurés.

5.3 Liberté de contracter

Dès 1998, le Parlement a discuté à de nombreuses reprises de projets visant à assouplir l'obligation de contracter, sans succès. Les fédérations de fournisseurs de prestations se sont exprimées clairement contre une levée généralisée de l'obligation de contracter. Pour elles comme pour les fédérations de patients, ce modèle est déjà une réalité pour les patients qui choisissent expressément des modèles d'assurance avec un choix limité du fournisseur de prestations. Au contraire de celles des fournisseurs de prestations, les fédérations d'assureurs considèrent que seuls les mécanismes du marché peuvent conduire à une amélioration de la qualité en maîtrisant les coûts. L'ensemble des acteurs, de même que les trois experts interrogés, s'accordent sur un point : il n'y actuellement aucun projet d'assouplissement de l'obligation de contracter qui soit suffisamment mûr pour prendre le relais de l'actuelle limitation des admissions le 1^{er} juillet 2019, ni d'ailleurs une acceptation politique et populaire suffisante pour un tel changement.

Si un modèle d'assouplissement de l'obligation de contracter devait être décidé par le Parlement, le Conseil fédéral estime que les patients âgés souffrant de maladies chroniques et ayant une relation thérapeutique durable avec leur fournisseur de prestations devraient pouvoir changer d'assureur-maladie sans changer de médecin. En outre, un approvisionnement suffisant devrait être garanti par les cantons, selon une approche uniforme sur le plan suisse. L'existence de réseaux ne devrait pas être remise en question par la mise en œuvre d'un modèle de liberté de contracter. La distinction devrait donc être maintenue entre un modèle général d'assurance et des modèles avec un choix limité de prestataires. De plus, seule une solution dans laquelle les assureurs devraient décider de manière commune et sur la base de critères de qualité uniformes quels fournisseurs de prestations sont remboursés serait praticable et suffisamment transparente. Dans cette optique, l'inclusion des organisations de médecins dans les discussions, comme c'est le cas en Allemagne, serait nécessaire.

Bilan : le Conseil fédéral constate qu'il n'y a pas de consensus en faveur d'un modèle d'assouplissement de l'obligation de contracter qui pourrait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2019. Il estime qu'un tel modèle devrait tenir compte du lien existant entre certains patients et leur médecin traitant, permettre le développement continu des modèles avec un choix limité de prestataires et que seul un modèle reposant sur une négociation collective serait praticable et suffisamment transparent pour les patients.

5.4 Tarifs différenciés

L'idée selon laquelle une différenciation des tarifs selon la région, l'offre de prestations ou des critères qualitatifs permettrait aux partenaires tarifaires d'éliminer les incitations indésirables dans la fourniture des prestations du domaine ambulatoire est un peu plus récente. En optant pour un tarif forfaitaire et en respectant les principes de la LAMal, les partenaires tarifaires pourraient aujourd'hui déjà se concentrer sur une tarification de ce genre. Sur la base des exemples cités lors des workshops, il semble par contre se dessiner parmi les participants un certain consensus sur l'idée qu'une différenciation de la valeur du point ne permettrait pas d'arriver à une gestion efficace de l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire et que les patients ne pouvant se déplacer seraient défavorisés. Un relèvement de la valeur du point poursuivant exclusivement le but de corriger des déséquilibres régionaux en matière d'approvisionnement en soins serait entre autre contraire au principe d'économicité de la LAMal. Le Conseil fédéral estime lui aussi que l'instrument d'une différenciation de la valeur du point ne

doit pas être approfondi comme solution de rechange pour la gestion de l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire.

Il conviendrait néanmoins d'étudier l'idée selon laquelle les fournisseurs de prestations et les assureurs devraient à l'avenir prévoir plus de rémunérations forfaitaires et définir contractuellement des mesures de pilotage des coûts et des prestations qui comprendraient au moins, par domaine de fournisseurs de prestations, l'évolution des postes de prestations et des coûts facturés. Si les partenaires tarifaires n'arrivaient pas à s'entendre à ce sujet, les autorités compétentes seraient habilitées à titre subsidiaire à fixer de telles mesures de leur propre chef.

Bilan: le Conseil fédéral constate que les acteurs du domaine sont d'accord sur le fait qu'une gestion de l'approvisionnement n'est pas opportune au moyen d'une différenciation des tarifs. Il estime que les conventions tarifaires devraient contenir plus de rémunérations forfaitaires et des mécanismes de contrôle de l'évolution des coûts et des prestations, et que les autorités d'approbation devraient pouvoir fixer de telles mesures lorsque les partenaires tarifaires ne parviennent pas à un accord.

5.5 Bilan des axes de solution étudiés

L'évolution des coûts des prestations médicales dans le domaine ambulatoire ces dernières années a démontré la nécessité d'une solution pour prendre le relais de la limitation de l'admission en vigueur jusqu'au 30 juin 2019. Dans le cadre des discussions menées avec les acteurs, la CDS a plaidé pour une solution simple et efficace, capable d'emporter une majorité, afin d'éviter une nouvelle période sans possibilité de gestion de l'approvisionnement, et avec laquelle les cantons pourraient exercer leurs responsabilités. Il ressort clairement des discussions qu'il n'est pas possible de gérer l'approvisionnement dans ce domaine au moyen d'une différenciation raisonnable des tarifs, tant les autres facteurs d'influence sur les choix des médecins sont nombreux. Pour espérer parvenir à un accord entre les acteurs sur un modèle d'assouplissement de l'obligation de contracter, même dans un cadre strict, de nombreuses discussions entre les acteurs seraient encore nécessaires. Un tel modèle ne pourra en tout cas pas prendre le relais de la limitation des admissions le 1^{er} juillet 2019. La limitation des admissions, bien que controversée, a quant à elle fait la preuve d'une certaine efficacité à freiner l'augmentation des coûts des prestations du domaine ambulatoire et à influencer sur le choix du lieu d'installation des médecins en cabinet. Il ressort toutefois des discussions que cet instrument doit être réformé pour répondre aux défis actuels. Les éléments suivants ressortent en particulier des discussions pour développer une solution visant à gérer l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire.

5.6 Eléments d'une solution à moyen terme pour mesurer et gérer l'approvisionnement

5.6.1 Mesure de l'approvisionnement

Il ressort de la littérature comme des discussions menées avec les acteurs que seule une approche basée sur une projection de l'offre existante entre en ligne de compte actuellement pour mesurer le besoin. Mais tous les acteurs et experts consultés ainsi que de nombreux cantons s'accordent sur le fait que le nombre de numéros RCC actuellement pris en compte ne reflète pas de manière suffisamment précise l'offre réelle, en raison en particulier de l'augmentation constante du nombre de personnes qui travaillent à temps partiel. Il y a ainsi un consensus fort parmi les acteurs sur la nécessité de tenir compte du taux d'occupation des médecins. Face au manque de données détaillées concernant la démographie médicale, SantéSuisse a proposé de se baser sur les données de facturation existantes pour extrapoler le taux d'occupation des médecins. Des indicateurs basés sur le nombre de consultations, le nombre de patients ou éventuellement encore le montant des prestations facturées pourraient

être développés avec les sociétés de médecine au niveau régional et par spécialité. La CDS a soutenu cette proposition.

Considérant que le principal objectif visé par un instrument de gestion de l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire est de maîtriser l'augmentation des coûts, le Conseil fédéral estime que pour constater un sur-approvisionnement dans un canton ou une région, le constat d'une augmentation des coûts supérieure à la moyenne nationale pour un ou plusieurs domaines de spécialités représente un critère pertinent. Pour mesurer l'absence de sous-approvisionnement, ou pour s'assurer qu'un approvisionnement suffisant est disponible, le critère de l'accès des patients au traitement dans un délai utile, aussi pris en compte par les cantons pour la planification hospitalière, est déterminant pour les acteurs du domaine.

Bilan : le Conseil fédéral constate que pour mesurer l'approvisionnement, le nombre de médecins doit être pondéré pour tenir compte de leur taux d'occupation, sur la base d'indicateurs qui pourraient être développés et financés par les acteurs (fournisseurs de prestations, assureurs, cantons).

5.6.2 Consultation des acteurs pour la fixation des limites

En 2014, la densité médicale allait de 0,92 médecins pour 1'000 habitants dans le canton d'Uri (0,99 à Obwald en 2000), à 4,92 médecins pour 1'000 habitants à Bâle-Ville (3,56 en 2000), soit un facteur de 5 entre la valeur la plus basse et la valeur la plus haute. Aujourd'hui, la fixation de limites inférieures et supérieures valables de manière uniforme sur le plan suisse par domaine de spécialité ne ferait que confirmer cette disparité. Lors des workshops de septembre 2016, SantéSuisse a estimé que les limites devraient être fixées au niveau cantonal, selon des critères définis au niveau fédéral, de manière uniforme et transparente. La CDS a souhaité cependant que les assureurs, médecins et patients soient associés à leurs décisions. Lors de la consultation sur le message relatif au pilotage du domaine ambulatoire⁴⁶, un grand nombre de cantons s'étaient opposés à l'obligation pour les cantons d'intégrer les acteurs dans le cadre de commissions consultatives dont l'avis devait être impérativement pris en compte par les cantons, estimant que les cantons devaient rester libres de la manière dont ils organisaient la prise en compte de l'avis des parties prenantes.

Bilan : le Conseil fédéral estime que la compétence de fixer des fourchettes par catégorie de fournisseurs de prestations doit revenir aux cantons, sur la base de critères uniformes et transparents fixés au niveau fédéral. Il considère que les cantons doivent consulter les principaux acteurs du domaine, mais constate que la forme de la consultation doit rester libre.

5.6.3 Coordination des cantons

L'ensemble des acteurs consultés, de même que les experts, s'accordent en particulier sur le fait que la mobilité des patients rend obsolètes les limites cantonales dans ce domaine. Tous ont estimé qu'une évaluation des besoins devrait idéalement avoir lieu à un niveau régional. Dans le cadre des workshops, les fédérations d'assureurs, si elles se sont exprimées en faveur d'une coordination régionale, se sont cependant prononcées pour que l'organisation de cette coordination soit laissée à la liberté des cantons et des acteurs. La CDS a indiqué qu'elle trouverait intéressant que soit étudié comment des régions d'approvisionnement pourraient être formées, à l'instar de ce qui est fait en Allemagne. Du fait que les premières données

⁴⁶ Cf. note 2

structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires récoltées par l'OFS dans le cadre du projet MARS ne seront pas disponibles avant 2019, une telle étude ne pourra toutefois être lancée qu'après l'entrée en vigueur d'une nouvelle solution permettant de gérer l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire le 1^{er} juillet 2019.

Bilan : le Conseil fédéral estime que les cantons doivent se coordonner pour tenir compte de la mobilité des patients, mais que la forme de la coordination doit rester libre.

5.6.4 Domaine ambulatoire des hôpitaux

Le postulat 16.3000 indique que la limitation doit intégrer le domaine ambulatoire des hôpitaux. Lors des workshops, tous les acteurs ont relevé la nécessité de prendre en compte l'ensemble du domaine ambulatoire, afin de garantir l'égalité de traitement et en raison de la pluralité des rôles des cantons dans ce domaine, sous peine de créer de nouvelles distorsions. Mais entre 2013 et 2016, seuls cinq cantons ont appliqué la limitation au domaine ambulatoire des hôpitaux. Pour remédier au manque de données constaté, santésuisse a proposé qu'un numéro RCC soit attribué à chaque médecin, y compris à l'hôpital, ce qui permettrait une attribution précise des actes aux médecins et ainsi de déterminer leur taux d'occupation dans les différents domaines. Une telle adaptation du système n'est cependant pas envisageable d'ici 2019. En tous les cas, la prise en compte du domaine ambulatoire des hôpitaux nécessite que ces derniers mettent à disposition les données nécessaires. La CDS a par conséquent plaidé pour le maintien à court terme du caractère facultatif de l'intervention des cantons, et ce dans tous les domaines.

Bilan : le Conseil fédéral estime que le domaine ambulatoire des hôpitaux devrait être pris en compte pour éviter des incitations indésirables dues à un traitement inégal des différentes offres ambulatoires. Il estime toutefois que la décision de prendre en compte le domaine ambulatoire des hôpitaux doit rester de la compétence des cantons.

5.6.5 Médecins de premier recours

Le postulat 16.3000 exige qu'aucune restriction ne soit imposée aux médecins de premier recours. D'après les discussions menées avec les acteurs, cette catégorisation semble ne plus correspondre à la réalité. D'une part, de nombreux médecins spécialistes jouent déjà le rôle de médecin de famille pour certains patients, notamment ceux atteints de maladie chroniques. D'autre part, une situation de sur-approvisionnement dans l'une ou l'autre spécialité de la médecine de premier recours dans un canton ne peut pas être exclue. La version de l'article 55a LAMal entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2013 et prolongée jusqu'au 30 juin 2019 ne prévoit pas expressément d'exception pour l'une ou l'autre catégorie de médecins, mais laisse la liberté aux cantons de désigner les médecins concernés. Entre 2013 et 2016, conformément à cette disposition, six cantons ont exclu certaines spécialités faisant partie du domaine de la médecine de premier recours du champ de la limitation, car ils avaient constaté un sous-approvisionnement, ou du moins un risque, dans ces spécialités. Le Conseil fédéral estime que cette disposition permet aux cantons de répondre de manière plus précise à leurs situations spécifiques que celle qui prévalait jusqu'en 2011, consistant à exclure du champ de la limitation les médecins de premier recours comme le demande le postulat.

Bilan : le Conseil fédéral estime que laisser la possibilité aux cantons d'exclure certaines spécialités de la limitation leur permet d'agir de manière plus différenciée que si les médecins de premier recours sont exclus d'emblée de la limitation.

5.6.6 Critères de sélection des fournisseurs de prestations

Pour évaluer si les prestations garantissent une couverture suffisante, le postulat 16.3000 demande que la qualité de l'offre soit aussi prise en compte. La motion 16.3001 vise quant à elle

une véritable concurrence sur la qualité. L'absence de critères de sélection positifs des fournisseurs de prestations par les assureurs était d'ailleurs une des principales critiques relevées lors de la consultation sur le message relatif à la liberté de contracter. Par ailleurs, lors des workshops de septembre 2016, il est apparu clairement que pour certains acteurs, en particulier les fédérations d'assureurs santéuisse et curafutura, ainsi que la FMH et les fédérations de patients, un mécanisme de gestion du domaine ambulatoire doit avoir comme objectif principal une amélioration de la qualité de prestations.

Un prérequis pour comparer la qualité des prestations est que celle-ci soit mesurée et que les résultats des mesures soient communiqués de manière transparente. D'une manière générale, santéuisse et H+ ont estimé que la participation aux programmes de mesure et d'amélioration de la qualité devrait être rendue obligatoire pour tous les fournisseurs de prestations. Les exigences relatives à la transmission des données, notamment nécessaires pour surveiller l'application des dispositions de la loi relatives au caractère économique et à la qualité des prestations, pourraient être renforcées, par exemple en liant le maintien de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie, à la transmission des données demandées ou à la participation à des programmes de mesure ou d'amélioration de la qualité. Il conviendrait aussi d'inscrire dans la loi l'obligation de prévoir, dans les conventions tarifaires, des programmes de mesure de la qualité.

Pour la FMH, seule la formation peut être prise en considération pour déterminer aussi bien la qualité du fournisseur de prestations que la qualité des prestations. Pour elle, quatre critères relatifs à la formation, uniformes au niveau national, doivent être appliqués (voir chapitre 4.1.9.2). Etant donné son caractère problématique au regard de l'ALCP, le Conseil fédéral est critique quant au maintien du critère d'une pratique d'au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu, dans le cadre d'une solution à long terme pour gérer l'approvisionnement dans le domaine ambulatoire. Comme alternative, un délai de carence d'une certaine durée après l'obtention du titre postgrade pour pouvoir pratiquer à la charge de la LAMal pourrait être imposé à tous les médecins.

La LPMéd forme le socle des exigences pour l'exercice des professions médicales. L'entrée en vigueur de la deuxième partie de la révision de la LPMéd, ainsi que des modifications des ordonnances correspondantes, augmentera les exigences envers les médecins, notamment provenant de l'étranger. Les critères de la FMH concernant les connaissances linguistiques nécessaires, de même que la durée minimale des études menant au diplôme, sont donc déjà adoptés. Les diplômes obtenus, ainsi que les connaissances linguistiques, devraient en outre dorénavant figurer de manière transparente dans le MedReg.

D'autres critères proposés par les différents acteurs, comme la participation à un réseau de soins ou aux services d'urgence, ne devraient pas, pour diverses raisons, être inscrits dans la LAMal. En revanche, les cantons pourraient lier de tels critères à l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'AOS ou à son maintien.

Bilan : le Conseil fédéral estime que la participation aux programmes nationaux d'amélioration de la qualité doit être renforcée et que ceux visant une plus grande transparence devront être lancés, en particulier pour développer des indicateurs de qualité dans les domaines où ceux-ci ne sont pas disponibles sous une forme généralement utilisable, comme c'est le cas dans le domaine ambulatoire. Il s'y engage dans le cadre des travaux concernant le message relatif

au renforcement de la qualité⁴⁷. Il est critique quant au maintien du critère d'une pratique d'au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu, mais estime que d'autres critères permettant d'assurer la qualité des prestations pourraient être fixés comme conditions à l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS et à son maintien.

5.6.7 Grandes lignes du projet

La solution pour une gestion de l'approvisionnement qui prendra le relais de la mesure actuelle en 2019 devra tenir compte de l'évolution des modèles d'activité, dans un contexte où de plus en plus de personnes exercent leur emploi à temps partiel, et de la mobilité croissante des patients. Une grande marge de manœuvre devra être laissée aux cantons pour se coordonner et organiser leur collaboration avec les acteurs du domaine, dont les données sont nécessaires. C'est également à eux qu'il devra revenir de décider d'inclure le domaine ambulatoire des hôpitaux, et si certains domaines de spécialité doivent être exclus du mécanisme de gestion. Pour que la mesure permette une réelle maîtrise des coûts, la règle prévoyant que les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu ne sont pas soumis à la preuve du besoin devra être remplacée, et les cantons devront pouvoir agir en cas de forte hausse des coûts des prestations. Des mesures au niveau des conventions tarifaires devront également être prises, non seulement pour maîtriser les coûts, mais également pour améliorer la qualité des prestations. En ce sens, des critères permettant d'assurer la qualité des prestations devraient pouvoir être fixés comme conditions à l'admission des fournisseurs de prestations et être imposés aussi aux médecins déjà installés.

5.7 Autres travaux

Seule une solution donnant la compétence d'agir aux cantons peut être mise en œuvre rapidement. Cependant, une fois les données nécessaires disponibles, aux alentours de 2019, il serait intéressant d'étudier la possibilité de définir des régions d'approvisionnement et les mécanismes possibles pour une gestion de l'approvisionnement au niveau régional, comme le recommande le récent rapport de l'ASSM⁴⁸. Le Conseil fédéral est prêt à participer à des recherches allant dans ce sens, avec les cantons et les acteurs du domaine.

Parallèlement à la mise en œuvre d'une solution visant à remplacer la limitation des admissions, des adaptations de la LAMal devront être mises en œuvre dans le domaine tarifaire. En particulier, un renforcement du rôle de la Confédération et de ses compétences législatives dans le domaine de la tarification, notamment en vue de résoudre les blocages actuels concernant les révisions de tarifs. L'extension de la compétence de fixation du Conseil fédéral à tous les types de tarifs selon l'art. 43, al. 2, LAMal pourrait renforcer la rémunération forfaitaire, ce qui diminuerait l'incitation à multiplier les prestations et correspond à la stratégie Santé2020. Il faudrait créer également une base légale pour exiger des fournisseurs de prestations et des assureurs les données nécessaires au développement des tarifs. De plus, la création d'une institution compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires uniformes dans le domaine ambulatoire, comme c'est déjà le cas dans le domaine hospitalier, serait également souhaitable. Finalement, l'introduction dans la LAMal de l'obligation pour les fournisseurs de prestations et les assureurs de prévoir un mécanisme de

⁴⁷ Cf. note 35

⁴⁸ Cf. note 24

contrôle de l'augmentation des coûts et des prestations, pouvant être fixé par l'autorité d'approbation en cas de nécessité, permettrait de limiter le risque de voir les fournisseurs de prestations compenser des adaptations tarifaires par des hausses de volumes facturés.

Un modèle optimisant les incitations pour réduire les coûts doit être recherché à moyen terme. Les discussions menées avec les acteurs dans le cadre de la préparation de ce rapport ont clairement montré qu'il n'existe pour l'heure pas de consensus sur un modèle avec un assouplissement de l'obligation de contracter, même parmi les organisations soutenant une telle approche. Les fournisseurs de prestations y sont par ailleurs opposés. De nombreuses discussions seront donc encore nécessaires pour esquisser un modèle qui puisse obtenir un soutien suffisant. Le Conseil fédéral est prêt à soutenir ces travaux, mais il estime que la priorité doit être mise sur la mise en œuvre d'une solution apte à remplacer l'actuelle limitation des admissions le 1^{er} juillet 2019.

6 Suite des travaux

Par le présent rapport, le Conseil fédéral réalise une nouvelle étape de la recherche d'une solution durable à la problématique de la gestion de l'offre dans le domaine ambulatoire, suite au refus du Parlement le 12 décembre 2015 d'ancrer dans la loi la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations, telle qu'elle avait été réintroduite pour une durée de trois ans le 1^{er} juillet 2013 puis prolongée jusqu'au 30 juin 2019 (initiative parlementaire 16.401). Avec les acteurs, le Conseil fédéral a examiné les différents axes de solution possibles basés sur la gestion des admissions, la différenciation des tarifs et un assouplissement de l'obligation de contracter. Les discussions menées ont permis d'esquisser un mécanisme de gestion qui permettra à l'avenir aux cantons de maîtriser l'évolution des coûts due à une offre excédentaire, tout en fixant des critères permettant d'améliorer la qualité des prestations. En ce sens, le mandat donné le 12 janvier 2016 par le postulat 16.3000 de la CSSS-E doit être considéré comme exécuté. Parallèlement, les réflexions sur un assouplissement de l'obligation de contracter devront être poursuivies, et d'autres travaux seront menés pour améliorer le système dans le domaine tarifaire.

Les conclusions du présent rapport serviront de base à l'élaboration d'une proposition de modification de la LAMal, comme le demande la motion 16.3001 de la CSSS-N du 22 janvier 2016. Le Conseil fédéral s'efforcera de mettre en consultation cette proposition de modification de la LAMal d'ici au 30 juin 2017, comme le demande le chiffre III de la décision du Parlement du 17 juin 2016 concernant la prolongation de la limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.