

Les critères d'économicité, d'adéquation et de qualité des soins

La définition se fera dans le cadre de la négociation TARMED mais certainement pas sous la menace de l'abolition de l'obligation de contracter

Dr Richard Nyffeler, Président SMCF

Les négociations pour l'introduction du TARMED (nouveau tarif médical) vont entrer dans leur phase active au niveau cantonal. La convention-cadre passée entre la FMH et santésuisse prévoit déjà la mise en place de critères de qualité d'adéquation et d'économicité des soins comme l'exige la LAMal. Les conventions cantonales devront impérativement reprendre ces exigences.

A ce jour, et de façon assez surprenante, rien n'a encore été fait pour définir ces critères. Bien au contraire, d'une part, dans le canton de Fribourg, depuis de nombreuses années, l'ancienne Fédération Fribourgeoise des Assureurs-Maladie (FFAM), aujourd'hui section fribourgeoise de santésuisse, a renoncé à tout contrôle de l'économicité des médecins, ce qui est pourtant son rôle, et d'autre part, les assureurs ont dépensé une énergie folle en lobbying pour imposer aux Chambres fédérales la non-obligation de contracter, c'est-à-dire la disparition du libre choix du médecin accompagnée d'une prise de pouvoir totale des assureurs sur les médecins qui impliquera rapidement également la disparition du libre choix thérapeutique. En effet, les médecins deviendront de fait des employés des assureurs. En cas de rébellion, ils verront le fragile contrat offert du bout des doigts par les tout-puissants assureurs annulé.

La Chambre médicale, qui représente l'ensemble des médecins suisses, a donc mandaté le Comité central de la FMH pour qu'il entre immédiatement en négociation avec santésuisse afin d'établir ces fameux critères. A nos yeux, l'utilisation du futur tarif médical représente un immense potentiel d'analyse afin de déterminer l'économicité des traitements, mais également dans une certaine mesure leur adéquation. En effet, avec les nombreuses données que nous récolterons, il serait possible de déterminer en fonction de certaines pathologies les attitudes thérapeutiques de la majorité des médecins, ce qui permettra d'avoir un certain nombre de critères concernant ce qui se fait ou ce qui ne se fait pas face à tel ou tel problème médical. L'«evidence-based medicine» sera naturellement un outil d'analyse utilisé en parallèle.

Les critères de qualité quant à eux seront certainement plus difficiles à analyser. Il faudra peut-être déjà définir ce qu'est la qualité en médecine autrement qu'en la définissant selon l'économicité et l'adéquation. En effet, la qualité, c'est autre chose. C'est le résultat objectif ou subjectif car la médecine n'est pas toujours une science exacte, c'est la relation, la disponibilité, le personnel, l'étendue de l'offre, l'accès rapide aux soins, l'empathie, etc. Il conviendra donc d'effectuer une réflexion approfondie à ce sujet si l'on veut pouvoir analyser cette qualité, ce que le corps médical désire évidemment.

Jusqu'à ce jour, les assureurs ont refusé d'entrer en matière sur ces sujets préférant la prise de pouvoir par la force.

L'enjeu de ces prochains mois sera de savoir si le monde politique, et donc surtout la population qu'il représente, préfère voir un conflit majeur éclater entre les médecins et les assureurs ou s'il choisit la solution de la négociation.

En effet, au cas où la non-obligation de contracter serait décidée telle qu'elle nous est aujourd'hui présentée, le conflit est programmé. On peut espérer que la population soutiendra dans ce combat plus les médecins que les assureurs. En cas de conflit, toutes les négociations cherchant à améliorer l'économicité, l'adéquation et la qualité des soins seront certainement en grande partie oubliées. Ceci impliquera une diminution de la maîtrise des coûts de la santé. Par ailleurs, nous tenons à souligner qu'une analyse pertinente de l'adéquation, de l'économicité et de la qualité des soins permettrait une justification objective de l'augmentation des coûts.

Après quelques années, et à la suite des perpétuelles augmentations des primes des caisses-maladie, le peuple décidera que pour l'assurance de base, une assurance d'état est préférable à toute autre solution. A voir les expériences faites à l'étranger, il n'est pas certain que cela soit la meilleure solution. Ce n'est pas le scénario qu'ont élaboré les assureurs dans leur tentative de prise de pouvoir mais c'est, à mes yeux, le résultat auquel ils parviendront s'ils continuent à s'obstiner.