

Chères et chers collègues,

J'espère que cette année a bien commencé pour vous et je vous souhaite de la passer en bonne santé!

Voici de nouveau une année au cours de laquelle, dans le cadre de la politique de la santé, des évolutions déterminantes pour les spécialistes vont s'accélérer. Nous avons comme mission commune d'accompagner, d'évaluer et aussi d'influencer les débats publics et politiques, ainsi que les prises de décision effectives au Parlement.

Deux questions nous occupent plus particulièrement en ce moment: l'évolution des forfaits ambulatoires et d'une structure tarifaire ambulatoire, ainsi que les innovations en matière d'assurance complémentaire, qui impliquent de distinguer plus clairement les prestations soumises à l'AOS de celles soumises à la LCA et d'en assurer une présentation transparente.

Sur ces deux points, nous avons pris des décisions importantes et fondamentales fin 2021. Merci à toutes et tous pour votre engagement sur ces sujets. Le comité directeur de la FMCH et moi-même, en tant que président, tenons à ce que vous souteniez activement, au sein de la FMCH, tous les travaux déterminants pour notre branche professionnelle, nos patientes et nos patients, enfin pour l'ensemble du corps médical. Vous trouverez des détails sur toutes ces thématiques dans les sections qui suivent.

Vous pourrez également lire dans cette newsletter un article sur l'initiative *smarter medicine – Choosing Wisely* en Suisse.

Au nom de l'ensemble du comité directeur et du secrétariat, je vous remercie chaleureusement pour votre engagement. Le corps médical doit être uni pour aborder ces gros dossiers, et tous les autres, et trouver des solutions pour les spécialistes et pour nos patientes et nos patients.

CORDialement.



Prof. Dr méd. Michele Genoni
Président de la FMCH

Assurances complémentaires (LCA): la FMCH fixe le cadre d'action

Nous devons surmonter d'importantes difficultés dans le domaine de la couverture des honoraires par les assurances complémentaires. En 2020, dans le cadre de son activité de surveillance, l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers FINMA a procédé à des analyses et réalisé des contrôles sur place, chez les fournisseurs d'assurances complémentaires; elle considère que «les décomptes de prestations doivent être profondément remaniés». Elle exige des assureurs «qu'ils n'acceptent que des factures correspondant à des prestations supplémentaires, non comprises dans l'assurance-maladie obligatoire. Ils doivent aussi garantir que les coûts facturés sont appropriés au regard des prestations supplémentaires effectivement fournies.» La FINMA attend «une correction aussi rapide et complète que possible» et a demandé aux assureurs d'adapter en conséquence les conventions LCA signées avec les fournisseurs de prestations. De grands assureurs ont alors résilié leurs contrats avec des hôpitaux. L'Association suisse d'assurances (ASA) a en outre élaboré des lignes directrices sectorielles pour les «prestations supplémentaires selon la LCA», règles auxquelles tous les fournisseurs d'assurances complémentaires ont adhéré et sur lesquelles doivent s'appuyer les futures conventions tarifaires. Ces règles énoncent les principes régissant la définition, l'évaluation, le décompte et l'avenir des prestations supplémentaires, qu'elles classent en trois catégories: les prestations médicales, les prestations cliniques (prestations relevant de l'organisation et des processus et prestations complémentaires), enfin hôtellerie/confort. Chaque fournisseur de prestations doit mettre en évidence le niveau de prestations selon l'AOS et, à partir de là, les prestations supplémentaires selon la LCA. Les paquets de prestations fournies et les prix appliqués sont fixés lors des négociations particulières entre assureur et fournisseur de prestations, en se conformant au droit de la concurrence.

Les conditions contractuelles exigées par la FINMA et par les assureurs doivent aussi pouvoir être respectées par les médecins travaillant dans le domaine stationnaire. Autrement, ils risquent de tomber dans un vide conventionnel concernant les assurances complémentaires, et dans le pire des cas, de fournir des prestations non couvertes.

Fin 2021, dans le cadre d'un workshop, le secrétariat et le comité directeur de la FMCH ont travaillé avec des économistes de la santé et des personnes expertes dans les hôpitaux et les assurances, afin de fixer des lignes directrices pour la suite de la procédure et le positionnement des spécialistes. Certains axes se dégagent clairement:

1. Le domaine couvert par la LCA a un rôle important pour favoriser les innovations; à ce titre, il est impératif de le conserver.
2. Les fournisseurs de prestations (hôpitaux et corps médical) doivent indiquer aux assureurs quelles prestations peuvent être couvertes par la LCA.

3. La convention détermine le prix. Ce dernier est défini en fonction du site. Les négociations ne peuvent se faire sans passer par les différentes sociétés de discipline médicale.
4. Le corps médical doit mener les négociations en coopération avec les hôpitaux. C'est ainsi que l'on aura une chance d'obtenir des tarifs intéressants auprès des assureurs.

Prestations médicales pouvant être présentées comme valeur ajoutée:

- libre choix du médecin, comme gage de confiance;
- surqualification du médecin;
- contact personnel permanent avec la patiente ou le patient, et mise en place des conditions pour que cela soit possible;
- suivi du spécialiste en personne, ou suppléance par une personne de même qualification;
- rapidité d'accès/choix de rendez-vous;
- engagement en termes de temps et disponibilité, notamment le soir et le week-end (p. ex. téléphone mobile accessible 24h/24);
- continuité du suivi personnel (avant et pendant le séjour à l'hôpital);
- opérations et méthodes de traitement innovantes (p. ex. avec la robotique).

Désormais, comme cela a été décidé lors de l'assemblée des déléguées et délégués, un groupe de projet, bénéficiant d'un soutien extérieur, va travailler pour rédiger des *lignes directrices de la FMCH sur la LCA*, qui serviront de base pour définir les prestations supplémentaires propres à chaque site et mener les négociations tarifaires.

Projet LCA

Andreas Roos accompagne la FMCH dans son positionnement et ses travaux sur le projet autour de la LCA. Il a une formation médicale et économique. Depuis de nombreuses années, il occupe des postes de direction dans le secteur de la santé, notamment pour les assureurs maladie et les fournisseurs de prestations. Il a été membre de la Commission fédérale des médicaments CFM, ainsi que de la Commission fédérale des prestations générales et des principes CFPP. Il travaille sur l'évolution des assurances complémentaires depuis plus de vingt ans.

«Nous ne pouvons pas rester sans rien faire!»

Monsieur Roos, comment trouver une bonne solution dans le domaine des assurances complémentaires?

«La pression réglementaire de la FINMA sur les fournisseurs d'assurances complémentaires se répercute sur les prestataires du secteur stationnaire, certes de façon indirecte, mais massive. Il est compréhensible de déplorer cette évolution, mais cela ne sert à rien. Soit nous participons à l'élaboration et nous exprimons les exigences du corps médical, soit les choses se décident sans nous. A mon avis, nous ne pouvons pas rester sans rien faire. Les

prestations supplémentaires doivent être clairement définies, regroupées en blocs de prestations et évaluées, à partir du niveau de prestation correspondant selon l'AOS. Ce travail de définition et de délimitation doit être le plus créatif et novateur possible. Viser une simple conservation des acquis est tout à fait cohérent, mais ne mènera à rien.»

Quels sont selon vous les principaux défis?

«L'objectif est d'élaborer des instruments dont les médecins participants pourront s'emparer pour les futures négociations individuelles. Je pense qu'il est important de poser des définitions claires et précises, et surtout d'évaluer les choix possibles, ainsi que les disponibilités et les réserves. Selon moi, ce sont justement ces valeurs immatérielles qui constituent pour les personnes assurées une grande partie de la plus-value des assurances complémentaires. Il convient ensuite de prendre en compte les aspects tels que l'innovation ou la qualification (toujours dans la limite du niveau selon l'AOS). Dernière mission: consulter les hôpitaux, car certaines prestations supplémentaires, comme la flexibilité pour les dates d'opération, concernent à la fois les médecins et les hôpitaux.»

Forfaits ambulatoires: une grille tarifaire juste et complète

A l'automne 2021, les membres de la FMCH ont rejeté le système forfaitaire du groupe de projet de *solutions tarifaires suisses sa*. Lors de la séance extraordinaire du conseil des déléguées et délégués du 18 novembre 2021, des directives claires ont été données au comité directeur sur la suite de la procédure en lien avec le dépôt annoncé du système de forfaits ambulatoires, et la poursuite du travail au sein du groupe de projet de *solutions tarifaires suisses sa*.

1. La FMCH a écarté le système de forfaits ambulatoires dans sa forme actuelle.
2. Elle s'est donc élevée contre le dépôt du système de forfaits ambulatoires par *solutions tarifaires suisses sa*.
3. La FMCH reste au sein de *solutions tarifaires suisses sa*.
4. Les sociétés de discipline médicale participent à l'élaboration des principes des forfaits ambulatoires dans un groupe de travail élargi portant sur ce projet.

Suite à la position claire des membres de la FMCH, le secrétariat a demandé à *solutions tarifaires suisses sa* de ne déposer aucun forfait ambulatoire au Conseil fédéral. Au lieu d'un dépôt pour validation, H+ et santésuisse ont simplement demandé une vérification du système de forfaits ambulatoires existant. La FMCH n'a pas été / n'est pas impliquée dans cette démarche.

Le conseil d'administration de *solutions tarifaires suisses* sa prévoyait de poursuivre ensuite la procédure commune, afin d'élaborer des forfaits ambulatoires équitables et allant dans l'intérêt de tous, qui soient notamment acceptables et présentent une utilité pour les membres de la FMCH, en répondant à leurs besoins.

Suite de la procédure

Nous avons besoin de la coopération des sociétés de discipline médicale pour développer des forfaits satisfaisants et solidement étayés, que nous pourrons enfin transmettre. Un groupe de travail accompagne ce projet de très près, prépare des décisions de principe et en observe la mise en œuvre. Une première étape consiste à comparer les «forfaits volontaires santésuisse/FMCH» avec le «système forfaitaire H+/santésuisse» et à analyser les divergences.

smarter medicine

Avec le mot d'ordre «Plus n'est pas toujours plus», l'association *smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland* s'engage pour une optimisation des soins apportés aux patientes et aux patients.

Son action vise d'une part à éviter la surmédicalisation et les soins inappropriés, d'autre part à sensibiliser les patientes et les patients, mais aussi l'opinion publique.

L'initiative *smarter medicine* a été lancée en Suisse en 2014, dans le sillage de l'initiative américaine *Choosing Wisely*, devenue entretemps un véritable mouvement mondial.

L'action de *smarter medicine* passe essentiellement par les listes Top-5 élaborées par chaque spécialité clinique. Ces listes indiquent cinq mesures médicales fondamentalement inutiles ou des mesures pour lesquelles les risques sont supérieurs aux bénéfices.

Elles sont élaborées par les sociétés de discipline médicale elles-mêmes, en coopération avec leurs membres. D'autres métiers de la santé doivent être activement associés, et les approches interprofessionnelles de *Choosing Wisely* doivent être discutées.

Choosing Wisely

L'initiative *Choosing Wisely* est apparue aux Etats-Unis. Son objectif est d'éviter les examens médicaux, traitements et procédures inutiles, au moyen de listes Top-5.

Le mouvement est parti d'un article du Dr Howard Brody dans la revue *New England Journal of Medicine*, alors même qu'était dressée, en 2010, la première liste Top-5 de l'association *National Physicians Alliance*.

Le mouvement a été officiellement lancé en 2012 par l'*American Board of Internal Medicine*.

Depuis 2013, plusieurs associations médicales et sociétés de discipline médicale du monde se sont ralliées au mouvement *Choosing Wisely*, élaborant et publant des listes Top-5. Le mouvement s'est depuis propagé dans 19 pays à partir de cette idée. En Suisse, il se nomme *smarter medicine* et existe depuis 2014.

L'association qui porte cette campagne, *smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland*, a été créée par huit organisations, dont des organisations médicales spécialisées et professionnelles, sans oublier des organisations de défense des patientes / patients et des consommatrices / consommateurs.

S'ajoute à cela le réseau de partenaires de l'association, qui compte 25 organisations. Parmi elles se trouvent notamment d'autres sociétés de discipline médicale, ainsi que des hôpitaux, qui soutiennent financièrement l'association et s'impliquent activement dans la concrétisation de ses objectifs. Elles s'engagent à publier un rapport d'activité annuel, avant tout pour éviter que ce partenariat en reste au stade des belles promesses.

Pour l'association, il est très important que le mouvement soit animé par les prestataires de soins, et que l'action reste indépendante de l'Etat, de l'industrie pharmaceutique et des payeurs.

Le corps médical peut concentrer ses forces pour lutter contre la surmédicalisation et les soins inappropriés et se mobiliser de façon proactive pour une amélioration de la qualité des traitements, deux volets qui permettent de sensibiliser l'opinion publique et de lui lancer, à elle, aux régulateurs et aux payeurs, des signaux positifs.

Car dans certains traitements, moins de médical implique une meilleure qualité de vie.

Partenariat

La FMCH soutient clairement les valeurs et les objectifs du mouvement *Choosing Wisely*. Deux sociétés de discipline médicale membres sont déjà partenaires de *smarter medicine*: la Société Suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie SSOT et la Société Suisse de Médecine Intensive SSMI. Six de nos sociétés de discipline médicale ont publié leur propre liste Top-5 et six autres prévoient de dresser une liste ou travaillent déjà sur des recommandations.

Si votre société de discipline médicale souhaite se pencher sur cette initiative *Choosing Wisely* et discuter avec *smarter medicine*, voire envisage un partenariat, vous trouverez toutes les informations directement sur le site Internet de l'association:

<https://www.smartermedicine.ch>

Nouveautés en matière de politique de la santé

En ce qui concerne la politique de la santé, les deux grands dossiers, à savoir les deux volets de mesures visant à maîtriser les coûts, sont toujours d'actualité. Le premier, divisé en deux blocs l'an dernier, en est à la fin de la procédure de consultation politique: en décembre 2021, le Parlement a rejeté l'introduction d'un prix de référence pour les génériques.

Concernant le second volet, qui prévoit la mise en place de premiers points de contact, nous attendons un message dans les prochaines semaines. Le Parlement discutera ensuite le projet. Sur ce sujet, la FMCH s'insurge fortement contre les premiers points de contact obligatoires; les patientes et les patients doivent pouvoir continuer à décider librement chez qui et à quel moment recueillir un premier avis médical; l'accès aux spécialistes ne doit pas être rendu plus difficile. En outre, les premiers points de contact ne réduiront pas forcément les coûts, contrairement à ce qu'annonce à tort l'argumentaire en faveur d'un changement de système: en effet, pour beaucoup de troubles spécifiques, le contact direct avec un ou une spécialiste est plus judicieux et plus économique.

Les soins et leur financement continuent d'être un thème politique intensément débattu. Une motion de l'ancien parti PBD (aujourd'hui Le Centre) demande que les indicateurs de qualité des soins médicaux recueillis dans le domaine ambulatoire soient surveillés et publiés au même titre que ceux du domaine stationnaire (motion 19.4055). A l'automne dernier, le Conseil national a adopté cette motion, qui fera l'objet d'un débat au sein du Conseil des Etats lors de la session de printemps, en mars. La FMCH défend un niveau élevé de qualité dans l'ensemble de la santé publique. Cela concerne aussi les soins ambulatoires. C'est la raison pour laquelle nous approuvons cette motion.

La numérisation est également un thème de la santé publique à traiter d'urgence. Certes, pendant la pandémie de COVID, elle a beaucoup évolué, mais sur de nombreuses problématiques, elle est encore à la traîne. Nous continuons de suivre cette question et nous exprimerons ponctuellement à ce sujet, face au Parlement et à l'opinion publique.

La newsletter permet d'informer les membres des sociétés de discipline médicale et autres personnes intéressées sur les nouveautés de la politique de la santé et de la FMCH.

Vous pouvez vous inscrire facilement à cette newsletter, par mail ou via notre site Internet.
Vous trouverez aussi sur notre site les archives des newsletters.

info@fmch.ch

<https://www.fmch.ch/>