

Position de la FMH sur les taux de couverture calculés/les nombres maximaux de médecins

Conséquences graves des taux de couverture et des nombres maximaux de médecins pour les patients dans les régions

La FMH n'est pas d'accord avec les taux de couverture calculés et le projet d'« ordonnance du DFI sur la fixation des taux régionaux de couverture des besoins en prestations médicales ambulatoires par domaine de spécialisation », annexes incluses. En dépit des efforts qui ont visé à développer la méthodologie, les critiques initialement formulées par la FMH à l'encontre des taux de couverture publiés durant la phase de transition persistent. Il est indispensable que la méthodologie et les données sur lesquelles reposent les calculs continuent d'être développées. L'affirmation, parfois « colportée » au niveau cantonal, selon laquelle il n'existerait pas de « chaos de données » n'est pas vraie, ni au niveau cantonal ni au niveau national. Le contexte pour le calcul des nombres maximaux de médecins reste inchangé.

Pour un cinquième des prestations, les données utilisées ne permettent pas de déterminer la discipline exacte du fournisseur de prestations. Quatre méthodes différentes sont appliquées, ce qui entraîne des incertitudes considérables. Plus le nombre de cabinets de groupe, d'institutions de soins et de centres ambulatoires hospitaliers est élevé, plus l'attribution des prestations et des fournisseurs de prestations aux différentes disciplines est imprécise.

Par ailleurs, seules les prestations de l'AOS saisies dans les systèmes sont prises en compte dans le calcul des taux de couverture. Les factures que les personnes assurées n'envoient pas à leur assureur pour le remboursement ne sont pas prises en compte (p. ex. lors d'une franchise élevée ou de prestations relevant des domaines AA/AI/AM). Selon les cantons, le volume de prestations hors AOS se situe entre 5 et 17 %. Par conséquent, ne pas en tenir compte peut avoir des conséquences considérables, et notamment conduire à une pénurie généralisée. Les prestations que les patientes et patients paient directement, sans passer par leur assureur, faussent également les estimations des taux de couverture et les besoins réels. Ces prestations ont été fournies, elles doivent donc aussi être prises en compte dans le calcul des nombres maximaux de médecins.

Il est également important de noter que les taux de couverture et les nombres maximaux de médecins risquent d'avoir pour effet de prolonger la durée de la formation postgraduée. Cela s'explique par le fait que les médecins expérimentés resteront plus longtemps en activité dans les hôpitaux, tandis que les médecins en formation auront besoin de plus de temps pour accomplir le nombre de cas nécessaires à l'obtention de leur titre de spécialiste. Se fonder sur une méthodologie présentant de nombreuses limites et une base de données insuffisante n'impacte donc pas seulement la prise en charge médicale actuelle, mais pénalise aussi indirectement la formation postgraduée des médecins et la qualité de la prise en charge dans les hôpitaux, avec des répercussions négatives pour l'avenir.

Restreindre les prestations médicales sur la base des taux de couverture et des nombres maximaux de médecins, qui en découlent au niveau cantonal, peut conduire, selon les régions et les disciplines, à une interdiction de fait d'exercer en cabinet médical - avec de graves conséquences pour la prise en charge des patientes et des patients et la sécurité des soins en Suisse.