

## Introduction

# La LCA en crise dans le canton de Vaud

Les patient-es bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée s'attendent, lors d'une hospitalisation, à des prestations supplémentaires à celles fournies dans le cadre l'assurance de base : choisir son médecin, avoir une relation privilégiée avec elle ou lui, participer à l'élaboration du plan thérapeutique et à son organisation. Un confort hôtelier supplémentaire est également sollicité. Ces coûts sont financés par les primes d'une assurance complémentaire. Environ 1 Vaudois-e sur 3 payant ses primes d'assurance choisit de bénéficier de ces prestations supplémentaires, malgré leur prix élevé. Ainsi ce ne sont pas les patient-es qui paient leur médecin, mais les assurances complémentaires sur la base de factures médicales. Le système ressemble à celui d'une assurance casco pour véhicule à moteur : le/la propriétaire du véhicule paie les primes, le garagiste répare et l'assureur paie. Dans le domaine des assurances-maladie/ accident privées, les assureurs ont de plus en plus tendance à penser qu'ils peuvent, à l'instar de la casco, décider ce qui vaut la peine ou non de « réparer ».

Pour compliquer la situation, en Suisse, l'assuré-e privé-e est obligatoirement aussi un-e assuré-e d'une assurance de base sociale et obligatoire (LAMal/LAA/autre). Ce système d'assurances sociales prévoit qu'une partie du remboursement soit destinée au salaire du médecin. Malheureusement cette partie n'est pas quantifiée. Il en résulte que les établissements privés ou publics, seuls à même de facturer à la charge des assurances sociales, savent qu'ils encaissent une part destinée au revenu des médecins, mais sans savoir combien ! Et donc ne la reversent pas aux médecins.

## Vers la perte de l'indépendance des médecins ?

La FINMA, autorité de surveillance des assureurs (et non des médecins ni des établissements hospitaliers), exige avec de plus en plus de fermeté que soit clairement indiquée quelle part de revenu en provenance des assurances sociales est versée aux médecins qui sont également sommés d'indiquer à quoi correspondent les montants facturés à titre de prestation supplémentaires.

Il s'établit un ménage à trois – assureur-établissement-médecins – loin du polyamour. Les établissements hospitaliers et les assureurs sont fort bien équipés pour mener des négociations dures et les poursuivre avec constance. Ce n'est pas le cas des médecins, dépendant de structures associatives et non professionnelles, défavorisées dans les ressources qu'elles ont à disposition face aux deux autres instances. Si les médecins ne se fédèrent pas avec énergie, les deux autres membres du troupe vont s'arranger pour mettre en place une structure type DRG privé, sur laquelle les médecins n'auront aucune prise.

Ceci est particulièrement inquiétant dans le canton de Vaud qui a inscrit dans sa planification 2024 l'obligation que les médecins soient salarié-es pour accorder des mandats de prestations. Même si cette mesure absurde n'est pas entrée en force pour le moment, le risque est grand que les autorités vaudoises profitent d'une situation où les médecins ne contrôlent plus ni leur facturation ni leur revenu pour imposer le salariat que la planification prévoit déjà.

Un espoir résiderait dans la création d'un organe plus agile dédié aux négociations tarifaires des médecins tant avec les assurances qu'avec les établissements.

Dr Vincent Bettschart  
Ancien président du Groupement des médecins travaillant en clinique privée (GMCP)



Dr David Petermann  
Président du Groupement des médecins hospitaliers (GMH)