



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Office fédéral de la santé publique
Division Prestations
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Berne

Lieu, date
Interlocuteur

Berne, le 6 février 2014
Martin Bienlein

N^o
E-mail

031 335 11 13
martin.bienlein@hplus.ch

Réponse à l'audition relative à l'ordonnance sur l'adaptation des structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames et Messieurs,

Par un courrier du 16 décembre 2013, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) nous a invités à prendre position sur le projet d'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie. Nous vous remercions vivement de nous offrir cette possibilité. Notre réponse à l'audition repose sur une enquête menée auprès de nos membres.

L'art. 43 al. 5bis LAMal donne au Conseil fédéral la compétence d'adapter une structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision. Le projet soumis exploite cette nouvelle disposition légale pour introduire une position additionnelle en faveur des groupes de fournisseurs de prestations «Médecine interne générale», «Médecins praticiens» et «Pédiatrie» pour les prestations fournies en cabinet. Cette mesure d'ordre politique doit être financée au travers d'une baisse linéaire de 9% des points tarifaires des prestations techniques pour les positions de 14 chapitres.

Après avoir soupesé les arguments, H+ demande au Conseil fédéral de renoncer à cette ordonnance.

H+ est consternée par le fait que le projet d'ordonnance ne contient aucun calcul économique sur les propositions qu'il formule.

Les hôpitaux et les cliniques sont particulièrement mécontents de la discrimination légale qui les touche et de cette dévaluation de leur activité.

Du point de vue de H+, les conditions légales ne sont pas remplies pour que le Conseil fédéral puisse faire usage de sa compétence subsidiaire pour réviser le tarif selon l'art. 43, al. 5bis LAMal. On peut même parler d'un abus de cette compétence.

Le projet d'ordonnance viole la Constitution et les conditions posées par la loi sur l'assurance-maladie pour les tarifs. H+ exige que la compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour la révision du tarif soit mise en œuvre conformément à la Constitution et à la loi. Doivent en particulier être respectés et démontrés: l'égalité de traitement, les règles de l'économie d'entreprise, le caractère approprié de la structure, l'économicité, ainsi que l'équité des justifications et des mesures proposées. Au niveau de la procédure, une compétence subsidiaire doit être octroyée par décision du département.

En outre, nous identifions divers problèmes dans la mise en œuvre.

En substance, H+ apporte les recommandations suivantes:

1. Le Conseil fédéral doit renoncer à son projet d'amélioration de la situation financière des médecins de famille s'appuyant sur l'art. 43, al. 5bis LAMal. Dans sa prise de position sur cet article, le Conseil fédéral estimait lui-même qu'il ne peut pas user de sa nouvelle compétence tarifaire uniquement afin de favoriser une catégorie de fournisseurs de prestations.
2. Si le Conseil fédéral tient à exercer sa compétence subsidiaire:
 - il doit chercher à mieux comprendre les divergences entre les partenaires tarifaires. Qu'est-ce qui les divise? Les différends sont-ils liés à une structure tarifaire dont la preuve est faite qu'elle n'est plus adaptée?
 - il doit prendre des mesures qui respectent la Constitution, en particulier l'égalité de traitement. En l'espèce: l'égalité de traitement est-elle respectée entre les mêmes prestations dispensées par des médecins de famille et à l'hôpital/la clinique?
 - il doit prouver et justifier factuellement la nécessité d'une intervention conforme aux principes de l'économie d'entreprise, appropriée, équitable et économique. En l'espèce: quelles structures tarifaires et positions ne sont plus appropriées? Combien manque-t-il au revenu des médecins de famille pour qu'il soit suffisant? Le revenu des médecins de famille tel que le prévoit le tarif actuel n'est-il plus équitable? Quelles prestations techniques ne sont plus appropriées et doivent être adaptées avant la révision complète déjà en cours?
 - avant de prendre des mesures, il doit tenir compte des exigences posées aux tarifs par la LAMal, notamment le caractère approprié et conforme à l'économie d'entreprise, équitable et économique (voir en détail ci-dessous). En l'espèce: quel est le revenu approprié d'un médecin de famille? Quelles mesures conduisent à une détermination appropriée, à une structure tarifaire conforme à l'économie d'entreprise et à une dispensation économique des soins? A combien se montent des déductions appropriées et calculées de manière conforme à l'économie d'entreprise, par position tarifaire?
 - il doit revaloriser les prestations de médecine de base sans prendre de mesures compensatoires, car celles-ci ne sont pas requises par la loi.
 - il doit mandater le Département fédéral de l'intérieur (DFI), en vertu de l'art 47 al. 6 LOGA afin de décider de la mise en œuvre de la compétence subsidiaire selon l'art. 43 al. 5bis LAMal.
3. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) suit le projet de révision complète menée par plusieurs partenaires tarifaires. Ce projet poursuit les mêmes objectifs que le Conseil fédéral, à savoir l'actualisation et la mise sur pied d'égalité des prestations médicales.
4. L'OFSP peut édicter d'autres principes et assigner des objectifs et des thèmes concrets aux partenaires tarifaires afin de répondre aux recommandations contenues dans le rapport du Contrôle fédéral des finances (CDF) de novembre 2010 sur TARMED.
5. Si le Conseil fédéral devait s'en tenir à une amélioration de la situation des médecins de famille dans le respect de la neutralité des coûts à la charge de l'assurance-maladie, il devrait étudier quelles possibilités alternatives d'économie sont disponibles, p. ex. par une obligation des médecins de famille de remettre, resp. de prescrire, des médicaments génériques (potentiel d'économie de CHF 250 Mios selon le rapport de l'OBSAN du 19 novembre 2013) ou par un benchmarking des coûts administratifs des assurances.
6. Le Conseil fédéral doit garantir comment la structure tarifaire révisée peut être appliquée (présentation de factures) et contrôlée par les caisses maladie.
7. La correction impose que l'ordonnance soit limitée dans le temps, en sa qualité de mesure provisoire.

1. Remarques générales

La Confédération ne dispose actuellement d'aucune base légale lui permettant de déterminer le revenu des médecins de familles exerçant en pratique privée, pas plus dans le cadre de la LAMal qu'hors de celle-ci. Il n'y a pas non plus de situation d'urgence en Suisse aujourd'hui. L'offre en soins médicaux de base n'est pas insuffisante même si certaines régions rurales du pays comptent moins de médecins de famille qu'auparavant. Mais il reste à savoir si cela tient au revenu des médecins ou à la démographie médicale qui s'est modifiée (nombre insuffisant de places d'étudiants, féminisation de la profession, besoin d'horaires de travail déterminés en lieu et place d'une disponibilité permanente, cabinets de groupe plutôt qu'individuels, etc.).

Les urgences en soirée, la nuit, le week-end et les jours fériés sont toujours garanties. Ce sont les hôpitaux, avant tout publics, disposant d'un mandat de médecine d'urgence, qui s'en chargent. Les urgences sont souvent assurées à l'hôpital, en collaboration avec les médecins de famille. C'est une des raisons pour lesquelles les prestations ambulatoires relevant de la LAMal y sont en augmentation.

L'art. 43 al. 5bis LAMal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2013 octroie au Conseil fédéral la compétence d'adapter une structure tarifaire existante (révision tarifaire). Cela lui donne indirectement la possibilité d'agir sur le revenu de certains groupes de fournisseurs de prestations. Mais l'objectif de cet article est de procéder à une révision lorsqu'une structure tarifaire s'avère ne plus être appropriée, et non pas d'améliorer forfaitairement la situation de certains fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral aurait en outre le loisir d'édicter des directives concrètes, plutôt que d'intervenir lui-même.

H+ est convaincue que pour remplir les objectifs mentionnés dans le commentaire du projet d'ordonnance, il existe des alternatives aux propositions émises, même dans le cadre de la compétence subsidiaire et de TARMED. Aussi bien le CDF que les partenaires tarifaires ont fourni à l'OFSP suffisamment d'indications pour atteindre ces objectifs. Le projet ne mentionne en aucune façon quelles alternatives ont été évaluées.

H+ ne peut se défendre de l'impression que le projet présenté ne prend pas toute la mesure de la complexité de la structure tarifaire TARMED.

2. Le domaine de validité de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral est limité

Le législateur n'a pas autorisé les interventions aux motivations purement politiques ou ponctuelles, telles que la favorisation de certaines spécialités. Dans sa prise de position sur le rapport de la CSSS-N concernant l'initiative parlementaire, le Conseil fédéral (FF 2011 6804) a suivi le Parlement (FF 2011 7796) et a déclaré *«qu'il ne pourra user de sa nouvelle compétence dans le seul but d'encourager (...) un type de fournisseur de prestations»*. Or c'est exactement ce que prévoit le projet d'ordonnance (page 3). Si le Conseil fédéral maintenait sa volonté d'utiliser sa compétence subsidiaire pour améliorer la situation financière des médecins de famille, il irait à l'encontre de cette affirmation.

L'art. 43 al. 5bis LAMal ne constitue pas une base permettant d'améliorer la situation financière des médecins au détriment d'autres fournisseurs de prestations. A notre connaissance, il n'existe de toute manière aucune base légale ayant pour objectif d'effectuer une redistribution au sein de structures tarifaires.

3. Principes pour le recours à la compétence subsidiaire

Les documents législatifs et la pratique antérieure permettent de fixer des principes pour la mise en œuvre de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour les révisions tarifaires.

3.1. Vigilance et compétences spécifiques

Le Parlement attendait du Conseil fédéral que celui-ci *«en fasse usage avec grande vigilance et pertinence»* (Gilli, Les Verts, SG, BO 2011 N 1673).

Lors de l'adoption du texte (Rapport de la CSSS-N, FF 2011 6797) le Parlement est parti du principe que le Conseil fédéral devait d'abord acquérir des connaissances techniques. *«La Confédération devra être plus active dans le domaine de la tarification, devant probablement augmenter son niveau d'expertise dans ce domaine. Ces efforts dépendront toutefois notamment de la nécessité d'une intervention, du nombre de structures tarifaires concernées, de leur niveau de complexité et de l'ampleur des modifications nécessaires à rendre les structures à nouveau appropriées.»*

H+ regrette que le projet manque aussi bien de vigilance que de pertinence, comme l'illustrera encore l'analyse détaillée. Une pertinence qui devrait également faire défaut aux structures proposées.

3.2. Objectifs

En accordant cette compétence subsidiaire, le Parlement entendait *«obtenir des progrès»*. Au Conseil national: *«L'adaptation du TARMED ne tient pas compte de l'évolution des techniques médicales»*. Plus loin: *«L'équité et le respect du principe d'économicité. Sur ce point, nous attendons des contre-propositions de la part du Conseil fédéral»*. Et enfin: *«Certains nouveaux traitements ou diagnostics ne sont pas enregistrés dans le TARMED, qui ne connaît pas de réévaluation des positions tarifaires pour lesquelles la pratique a évolué, grâce aux progrès techniques»* (Carobbio BO 2011 N 1672). Il en est de même au Conseil des Etats (Gutzwiler BO 2011 E 1104): *«Dans ce rapport (du CDF, remarque de H+) de nombreuses faiblesses ont été identifiées, il est dit par exemple que l'indemnisation de certaines prestations ne doit pas être revue en fonction des progrès de la médecine, que certains nouveaux traitement ne doivent pas être intégrés au tarif, etc.»*.

Le Parlement se préoccupait des prestations et non pas de la rémunération de certains groupes professionnels ou de certains fournisseurs de prestations, comme par exemple les médecins de famille.

3.3. Principes juridiques

L'art. 43 al. 5bis LAMal n'octroie pas la compétence au Conseil fédéral de s'écarter des prescriptions de la LAMal concernant le droit tarifaire et des principes constitutionnels, tels ceux de proportionnalité et d'égalité de traitement.

3.4. Exigences légales

H+ approuve les exigences de l'art. 43 al. 4 LAMal concernant l'appréciation selon l'économie d'entreprise et la structuration appropriée du tarif, ainsi que ceux de l'art. 46 al. 4 sur l'économicité et l'équité. Ces principes ont aussi été évoqués dans le rapport du Parlement (FF 2011 6793ss) et dans la prise de position du Conseil fédéral (FF 2011 6801ss). La neutralité des coûts selon l'art. 59c OAMal est prévue pour un changement de modèle tarifaire mais pas pour chaque actualisation du tarif.

Le fait que l'initiative «Oui à la médecine de famille» ait été retirée et les raisons qui ont motivé les initiants ne jouent aucun rôle pour le recours à la compétence subsidiaire du Conseil fédéral. Même si l'initiative avait été acceptée par le peuple et les cantons, les interventions visant à améliorer la situation financière des médecins de famille auraient dû respecter le droit ordinaire, soit les principes régissant une révision tarifaire et son approbation (art. 43ss LAMal). C'est la manière dont on procède pour les prestations relevant de la médecine complémentaire qui sont soumises à l'examen des critères de l'économicité, de l'adéquation et de l'efficience (EAE) prévus par la LAMal, en dépit de l'existence de l'art. 118a Cst qui a été également adopté par le biais d'une initiative populaire.

Selon H+ le caractère inapproprié d'une structure tarifaire doit être mesuré et attesté chiffres à l'appui.

3.5. Bilan intermédiaire

Le projet d'ordonnance contredit la position que le Conseil fédéral avait défendue jusqu'ici – et toujours partagée par H+ – à savoir que la loi n'a pas octroyé cette compétence subsidiaire pour avantager de manière ciblée un groupe de prestataires.

Le projet évoque les exigences des art. 43 et 46 LAMal et 59c OAMal présentées ci-dessus. Le Conseil fédéral et H+ partagent donc la même opinion concernant le respect de la Constitution et de la loi. Malheureusement, le projet viole précisément ces principes légaux.

Pour que le Conseil fédéral puisse exercer sa compétence subsidiaire en matière tarifaire, deux conditions doivent être remplies. Premièrement, les partenaires tarifaires ne doivent pas être parvenus à s'entendre sur une révision. Deuxièmement, la structure tarifaire doit s'avérer inadaptée. Le projet fonde le droit d'intervention du Gouvernement sur l'absence d'accord entre les partenaires et sur une augmentation du volume des points tarifaires (commentaire pages 3 et 6).

H+ démontre ci-après que ces deux conditions nécessaires ne sont pas remplies.

4. Désaccord des partenaires tarifaires: sur quoi?

Le commentaire de l'ordonnance (page 3) constate qu'*«en ce qui concerne TARMED (...) aucun accord (...) ne se dessinait entre les partenaires tarifaires malgré des discussions poussées»*. Or le texte n'en apporte pas la preuve et l'office fédéral en charge a négligé de demander à TARMED Suisse si de telles requêtes avaient été déposées, discutées et rejetées.

Les partenaires tarifaires sont en désaccord sur ce que l'on nomme le contre-financement, resp. le respect de la neutralité des coûts en cas d'adaptation tarifaire. Du point de vue du Conseil fédéral (FF 2011 6804), sa nouvelle compétence pourrait *«provoquer des augmentations de la rémunération prévue en termes de points tarifaires»*. Le Gouvernement nie ainsi l'application de la neutralité des coûts dans les cas relevant de sa compétence subsidiaire. Il n'est donc pas pertinent de constater que les partenaires tarifaires sont en désaccord sur l'application de la neutralité des coûts lors de l'examen des conditions de mise en œuvre de cette compétence subsidiaire.

Les partenaires tarifaires s'accordent sur la nécessité d'adapter la rémunération des prestations médicales intellectuelles mais aussi sur le fait que cette révision ne revêt pas un caractère urgent, c'est-à-dire que l'on n'est pas confronté à une pénurie de soins médicaux.

Actuellement, les partenaires tarifaires travaillent à une révision globale de TARMED. Cette dernière prévoit entre autres une égalité de traitement pour les activités médicales similaires. Le projet est très vaste, complexe et fastidieux. Il comprend une mise sur pied d'égalité des prestations médicales et donc des activités intellectuelles – comme cela a été exigé par le CDF et le Parlement – et une application des règles de l'économie d'entreprise afin de rémunérer à l'avenir le travail des médecins de famille de manière appropriée. Le fait que les partenaires tarifaires se sont attelés à cette tâche n'est pas un secret pour l'OFSP.

Si les partenaires tarifaires n'ont pas réalisé le mandat politique du DFI visant à augmenter immédiatement la rémunération des médecins de famille au détriment des autres fournisseurs de prestations, cela ne laisse pas présager d'un échec du projet de révision de TARMED. On constate au contraire que les partenaires tarifaires travaillent à une révision globale conformément aux principes de la LAMal, c'est-à-dire en appliquant les règles de l'économie d'entreprise et en structurant le tarif de manière appropriée. Les partenaires tarifaires n'ont pas pour mission de procéder à des transferts ou des augmentations de revenus inspirés par des motivations d'ordre politique.

H+ souhaite que l'OFSP s'implique davantage et qu'il soutienne le projet de révision globale en cours.

4.1. Digression sur la neutralité des coûts et la compétence subsidiaire

La primauté de la neutralité des coûts a été ancrée dans l'art. 59c al. 1 let. c OAMal afin d'éviter qu'une hausse des coûts à la charge de l'assurance-maladie n'intervienne à la faveur d'un changement de modèle tarifaire. L'«amélioration de la situation financière des médecins de premier recours» ne peut pas être qualifiée de changement de modèle tarifaire. C'est pourquoi le principe de la neutralité des coûts n'est pas applicable aux mesures décidées par le Conseil fédéral pour promouvoir la médecine de famille.

Le Conseil fédéral ne peut tout simplement pas proposer une application neutre pour les coûts de sa compétence subsidiaire. Car il était conscient, tout comme le Parlement, que son application pourrait conduire à des hausses des coûts à la charge de l'assurance-maladie et même à une augmentation des primes. *«De même, les adaptations décidées par le Conseil fédéral n'entraîneront pas forcément une baisse des tarifs qui pourrait conduire, toutes choses égales par ailleurs, à une réduction ou à une stabilisation des coûts. Certaines adaptations pourraient provoquer des augmentations de la rémunération prévue en termes de points tarifaires. Comme le mentionne la disposition proposée, l'objectif premier est que les structures tarifaires restent appropriées.»* (FF 2011 6796 et FF 2011 6804).

5. Intervention dans un tarif structuré de manière appropriée

En adoptant la convention cadre TARMED, le Conseil fédéral a approuvé la conformité du modèle tarifaire aux règles de l'économie d'entreprise et sa structuration appropriée. A l'occasion de l'introduction de TARMED Version 1.08, le Gouvernement a examiné pour la dernière fois le 15 juin 2012 la structure tarifaire actualisée et a constaté sa conformité avec la loi, avec l'économicité et le principe de l'équité. Cet examen a été effectué en toute connaissance du rapport du CDF.

Dix-huit mois plus tard, le Conseil fédéral estime que les prestations techniques ne sont plus appropriées et que leur rémunération doit subir une baisse linéaire. Cette appréciation n'est fondée sur aucune motivation d'ordre économique. Or des suppositions et des déductions tirées de volumes de points tarifaires fondées sur des bases, des calculs ou des prestations subjectifs ne correspondent pas aux exigences fixées par la loi, à savoir des estimations économiques et une structure tarifaire appropriée (art. 43 al. 4 LAMal).

H+ conteste par exemple que la structure tarifaire au chapitre 39 de TARMED ne soit plus appropriée de manière générale. Les données du rapport du CDF concernent la période antérieure à la dernière révision du chapitre 39. Il y a quelques années, le chapitre 30 a été entièrement retravaillé par les partenaires tarifaires. Ils ont créé un nouveau chapitre 39 qui a été soumis au Surveillant des prix et approuvé par le Conseil fédéral avant d'entrer en vigueur en 2008. Contrairement à la majorité des autres chapitres de TARMED qui reposent sur des données des années 90, les coûts des prestations de radiologie sont 20 ans plus récents et ne peuvent pas être qualifiés d'inappropriés sans examen approfondi. Il en va de même pour le chapitre 29 (Traitement de la douleur) qui a été révisé en 2012.

5.1. Le problème des médecins de famille n'est pas pertinent

Le projet d'ordonnance ne présente aucune base de calcul pour les CHF 200 Mios de revenus manquant pour les médecins de famille. Les initiants n'ont pas apporté non plus cette preuve. Le projet renvoie uniquement aux assurances données dans le Masterplan «médecine de famille et médecine de base». Mais ce dernier ne contient pas non plus d'arguments fondés sur TARMED ou conformes aux principes de la LAMal.

L'équité de l'intervention peut difficilement être évoquée. La somme de CHF 200 Mios à répartir chaque année sur environ 10'000 médecins de famille équivaut à une augmentation de quelque CHF 20'000.– par tête, alors que le revenu moyen des médecins de famille est actuellement de l'ordre de CHF 180'000.– à 200'000.– selon les calculs. Pour mémoire, le revenu moyen en Suisse est de CHF 76'000.–. Ces éléments peuvent faire douter, d'un point de vue politique et économique, de l'urgence de l'intervention du Conseil fédéral.

Le Conseil fédéral exerce sa compétence subsidiaire afin de garantir une augmentation de revenus à une profession, sans qu'une nécessité ne soit prouvée ou qu'une plus-value ne soit créée. En compensation, des positions dans TARMED sont réduites de 9% alors qu'elles rémunèrent aussi des professions ne faisant pas partie du corps médical tels que les assistantes médicales, les infirmières, les techniciens en radiologie, etc. Les salaires de ces personnes se situent dans la moyenne suisse ou même en-dessous (assistantes médicales).

Le projet d'ordonnance ne s'appuie pas sur des chiffres ou sur les principes de l'économie d'entreprise mais sur un rapport du CDF de 2011 qui se base des chiffres datant de 2008 ou antérieurs. Certes, ce rapport se penche aussi sur des cas individuels mais il préconise une révision complète pour corriger les positions analysées ainsi que les autres positions et chapitres. En dépit de ces indications, le projet ne nomme ni ne détermine aucune position concrète qui serait évaluée de manière non conforme.

Même l'explication au Parlement d'une femme médecin de famille (Carobbio BO 2011 N 1672) – «*Avec TARMED, on souhaitait aboutir à une revalorisation des prestations médico-intellectuelles par rapport aux prestations techniques. (...). Finalement, il s'agit de revaloriser les prestations médicales et de renforcer la médecine de famille.*» – ne constitue pas une justification technique suffisante pour intervenir.

5.2. Le problème des prestations techniques n'est pas pertinent

La méthode appliquée dans le commentaire du projet d'ordonnance se base sur les volumes de points tarifaires pour conclure que la structure tarifaire est inappropriée et non conforme à l'économie d'entreprise. Un examen attentif montre que cette conclusion est dénuée de tout fondement. La méthode elle-même n'est pas appropriée et ne se fonde pas sur des critères économiques.

La vue globale portée sur toutes les prestations techniques ne permet pas de réaliser que certaines positions ont été révisées depuis que les calculs ont été effectués. Cela concerne en particulier le chapitre 29 sur le traitement de la douleur. Au moins huit positions tarifaires du chapitre 00 et quatre prestations techniques du chapitre 39 (Radiologie) ont été transférées au chapitre 29. C'est pourquoi il est méthodiquement erroné de présumer une augmentation excessive des volumes.

L'augmentation du volume des points tarifaires n'est pas étonnante. Elle s'explique par quatre raisons principales. Premièrement, chaque patient souhaite être traité selon les méthodes modernes. Les nouveautés interviennent principalement dans l'imagerie et les opérations mini-invasives, c'est pourquoi il n'est pas surprenant que les prestations augmentent davantage dans ces domaines. Deuxièmement, la population a augmenté de 9,2% entre le début de 2004 et la fin de 2012. Troisièmement, la promotion des soins intégrés entre les médecins de famille et les hôpitaux et cliniques contribue aussi à l'augmentation des volumes: les hôpitaux déchargent les médecins de famille dans le domaine des urgences. Enfin, la Confédération et les cantons encouragent depuis des années un transfert des traitements stationnaires vers l'ambulatoire, transfert qui va s'accroître.

H+ a informé à de multiples reprises l'OFSP que les hôpitaux et les cliniques enregistrent un déficit dans le domaine ambulatoire à l'échelle nationale. Une réduction supplémentaire des rémunérations sans compensation n'est donc pas acceptable. Elle l'est d'autant moins que les prestations techniques dont le financement doit être réduit recouvrent aussi des charges pour du personnel non-médical. Les charges salariales dans le domaine santé-social ont augmenté de 9,8% entre 2004 – date d'introduction de TARMED – et 2010, et même de plus de 20% depuis 1995 (base de calcul pour les prestations techniques). En outre, les prescriptions étatiques de la Confédération et des cantons concernant le personnel, les équipements et les constructions n'ont cessé de se multiplier: horaires de travail et repos, radioprotection, contrôles de la qualité, documentation, etc.

Le projet d'ordonnance n'établit pas que l'adéquation économique et la pertinence de la structure tarifaire ne sont plus réalisées pour toutes les prestations techniques. Et le Parlement n'a jamais manifesté une volonté de modifier des structures tarifaires conformes à la loi.

L'amélioration de la rémunération des médecins de famille est prioritaire dans le projet d'ordonnance. Pour faire bonne mesure, une compensation est proposée au sein de TARMED. Le lien entre ces deux objectifs et ensembles de mesures ne correspond pas à la logique du système, sans même s'appesantir sur leur cohérence tarifaire et économique. Il est uniquement justifié par le fait que le projet souhaite améliorer la situation des médecins de famille tout en respectant la neutralité des coûts.

6. Les interventions ne sont ni appropriées ni équitables

Pour que le Conseil fédéral puisse intervenir, il faut non seulement que la structure tarifaire ne soit plus appropriée mais aussi que ses interventions soient elles-mêmes appropriées.

L'art. 43 al. 5bis LAMal veille à ce que les structures tarifaires demeurent appropriées. Le Conseil fédéral devrait donc établir que la structure TARMED actuelle n'est plus appropriée tant pour les prestations des médecins de famille que pour celles de spécialistes. Le Gouvernement n'a pas apporté cette preuve dans son projet.

6.1. Les suppléments pour les médecins de famille ne sont pas appropriés

En prévoyant d'octroyer un supplément uniquement aux médecins de famille en pratique privée, le projet d'ordonnance ne respecte pas l'objectif de la compétence subsidiaire qui est de traiter les prestations semblables sur pied d'égalité.

Le projet ne parvient pas, par des calculs économiques et une structure appropriée du tarif, à établir que seules les prestations des médecins pratiquant la médecine interne générale et la pédiatrie ainsi que celles des médecins praticiens sont insuffisamment reproduites. Le rapport du CDF n'apporte pas non plus cette preuve. Le projet ne justifie donc pas pourquoi la pratique médicale en cabinet nécessite une rémunération plus élevée et en quoi elle se distingue des autres activités médicales générales, en particulier de la médecine générale dans un hôpital ou une clinique. Une telle différence n'existe pas dans les faits.

Le projet fait sien le constat du rapport du CDF selon lequel la différence de revenus entre les spécialistes et les médecins de premier recours s'est creusée au cours des dernières années au lieu de se réduire (résumé page 1). Il ne parvient pas cependant à combler cette lacune de TARMED car, d'une part il exclut les hôpitaux et les cliniques qui prodiguent aussi des prestations de premier recours et, d'autre part il procède à des coupes non sur les prestations médicales des spécialistes mais sur les prestations techniques. En outre, on remarquera que le revenu des médecins de premier recours correspond assez exactement au revenu médian de l'ensemble du corps médical, selon la statistique de la FMH.

Comme le projet ne présente aucun calcul économique, on ne saisit pas pourquoi il formule ces propositions et pas d'autres. Des interventions appropriées seraient pourtant possibles. Le rapport du CDF, le comité d'initiative et les partenaires tarifaires ont proposé des solutions à l'OFSP. Il est incompréhensible que le projet ne les ait pas reprises et qu'il avance des motivations et des propositions inappropriées, basées sur des suppositions et des hypothèses. Nous sommes convaincus pourtant qu'une autorité suisse peut mieux faire.

Les effets financiers des interventions présentées dans le commentaire de l'ordonnance se basent sur les volumes des coûts de quelques grands assureurs maladie, qui représentent à peu près 60% de tous les assureurs de base. Ces données ont été certes extrapolées à l'ensemble. Cependant, les données des assureurs sociaux fédéraux (AA/AM/AI) n'ont pas été prises en compte, pas plus que les factures AOS qui ne passent pas par les assureurs maladie en raison du système du tiers garant. Le volume des coûts redistribués est donc nettement plus élevé que les CHF 200 Mios visés.

6.2. Egalité des droits et protection contre l'arbitraire lacunaires

Le fait que les hôpitaux et les cliniques ne peuvent pas appliquer les nouvelles positions tarifaires constitue une violation du principe de l'égalité des droits garanti par la Constitution (art. 8 Cst). L'inégalité de traitement entre les médecins de premier recours en cabinet et à l'hôpital ne peut pas être justifiée par des motifs objectifs. L'égalité de traitement s'imposerait au contraire car tous ces praticiens prodiguent les mêmes prestations, qu'ils pratiquent en cabinet, à l'hôpital ou dans une clinique. Elle s'imposerait d'autant plus que les hôpitaux et les cliniques assurent de plus en plus les urgences à la place des médecins de famille et ce lorsque les coûts sont les plus élevés: le soir, les week-ends et les jours fériés.

Cette exclusion des hôpitaux et des cliniques est d'autant plus incompréhensible que le CDF constate explicitement dans son rapport que le fossé des inégalités de financement ne se creuse pas tant entre les cabinets et les hôpitaux mais bien davantage entre les soins de premier recours et les prestations spécialisées.

6.3. Un choix arbitraire des chapitres

La réduction linéaire de la rémunération des prestations techniques touche aussi des positions qui sont encore appropriées, ce qui ne correspond pas à l'objectif de l'art. 43 al. 5 bis LAMal. Le projet ne démontre pas objectivement que, dans les quatorze chapitres visés, la structure tarifaire n'est pas appropriée ni conforme à l'économie d'entreprise. Il suppose avec le CDF que l'augmentation de la productivité devrait être la plus forte pour les prestations techniques. Les augmentations des volumes sont mentionnées comme un indice, alors qu'elles n'ont rien à voir avec le caractère approprié et économique de la structure. Sur ce point également, le projet n'apporte aucune preuve. En revanche, le Conseil fédéral et le Parlement sont conscients que des adaptations peuvent aussi entraîner des surcoûts (FF 2011 6804).

Il n'est pas approprié non plus d'exclure les chapitres présentant de petits volumes.

H+ en déduit que l'on se trouve en face d'un choix arbitraire de chapitres destiné à compenser les dépenses supplémentaires qui ont été promises.

6.4. Les coupes linéaires ne sont pas appropriées

A cela s'ajoute le fait que les coupes de 9% ont été déterminées afin de compenser les 200 Mios garantis aux médecins de famille. Le projet confirme ainsi qu'il s'agit d'une structure tarifaire arbitraire et non pas appropriée et définie selon des critères économiques.

Rien ne prouve non plus que les coupes linéaires permettraient d'aboutir à une structure tarifaire plus conforme aux exigences de la LAMal. L'augmentation du volume des points tarifaires et l'augmentation de la productivité qui en est déduite – sans être prouvée – n'est pas un indice probant à cet égard.

7. Décision

H+ s'étonne que la modification de la structure tarifaire soit concrétisée sous la forme d'une ordonnance. Normalement, elle devrait intervenir par une décision du département, ce qui ouvrirait la voie d'un examen par les tribunaux. Dans tout le pays, les fixations de tarifs par les autorités sont toujours prises par le biais de décisions susceptibles de contestation. Cela devrait être aussi le cas pour la compétence subsidiaire du Conseil fédéral.

8. Pas d'intervention ponctuelle

Le Conseil fédéral a soutenu devant le Parlement une révision complète (Burkhalter, BO 2011 N 1673). Désormais, il souhaite agir de manière ponctuelle. Dans son rapport sur TARMED, le CDF constatait: *«Si le Conseil fédéral veut réaliser des objectifs politiques dans le domaine de la médecine ambulatoire, il est préférable d'édicter des principes pour TARMED que de prendre des mesures fragmentaires.»*

9. Limiter impérativement la réglementation transitoire

Le projet d'ordonnance est présenté comme une réglementation transitoire. Mais les partenaires tarifaires n'ont aucun pouvoir en la matière car c'est au Conseil fédéral qu'il incombe d'approuver une révision de la structure tarifaire. Le projet devrait donc mentionner une date précise, à l'échéance de laquelle les mesures transitoires seraient abrogées. Si les points tarifaires venaient à augmenter dans le cadre d'une révision complète – ce qui est probable vu les bases de calcul dépassées – les assureurs ne pourraient guère soutenir la demande d'approbation au Conseil fédéral, alors qu'ils s'en sont toujours tenus strictement à la neutralité des coûts, même quand le modèle tarifaire demeurait inchangé.

10. La boîte de Pandore

Depuis des années, H+ s'engage en faveur des principes de la transparence, de l'adéquation et de l'économie d'entreprise pour l'appréciation des tarifs et des structures tarifaires. Cela vaut en particulier pour la révision complète de TARMED mais aussi pour l'élaboration et le développement de SwissDRG. En répondant à une volonté légitimée politiquement mais infondée techniquement, le projet ouvre la boîte de Pandore: il sacrifie les principes de l'adéquation et de l'économie d'entreprise à des revendications politiques. Nous mettons donc en garde le Conseil fédéral contre une telle intervention.

Par ailleurs, H+ redoute que le déblocage entre les partenaires tarifaires exigé par le CDF et le Parlement ne soit entravé si le Conseil fédéral lui-même ne s'en tient pas au principe d'une évaluation économique.

En substance, l'approche consistant à mener une révision de la structure tarifaire sur la base d'hypothèses non fondées et techniquement erronées ne correspond pas à la mise à jour préconisée par le CDF.

11. Une taxe de consultation sur le dos des patients

Finalement, la situation des assurés qui ont souscrit une franchise élevée ou qui ne l'épuisent pas complètement n'a pas été prise en compte. Les suppléments pour les médecins de famille tomberont souvent en-dessous des franchises, ils ne seront pas pris en charge solidairement par l'assurance-maladie mais directement par les patients. Dans ce sens, le supplément deviendra une sorte de taxe de consultation similaire à celle introduite en Allemagne il y a quelques années et qui a déjà été abrogée.

Enfin, le volume des coûts transférés par ce projet dépasse les CHF 200 Mios parce que les prestations payées directement par les assurés n'entrent pas dans les données de SASIS, qui ont servi de base pour la répartition.

Nous vous prions de suivre nos recommandations et nous tenons volontiers à votre disposition pour toute question.

Avec nos meilleures salutations



Charles Favre
Président



Dr Bernhard Wegmüller
Directeur