



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Août 2016 – n° 3

PALAIS FÉDÉRAL



ÉDITORIAL

H+ a tenu parole: elle a soumis au Conseil fédéral une nouvelle structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires qui doit prendre le relais du tarif TARMED devenu obsolète. Dans la foulée, H+ a dénoncé la convention cadre. Elle a ainsi donné un double signal pour un nouveau départ. D'une part, il appartient désormais aux partenaires tarifaires de trouver un terrain d'entente. D'autre part, il n'est plus envisageable de reporter davantage une révision complète. Ceux qui restent à l'écart mettent à mal la primauté accordée aux conventions et à l'autonomie tarifaire. Le temps des promesses vides est révolu. Avec la soumission d'une structure tarifaire reposant sur de nouveaux calculs et de nouvelles évaluations, un retour à l'ancien TARMED n'est plus possible. H+ tend la main à tous les partenaires qui voudront mener des négociations loyales, mais elle rejettera toutes revendications exagérées. Le Conseil fédéral est également appelé à prêter main forte à la défense et à la relance de l'autonomie tarifaire garantie par la loi.

Charles Favre, président de H+

Un nouveau modèle contre un tas de ferraille

Le soutien des assureurs à la nouvelle structure tarifaire déposée par H+ est encore en suspens. Mais il serait absurde de continuer de s'appuyer sur l'ancien TARMED.

Contrôle fédéral des finances, Conseil fédéral et partenaires tarifaires répètent que le TARMED est obsolète – autant dire un tas de ferraille. Au prix de cinq ans de travaux, les spécialistes de la FMH, de la CTM et de H+ ont élaboré une nouvelle structure. H+ l'a transmise au Conseil fédéral. C'est la meilleure base, et à vrai dire la seule, pour un nouveau tarif fondé sur le partenariat. Il n'y a aucune raison de continuer à mener des révisions en se référant à l'ancien TARMED.

La nouvelle structure englobe les prestations ambulatoires médicales actuelles, ainsi que de nombreuses prestations non médicales. Elle est cohérente avec la politique d'intégration des soins menée par le Conseil fédéral. Comptant moitié moins de positions tarifaires, la nouvelle structure est plus claire et son architecture est plus compréhensible. Les calculs reposent sur des données et les évaluations sont actualisées. Cette structure peut être tenue à jour sans entraves. En d'autres termes: elle remplit toutes les exigences légales – autant dire un modèle flambant neuf.

La nouvelle base est donc prête. Avec la dénonciation de la convention cadre actuelle, il y aura un vide contractuel à compter du 1er janvier 2017, qui contraindra les partenaires à annoncer la couleur. Saisissons cette occasion et poursuivons la route avec le nouveau modèle! L'alternative reviendrait à renoncer à l'autonomie tarifaire et à abandonner le volant au Conseil fédéral.

Bernhard Wegmüller, directeur de H+

SOMMAIRE

- 2 Conventions | La clause des 50% complique l'autonomie tarifaire
- 2 Tarifs ambulatoires | Nombreuses révisions à la traîne
- 3 Révision du TARMED | Les positions des partenaires doivent bouger

- 3 Evolution des prestations | De bonnes raisons aux augmentations
- 4 Faits et chiffres | Le volume du TARMED est en hausse constante
- 4 Qualité | Peer Review Award aux pairs infirmiers suisses

Conventions tarifaires

La clause des 50% complique l'autonomie tarifaire

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) exige que les conventions tarifaires négociées touchent au moins la moitié des assurés. Une condition qui ne figure pourtant pas dans la loi.

Dans le domaine tarifaire, les parties sont constituées d'un ou de plusieurs fournisseurs de prestations, d'une part, et d'assureurs ou de leurs associations, d'autre part. La loi sur l'assurance-maladie ne fixe pas de quotas pour la composition des partenaires tarifaires. De plus, les membres d'une association ne sont pas liés par le résultat des négociations menées par leur association et les parties qui restent à l'écart ont un accès garanti aux tarifs. L'autonomie tarifaire jouit d'une certaine marge de manœuvre. Or, l'OFSP impose maintenant une clause qui n'est pas prévue par la loi: 50% des assurés devraient être couverts par la convention tarifaire. Pour les fournisseurs de prestations, le quota n'est pas fixé.

Arbitraire étatique

D'où proviennent ces 50%? Pourquoi pas 75%? Les minorités seraient dès lors à coup sûr exclues. Pourquoi pas 33%? Cela préserverait la pluralité et la concurrence, sans que de trop petits acteurs ne puissent dominer le domaine tarifaire.

Pourquoi l'OFSP a-t-il fixé un seuil pour les assureurs et pas pour les fournisseurs de prestations? Est-ce une clause de survie pour santéuisse? Ou s'agit-il d'honorer la politique de blocage menée durant des années par cette association, qui permet à la Confédération d'intervenir à titre subsidiaire?

Dans le cas des fournisseurs de prestations, chaque petite association professionnelle comptant 300 membres individuels pourrait alors dicter leur loi à 236 hôpitaux et leur dicter une politique des tarifs et des prix.

Majorité des médecins en milieu hospitalier

Quant à la répartition des médecins, elle ne peut qu'être estimée, car on dispose de deux statistiques qui ne correspondent pas. Celle de la FMH atteste, pour 2015 encore, d'une majorité de médecins en cabinet. Mais la tendance est à la baisse depuis des années et leur nombre passera bientôt sous la barre des 50%. La Statistique des hôpitaux de l'OFSP en revanche, recense davantage de médecins employés par les hôpitaux. A cela s'ajoutent les quelque 3000 médecins agréés qui sont actifs en ambulatoire et en stationnaire.

Protéger l'autonomie tarifaire

Les hôpitaux doivent rester libres de négocier un tarif valable pour les prestations médicales ambulatoires. Le Conseil fédéral et le Parlement devraient faire respecter l'autonomie contractuelle garantie par la loi. L'alternative, qui n'est pas souhaitable, consisterait en une étatisation du domaine tarifaire avec des prix administrés pour les prestations ambulatoires.

Martin Bienlein

«Le principe est le même pour tous les tarifs: la rémunération de prestations efficaces et de qualité doit être calculée dans le respect des règles en vigueur en économie d'entreprise et doit au moins couvrir les coûts.»

Benno Fuchs, directeur/CEO de l'Hôpital cantonal de Lucerne



Tarif de la physio et autres tarifs ambulatoires

Nombreuses révisions à la traîne

Le blocage du TARMED a des conséquences pour d'autres révisions tarifaires qui sont ralenties, voire à l'arrêt.

A l'ombre du blocage de TARMED, d'autres révisions pourtant urgentes n'avancent pas comme il le faudrait. Elles butent sur l'absence de volonté de conclure des compromis.

Une entente sur la révision du tarif de la physiothérapie a été obtenue de haute lutte par H+ et curafutura. En revanche, l'association d'assureurs santéuisse et deux associations de physiothérapeutes ont finalement retiré leur soutien. Lors d'une enquête menée auprès des membres de H+ en juillet 2016, la base a approuvé la structure révisée, la convention et la normalisation. A la mi-août, H+ et curafutura ont soumis au Conseil fédéral pour approbation la structure révisée et le volumineux dossier qui l'accompagne.

Promouvoir les dialyses à domicile

En plus du TARMED et du tarif de la physiothérapie, onze tarifs ambulatoires doivent être révisés. Ils vont de l'ergothérapie et de la logopédie à la neuropsychologie en passant par le conseil nutritionnel et le conseil en diabétologie.

En 2012, H+ et la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK) sont parvenues à signer un nouveau contrat tarifaire pour les dialyses. La tarification des prestations de dialyse a été actualisée et encouragée de manière ciblée les dialyses à domicile.

Caroline Piana

Les positions des partenaires doivent bouger

Pour qu'une révision complète du TARMED puisse voir le jour, les acteurs doivent effectuer un rapprochement. H+ fait un premier pas dans la direction de ceux qui, pour l'heure, manifestent une volonté limitée de réviser le tarif.

Les membres de la FMH ont rejeté la nouvelle structure tarifaire, les comités de la CTM et de curafutura ont exigé que l'ouvrage soit remis sur le métier. Avec H+, ces partenaires s'emploient, au sein de la nouvelle organisation, à intégrer les diverses revendications. La preuve par l'acte devra être apportée le 31 octobre 2016, délai fixé par le Conseil fédéral.

H+ va au-devant des assureurs

En hiver 2014/2015 déjà, H+ a admis la nécessité d'une normalisation de la nouvelle structure tarifaire, qui permet de garantir que le changement de modèle n'entraîne pas de coûts

supplémentaires. Cela répond à la principale exigence des assureurs. En outre, H+ est prête à entrer en matière sur des forfaits pour des prestations clairement définies. Dans la nouvelle structure à la prestation, les forfaits n'ont sciemment pas été retenus, car de tels paquets de prestations figuraient dans le TARMED et avaient entraîné des incitations indésirables. D'autres demandes sont également à l'examen.

Quelle volonté de conclure des compromis?

Rien ne s'oppose donc à une soumission en commun au Conseil fédéral. Pour que la structure tarifaire puisse être approuvée puis tenue à jour par la nouvelle organisation tarifaire, les partenaires doivent maintenant déplacer leurs lignes et ne pas se retrancher derrière des arguments techniques.

Il convient désormais de faire la preuve par l'acte que la primauté accordée aux négociations n'est pas un vain mot. Si possible en déposant une structure tarifaire le 31 octobre 2016 en vue de son adoption par le Conseil fédéral.

Martin Bienlein



La tendance consistant à privilégier les traitements ambulatoires par rapport aux stationnaires est souhaitable, puisqu'à résultats égaux ou meilleurs, les coûts sont moindres.

Evolution des prestations

De bonnes raisons pour les augmentations

Les coûts pour les prestations médicales ambulatoires augmentent constamment, malgré une structure tarifaire et des prix restés inchangés. Cela s'explique.

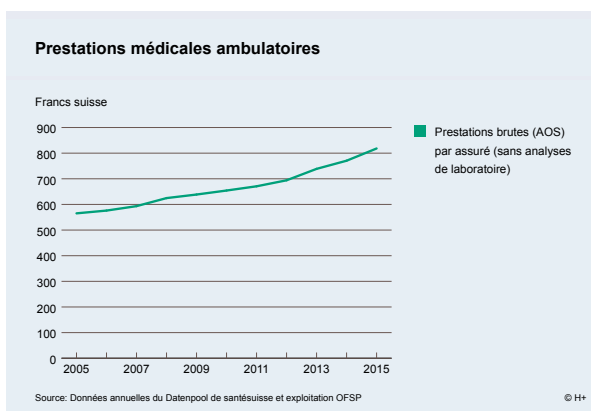
La Confédération prescrit qu'un changement de modèle de structure tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires. Mais des facteurs, indépendants de tout changement de modèle, conduisent à une hausse du volume de prestations. Dans le domaine ambulatoire, il s'agit en particulier des progrès de la médecine et des nouvelles prestations à la charge des caisses ainsi que de l'augmentation du nombre de malades chroniques dont les problèmes de santé sont multiples. L'évolution démographique est un facteur supplémentaire: de l'accroissement de la population et du vieillissement à la migration – les requérants d'asile reconnus et les réfugiés sont couverts par l'assurance de base.

Transfert voulu par les politiques

La tendance au transfert du stationnaire à l'ambulatoire résulte d'une volonté politique et économique. Elle a logiquement pour conséquence de gonfler encore les prestations ambulatoires. La question de la neutralité dynamique des coûts a suscité des conflits et des blocages entre les partenaires tarifaires. Le Tribunal administratif fédéral, en tant qu'instance supérieure pour les contestations de tarifs, a pourtant rendu plusieurs arrêts de principe clairs reconnaissant les facteurs cités et affirmant que la neutralité des coûts fixée par la loi ne peut pas s'y appliquer.

Conrad Engler

Le volume du TARMED est en hausse constante



La hausse moyenne de 4,5% par an s'explique par les évolutions de la médecine et de la société.

Entre 2005 et 2015, les prestations médicales ambulatoires brutes – sans les analyses de laboratoire – sont passées par assuré de 565 à 818 francs, ce qui représente une augmentation de 45% sur 10 ans. L'augmentation moyenne durant cette période et pour ces prestations a été de 4,5% par an.

Le TARMED n'ayant subi quasiment aucune modification durant ce laps de temps, cela signifie que l'augmentation des prestations médicales ambulatoires résulte de facteurs médicaux et sociétaux, bien loin d'un quelconque changement de modèle.

Facteur de normalisation

Pour l'introduction de la nouvelle structure tarifaire, il faut donc distinguer entre la croissance «naturelle» et les influences de la nouvelle structure tarifaire sur le volume de prestations facturées. Grâce à une conversion des anciennes positions tarifaires dans la nouvelle structure, un facteur de normalisation peut être calculé de manière à ce que le volume de points de l'année d'introduction reste inchangé par rapport à l'année précédente.

Une marge de tolérance est négociée afin de corriger l'évolution des prestations qui n'a rien à voir avec l'utilisation de la nouvelle structure. Cette marge, basée sur l'évolution des 10 dernières années, est d'environ 4,5%.

Importance croissante des hôpitaux

Les hôpitaux et les cliniques fournissent une part croissante des prestations ambulatoires. Lors de l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996, les hôpitaux dispensaient des prestations ambulatoires pour une valeur de 1,4 Mrd de francs, ce qui représentait 13% de toutes les prestations ambulatoires. Les médecins en cabinet prodiguaient presque la moitié des prestations ambulatoires (49%) pour 5,3 Mrds de francs. Les autres fournisseurs de prestations cumulaient les 38% restants pour 4,2 Mrds de francs. En 2014, l'ambulatorio hospitalier réalisait 25,4% des prestations (6,3 Mrds), les cabinets médicaux plus que 44% (11 Mrds) et les autres fournisseurs de prestations ambulatoires 30,6% (7,6 Mrds).

Conrad Engler

Qualité

Peer Review Award aux pairs infirmiers suisses

Les pairs infirmiers suisses ont reçu le Peer Review Award à l'occasion d'une réunion de l'Initiative pour une médecine de qualité (IQM). Ce prix distingue l'approche interprofessionnelle adoptée dans notre pays.

Le Peer Review Award a été remis lors de la rencontre de la commission d'experts de l'IQM et du groupe spécialisé des pairs de l'IQM à Berlin. La distinction a été décernée aux quatre pairs infirmiers suisses qui ont contribué de manière décisive à la mise en œuvre du projet pilote de Peer Review interprofessionnel.

Le projet a été préparé et réalisé sous l'égide de l'Alliance Peer Review CH, qui regroupe H+, la FMH et Swiss

Nurse Leaders. Depuis 2016, tous les Peer Review menés en Suisse se déroulent de manière interprofessionnelle.

Le Peer Review (évaluation par les pairs) consiste, en cas d'anomalies statistiques, à procéder à une analyse rétrospective des cas avec le concours de spécialistes externes et – si nécessaire – à élaborer en commun des mesures d'amélioration de la qualité.

Isabelle Praplan

IMPRESSUM

H+ Palais fédéral paraît quatre fois par an en allemand et en français.

Rédaction: Stefan Althaus, Dorit Djelid, Conrad Engler, Stephanie Falk, Communication de H+ Berne.

H+ Secrétariat central, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne, geschaefststelle@hplus.ch, www.hplus.ch, tél. 031 335 11 11.
H+ est l'association faîtière des hôpitaux, cliniques et institutions de soins.