



**Prise de position (type) de la CDS;
adoptée par le Comité directeur de la CDS
le 18 mai 2017**

Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset
Département fédéral de l'intérieur DFI
Secrétariat général SG-DFI
Inselgasse 1
CH-3003 Berne

Berne, le 18.5.2017

47.7 / gs / pb

Prise de position relative à la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (révision TARMED / physiothérapie)

Monsieur le Conseiller fédéral,
Madame, Monsieur,

Les partenaires tarifaires n'ayant pu s'entendre sur une révision commune du tarif TARMED, le Conseil fédéral a décidé d'adapter lui-même le TARMED en faisant usage de sa compétence subsidiaire.

Le DFI a ouvert le 22 mars 2017 la procédure de consultation relative à la «Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie». La consultation dure jusqu'au 21 juin 2017. Les cantons et la CDS ont été invités à se prononcer en la matière.

Selon l'OFSP, l'objectif principal de la révision à évaluer est de corriger les prestations surtarifiées et les incitations à la facturation abusive ou inadéquate de certaines positions.

Nous vous remercions de la possibilité qui nous est donnée de prendre position sur le projet de révision. Le Comité directeur a examiné le projet lors de sa séance du 18 mai 2017 et se prononce comme ci-après à ce sujet.

(A) TARMED

Vu que le TARMED n'est, comme chacun sait, plus approprié depuis longtemps déjà et que par ailleurs rien ne laisse supposer que les partenaires tarifaires puissent s'entendre sur une révision et l'on doit donc considérer que les négociations ont échoué, la CDS souscrit à une exécution par substitution de la part du Conseil fédéral.

Tout à fait indépendamment de l'évaluation de ses effets, nous considérons la révision partielle planifiée par le DFI comme un signal fort et important aux partenaires tarifaires. Le blocage persistant de la révision structurelle ne peut être toléré plus longtemps.

Nous soutenons le calendrier retenu et saluons en particulier les aspects suivants de la révision:



- L'objectif de ne pas rechercher la neutralité des coûts mais de parvenir à un volume d'économies rejoint fondamentalement la vision des cantons. Nous ne pouvons toutefois pas reproduire la détermination du montant visé de 700 mio CHF et donc pas non plus la contrôler.
- Nous approuvons la baisse des taux de coûts dans des spécialités médicales sélectionnées où le progrès médical de ces dernières années a permis une réduction significative des charges.
- La suppression du lien du montant de la rémunération avec le niveau de la valeur intrinsèque nous semble judicieuse, car une revalorisation relative des prestations des médecins de premier recours peut de la sorte être atteinte.

Nous nous permettons toutefois de relever les aspects suivants, qui nous semblent problématiques:

- Si des économies pour les agents payeurs doivent réellement aussi résulter de la révision du TARMED par le Conseil fédéral, ni les valeurs du point tarifaire ni le volume des prestations facturées ne doivent être modifiés (quantité x prix). Dans le passé, les fournisseurs de prestations ont compensé en peu de temps des pertes financières par des augmentations de quantités (cf. la révision partielle LAMal par le Conseil fédéral dans le cadre du masterplan Médecine de famille ou la révision de la liste des analyses). Nous supposons donc que les économies de coûts envisagées ne se réaliseront pas complètement.
- Il faut s'attendre à ce que la révision de la structure tarifaire et les économies qui y sont liées entraînent dans tous les 26 cantons des demandes de fixer un point tarifaire plus élevé dans le but de compenser le risque de pertes de revenus. Cela irait à l'encontre de l'objectif du Conseil fédéral. C'est pourquoi nous suggérons de spécifier clairement dans l'ordonnance qu'au sens de l'art. 59 c al. 1 let. c) l'introduction doit se faire sans incidence sur les revenus en prenant en compte les économies de Fr. 700 millions. Les cantons sont conscients de leur responsabilité quant à l'évolution des coûts dans le cadre de l'approbation et de la fixation des tarifs.
- Pour ne pas aller à l'encontre du principe « ambulatoire avant stationnaire », il convient que la révision du TARMED ne déplace ni ne renforce encore les effets incitatifs de telle sorte que des transferts de traitements dans le domaine stationnaire en résultent. La pression tendant au transfert des cas non rentables dans les hôpitaux répertoriés avec obligation d'admission et ainsi l'attente que les cantons prennent en charge les coûts non couverts par le TARMED menacent de croître. Nous suggérons d'examiner des mesures supplémentaires et, le cas échéant, de prévoir dans le TARMED des forfaits par prestations individuelles pour des interventions chirurgicales ambulatoires sélectionnées. Cette préoccupation pourrait être plus fortement prise en compte en précisant dans l'annexe 1 OPAS que les interventions chirurgicales mentionnées ne peuvent être réalisées en stationnaire qu'à certaines conditions.
- Pour les cantons en tant que responsables de la couverture sanitaire, il est particulièrement important que l'adaptation du TARMED n'ait pas d'impact négatif sur la garantie des soins nécessaires. Si des pertes de revenus devaient survenir dans des domaines où les coûts ne sont déjà aujourd'hui pas couverts, nous verrions la garantie des soins menacée. Ainsi p. ex. les services d'urgence des hôpitaux ne sont-ils déjà aujourd'hui souvent pas financés de manière à couvrir leurs coûts. Vu que l'hospitalier ambulatoire présente déjà aujourd'hui une couverture insuffisante des coûts et assume, en particulier dans les régions rurales, de plus en plus des tâches relevant des soins d'urgence, la question de l'introduction de mesures compensatoires ciblées se pose.



- Il est impératif de compenser les mesures entraînant des réductions dans le domaine de la pédiatrie, car le taux de couverture des coûts pour les traitements pédiatriques dans les soins hospitaliers ambulatoires est déjà aujourd'hui très insatisfaisant. Le temps consacré aux traitements pédiatriques est en règle générale supérieur à la moyenne. Il faudrait donc pour ce groupe adapter les exigences de productivité à la réalité et renoncer à une limitation des unités de temps. Concernant la levée de la limitation pour consultations pédiatriques en milieu hospitalier, nous renvoyons en particulier à la justification fondée sur les données existantes qui figure dans la prise de position de «AllKids». Une correction du projet est ici indiquée. Les mesures tendant à améliorer la position de la pédiatrie dans le catalogue tarifaire figurent à cet égard au premier plan. Un supplément à la valeur du point tarifaire pour la pédiatrie pourrait aussi être temporairement envisagé à titre de compensation jusqu'à ce que des adaptations correspondantes soient apportées au catalogue tarifaire.
- La structure TARMED actuelle est avant tout axée sur le traitement en cabinet médical et elle est plus ancienne que le «nouveau» financement hospitalier. En 2009, les séjours répétés en cliniques psychiatriques de jour ont été rattachés au secteur ambulatoire via la modification de l'OCP, mais cela n'a pas été pris en compte dans la structure tarifaire TARMED. Nous suggérons de supprimer les limitations en psychiatrie pour les séjours répétés dans des cliniques de jour liées aux hôpitaux. La limitation de la facturabilité des prestations en l'absence du patient compromettrait aussi une prise en charge adéquate en psychiatrie. L'approche socio-psychiatrique comprend une intégration renforcée de l'environnement et ne nécessite pas la présence du patient. D'autres mesures compensatoires pour services ambulatoires et cliniques de jour psychiatriques doivent pour le reste être envisagés, car leur taux de couverture des coûts est inférieur à la moyenne.
- La limitation de la facturabilité des prestations en l'absence du patient complique d'une manière générale les discussions souhaitables entre prestataires de soins dans le cas d'une prise en charge coordonnée, ce qui constitue un désavantage en particulier pour les patients polymorbides et les patients atteints de maladies chroniques. Il y a p. ex. lieu d'examiner dans quelle mesure les discussions interdisciplinaires de cas de patients ambulatoires dans le cadre de tumorboards en sont entravées.
- La qualité des traitements doit demeurer garantie.

Nous soutenons la démarche planifiée par le DFI d'analyser dans un monitoring sur la base des données disponibles les effets de la révision du TARMED et de définir des mesures d'accompagnement afin de pouvoir corriger d'éventuels effets négatifs dans certains domaines de prestations.

(B) Physiothérapie

Nous sommes expressément favorables à la fixation d'une structure tarifaire pour la physiothérapie en date du 1^{er} janvier 2018.



Nous vous remercions par avance de prendre en considération nos observations et nos demandes et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET
DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger
Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi