



Le comité

Fribourg, le 21 juin 2017

PF/ir

Office fédéral de la santé publique OFSP
Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch

Prise de position de la Société de Médecine du Canton de Fribourg (SMCF) sur la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames et Messieurs,

Nous vous remercions de nous offrir la possibilité de nous prononcer ci-après sur la modification prévue de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie dans le cadre de la consultation. Les modifications prévues revêtent une grande importance pour une partie considérable des médecins exerçant en cabinet indépendant.

I. Remarques générales

1. La SMCF déplore vivement que le Conseil fédéral veuille faire usage de sa compétence subsidiaire dans l'adaptation de la structure tarifaire à la prestation conférée par l'art. 43 al. 5^{bis} LAMal. La raison en est l'échec des négociations entre les partenaires tarifaires. Cet échec est avant tout dû à l'intransigeance des assureurs organisés au sein de Santésuisse. Des négociations assez constructives ont par contre été menées avec H+ et Curafutura. Il n'a pas non plus été possible de soumettre à temps une structure tarifaire révisée à cause de Santésuisse, ce que la SMCF regrette profondément. En effet, du point de vue de la SMCF, la nécessité d'une révision fondamentale de la structure tarifaire ne fait aucun doute. Cependant il est clair que dans le système de l'assurance maladie sociale, les conventions entre partenaires tarifaires doivent prévaloir sur les interventions de l'État chaque fois que cela est possible. Cela nécessite toutefois beaucoup de patience de la part de tous les acteurs, du monde politique et du Conseil fédéral également. Il est absolument impossible et illusoire d'attendre des résultats rapides dans une affaire aussi complexe que la révision totale de la structure tarifaire Tarmed.
2. Du point de vue politique, le principal problème de cette intervention tarifaire est qu'une partie des assureurs se voit confortée dans son intransigeance vis-à-vis du corps médical, l'intervention planifiée étant bien avant tout une mesure d'économie au détriment des médecins. En d'autres termes : par une attitude de refus vis-à-vis du corps médical, ces assureurs peuvent provoquer une intervention tarifaire qui va exactement dans leur sens. Mais la conclusion d'une convention avec les assureurs n'est en que plus difficile. L'inverse devrait se produire : les

dysfonctionnements de la structure tarifaire en vigueur devraient pouvoir perdurer jusqu'à ce que ces assureurs soient disposés, dans leur propre intérêt, à accepter des compromis. L'intervention tarifaire prévue empêche cela. Rien que pour cette raison, la SMCF rejette aujourd'hui l'intervention tarifaire prévue. Outre cette raison politique, il y en a encore toute une série d'autres à la base de ce refus, que nous exposons ci-dessous.

II. L'intervention tarifaire engendre des problèmes de couverture médicale

3. Chez les médecins exerçant dans le domaine ambulatoire des problèmes de couverture médicale apparaissent de plus en plus souvent. C'est le cas notamment, mais pas seulement, pour les médecins de premier recours : des traitements dans le domaine de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie - groupes de médecins qui seraient particulièrement touchés par l'intervention tarifaire - sont aussi concernés. D'une façon générale, cette "mesure d'économie" porte atteinte à l'offre des soins pour la population et engendre des transferts vers des secteurs plus onéreux avec des coûts globaux plus élevés. Il est à craindre que certaines prestations ne soient dès lors fournies à l'avenir que dans des hôpitaux publics déjà surchargés et déficitaires avec une liste d'attente qui ne va qu'augmenter. Les délais de prise en charge auront une influence sur la qualité des résultats et un impact social majeur en augmentant la durée des arrêts de travail.
4. La suppression planifiée de l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence en est un bon exemple. Elle a un impact considérable sur les soins d'urgence ambulatoires de la population, car elle prive les services d'urgences ambulatoires en cabinet de leur fondement économique. Les services d'urgences coûteux des hôpitaux ou la centrale 144 devront alors prendre le relais, ce qui engendrera d'une part une augmentation des coûts et d'autre part une diminution de l'offre des soins - le pire résultat possible. La garantie des soins médicaux d'urgence ambulatoires pour la population est d'une grande importance pour les patients et est aussi prioritaire pour les médecins ambulatoires en cabinet. C'est pourquoi les sociétés cantonales de médecine ont développé ces dernières années de nouveaux modèles et structures organisationnelles afin de pouvoir continuer à garantir les soins d'urgence ambulatoires. Il est inacceptable d'entraver ces efforts par le biais de l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence. Cet exemple montre que l'intervention tarifaire planifiée peut avoir des conséquences considérables sur les systèmes de soins ambulatoires et les parcours de soins.

A l'échelle du canton de Fribourg, qui compte une densité médicale parmi les plus basses de Suisse, les mesures préconisées risquent de mettre en péril l'organisation et l'accès aux consultations ambulatoires, qu'elles soient prodiguées de les cabinets privés ou dans les secteurs ambulatoires des hôpitaux. Selon les chiffres de NewIndex, les médecins fribourgeois installés en cabinet travaillent environ 20% de plus que la moyenne de leurs collègues en Suisse, alors que les coûts générés et la fréquence des traitements au cabinet médical par patient sont parmi les plus basses de Suisse. La suppression des forfaits pour les examens (positions 00.0410 et 00.420 pour les médecins de premiers recours, mais également les positions similaires des autres spécialistes), met en péril l'organisation même des cabinets médicaux. Il découlera de la suppression des prestations forfaitaires des incitations négatives : avec la primauté d'un tarif basé essentiellement sur le temps, les médecins n'auront aucun intérêt à optimiser le fonctionnement de leurs cabinets, et tendront ainsi à prendre moins de patients en charge.

Ceux-ci n'auront d'autre choix que de s'adresser aux services des urgences de nos hôpitaux déjà dépassés par la demande de consultations en tout genre, pour lesquelles ils n'ont pas été conçus.

Des effets se feront aussi sentir dans le domaine des ressources, auxquelles on aura encore davantage recours avec l'intervention tarifaire planifiée. Selon les médecins exerçant en ambulatoire, il faut exiger que la structure tarifaire soit établie à long terme afin que les acteurs puissent s'adapter financièrement, p.ex. en matière d'investissement, d'adaptation des logiciels de cabinet, etc., mais aussi sur le plan organisationnel en ce qui concerne les processus du cabinet. Cela ne serait pas le cas avec l'intervention tarifaire planifiée, qui est établie plutôt à court terme. Cette raison suffit à la SMCF pour rejeter l'intervention. Car les changements qui y sont liés, p. ex. dans les règles de facturation, les différentes positions tarifaires etc., ont des conséquences majeures en termes de ressources pour l'infrastructure du cabinet. Les implications de l'intervention, par exemple sur la position tarifaire 00.0140 "Travail en l'absence du patient", entravent la poursuite de la mise en place de systèmes primaires au cabinet et ainsi de l'installation et du développement des structures indispensables à la mise en œuvre du DEP. En effet, sous la spécification de la position tarifaire, le contrôle et la gestion des données coûteuses en temps en cas d'existence d'une communauté de référence et de DEP ne sont pas du tout représentés. Ceci est significatif pour l'ensemble du projet : il se fait exclusivement sur le dos du corps médical. Les assureurs s'en sortent absolument sans dommage.

5. Les conséquences de cette intervention en matière de régulation peuvent donc être considérables pour les soins médicaux ambulatoires. Il faut s'attendre à ce que l'offre médicale concernant les prestations qui auront subi une forte baisse se réduise. Il suffit en fait que les médecins touchés aient l'impression que ces prestations ne puissent plus être fournies de façon rentable. Ce qui les conduirait automatiquement à les éviter. Il se produirait alors sans doute des transferts des médecins exerçant en ambulatoire vers les hôpitaux. Cette situation peut à son tour entrer en collision avec le principe "ambulatoire plutôt que stationnaire", de plus en plus réclamé par la politique. Elle est assurément contre-productive pour des soins de la population ambulatoires en cabinet efficaces et économiques.

III. Les patients et les médecins sont les perdants

6. La baisse de l'offre des soins se fait au détriment des patients. Mais les médecins y perdent aussi particulièrement. L'intervention pèse surtout sur eux. Comme nous l'avons déjà mentionné, cette intervention tarifaire massive et unilatérale à la charge des médecins réduit encore la volonté déjà faible des assureurs de négocier sérieusement la révision de la structure tarifaire. L'intervention récompense les assureurs pour leur attitude intransigeante et unilatérale. Ces derniers ont un comportement rationnel en termes économiques quand ils se déroberont à la coopération ou aux négociations dans l'espoir d'une intervention tarifaire à leur avantage. Les négociations de VPT à l'échelle cantonale, menées en majeure partie par la SMCF, le montrent également. La primauté de la négociation et la légitimation consensuelle des tarifs exigée par la LAMal sont totalement minées. Il n'est pas évident d'essayer d'expliquer comment - selon le renvoi du commentaire de l'OFSP à la pratique du tribunal administratif fédéral - on pourrait ainsi inciter « les partenaires tarifaires à revenir à une résolution autonome des conflits ». C'est tout le contraire. Les assureurs ne peuvent tirer profit que s'ils continuent à se montrer

intransigeants.

7. La SMCF par contre est clairement d'avis que l'État ne doit pas continuer à saper l'autonomie tarifaire des cocontractants, même, ou justement parce que le fossé entre les partenaires de négociation est aujourd'hui très profond. Cette intervention tarifaire isolée crée des obstacles supplémentaires aux négociations actuelles de la SMCF avec les partenaires tarifaires, qui ont pour but de représenter les prestations fournies avec transparence mutuelle des données et de développer un nouveau mécanisme de formation des prix. Il faut signaler par ailleurs que la pression exercée par les médecins libres praticiens sur les sociétés cantonales de médecine pour demander des valeurs de point tarifaires plus élevées aux assureurs en compensation va augmenter fortement. Cette pression est déjà forte et va évidemment s'accroître. Il convient cependant de rappeler qu'en 2013 encore des recommandations de pilotage pour la valeur de point tarifaire cantonale ont pu être faites avec tarifsuisse pour 2014 et ensuite avec HSK pour les années 2014 et 2015. Des solutions en partenariat sont possibles quand l'État ne s'en mêle pas trop. Il doit veiller à ce que les conditions cadres soient optimales et promouvoir de nouvelles formes de soins et non les empêcher. Il faut créer avant tout des systèmes d'incitation et non d'interdiction.

IV. L'intervention tarifaire ne remplit pas les conditions fixées par la loi

8. Même si la compétence d'ordonnance pour cette intervention tarifaire existe en principe selon l'art. 43 al. 5bis LAMal, parce que les parties n'ont pas réussi à s'entendre sur une révision, elle pêche en matière d'adéquation, d'économicité et d'équité. Ces conditions doivent toutefois être remplies pour que l'intervention soit justifiée sur le fond.
9. Cette intervention est inéquitable car elle se fait exclusivement à la charge du corps médical qui doit manifestement supporter seul les conséquences de la hausse des coûts. Cela contredit la pratique du tribunal administratif fédéral, souvent citée dans le commentaire de l'OFSP, qui souligne clairement et à juste titre en relation avec les valeurs de point tarifaire que la charge de la hausse des coûts ne doit pas être imposée à un seul groupe de parties prenantes. Ce qui est valable pour la valeur de point tarifaire doit l'être aussi pour la structure tarifaire, parce que - comme le mentionne à juste titre le commentaire de l'OFSP - les principes de détermination de la structure et du montant de la rémunération sont identiques.
10. L'intervention n'est pas correcte, non seulement de par son caractère unilatéral, mais aussi parce qu'un aspect majeur, à savoir comment cette intervention doit être effectuée, n'est pas vraiment identifiable. En d'autres termes: il manque - comme le montrent aussi les considérations du commentaire de l'OFSP - les réflexions structurelles qui conduisent à cette intervention et la justifie. Une cohérence par rapport au modèle tarifaire fait également défaut. On a l'impression que certaines positions sont tirées un peu au hasard, là où il est le plus facile de faire des économies. Le seul aspect qui semble pertinent est celui des soi-disant surtarifications. Mais cela ne suffit pas pour l'adéquation. Les réflexions doivent être étendues. Il n'est pas correct que l'intervention tarifaire soit simplement un exercice d'économie au détriment du corps médical. L'art. 43 al.5bis LAMal ne confère pas de base légale en la matière.
11. Et enfin nous abordons le sujet de l'économicité. Des aspects économiques doivent être intégrés, notamment celui de la rentabilité opérationnelle pour les médecins touchés par

l'intervention tarifaire. Il convient de rappeler qu'une partie du corps médical est frappée de telle manière que se pose sérieusement la question de la rentabilité du cabinet et celle de soins médicaux adaptés pour la population qui lui est liée. L'attrait de nombreuses spécialités médicales pourrait diminuer drastiquement pour les jeunes médecins ; il deviendrait ainsi encore plus difficile d'assurer la formation de la relève nécessaire dans ces spécialités. Pour les mêmes raisons, l'intervention pourrait enfin conduire les cabinets médicaux de certaines spécialités à se désengager des prestations LAMal pour favoriser des prestations prises en charge directement par les patients ou des assurances privées, aggravant ainsi le risque de voir se développer une médecine à deux vitesses. De telles réflexions sont absentes du commentaire de l'OFSP. Cela est probablement dû au fait que les conséquences de l'intervention sont massivement sous-évaluées par l'OFSP. Il ressort en tout cas de calculs de la FMH que certains groupes de médecins seront massivement touchés, leur existence économique pouvant être menacée. Ceci est encore une fois la conséquence d'une démarche qui sélectionne arbitrairement certaines positions et s'intéresse uniquement au potentiel d'économie.

V. Où est passée l'économie de la santé ?

12. L'intervention tarifaire néglige des aspects essentiels de l'économie de la santé. Car si les principales tendances de l'économie de la santé étaient prises en compte, l'intervention ne se ferait pas de manière si unilatérale au détriment du corps médical, en violation des principes de la LAMal concrétisés par le tribunal administratif fédéral.
13. En tant que mesure d'économie - qui n'est pas admissible sous cette forme - la révision partielle n'a pas grand effet, car en 2015 environ 11 des 71 milliards des coûts de santé ont été facturés via le Tarmed. Cela représente environ 1/7 des coûts totaux de la santé, dont environ 60% sont générés en ambulatoire en cabinet (7 milliards) et 40% dans le secteur ambulatoire hospitalier (4 milliards) De toute évidence, une telle intervention ne permet pas de résoudre le problème des coûts, d'autant plus qu'il s'attendre à des effets dysfonctionnels générateurs de coûts. Il faut s'attendre à des transferts vers le domaine ambulatoire hospitalier et le domaine stationnaire. Les urgences seront encore plus fortement sollicitées dans la mesure où elles seront assurées comme part de l'obligation de soins de premier recours stationnaire.
14. Dans ce contexte on doit constater que les traitements ambulatoires sont financés à 100% par les primes, mais les traitements stationnaires en majorité par les impôts. Si les traitements stationnaires sont effectués de plus en plus en ambulatoire en raison des progrès médicaux et de directives cantonales, la charge sur les payeurs de primes est plus forte et la part des dépenses de santé financées par le biais des primes de caisses-maladie augmente. Cela montre que la question des coûts doit être considérée de manière beaucoup plus différenciée qu'elle ne l'est actuellement.
15. Somme toute : Les dépenses de santé ont augmenté linéairement de 72% depuis 1996, par contre l'augmentation des primes de 107% est nettement plus forte. Cela soulève une question essentielle : avons-nous vraiment une explosion des coûts ou simplement une hausse des primes démesurée ? Qu'en est-il de l'efficacité des assureurs ?

VI. La tendance est à l'étatisme dans la politique de la santé

16. L'intervention tarifaire prévue coïncide avec une tendance en très forte croissance vers un étatisme marqué dans la politique de la santé. Les compétences de l'État sont de plus en plus sollicitées et doivent être encore élargies, parfois sans en connaître les effets sur les soins de santé. Cela est aussi sans doute lié au fait qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir des accords contractuels entre assureurs et fournisseurs de prestations. Néanmoins, une étatisation insidieuse des soins de santé contredit le concept de la LAMal en vigueur. Et les soins n'en seront certainement pas meilleurs.
17. Les interventions suivantes le montrent aussi, par leurs revendications en faveur de compétences élargies de l'État dans le secteur de la santé, avec un flou total quant à l'impact sur les soins des patients :
 - Motion 16.3987 déposée au Conseil des États : Hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Prendre des mesures de maîtrise des coûts adaptées : exige «que des mesures contraignantes visant à limiter les coûts entrent en vigueur » dès que les coûts à la charge de l'AOS (Attention : la politique assimile cela à l'évolution des primes, voir ci-dessus) augmentent plus fortement que les salaires nominaux multipliés par un facteur de 1,1. L'intervention ne dit pas quelles prestations ne seront plus payées avec ce budget réduit, ni pour quels patients.
 - L'initiative parlementaire 17.402 demande qu'à l'avenir, les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient, «dans les conventions tarifaires, des mesures visant à piloter les coûts et les prestations», mesures pour lesquelles le Conseil fédéral peut également définir des «principes». C'est une élégante formulation pour désigner l'introduction d'un budget global
 - Selon l'initiative parlementaire 17.401, le Conseil fédéral doit à l'avenir pouvoir concevoir et instituer lui-même une organisation en charge des tarifs. Mais on ne semble pas attendre grand-chose de cette organisation, puisque le Conseil fédéral devra quand même pouvoir fixer lui-même les tarifs et les prix à l'aide des données communiquées par les fournisseurs de prestations et les assureurs.

VII. Révision du Tarmed : un consensus entre les partenaires tarifaires est incontournable

18. Selon la LAMal en vigueur, l'accord entre les partenaires tarifaires est la règle, l'intervention tarifaire l'exception. Cela doit valoir pour les valeurs de point tarifaire comme pour la structure tarifaire. Cette structure doit constituer une base correcte de rémunération des fournisseurs de prestations selon les critères les plus cohérents possibles, et non pas sur la base d'interventions ad hoc décidées sur l'instant, sans modèle cohérent.
19. La structure tarifaire a une signification absolument essentielle. Il est incontestable que la structure tarifaire ambulatoire Tarmed introduite uniformément à l'échelle nationale en 2004 est obsolète et qu'elle doit donc être révisée. Une structure tarifaire a pour rôle selon la loi de représenter les coûts de la fourniture de prestations médicales de manière réaliste et correcte sur le plan économique. Ceci était valable jusqu'à maintenant et doit le rester. La structure

tarifaire donne une image de la rentabilité opérationnelle. Avec la valeur de point tarifaire elle fournit une base correcte de rémunération des fournisseurs de prestations. De toute évidence, l'intervention du Conseil fédéral sur la structure tarifaire Tarmed ne remplit pas ces conditions. Elle entrave même fortement les négociations entre partenaires tarifaires sur la nouvelle structure. Elle se révèle aussi contreproductive, car le consensus entre les partenaires tarifaires est incontournable. Personne ne veut d'une structure tarifaire imposée. C'est pourquoi la SMCF soutient résolument le projet de révision TARCO. Ce projet a pour but une tarification adéquate et correcte sur le plan économique de toutes les prestations médicales ambulatoires et doit être clôturé d'ici fin 2017. L'objectif est de soumettre à l'approbation du Conseil fédéral une proposition de tarif commune en partenariat pour le milieu de l'année 2018. Ce processus ne doit pas être entravé et retardé par une intervention tarifaire.

20. Enfin il ne faut pas oublier que : Un excellent système de santé tel celui de la Suisse a un coût. On ne peut pas vouloir une médecine toujours meilleure sans être disposé à en payer le prix.

Pour toutes ces raisons, la SMCF vous prie de renoncer à l'intervention tarifaire envisagée. Ses inconvénients dépassent largement ses avantages éventuels.

Nous vous remercions de prendre nos réflexions et nos arguments en considération et nous vous présentons, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.



Dr Jean-Marie Michel
Président SMCF



Rémy Boscacci
Vice-Président SMCF
Président CIP

Annexes :

- Prise de position des dermatologues fribourgeois
- Prise de positions de l'Association Fribourgeoise d'Ophtalmologie
- Prise de position du groupement des chirurgiens indépendants du Canton de Fribourg