

Tarifs ambulatoires

Redonner un nouveau souffle à la révision du TARMED !

La nouvelle structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires proposée par la FMH, H+ et la CTM n'est pas encore très connue, mais récolte déjà de nombreuses critiques. santésuisse la rejette à l'instar de l'Union tarifaire fmCh ainsi que des médecins de famille et des pédiatres. Le tir doit être rectifié sans attendre.

Personne ne conteste que la structure tarifaire ambulatoire TARMED en vigueur depuis 2004 pour les prestations médicales ambulatoires doit être révisée. Sur ce point, les médecins, les hôpitaux et les assureurs-maladie sont d'accord. Il était clair dès le début que la structure tarifaire avantageait les spécialistes face aux médecins de premier recours. Le Conseil fédéral a mis fin à cette anomalie avec une intervention à durée limitée qui prévoit le transfert de 200 millions de francs par an des spécialistes vers les médecins de famille. Il a signalé clairement par la même occasion qu'une révision tarifaire ne devait pas avoir d'incidence sur les coûts, autrement dit ne pas coûter un franc de plus aux payeurs de primes.

Révision globale sans coûts supplémentaires pour les payeurs de primes

Jusqu'en 2014, les coûts totaux du tarif à l'acte TARMED ont augmenté de 45%, soit de 509 francs par personne. Cela correspond à des coûts supplémentaires de près de quatre milliards

de francs à la charge des payeurs de primes. Au vu des informations sur la nouvelle structure tarifaire dont elle dispose, santésuisse mise sur une hausse des coûts de plus de trois milliards de francs par an. Pour éviter une explosion des coûts, la valeur des points ne doit donc pas être réévaluée après une normalisation de la structure tarifaire. Cette condition est indispensable.

santésuisse a analysé la nouvelle structure tarifaire présentée début avril 2016 et est parvenue à la conclusion que celle-ci fera grimper les coûts de manière incontrôlée, même en appliquant un facteur de normalisation. La nouvelle structure recèle en effet un énorme potentiel de hausse des volumes et des coûts, car elle contient un nombre excessif et non limité de prestations au temps consacré.

Pour santésuisse, le respect des directives du Conseil fédéral est une condition préalable incontournable à une révision globale du TARMED car celles-ci tiennent compte des intérêts des assurés. Les autres exigences sont la publication par les fournisseurs de prestations de leurs coûts effectifs et – conformément aux exigences de la Commission fédérale des finances – la prise en compte de critères de qualité et l'introduction accrue de forfaits.

TARVISION: retour à l'envoyeur !

Une expertise* commune mandatée par l'Union tarifaire fmCh des spécialistes et santésuisse parvient à la conclusion que la structure tarifaire révisée mise au

point par la FMH, H+ et la CTM sous le nom de TARVISION inciterait à augmenter le volume des prestations et récompenserait ainsi l'inefficacité et la mauvaise qualité. Des contrôles renforcés de l'économicité deviendraient incontournables, voire même la fixation d'un budget global.

L'Union tarifaire fmCh et santésuisse demandent que le tir soit rectifié sans attendre. Elles proposent l'introduction échelonnée d'un tarif médical innovant tourné vers l'avenir. Concrètement, des forfaits de prestations reposant sur des critères de qualité doivent être élaborés et testés en 2017 dans certaines spécialités médicales. S'ils font leurs preuves, ils seront introduits dès 2018. De cette manière, les risques pour les patients, les médecins et les assureurs-maladie sont minimisés. En augmentant et en garantissant la qualité des soins, l'introduction d'un tarif médical basé sur la qualité permet aussi de mettre en œuvre les exigences de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral.

Les attentes de santésuisse à l'égard de la révision du tarif :

- respect de la neutralité des coûts
- prise en compte de critères de qualité
- introduction de forfaits pour certains groupes de prestations
- publication des coûts effectifs



Les médecins de famille et les pédiatres opposés à TARVISION

Les médecins de famille et les pédiatres rejettent également la proposition de révision. Ils partent même du principe qu'elle les défavorisera par rapport à leur situation actuelle. Les prestataires de premier recours déplorent le fait que la prestation médicale intellectuelle (PM) soit moins bien indemnisée que la prestation médicale technique (PT) également dans la nouvelle structure. Ils craignent aussi d'être pénalisés par la forte croissance des services ambu-

latoires des hôpitaux et des techniques médicales si la neutralité des coûts est respectée.

Un dénominateur commun : la préservation de l'autonomie tarifaire

Le chemin vers une structure tarifaire révisée sera donc semé d'embûches. Mais malgré toutes les réticences actuelles, on peut légitimement espérer que les partenaires tarifaires parviendront à redonner un nouveau souffle au projet de révision. Car en cas d'échec, le Conseil fédéral est autorisé à inter-

venir et peut imposer une structure tarifaire. Il faut éviter d'en arriver là car autant les médecins que les assureurs-maladie s'accordent à dire que la négociation autonome de tarifs est une caractéristique essentielle de notre système de santé libéral.

PAUL RHYN

* Telsler H., Trottmann M., Erste gesundheitsökonomische Betrachtungen zur Tarifstruktur « TARVISION », Polynomics AG, Olten, avril 2016.

Nouveau TARMED: deux exemples concrets

Deux exemples révèlent comment la nouvelle structure tarifaire permet une accumulation de valeurs de points tarifaires :

Exemple 1: Consultation par un médecin de premier recours, durée 15 minutes

TARMED 1.08BR	ats-tms AVEC NORMALISATION	ats-tms SANS NORMALISATION
1x 00.0010 Consultation, première période de 5 min. 1x 00.0020 Consultation, par période de 5 min. en plus 1x 00.0030 Consultation, dernière période de 5 min. 1x 00.0015 <i>Supplément</i> pour prestations de médecine de famille au cabinet médical	3x AF.0000 Consultation médicale, par période de 5 min. 1x AM.0003 Prestation non médicale en infrastructure simple, par période de 5 min.	dito
Total des PT : 54.40	Total des PT : 63.64	Total des PT : 87.22

En appliquant le facteur de normalisation de 0,73, la «consultation par un médecin de premier recours» entraînerait une hausse de 17% des points tarifaires avec le

nouveau tarif ats-tms, voire de 60% sans normalisation, ce qui équivaut à une augmentation de 280 millions de points tarifaires.

Exemple 2: Traitement de plaie simple

TARMED 1.08BR	ats-tms AVEC NORMALISATION	ats-tms SANS NORMALISATION
1x 00.1180 Anesthésie locale 1x 04.1010 Traitement de plaie..., premiers 3 cm	1x BT.1001 Préparation et finition traitement de plaie 1x BT.1002 Traitement de plaie, premiers cm 2x BT.1003 +Traitement de plaie, par chaque cm supplémentaire 1x SZ.5004 Temps d'attente salle d'examen et de traitement, chirurgie	dito
Total des PT : 88.59	Total des PT : 104.54	Total des PT : 143.27

Avec le facteur de normalisation, la hausse des points tarifaires atteint 18%, sans, 61%, soit une augmentation de 800000 points tarifaires. Notre conclusion : la nouvelle structure tarifaire aurait des effets massifs sur l'approvisionnement en soins. La prestation technique serait favorisée au détriment

de la prestation médicale. Les services ambulatoires des hôpitaux en profiteraient tandis que les cabinets médicaux seraient désavantagés. Les grands gagnants seraient les hôpitaux. Les médecins, notamment les spécialistes comportant une part technique importante, seraient aussi du côté des bénéficiaires.