



MISE AU POINT

POLITIQUE DE LA SANTÉ 3 | 2016

Par étapes

Le tarif médical ambulatoire TARMED doit être révisé chapitre par chapitre



Garder la tête froide

La révision complète du tarif médical ambulatoire TARMED demandée par les fournisseurs de prestations devrait entraîner des coûts supplémentaires de plusieurs milliards. Accepter une telle augmentation massive des charges des payeurs de primes serait tout à fait irresponsable. Le Conseil fédéral a intérêt à ne pas précipiter les choses, car comme le dit le dicton: «Paris ne s'est pas fait en un jour». •

Heinz Brand, président de santésuisse

Le délai supplémentaire accordé par le Conseil fédéral pour la révision du tarif médical ambulatoire ne change rien aux défauts de conception: le tarif à l'acte fait augmenter le volume des prestations et doit être remplacé au moins en partie par une rémunération forfaitaire. Une révision complète jusqu'à fin octobre 2016 n'est par contre pas réalisable.

En collaboration avec fmCh tarifUNION, santésuisse va présenter une proposition en vue d'intégrer des forfaits. Dans un premier temps, 4 chapitres de TARMED vont être remaniés: procédés d'imagerie, œil, diagnostic et traitement de l'appareil locomoteur ainsi que diagnostic et traitement non chirurgical du cœur et des vaisseaux. Les prestations médicales classiques ne seront en revanche pas regroupées dans des forfaits.

Décompte simplifié

La version actuelle du tarif TARMED compte plus de 4000 positions tarifaires réparties dans 38 chapitres. Plus de 80 % de tous les coûts sont occasionnés par

seulement 6 chapitres. Les forfaits vont rassembler les types de prestations les plus souvent facturés. Il en résultera une structure beaucoup plus simple, avec moins de 1000 prestations.

Le Conseil fédéral doit pouvoir intervenir

Tant que tous les médecins peuvent facturer leurs prestations aux assureurs-maladie, santésuisse est favorable à une possibilité d'intervention subsidiaire du Conseil fédéral dans la structure tarifaire. En 2001, une expertise réalisée pour la CDG du Conseil des Etats établissait déjà que sans l'insistance du Conseil fédéral pour mettre en oeuvre TARMED de manière neutre financièrement, les coûts pourraient considérablement augmenter. santésuisse estime qu'au lieu de conclure hâtivement les travaux - aux dépens des payeurs de primes, il vaut mieux veiller à ce que le tarif soit économiquement viable. •

CONTENU

Les payeurs de primes sont-ils les mécènes	2
Taux de change pour les riches?	3

Les payeurs de primes sont-ils les mécènes de l'industrie pharmaceutique?

Le remède contre des prix des médicaments trop élevés existe, encore faut-il s'en servir.



Les coûts des médicaments continuent de croître de façon supérieure à la moyenne. Le remède contre des prix des médicaments trop élevés existe cependant: le principe d'économicité doit être appliqué de manière cohérente à l'avenir. Mais la modification prévue de l'ordonnance ne prend pas la bonne direction.

Les dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont enregistré une croissance supérieure à la moyenne au cours du premier semestre 2016: elle avoisine 6,4 % pour les prestations reçues en pharmacie et 4,7 % pour les médicaments remis par les médecins, comme le montre le monitoring des coûts publié en août par l'OFSP. Cela vient du fait que les bases légales concernant la fixation du prix des médicaments sont mal appliquées voire ne le sont pas du tout. Des mesures visant à atténuer l'augmentation des coûts dans le domaine des médicaments ont été prises dès 2009. Un examen régulier des critères d'admission pour tous les médicaments figurant sur la liste des spécialités doit notamment avoir lieu tous les 3 ans. Comme le Surveillant des prix l'a lui aussi rappelé à maintes reprises, le principe d'économicité ancré dans la LAMal n'a malheu-

reusement jamais été mis en oeuvre de façon rigoureuse. L'incohérence du DFI lui vaut bien des soucis et des procès.

Déficits institutionnels

En 2012, le DFI a supprimé la comparaison thérapeutique (CT) dans le cadre du contrôle tous les 3 ans. Cette modification ne reposait visiblement pas sur une base juridique suffisante et suite aux recours déposés par différents groupes pharmaceutiques, l'OFSP a perdu devant le Tribunal fédéral en décembre dernier. Qu'en est-il dès lors des économies annoncées en 2012 suite à l'accord conclu par le DFI avec les associations de l'industrie pharmaceutique? Cela met une fois de plus en évidence la carence institutionnelle liée au fait que les consommateurs et les associations d'assureurs n'ont pas de droit de recours pour lutter contre des prix trop élevés.

Ancrer le principe d'économicité de manière rigoureuse

Si les autorités fédérales s'étaient alignées à temps sur le principe d'économicité, qui résulte de l'art. 43, al. 6 LAMal, ce revers aurait pu être évité et l'augmentation des coûts aurait pu être atténuée efficacement. Le DFI aurait pu également éviter les problèmes actuels avec un

examen annuel général. Appliqué de manière cohérente, le principe d'économicité signifie que l'assurance-maladie rembourse uniquement la version la moins chère d'une substance active, qui est souvent un générique. Si une personne veut un autre médicament, elle doit payer la différence elle-même.

” **Le fait est que les payeurs de primes continuent de payer des prix excessifs des médicaments.**

Le projet d'ordonnance ignore les intérêts des payeurs de primes

Le fait est que les payeurs de primes continuent de payer des prix excessifs des médicaments. Le nouveau projet d'ordonnance du DFI prévoit de pondérer de la même façon la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger et la CT et ignore donc le principe d'économicité de la LAMal. L'OFSP n'a aucune raison de redouter d'éventuels recours, étant donné que seule l'industrie pharmaceutique peut en déposer. Suite aux modifications proposées, la comparaison thérapeutique entraînera de plus

Stratégie d'empêchement de la FMH

Pilotage des soins ambulatoires



faibles diminutions de prix en moyenne. La Suisse restera un îlot de cherté pour des médicaments fabriqués principalement à l'étranger et les payeurs de primes devront continuer de verser à l'industrie pharmaceutique une contribution à la promotion de la place économique. Les sociétés pharmaceutiques qui estiment être traitées injustement en raison de l'échelonnement sur 3 ans devraient faire recours lors de la prochaine baisse des prix en décembre 2017. Il en résultera de nouvelles modifications d'ordonnances au profit des sociétés pharmaceutiques dans 4 ans. Un examen annuel de tous les médicaments pourrait résoudre le problème, comme santésuisse, le Surveillant des prix et les consommateurs le demandent depuis des années. •

La FMH veut éliminer toute véritable compétition au niveau de la qualité dans le cadre de l'admission des médecins. Elle estime que l'attestation de la formation et des connaissances linguistiques suffit comme «critère de qualité» pour l'admission.

La FMH veut visiblement verrouiller le statu quo. Elle se préoccupe manifestement peu que la compétition au niveau de la qualité soit claire. Sa proposition ne comporte aucun élément encourageant la qualité et la transparence des prestations. Contrairement aux médecins, les hôpitaux ont déjà franchi le pas vers des mesures de résultats avec des indicateurs de qualité transparents et comparables. •

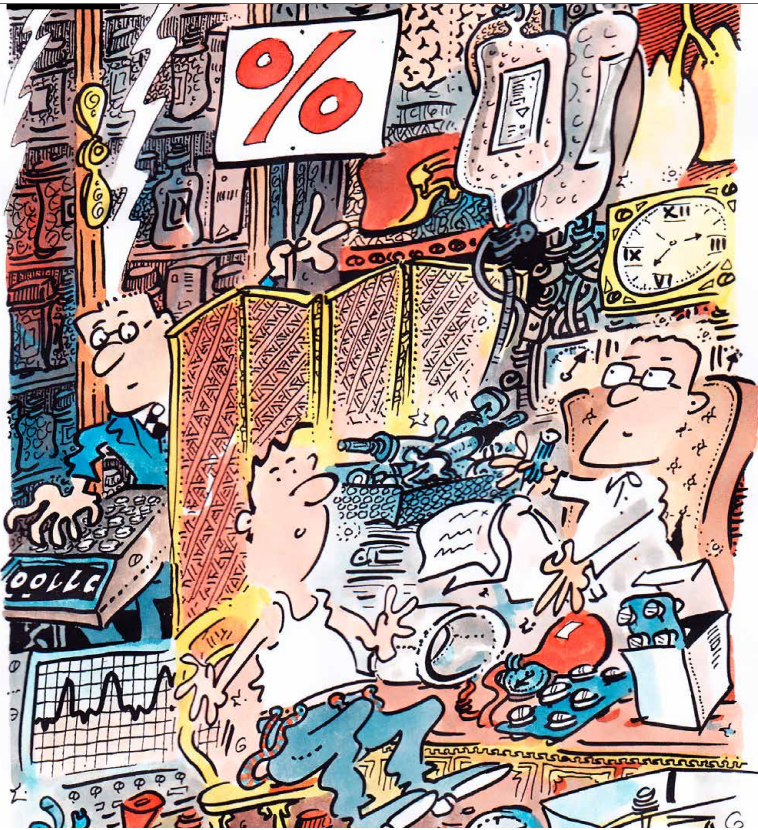


Taux de change pour les riches?

Le taux de change réel avec l'euro est inférieur à CHF 1,10 actuellement. Les prix des médicaments de la liste des spécialités reposent néanmoins sur un cours de CHF 1,26. En raison d'hypothèses irréalistes de taux de change, nos patients et assurés doivent donc payer près de 15 % de plus pour des médicaments fabriqués généralement à l'étranger. S'y ajoutent les majorations considérables justifiées à tort par le pouvoir d'achat plus élevé en Suisse, mais qui portent essentiellement sur des médicaments produits à moindre coût à l'étranger, parfois dans des pays à main-d'œuvre bon marché. •



En bref



Le vrai visage des dieux en blouse blanche

Le nombre des poursuites reste élevé

Les offices des poursuites émettent plus de 2,8 millions de commandements de payer par an. Si la tendance persiste, le nombre de poursuite aura passé la barre des 3 millions d'ici 2020. Les assureurs-maladie sont concernés par cette évolution. A l'heure actuelle, 360 000 assurés sont poursuivis chaque année par les assureurs-maladie. Les personnes connaissant des difficultés financières commencent généralement par ne pas payer leurs impôts. Viennent ensuite les primes d'assurance-maladie et les factures de téléphone. Une gestion active et efficace des rappels par les assureurs est dans l'intérêt de tous les assurés. Cela permet de maintenir et de renforcer la solidarité. Depuis le 1er juillet 2016, les crédits à la consommation peuvent être rémunérés à hauteur de 10 % maximum. L'avenir dira si cette mesure aura un

effet sur les primes d'assurance-maladie impayées et les habitudes en matière de paiement. •

La nouvelle structure tarifaire de H+ et Curafutura pour les prestations de physiothérapie rencontre des résistances

L'association suisse des hôpitaux H+ et l'association Curafutura ont soumis pour approbation au Conseil fédéral une proposition de nouvelle structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie. La structure tarifaire a été élaborée sans la participation de l'association suisse de physiothérapie Physioswiss, de santésuisse et des assureurs-accidents. Physioswiss rejette cette nouvelle structure tarifaire car elle réduit à néant l'augmentation de la valeur du point de 8 centimes, valable depuis le 1er avril 2014. •

SUR LE BLOG

Les pathologies recherchées le plus fréquemment sur hostofinder

Hostofinder offre aux assurés la première plateforme Internet comparative compréhensible et complète pour les hôpitaux suisses de soins aigus. Le comparateur en ligne des hôpitaux de santésuisse donne des informations sur la qualité générale d'un hôpital et permet de chercher une pathologie de manière ciblée. Si l'on considère les quelque 4000 recherches effectuées de mars à juillet, l'orthopédie se place dans le peloton de tête, 5 des pathologies recherchées le plus fréquemment concernant ce domaine. Les 5 autres domaines arrivant en tête de liste sont ceux du cœur, du cerveau, de la gynécologie, de l'urologie et divers, avec respectivement une pathologie parmi les plus recherchées. On observe également que sur 10 interventions, 7 sont des interventions électives, par conséquent planifiables et où une comparaison entre différents hôpitaux est judicieuse. •

→ <http://santesu.is/se0s7>

