



Tarif des prestations médicales ambulatoires (TARMED)

Examen de la mise en œuvre des
recommandations



Impressum

Adresse de commande	Contrôle fédéral des finances (CDF)
Bestelladresse	Monbijoustrasse 45, CH-3003 Berne
Indirizzo di ordinazione	http://www.cdf.admin.ch
Order address	
Numéro de commande	1.15292.316.00098.009
Bestellnummer	
Numero di ordinazione	
Order number	
Complément d'informations	E-Mail: info@efk.admin.ch
Zusätzliche Informationen	Tél. +41 58 463 11 11
Informazioni complementari	
Additional information	
Texte original	Français
Originaltext	Französisch
Testo originale	Francese
Original text	French
Résumé	Français (« L'essentiel en bref »)
Zusammenfassung	Deutsch (« Das Wesentliche in Kürze »)
Riassunto	Italiano (« L'essenziale in breve »)
Summary	English (« Key facts »)
Reproduction	Autorisée (merci de mentionner la source)
Abdruck	Gestattet (mit Quellenvermerk)
Riproduzione	Autorizzata (indicare la fonte)
Reproduction	Authorized (please mention the source)

Tarif des prestations médicales ambulatoires (TARMED) Examen de la mise en œuvre des recommandations

L'essentiel en bref

Le tarif des prestations médicales ambulatoires (TARMED) s'applique à l'ensemble des prestations de ce type fournies en Suisse. Le volume financier des prestations facturées en 2014 était d'environ 10 milliards de francs. En 2010 déjà, le Contrôle fédéral des finances (CDF) avait publié une évaluation sur TARMED accompagnée d'importantes recommandations. Cinq ans plus tard, cet audit constate que la grande majorité de ses recommandations restent ouvertes¹. Des mesures doivent être prises au plus vite. La situation reste préoccupante étant donnée la situation conflictuelle qui règne entre plusieurs partenaires. Les difficultés d'aboutir à un accord sur la révision du TARMED et les risques de blocage sont réels.

Une nouvelle compétence subsidiaire pour le Conseil fédéral

Dans la suite des travaux du CDF, l'Assemblée fédérale avait pourtant voté fin 2011 une modification importante de la loi sur l'assurance-maladie. Depuis, le Conseil fédéral peut procéder aux adaptations nécessaires lorsque les partenaires tarifaires ne trouvent pas d'accord sur la révision.

En 2014, le Conseil fédéral a utilisé cette compétence subsidiaire pour revaloriser la médecine de famille. Afin de compenser l'augmentation de 200 millions de francs, il a retenu l'option d'une coupe linéaire de 8,5 % sur 13 prestations techniques. Si l'approche retenue n'est pas la plus adéquate sous l'angle de l'équité et de la réalité des coûts, le CDF estime qu'il était difficile de trouver une autre solution compte tenu du temps, des données et des ressources à disposition. Le CDF salue le recours à cette compétence subsidiaire dans la mesure où elle constitue un moyen de pression crédible sur les partenaires tarifaires.

Des principes fédéraux trop généraux

La nécessité de réviser la structure TARMED est connue depuis des années. Fin 2010, les partenaires tarifaires – à l'exception de SantéSuisse – se sont mis d'accord afin d'entamer un processus de révision. La nouvelle association des assureurs Curafutura s'est jointe au groupe des partenaires tarifaires en 2014. Prévus pour fin 2015, ils souhaitent envoyer en juin 2016 un projet pour approbation au Conseil fédéral. Alors que ces partenaires ont débuté leurs travaux voici cinq ans, le Conseil fédéral a adopté, en mai 2015 seulement, des principes pour la révision de TARMED. Et ces principes restent très généraux. Le CDF regrette que le Conseil fédéral n'ait pas fixé des points importants comme des principes en vue de la réduction de la complexité de la structure tarifaire ou encore les principes pour faciliter la mise à jour du tarif. Ces points sont en étroite relation avec les recommandations du CDF émises en 2010.

De plus, le Conseil fédéral n'a pas indiqué de délai afin que les partenaires tarifaires lui transmettent le projet de révision. Cette situation rend le pilotage par le Département fédéral de l'intérieur (DFI)

¹ La recommandation du CDF réclamant un rôle accru de la Surveillance des prix n'est plus d'actualité. Désormais, celle-ci peut intervenir depuis l'introduction de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral dans la loi sur l'assurance-maladie.



plus compliqué, que ce soit pour débloquer la situation et apprécier le tarif soumis, ou pour constater un échec des négociations et en tirer les conséquences.

Des factures peu compréhensibles et parfois opaques

Le CDF ne note pas non plus d'évolution sur la facturation par analogie. Le problème persiste. Ceci rend le tarif opaque et entrave sa mise à jour lorsque les partenaires tarifaires n'arrivent pas à se mettre d'accord sur des positions tarifaires pour de nouvelles prestations ou pour des innovations techniques.

En dépit de résultats récents et concomitants sur le manque de lisibilité des factures, le CDF constate une inertie des différents acteurs sur une possible simplification. Selon une enquête d'associations de consommateurs et de protection des patients, la majorité des patients ne comprend pas entièrement, voire pas du tout une facture. D'ailleurs, il arrive que parfois le patient ne reçoive même pas de copie. Ce thème est en partie lié à une simplification de la structure tarifaire, mais pas seulement. Les fournisseurs de prestations sont tenus de présenter une facture détaillée et compréhensible. C'est une exigence légale. Le Conseil fédéral peut déterminer les indications complémentaires devant figurer sur une facture.

Un manque d'analyses sur les besoins d'amélioration du TARMED

Le Conseil fédéral a pris des mesures afin d'améliorer les bases de données statistiques sur les soins médicaux ambulatoires. L'Office fédéral de la statistique (OFS) et l'Office fédéral de santé publique (OFSP) travaillent ensemble pour la collecte des données. C'est un programme de longue haleine pour lequel toutes les incertitudes ne sont pas encore levées: qualité des données, degré de précision, modalités concrètes de traitement des données. En matière d'études, l'OFSP a privilégié le suivi des analyses de laboratoire. Dans le secteur ambulatoire, cet office a prévu un suivi de la revalorisation de la médecine de famille. Il n'a pas mené d'autres analyses approfondies pour identifier des besoins d'amélioration du TARMED. Tout du moins, fin 2015, a-t-il engagé des moyens pour des études afin de se préparer en vue de la phase d'approbation de la révision du TARMED.

Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen (TARMED) Überprüfung der Umsetzung der Empfehlungen

Das Wesentliche in Kürze

Der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen (TARMED) gilt für alle in der Schweiz erbrachten Leistungen dieser Art. 2014 wurden ambulante Leistungen für ein finanzielles Volumen von rund 10 Milliarden Franken in Rechnung gestellt. Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hatte bereits 2010 eine Evaluation des TARMED mit wichtigen Empfehlungen publiziert. Fünf Jahre später muss im Rahmen dieser Prüfung festgestellt werden, dass die meisten Empfehlungen noch nicht umgesetzt wurden¹. Es besteht dringender Handlungsbedarf. Die angespannten Beziehungen zwischen mehreren Tarifpartnern geben weiterhin Anlass zur Sorge. Die Schwierigkeiten, sich über die Revision des TARMED zu einigen und die Risiken einer Blockade sind real.

Bundesrat verfügt über eine neue subsidiäre Kompetenz

Dabei hatte die Bundesversammlung im Anschluss an die Arbeiten der EFK Ende 2011 einer bedeutenden Änderung des Krankenversicherungsgesetzes zugestimmt. Der Bundesrat kann seither selber die nötigen Anpassungen vornehmen, wenn sich die Tarifpartner nicht über die Revision einigen können.

Der Bundesrat hatte 2014 von dieser subsidiären Kompetenz Gebrauch gemacht, um die Hausarztmedizin aufzuwerten. Um das Kostenwachstum von 200 Millionen Franken zu kompensieren, entschied er sich für eine lineare Kürzung um 8,5 Prozent bei 13 technischen Leistungen. Die Herangehensweise ist zwar unter dem Aspekt der Gerechtigkeit und der Kostenwahrheit nicht optimal, doch nach Ansicht der EFK war es angesichts des Zeitdrucks, der verfügbaren Daten und Ressourcen schwierig, eine bessere Lösung zu finden. Die EFK begrüsst es deshalb, dass der Bundesrat von dieser subsidiären Befugnis Gebrauch macht, da sie gegenüber den Tarifpartnern ein glaubwürdiges Druckmittel darstellt.

Zu allgemein gehaltene bundesrechtliche Grundsätze

Seit Jahren weiss man um die Notwendigkeit einer Revision der TARMED-Struktur. Ende 2010 einigten sich die Tarifpartner – mit Ausnahme von santésuisse –, den Revisionsprozess in Angriff zu nehmen. Der neue Verband der Versicherer Curafutura schloss sich 2014 der Gruppe der Tarifpartner an. Die Gruppe beabsichtigt, dem Bundesrat im Juni 2016 einen Entwurf zur Genehmigung zu unterbreiten, der ursprünglich für Ende 2015 geplant war. Obwohl die Tarifpartner ihre Arbeiten bereits vor fünf Jahren aufgenommen haben, wurden die Grundsätze für die Revision des TARMED vom Bundesrat erst im Mai 2015 verabschiedet. Sie sind zudem sehr allgemein gehalten. Die EFK bedauert, dass der Bundesrat wichtige Anliegen wie Prinzipien für eine Vereinfachung der komplexen Tarifstruktur oder für die erleichterte Aktualisierung des Tarifs nicht berücksichtigt hat. Sie hängen eng mit den Empfehlungen der EFK von 2010 zusammen.

¹ Die Empfehlung der EFK, der Preisüberwachung mehr Interventionsmöglichkeiten zu verleihen, ist nicht mehr aktuell. Seit der Verankerung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates im Krankenversicherungsgesetz verfügt die Preisüberwachung über diese Möglichkeit.



Zudem hat der Bundesrat den Tarifpartnern für die Einreichung ihres Revisionsentwurfs keine Frist gesetzt. Dies erschwert die Steuerungsmöglichkeiten des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), um die Situation zu entspannen und den unterbreiteten Tarif zu beurteilen oder aber ein Scheitern der Verhandlungen festzustellen und die Konsequenzen daraus zu ziehen.

Schwer oder gar nicht verständliche Rechnungen

Die EFK stellt fest, dass es auch in der Frage der Verrechnung durch Analogiepositionen keine Fortschritte gegeben hat. Das Problem besteht weiter, was den Tarif undurchsichtig macht und seine Aktualisierung behindert, wenn sich die Partner nicht über Tarifpositionen für neue Leistungen oder technische Neuerungen einigen können.

Obwohl sich die Akteure jüngst alle über die mangelnde Lesbarkeit der Rechnungen einig waren, stellt die EFK fest, dass keiner von ihnen aktiv wird, um eine Vereinfachung herbeizuführen. Einer Umfrage von Verbraucherverbänden und Patientenschutzorganisationen zufolge verstehen die meisten Patientinnen und Patienten ihre Rechnungen nicht vollständig oder gar nicht. Es kann sogar vorkommen, dass sie nicht einmal eine Kopie der Rechnung erhalten. Dieses Problem ist, aber nur teilweise, mit einer Vereinfachung der Tarifstruktur verbunden. Das Gesetz schreibt vor, dass die Leistungserbringer verpflichtet sind, eine detaillierte und verständliche Rechnung vorzulegen. Der Bundesrat kann zusätzliche Angaben auf der Rechnung für obligatorisch erklären.

Keine Analysen zum Verbesserungsbedarf von TARMED

Der Bundesrat hat Massnahmen zur Verbesserung der statistischen Datenbasis zu den ambulanten medizinischen Leistungen ergriffen. Die Datenerfassung erfolgt gemeinsam durch das Bundesamt für Statistik (BFS) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Dieses Langzeitprogramm ist noch mit vielen Unsicherheiten hinsichtlich der Datenqualität, des Präzisierungsgrades und konkreter Modalitäten der Datenverarbeitung behaftet. Bei den Studien priorisiert das BAG die Überwachung der Laboruntersuchungen und im ambulanten Bereich plant es die Überwachung der Aufwertung der Hausmedizin. Um den Verbesserungsbedarf von TARMED zu ermitteln, wurden hingegen keine weiteren Analysen vorgenommen. Immerhin hat das BAG Ende 2015 Mittel zur Realisierung von Studien gesprochen, mit denen es sich auf die Genehmigungsphase der TARMED-Revision vorbereiten will.

Originaltext in Französisch

Struttura tariffale per prestazioni mediche ambulatoriali (TARMED) Esame dell'attuazione delle raccomandazioni

L'essenziale in breve

La struttura tariffale per prestazioni mediche ambulatoriali (TARMED) si applica a tutte le prestazioni di questo tipo che vengono fornite in Svizzera. Il volume finanziario delle prestazioni fatturate nel 2014 è di circa 10 miliardi. Già nel 2010 il Controllo federale delle finanze (CDF) aveva pubblicato una valutazione di TARMED corredata di raccomandazioni importanti. Cinque anni dopo, la presente verifica constata che non è stato dato seguito alla grande maggioranza delle raccomandazioni¹. È dunque necessario adottare quanto prima dei provvedimenti. La situazione continua ad essere preoccupante data la conflittualità fra diversi partner. Le difficoltà nel giungere a un accordo sulla revisione di TARMED e il rischio che tale accordo venga bloccato sono reali.

Nuova competenza sussidiaria per il Consiglio federale

A seguito dei lavori del CDF, l'Assemblea federale aveva approvato alla fine del 2011 una modifica importante della legge sull'assicurazione malattie. Da allora, il Consiglio federale può procedere agli adeguamenti necessari nei casi in cui i partner tariffali non si accordano sulla revisione.

Nel 2014 il Consiglio federale ha utilizzato questa competenza sussidiaria per rivalorizzare la medicina di famiglia. Per compensare l'aumento dei costi di 200 milioni di franchi, il Governo ha scelto di operare un taglio lineare dell'8,5 per cento su 13 prestazioni tecniche. L'approccio adottato non è il più adatto sotto il profilo dell'equità e della realtà dei costi, tuttavia il CDF ritiene che il tempo, i dati e le risorse disponibili fossero insufficienti per trovare un'altra soluzione. Il CDF accoglie favorevolmente il ricorso a questa competenza sussidiaria in quanto essa costituisce un mezzo per fare pressione sui partner tariffali in modo credibile.

Principi federali troppo generali

La necessità di rivedere la struttura tariffale TARMED è nota da vari anni. Alla fine del 2010 i partner tariffali – eccetto santésuisse – si sono accordati di avviare un processo di revisione. La nuova associazione degli assicuratori Curafutura si è aggregata al gruppo dei partner tariffali nel 2014. Nel giugno 2016 essi auspicano di riuscire a sottoporre per approvazione al Consiglio federale un progetto che, in realtà, era previsto per la fine del 2015. Mentre i partner tariffali hanno iniziato i loro lavori cinque anni fa, il Consiglio federale ha adottato alcuni principi per la revisione di TARMED soltanto nel maggio 2015. Si tratta inoltre di principi molto generali. Il CDF deplora il fatto che il Consiglio federale non abbia adottato misure idonee a ridurre la complessità della struttura tariffale o a facilitare l'aggiornamento delle tariffe. Queste misure sono strettamente correlate con le raccomandazioni del CDF pronunciate nel 2010.

¹ La raccomandazione del CDF di attribuire un ruolo di maggior rilievo al Sorvegliante dei prezzi non è più attuale. Quest'ultimo può intervenire ormai da quando nella legge sull'assicurazione malattie è stata introdotta la competenza sussidiaria del Consiglio federale.



Per di più, il Consiglio federale non ha indicato alcuna scadenza entro cui i partner tariffali devono trasmettergli il progetto di revisione. Lo stato delle cose complica ulteriormente la gestione strategica da parte del Dipartimento federale degli interni (DFI), sia che esso debba sbloccare la situazione e valutare le tariffe sottopostegli sia che debba constatare il fallimento delle trattative e trarne le debite conseguenze.

Fatture poco comprensibili e talvolta opache

Il CDF non nota alcuno sviluppo per quanto riguarda la fatturazione per analogia. Il problema persiste, rendendo opaco il tariffario e ostacolandone l'aggiornamento quando i partner tariffali non riescono ad accordarsi su determinate posizioni tariffali per prestazioni nuove o per innovazioni tecniche.

Malgrado i risultati recenti e concomitanti sulla scarsa leggibilità delle fatture, il CDF constata l'inerzia dei diversi attori riguardo a una possibile semplificazione. Secondo un'inchiesta di associazioni che rappresentano i consumatori e tutelano i pazienti, la maggioranza di questi ultimi non capisce la fattura nel suo insieme o una parte di essa. D'altro canto, a volte capita che il paziente non ne riceva nemmeno una copia. Questo aspetto si spiega solo in parte con la semplificazione della struttura tariffale. I fornitori di prestazioni sono tenuti a presentare una fattura dettagliata e comprensibile, come prescritto dalla legge. Il Consiglio federale può determinare le indicazioni complementari che devono figurare su una fattura.

Mancanza di analisi sulle necessità di migliorare TARMED

Il Consiglio federale ha preso delle misure al fine di migliorare le basi di dati statistici sulle cure mediche ambulatoriali. L'Ufficio federale di statistica (UST) e l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) collaborano alla rilevazione dei dati. È un programma di largo respiro sul quale pesano ancora alcune incertezze relative alla qualità dei dati, al grado di precisione e alle modalità concrete del trattamento dei dati. Per quanto concerne gli studi, l'UFSP ha dato la precedenza al controllo delle analisi di laboratorio. Nel settore ambulatoriale l'Ufficio ha previsto di verificare la rivalorizzazione della medicina di famiglia. Non ha effettuato altre analisi approfondite per identificare le necessità di migliorare TARMED. Nondimeno, alla fine del 2015 ha predisposto i mezzi necessari per effettuare gli studi che gli consentiranno di prepararsi alla fase di approvazione della revisione di TARMED.

Testo originale in francese

Tariff system for outpatient medical services (TARMED)

Audit of the implementation of recommendations

Key facts

The tariff system for outpatient medical services (TARMED) applies to all services of this type provided in Switzerland. The financial volume of services invoiced in 2014 was approximately CHF 10 billion. Already in 2010, the Swiss Federal Audit Office (SFAO) had published an evaluation of TARMED, which included important recommendations. Five years later, this audit has found that the vast majority of the recommendations are still outstanding¹. Measures must be taken as quickly as possible. The matter remains alarming given the conflict situation between several partners. The difficulties in reaching an agreement on the TARMED revision and the risks of deadlock are real.

New subsidiary power for Federal Council

Following the SFAO's work, however, the Federal Assembly approved an important amendment to the Health Insurance Oversight Act at the end of 2011. Since then, the Federal Council may make the necessary adjustments whenever the tariff partners fail to come to an agreement on the revision.

In 2014, the Federal Council used this subsidiary power to revalue primary care medicine. To offset the increase of CHF 200 million, it opted for an 8.5% linear cut on 13 technical services. While the chosen approach is not the most appropriate in terms of fairness and actual costs, the SFAO believes that it was difficult to find another solution given the time, data and resources available. The SFAO welcomes the use of this subsidiary power to the extent that it is a credible means for exerting pressure on the tariff partners.

Federal principles that are too general

Nevertheless, it has been known for years that the TARMED structure needs revising. At the end of 2010, the tariff partners – except santésuisse – came to an agreement in order to initiate a revision process. The new insurer's association Curafutura joined the group of tariff partners in 2014. Planned for the end of 2015, they had hoped to send a proposal to the Federal Council in June 2016 for approval. Although it has been five years since these partners began working on the matter, it was not until May 2015 that the Federal Council adopted principles for the TARMED revision, which are still too general. The SFAO regrets that the Federal Council did not settle important points such as principles to make the tariff structure less complex or even principles to facilitate updating the tariff. The points are closely related to the recommendations made by the SFAO in 2010.

Furthermore, the Federal Council did not indicate a deadline for the tariff partners' submission of their proposed revision to it. This situation makes management by the Federal Department of Home Affairs (FDHA) more complicated, be it to break the deadlock situation or to assess the tariff submitted, or to declare a breakdown in negotiations and draw conclusions from it.

¹ The SFAO's recommendation calling for the Office of Price Supervision to have a greater role is no longer current. This office can now intervene as a result of the introduction of the Federal Council's subsidiary power in the Health Insurance Oversight Act.



Invoices that are hard to understand and sometimes obscure

Similarly, the SFAO did not observe any progress on invoicing either. This problem persists and makes the tariff non-transparent and prevents it from being updated whenever tariff partners fail to reach an agreement on tariff items for new services or technical developments.

Despite the recent associated findings on the lack of readability of invoices, the SFAO notes the inertia of the various players with regard to possible simplification. According to a survey from consumer and patient protection associations, most patients do not understand an invoice fully or at all. Moreover, it sometimes happens that the patient is not even given a copy. This issue is in part linked to a simplification of the tariff structure, but not exclusively. Service providers must provide invoices that are detailed and understandable. This is a legal requirement. The Federal Council may define additional details that should be included on invoices.

Lack of analyses of the need to improve TARMED

The Federal Council has taken measures to improve the statistical databases on outpatient medical care. The Federal Statistical Office (FSO) and the Federal Office of Public Health (FOPH) are working together to collect data. This is a long-term programme for which not all of the uncertainties have been resolved: data quality, level of precision, specific data processing methods. In terms of studies, the FOPH has given priority to the monitoring of laboratory analyses. In the outpatient sector, it has planned a follow-up reevaluation of primary care medicine. It has not performed any other in-depth analyses to identify the need to improve TARMED. At the end of 2015, it at least committed the resources for studies in order to prepare itself for the approval stage of the TARMED revision.

Original text in French

Prise de position générale de l'Office fédéral de la santé publique :

Le rapport du CDF vise à identifier et à évaluer les mesures prises ou initiées par la Confédération suite à l'évaluation du TARMED compte tenu de la compétence subsidiaire encrée à l'art. 43, al. 5bis, LAMal. Il déclare vouloir mettre l'accent sur le rôle de la Confédération et notamment de l'OFSP. Ce faisant, le CDF arrive à la conclusion que la grande majorité des recommandations émises dans le rapport d'évaluation du TARMED en 2010 reste ouverte et appelle à des mesures rapides et urgentes.

Bien que l'OFSP admette aussi qu'une série de mesures préconisées dans le rapport d'évaluation du TARMED de 2010 n'ont pas été mises en œuvre, il constate que la grande majorité d'entre elles ne relèvent ni de la compétence du Conseil fédéral et ni de celle de l'OFSP et que les recommandations y relatives auraient dû être adressées aux partenaires tarifaires. Compte tenu de l'autonomie tarifaire des partenaires prévu par la LAMal, le Conseil fédéral ne peut pas imposer des prescriptions allant au-delà de ce qui est prévu dans la loi.

L'OFSP considère dès lors que les recommandations formulées par le CDF en 2010 ont été amplement mises en œuvre dans la mesure permise par le cadre légal et par les compétences accordées à l'OFSP, respectivement au Conseil fédéral.

La prise de position intégrale de l'Office fédéral de la santé publique figure à l'annexe 3 du présent rapport. L'OFSP admet que plusieurs recommandations du Contrôle fédéral des finances n'ont pas été mises en œuvre. Il juge cependant avoir pris des mesures dans la limite de ses compétences. Le CDF considère qu'une grande partie des recommandations formulées dans son rapport de 2010 reste ouverte et que des actions sont nécessaires. Il a recouru à l'article 12 alinéa 3 de la Loi sur le contrôle fédéral des finances réglant la procédure en cas de contestation de constats ou de recommandations. Il a demandé au Département fédéral de l'intérieur de se prononcer sur les principaux points contestés.



Décision selon l'article 12/3 LCF du Département fédéral de l'intérieur :

Votre courrier du 17 mars 2016 concernant le suivi des recommandations de l'évaluation du tarif des prestations médicales ambulatoires TARMED publiée en 2010 m'est parvenu et je vous en remercie.

Je tiens d'abord particulièrement à saluer l'impulsion apportée par le Contrôle des finances (CDF) dans les réflexions touchant à l'amélioration de la structure tarifaire TARMED et le rôle moteur qu'ont joué vos recommandations de 2010. En effet, depuis votre rapport de 2010 concernant le TARMED, un grand nombre de travaux en relation avec vos recommandations ont été menés à bien ou sont en cours, sous la supervision du Département fédéral de l'intérieur (DFI) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La clarté des recommandations et, en l'occurrence, de la recommandation 2, a permis une révision très rapide de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) et l'introduction d'une nouvelle compétence pour le Conseil fédéral en matière de tarifs, comme vous le reconnaissez vous-même. L'art. 43, al. 5bis, LAMal entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013 octroie ainsi au Conseil fédéral une nouvelle compétence subsidiaire lui permettant d'intervenir dans les structures tarifaires qui ne sont plus appropriées et lorsque les partenaires tarifaires. Une année et demie après l'entrée en vigueur de cette disposition, le Conseil fédéral a fait pour la première fois usage de sa nouvelle compétence et adapté la structure tarifaire TARMED, faute d'un accord entre les partenaires. L'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2014 (RS 832.102.5) a permis d'améliorer la situation des médecins de premier recours, conformément au point 5 de la recommandation 1 de votre rapport de 2010. Par ailleurs, le rééquilibrage entre le poids des prestations médicales intellectuelles et celui des prestations techniques dans la structure tarifaire TARMED avait pour conséquence de permettre une intervention dans la structure la plus neutre possible du point de vue des coûts. Comme vous le mentionnez vous-même dans le rapport de suivi, le recours à la compétence subsidiaire a démontré que celle-ci constitue un moyen de pression sur les partenaires tarifaires et une menace crédible.

De l'avis de tous, la structure tarifaire TARMED n'est plus appropriée et il devient urgent de la réviser. Parallèlement aux actions évoquées ci-dessus, les autorités fédérales font dès lors leur possible afin de faciliter la révision de la structure tarifaire TARMED par les partenaires tarifaires. Le DFI et l'OFSP suivent la situation de près. Comme vous le savez, FMH, H+ et curafutura travaillent actuellement à la révision de la structure, tandis que santésuisse reste à l'écart des négociations essentiellement par crainte de l'augmentation des coûts que cette révision pourrait générer. Les partenaires tarifaires ont annoncé vouloir soumettre la structure tarifaire révisée au Conseil fédéral pour approbation d'ici fin juin 2016. Si les négociations concernant cette révision devaient échouer, le Conseil fédéral se prépare à procéder une nouvelle fois à l'adaptation de la structure tarifaire actuelle.

[En conclusion], je peux donc confirmer que la situation concernant la structure tarifaire TARMED est prise très au sérieux par l'administration fédérale et par mon département. Les travaux actuels visent prioritairement à permettre l'aboutissement de la révision de la structure tarifaire. La structure révisée devra respecter les prescriptions prévues par la LAMal, notamment en ce qui concerne l'économicité et l'équité. Si celle-ci venait à échouer faute d'un accord entre les partenaires tarifaires ou parce que la structure révisée ne respecte pas les principes de la LAMal, le Conseil fédéral est prêt à faire usage de sa compétence subsidiaire. La phase actuelle ne se prête pas à des mesures urgentes.

Table des matières

1	Mission et déroulement de l'audit	14
1.1	Contexte	14
1.2	Objectifs et questions d'audit	16
1.3	Etendue de l'audit et principes	17
1.4	Documentation et entretiens	17
2	Edicter des principes pour l'adaptation des tarifs : le point-clé	18
3	Tarifification provisoire par le Conseil fédéral : application de la compétence subsidiaire avec la revalorisation de la médecine de famille	21
4	Limitation de la facturation par analogie : pas d'évolution	23
5	Rôle de la Surveillance des prix : pas nécessaire avec la compétence subsidiaire du Conseil fédéral	26
6	Monitoring et analyse de l'OFSP : projet sur la gestion des données, mais peu de priorités définies	27
7	Simplification des factures pour le patient : pas de progrès	32
8	Conclusion sur l'état de mise en œuvre des recommandations	34
9	Entretien final	35
	Annexe 1 : Bases légales, principes et directives	36
	Annexe 2 : Abréviations, priorité des recommandations du CDF	37
	Annexe 3 : Prise de position détaillée de l'Office fédéral de la santé publique	38



1 Mission et déroulement de l'audit

1.1 Contexte

En vertu de son programme annuel 2015, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a décidé d'examiner le suivi des recommandations formulées en 2010 dans son rapport d'évaluation du tarif des prestations médicales ambulatoires (TARMED)⁵. Sur la page suivante, l'encadré 1 rappelle les grandes lignes de l'organisation de ce tarif médical.

Dans sa prise de position sur le rapport de 2010, l'Office fédéral de la santé publique avait signalé que les possibilités d'intervention de la Confédération étaient fort limitées⁶. Faute de base légale suffisante, les autorités fédérales ne pouvaient que difficilement donner suite aux recommandations du CDF.

Sur la base des résultats du CDF et des prises de position sur les recommandations, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a déposé en mars 2011 une initiative parlementaire visant à attribuer au Conseil fédéral davantage de compétences dans l'adaptation du tarif médical TARMED⁷. Fin 2011, le Parlement a voté une modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) allant dans ce sens et octroyant une compétence subsidiaire au Conseil fédéral⁸.

En vertu de l'article 43 al. 5bis entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013⁹, le Conseil fédéral peut désormais procéder aux adaptations nécessaires lorsque la structure tarifaire s'avère inappropriée et pour autant que les partenaires tarifaires n'arrivent pas à se mettre d'accord sur une révision.

Le Conseil fédéral a recouru à sa nouvelle compétence subsidiaire en 2014. Par voie d'ordonnance, il a adapté la structure tarifaire afin de revaloriser les prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques¹⁰ (voir chapitre 3). Cette modification s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Masterplan « Médecine de famille et médecine de base » qui vise, entre autres, à améliorer la situation financière des médecins de premier recours¹¹.

La révision totale du TARMED demeure une question d'actualité. Jusqu'en 2010, plusieurs tentatives de revoir la structure tarifaire TARMED et la mettre à jour ont échoué. Fin 2010, parmi les partenaires tarifaires, la Fédération des médecins suisses (FMH), l'association des Hôpitaux de Suisse (H+) et la Commission des tarifs médicaux (CTM) ont initié un processus d'actualisation du TARMED.

⁵ CDF (2010). TARMED, le tarif des prestations médicales ambulatoires – Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération. Berne, Contrôle fédéral des finances, novembre 2010.

⁶ La prise de position de l'OFSP figure dans le rapport du CDF. CDF (2010), pp. 128 - 133.

⁷ 11.429 – TARMED. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral. Initiative parlementaire déposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national, 24 mars 2011.

La motion 11.3079 (Révision du modèle tarifaire TARMED) allait plus loin et demandait que la Confédération joue un rôle dirigeant dans la révision du système tarifaire sachant que celle-ci est manifestement bloquée.

⁸ FF 2012 51- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) – Modification du 23 décembre 2011.

⁹ RO 2012 4085.

¹⁰ Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie du 20 juin 2014 (RS 832.102.5).

¹¹ Office fédéral de la santé publique OFSP (2014). Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie – Teneur et commentaire. Berne, le 13 juin 2014.

Sous réserve de trouver un accord, les partenaires tarifaires devaient proposer une révision du TARMED d'ici la fin de l'année 2015. Ils espèrent communiquer une version consolidée au Conseil fédéral d'ici juin 2016¹².

Dans ce contexte, le CDF estime opportun de dresser un bilan de la situation et de voir comment les autorités fédérales ont concrétisé les recommandations de 2010. La modification législative donne en effet à la Confédération une plus grande marge de manœuvre.

Encadré 1 : Qu'est-ce que le TARMED ?

Le Tarif des prestations médicales ambulatoires (TARMED) est la structure tarifaire applicable à l'ensemble des prestations ambulatoires médicales fournies en Suisse. Il comporte plus de 4500 positions tarifaires et est censé couvrir toutes les prestations médicales en cabinet médical et dans le secteur hospitalier ambulatoire. Cependant, seules 300 positions sont régulièrement utilisées. Chaque prestation se voit attribuée un nombre déterminé de points tarifaires. Ceci se fait, entre autres, en fonction de la durée, de la qualification requise et des infrastructures nécessaires (selon la structure tarifaire). Une distinction est faite entre les prestations médicales et techniques. Le calcul du traitement facturé se fait à partir de la valeur de point tarifaire (prix unitaire) multiplié par le nombre de points prévu pour la prestation.

Le TARMED est un tarif négocié entre assureurs et fournisseurs de prestations par le biais de conventions. Il est conçu en chapitres correspondant plus ou moins aux différentes disciplines médicales. Les partenaires tarifaires fixent le prix ainsi que les positions tarifaires qui se fondent sur une structure tarifaire uniforme. Le Conseil fédéral approuve la structure. Les cantons valident la détermination de la valeur du point tarifaire pour laquelle la Surveillance des prix est consultée. En 2014, le volume financier des prestations facturées avec le TARMED approchait les 10 milliards de francs.

Avant l'intervention du Conseil fédéral de 2014, la dernière mise à jour du TARMED date du 1^{er} juin 2012 (version 1.08). Elle concernait, entre autres, le traitement de la douleur, des traitements dermatologiques, l'indemnité de déplacement¹³. L'actualisation des positions tarifaires ou l'intégration de nouvelles positions relèvent de la Commission paritaire tarifaire. Seuls les partenaires tarifaires de la convention-cadre TARMED LAMal (FMH, H+, santésuisse et la CTM) sont habilités à déposer des demandes. Les décisions se prennent à l'unanimité. A l'origine, le maintien et le développement du TARMED est du ressort de TARMED Suisse, société simple, financée par les fournisseurs de prestations et les assureurs. Face à la situation de blocage persistant entre les partenaires tarifaires, la FMH, H+, la CMT et Curafutura ont décidé en 2015 de créer une nouvelle société TARMED SA afin de sortir de l'impasse. Santésuisse s'oppose à cette solution.

¹² Bulletin des médecins suisses, n° 49, 2.12.2015, pp. 1802-1804.

¹³ Bulletin des médecins suisses, n° 22, 30.05.2012, pp. 799-800.



1.2 Objectifs et questions d'audit

Ce mandat d'audit a comme principal objectif d'examiner le suivi donné aux recommandations du CDF compte tenu de la modification législative. En 2010, le CDF a formulé six recommandations (voir encadré 2 ci-dessous) :

Encadré 2 : Recommandations du CDF en 2010

Recommandation n°1 : 'édiction de principes clairs'

L'Office fédéral de la santé publique doit inciter le Conseil fédéral à mieux utiliser les compétences que lui confère l'art. 43 al. 7, LAMal et à édicter des principes pour l'adaptation des tarifs. Les principes devraient porter sur les aspects suivants : calcul des minutages ; critères pour le calcul de la productivité ; taux d'utilisation pour les équipements techniques ; examiner les possibilités de revaloriser la médecine générale.

Recommandation n°2 : 'tarification provisoire par le Conseil fédéral'

L'Office fédéral de la santé publique doit proposer, lors de la prochaine révision de la LAMal, que le Conseil fédéral fixe une tarification provisoire si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre. Celle-ci serait appliquée lorsqu'une prestation n'est pas tarifée ou lorsque des indices révèlent que la structure du tarif n'est plus appropriée ou ne correspond pas aux règles d'une saine gestion économique par un fournisseur de prestations efficace. Cette solution temporaire resterait en vigueur jusqu'à ce que les partenaires tarifaires conviennent d'une nouvelle tarification.

Recommandation n°3 : 'interdiction de la facturation par analogie'

L'Office fédéral de la santé publique doit proposer, lors de la prochaine révision de la LAMal, l'interdiction des facturations par analogie et la possibilité de sanctions en cas de non-respect de cette disposition.

Recommandation n°4 : 'nouveau rôle pour la Surveillance des prix'

La Surveillance des prix se voit accorder un statut d'observateur au sein de TARMED Suisse. Si les partenaires tarifaires ne trouvent pas d'accord dans un délai défini, la Surveillance des prix transmet les cas problématiques au Conseil fédéral en vue d'une tarification provisoire.

Recommandation n°5 : 'monitoring et analyses'

L'Office fédéral de la santé publique doit élaborer un concept d'analyse statistique des prestations médicales facturées et remboursées et le faire approuver par le Conseil fédéral. Il s'agit de définir des priorités pour les analyses à mener (minutages, productivité,...), de préciser les données nécessaires et de centraliser la gestion des données sur les prestations ambulatoires à l'Office fédéral de la statistique. Il convient de déterminer les ressources nécessaires et la répartition des tâches.

Recommandation n°6 : 'information du patient'

L'Office fédéral de la santé publique doit inviter le Conseil fédéral à simplifier les factures adressées aux patients afin que celles-ci puissent être contrôlées plus facilement.

Le CDF ne mène pas une nouvelle analyse détaillée sur la situation du tarif TARMED, l'état des négociations et la viabilité des propositions faites sur les modifications tarifaires. Il souhaite connaître les mesures prises ou initiées au niveau de la Confédération compte tenu de la nouvelle marge de manœuvre que le Parlement lui a octroyée. Il s'agit de déterminer si ces mesures fournissent des indications suffisantes en vue d'une amélioration de la situation par rapport aux constats de 2010.

Les questions se concentrent sur les points suivants :

- Concrétisation de la compétence subsidiaire accordée au Conseil fédéral et actions entreprises.
- Définition de conditions-cadres pour la révision du TARMED.
- Etat des mesures prises ou en cours d'élaboration afin de mettre en œuvre les recommandations du CDF.
- Possibilités d'action, analyses, et interventions de l'Office fédéral de la santé publique et des autres services fédéraux concernés.

L'accent est mis sur le rôle de la Confédération, notamment de l'Office fédéral de la santé publique qui assume la responsabilité de ce dossier au niveau fédéral.

Dans le cadre de ce mandat, le CDF ne formule pas de nouvelles recommandations. Il se tient aux recommandations de 2010, examine le degré de mise en œuvre et donne une appréciation. Il indique lorsqu'il estime que la recommandation est encore ouverte.

1.3 Etendue de l'audit et principes

L'audit a été exécuté par Laurent Crémieux, responsable d'audit, et Martin Baumann, au sein du centre de compétences audit de rentabilité et évaluation, sous la supervision d'Emmanuel Sangra. Il a été réalisé entre juin et septembre 2015 et porte sur la situation à fin septembre 2015.

L'équipe d'audit s'est concentré sur les services concernés de l'Office fédéral de la santé publique. Outre des entretiens avec les différentes personnes en charge de ce dossier, le CDF a examiné la documentation relative à la stratégie et aux principes généraux de la Confédération, ainsi qu'aux activités de l'OFSP en relation avec le tarif TARMED.

L'équipe du CDF a également mené des entretiens avec les parties prenantes engagées sur ce thème. Il s'agit de la Fédération des médecins suisses (FMH), l'association des Hôpitaux de Suisse (H+), l'organisation des assureurs-maladie santé suisse et de Curafutura, l'association des assureurs-maladie innovants. Au niveau de la Confédération, le CDF a eu un entretien avec la Surveillance des prix. Les cantons ont également été intégrés par l'intermédiaire de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS). Le CDF a estimé important de connaître l'opinion de ces acteurs d'autant plus qu'ils avaient été invités à prendre position sur le rapport d'évaluation de 2010.

1.4 Documentation et entretiens

Le CDF a reçu la documentation et les informations souhaitées de manière compétente. Il remercie l'ensemble des personnes interrogées pour leur disponibilité et leur attitude coopérative.



2 Edicter des principes pour l'adaptation des tarifs : le point-clé

Dans la stratégie globale Santé 2020, le Conseil fédéral a fixé différents objectifs qui concernent TARMED. « Maintenir la santé à un niveau à un niveau abordable en accroissant l'efficacité » est l'un d'eux¹⁴. Parmi les mesures visant à contenir, voire à réduire les coûts des prestations prises en charge par les caisses, « il faut supprimer les effets pervers, tels ceux qui existent dans les systèmes de rétribution des soins ambulatoires »¹⁵. Pour y parvenir, le DFI mise sur le renforcement des indemnités forfaitaires par rapport aux tarifs à la prestation et la révision des tarifs actuels (parmi lesquels TARMED) « afin de limiter les éléments qui incitent les prestataires à élargir leur offre »¹⁶. Le renforcement des instruments de pilotage est également cité comme objectif. Il s'agit d'utiliser les compétences à disposition afin de débloquer les négociations tarifaires, notamment dans le domaine TARMED¹⁷. C'est une des mesures prioritaires adoptées par le Conseil fédéral en 2013.

Alors que les partenaires tarifaires ont entamé un processus de révision complète du TARMED en 2011, le Conseil fédéral n'a adopté des conditions-cadres concernant la révision du TARMED qu'en mai 2015. Le DFI les a communiquées aux partenaires tarifaires en juin 2015. Il s'agit de principes généraux se référant au cadre légal, en vue d'une approbation par le Conseil fédéral :

- Structure tarifaire convenue conjointement, approuvée par les partenaires tarifaires prépondérants qui représentent la majorité des fournisseurs de prestations et la majorité des assureurs.
- Documentation complète et transparente y compris le modèle tarifaire avec les données de base, la méthode de calcul et l'estimation de l'incidence financière à valeurs de point tarifaire constant.
- Respect des principes d'économicité et d'équité, c'est-à-dire qu'à une offre de prestations égale (même qualité et quantité de prestations fournies), il ne doit en principe pas y avoir d'augmentation de coûts. Les gains de productivité doivent être incorporés dans le modèle tarifaire.
- Adaptation aux réalités actuelles, c'est-à-dire que le modèle proposé doit reposer sur de nouveaux relevés de données et un nouveau calcul des paramètres (minutages, productivité,...). Autrement dit, une simple indexation des coûts ne sera pas acceptée.

Le CDF regrette que le Conseil fédéral n'ait pas fixé un délai pour que les partenaires tarifaires livrent le projet de révision pour approbation¹⁸. Le DFI part du principe que les partenaires tarifaires ont indiqué à plusieurs reprises que le projet de révision serait achevé fin 2015. Le cas échéant, il pourrait fixer une date butoir, en cas de retard.

Le projet de révision du TARMED a été repoussé à maintes reprises. En 2011, en réponse à une motion parlementaire sur la révision du modèle tarifaire TARMED¹⁹, le Conseil fédéral précise que les points clés de la révision ont été convenus entre le Chef du DFI et les partenaires tarifaires. Dans

¹⁴ Santé 2020, objectif 2.2.

¹⁵ Département fédéral de l'intérieur (2013). Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral – Santé 2020. Berne, Office fédéral de la santé publique, janvier 2013, p. 9.

¹⁶ Département fédéral de l'intérieur (2013). Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral – Santé 2020. Berne, Office fédéral de la santé publique, janvier 2013, p. 10.

¹⁷ Département fédéral de l'intérieur (2013). Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral – Santé 2020. Berne, Office fédéral de la santé publique, janvier 2013, pp. 13 et 22.

¹⁸ D'autres services fédéraux ont soulevé ce point lors de la procédure de consultation interne à l'administration. Le CDF n'a pas été consulté.

¹⁹ 11.3070 – Révision du modèle tarifaire Tarmed. Motion déposée par le Groupe socialiste, 9 mars 2011.

ce cadre, les partenaires tarifaires doivent élaborer un concept de révision d'ici au 30 septembre 2011. Pour une demande de révision au Conseil fédéral, le délai 'envisagé' est fixé à fin 2012, sous réserve de confirmation « au moment où le projet de révision sera prêt »²⁰. Le risque que le projet de révision ne soit pas transmis au Conseil fédéral d'ici fin 2015 est élevé, d'autant plus que SantéSuisse ne participe pas aux négociations. De surcroît, le conflit qui oppose les assureurs, par l'intermédiaire de SantéSuisse et Curafutura, complique singulièrement la situation.

Le DFI déclare attendre des résultats pour la fin de l'année et être prêt, le cas échéant, à intervenir²¹. Le CDF n'a pas identifié quels sont les moyens d'action possibles, définis par le DFI, soit pour débloquer la situation, soit pour constater un échec des négociations entre partenaires tarifaires et les conséquences à en tirer. Autrement dit, dans quels cas de figure, le Conseil fédéral serait prêt à recourir une nouvelle fois à sa compétence subsidiaire ?

Le CDF est d'avis que le Conseil fédéral aurait dû définir des principes directeurs plus tôt, lorsque les partenaires tarifaires ont entamé leur projet de révision tripartite. Le CDF a conscience que les relations entre les partenaires tarifaires et l'OFSP sont tendues et que toute collaboration est difficile. En juin 2014, l'OFSP invite les partenaires tarifaires pour discuter du projet de révision. L'objectif de l'OFSP est de présenter les attentes de la Confédération. Au niveau du processus, l'OFSP souhaite que les partenaires tarifaires lui communiquent les étapes importantes du processus avec un plan d'action et un calendrier. L'office demande à être informé régulièrement de l'état d'avancement des travaux et des progrès. L'office pourrait ainsi mieux se préparer en vue du processus d'approbation. Les partenaires tarifaires n'ont pas formellement accédé à cette demande : ils s'appuient sur l'autonomie tarifaire. Cette situation illustre le manque de confiance réciproque. Les différents acteurs agissent avant tout selon une logique juridique, voire de confrontation. D'un côté, l'OFSP éprouve de difficultés à définir des conditions-cadres. De l'autre, des partenaires tarifaires se plaignent du manque de dialogue et de propositions constructives de l'OFSP.

Le CDF estime que les principes adoptés par le Conseil fédéral en mai 2015 restent très généraux. D'autres principes auraient pu être formulés de manière plus explicite, entre autres, éviter les fausses incitations générées par le tarif ou limiter la facturation par analogie.

Plus étonnant, les principes du Conseil fédéral ne reprennent pas l'ensemble des attentes communiquées par l'OFSP en juin 2014. Par exemple, l'OFSP avait indiqué que la réduction de la complexité de la structure tarifaire était nécessaire dans l'objectif d'une meilleure compréhension et d'une possible simplification des factures (voir chapitre 7). Autre exemple, l'OFSP avait communiqué la nécessité de définir des conditions-cadre pour mettre à jour périodiquement le tarif. L'OFSP avait même précisé que les nouvelles prestations médicales, obligatoires dès qu'elles figurent sur l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins²², doivent être intégrées dans un délai raisonnable dans la structure tarifaire. Il en est de même pour les modifications générées par le progrès technique. Le CDF regrette que le Conseil fédéral n'ait pas repris ces

²⁰ 11.3070 – Révision du modèle tarifaire Tarmed. Motion déposée par le Groupe socialiste, 9 mars 2011. Dans sa proposition du 25 mai 2011, le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion. En suspens depuis plus de deux ans, elle a été classée en 2015.

²¹ « Coup de froid sur la révision des tarifs médicaux ». Tribune de Genève, 28 août 2015.

²² Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (832.112.32).



deux points dans la définition des principes généraux. En effet, ils sont directement liés à plusieurs points faibles constatés en 2010 par le CDF. De surcroît, ils ne font pas partie des points les plus contestés par les partenaires tarifaires. Le principe de la neutralité des coûts constitue l'un des principaux points d'achoppement.

D'une manière générale, l'OFSP ne souhaite pas fournir davantage de précisions. Par exemple, pour tenir compte des réalités actuelles, il indique la nécessité d'avoir un nouveau calcul des paramètres (minutages, productivité, taux de valeur intrinsèque²³,...), sans plus de précision sur les orientations possibles. Il estime ne pas devoir suggérer des options possibles afin de répondre aux attentes définies. Ni faire de parallèle avec l'organisation pour développer et mettre à jour régulièrement le tarif Swiss DRG : quels seraient les enseignements possibles ? quels sont les mécanismes d'organisation transposables au TARMED ?

Décision du Département fédéral de l'intérieur :

Tout comme le CDF, le DFI considère aussi que les partenaires tarifaires doivent recevoir des critères clairs concernant l'approbation d'une structure tarifaire révisée et que les partenaires tarifaires doivent être accompagnés de près durant toute la procédure de révision du TARMED. En raison de l'autonomie tarifaire prévue par la LAMal, le DFI est toutefois plus circonspect en ce qui concerne l'édiction de critères précis concernant certains éléments du modèle de calcul du TARMED (ex. minu-tage ou productivité).

Les conditions pour la révision du TARMED se fondent sur la loi et sont connues depuis longtemps des partenaires. Voyant que certains points de désaccord entre eux risquaient de compromettre l'avancement des travaux et d'empêcher de parvenir à une structure tarifaire révisée qui puisse être acceptée par le Conseil fédéral, l'OFSP leur a rappelé en juin 2014, les principes généraux qui allaient guider l'approbation de la structure tarifaire révisée. Certains de ces principes ayant rencontré une forte résistance de la part des partenaires tarifaires, le DFI a par ailleurs invité le Conseil fédéral à adopter quatre conditions cadres pour la révision du TARMED, qui ont été ensuite communiquées aux partenaires tarifaires en juin 2015 : structure tarifaire convenue conjointement entre les partenaires tarifaires prépondérants ; documentation complète et transparente ; respect des principes d'économicités et d'équité ; adaptation de la structure aux réalités actuelles. Il faut ici noter que les conditions communiquées par l'OFSP en 2014, qui demandent une structure tarifaire moins complexe et un cadre pour la mise à jour périodique de la structure tarifaire, n'ont pas été réitérées par le Conseil fédéral étant donné qu'elles avaient reçu l'adhésion des partenaires tarifaires.

Comme évoqué en introduction, le DFI et l'OFSP suivent de près les travaux de révision du TARMED, entretiennent des séances régulières avec les partenaires et s'évertuent à trouver des solutions dans le cadre de leurs compétences légales.

²³ Ce taux est différencié en fonction du niveau de qualification médicale requis.

3 Tarification provisoire par le Conseil fédéral : application de la compétence subsidiaire avec la revalorisation de la médecine de famille

Avec l'entrée en vigueur de l'Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie le 1^{er} octobre 2014, le Conseil fédéral a recouru pour la première fois à sa compétence subsidiaire pour le TARMED. Le Conseil fédéral a décidé la création d'une nouvelle position tarifaire pour la médecine de famille au cabinet médical et une diminution linéaire de 8.5% des points des prestations techniques figurant dans 13 chapitres de la structure tarifaire²⁴.

La revalorisation de la médecine de famille était un objectif prioritaire du Conseil fédéral suite au dépôt de l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » en avril 2010. En juin 2012, le DFI a lancé le Masterplan « Médecine de famille et médecine de base » afin d'améliorer concrètement la situation dans ce domaine, en particulier la situation financière des médecins de premier recours. Afin d'éviter des coûts supplémentaires, le DFI a invité les partenaires tarifaires à présenter un plan d'adaptation et de mise en œuvre qui soit neutre en termes de coûts. Ces derniers n'ont pas réussi se mettre d'accord dans le délai imparti. En septembre 2013, ils ont informé le Chef du DFI qu'aucun accord n'avait été trouvé en lien avec les objectifs. Suite à ce constat, le Conseil fédéral a entrepris de procéder aux adaptations tarifaires.

L'OFSP a étudié différentes options pour la réduction des prestations techniques, entre autres, une diminution linéaire uniforme, une coupure linéaire différenciée et une diminution sur des prestations spécifiques (minutages, gains de productivité,...)²⁵. Le CDF estime que la solution finale retenue n'est peut-être pas la plus adéquate au niveau du respect des principes d'économicité et de réalité des coûts. Cependant, c'était une solution réalisable rapidement, compte tenu des ressources à disposition. En effet, faute de données fiables, l'OFSP aurait eu des difficultés à définir un nouveau minutage pour des prestations techniques. Il est possible de savoir que les minutages de telle ou telle prestation technique ne sont plus adaptés. Il est en revanche nettement plus difficile de connaître les paramètres servant à définir le minutage actuel ou des gains de productivité. Pour effectuer la coupe linéaire, l'OFSP a pris les prestations techniques des 13 chapitres du TARMED représentant le plus grand volume financier facturé et ayant connu la plus forte progression de coûts entre 2009 et 2012.

Ce cas montre que le Conseil fédéral a réussi à concrétiser sa compétence subsidiaire, faisant suite à la recommandation du CDF. Les recours déposés pour s'opposer à l'entrée en vigueur de l'ordonnance ont été rejetés par les tribunaux. En pratique, les fournisseurs de prestations ont appliqué les nouvelles positions tarifaires conformément à l'ordonnance du 1^{er} octobre 2014. Les partenaires tarifaires n'ont pas noté d'obstruction de la part de fournisseurs de prestations. En conséquence, le CDF estime que le recours à la compétence subsidiaire par le Conseil fédéral est une menace crédible. Elle constitue le seul moyen de pression afin que les partenaires tarifaires trouvent des solutions concrètes. La recommandation du CDF a été mise en œuvre, suite au changement législatif.

Cela étant dit, le CDF n'a pas connaissance d'autres cas du TARMED où le Conseil fédéral aurait identifié un besoin de tarification provisoire. Le Conseil fédéral n'a pas défini les conditions selon lesquelles il serait susceptible d'intervenir, notamment dans le cadre de la mise à jour régulière du TARMED (voir chapitre suivant sur la facturation par analogie). Pour le moment, l'accent est mis sur le projet de révision totale du TARMED.

²⁴ Pour les détails, se reporter à l'article 2 et à l'annexe de l'Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie du 20 juin 2014 (RS 832.102.5).

²⁵ Le CDF a eu accès à la documentation et aux différentes options étudiées par l'OFSP.



Décision du Département fédéral de l'intérieur :

Comme mentionné en introduction, le DFI salue la compétence subsidiaire, car elle donne au Conseil fédéral un moyen de pression sur les partenaires tarifaires afin de les inciter à procéder aux adaptations nécessaires pour que les structures tarifaires restent appropriées, pour que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. La pression est ainsi maintenue sur les partenaires pour qu'ils appliquent l'autonomie tarifaire dont ils disposent afin de s'accorder sur des conventions ou sur leur révision avant que le Conseil fédéral n'intervienne. Compte tenu du principe de la légalité, les conditions cadres émises par le Conseil fédéral ne peuvent excéder le cadre fixé par la loi. Comme le souligne l'OFSP, elles doivent en outre conserver un caractère général et être applicables à tous des tarifs de la LAMal. Adopter des critères spécifiques aux éléments servant au calcul de la structure tarifaire TARMED tels que le minutage ou la productivité constituerait une intervention massive dans les négociations tarifaires et dans le modèle tarifaire incompatible avec le principe d'autonomie tarifaire prévu par la LAMal. Ce même principe risquerait par ailleurs de rendre la mesure inefficace car les partenaires tarifaires sont libres d'adopter un modèle tarifaire qui ne reposerait sur aucun desdits éléments du calcul qui auraient été réglementés par le Conseil fédéral. L'action du Conseil fédéral et de l'administration fédérale s'inscrit dès lors dans la mesure du possible dans le cadre de la recommandation 1 de votre rapport de 2010 qui demandait l'édiction de principes clairs pour l'adaptation du TARMED.

Le recours à la compétence subsidiaire du Conseil fédéral en 2014 peut également être interprété comme une action de pilotage de la révision du TARMED, dans le sens qu'il a permis au Conseil fédéral de mettre en évidence certaines défaillances de la structure actuelle. L'établissement de l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires a constitué dès lors un message plus fort envers les partenaires tarifaires au TARMED que la seule existence de la compétence subsidiaire. Cette compétence est d'autant plus précieuse que la séparation des partenaires tarifaires en plusieurs groupes de négociation complique les négociations pour la révision du TARMED.

La compétence du Conseil fédéral reste subsidiaire et l'autonomie des partenaires tarifaires tient un rôle central dans le système, c'est-à-dire que les partenaires tarifaires sont les premiers responsables pour l'entretien et la révision de la structure tarifaire. La compétence subsidiaire du Conseil fédéral ne constitue pas une solution qui résoudra tous les problèmes actuels liés au TARMED. Comme l'a souligné le Conseil fédéral dans l'avis du 16 septembre 2011 concernant le rapport du 1er septembre 2011 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N), elle a pour principal objectif d'inciter les partenaires tarifaires à s'entendre sur la révision de structures tarifaires qui ne sont plus appropriées. Et pour reprendre l'OFSP, sa mise en œuvre nécessite une ordonnance fédérale et une procédure lourde aux délais importants. TARMED est par ailleurs une structure tarifaire complexe et les partenaires tarifaires ont toujours refusé de fournir l'ensemble des informations qui ont été utilisées pour sa construction, considérant que celles-ci constituent des secrets d'affaires. Le Conseil fédéral dispose dès lors de peu d'éléments lui permettant d'intervenir de manière ciblée dans la structure et la législation en matière de transmission des informations est peu contraignante pour les partenaires. Or, que ce soit pour l'approbation, la fixation ou l'adaptation d'une structure tarifaire à la prestation, le Conseil fédéral doit tenir compte du cadre légal fixé et en particulier des principes d'économicité et d'équité. Par ailleurs, le tarif doit être supportable du point de vue des coûts. L'administration fédérale a lancé des travaux visant à rassembler des informations utilisables pour l'examen de la structure tarifaire révisée et c'est un travail de longue haleine. En cas d'échec des négociations, ces informations pourront éventuellement servir à modifier la structure tarifaire actuelle.

Enclencher maintenant les travaux de modification de la structure tarifaire en vigueur serait anachronique compte tenu des travaux sur la révision de la structure qui sont en cours. Tout comme l'OFSP, je considère que tous les moyens d'action sont mis en œuvre pour à la fois permettre l'aboutissement des négociations entre les partenaires tarifaires et permettre qu'une structure tarifaire révisée, appropriée et économiquement supportable soit approuvée par le Conseil fédéral et entre en vigueur le plus rapidement possible. Les partenaires tarifaires ont annoncé qu'ils soumettront au Conseil fédéral la structure tarifaire révisée fin juin 2016. Si ce délai n'est pas respecté, le Conseil fédéral entend procéder à de nouvelles adaptations de la structure. En préparation de ces éventuels travaux, il a ainsi discuté le 18 mai dernier les scénarii qui pourraient se présenter et les démarches à entreprendre dans chaque situation.

4 Limitation de la facturation par analogie : pas d'évolution

La question de la facturation par analogie reste totalement ouverte. Le CDF ne note pas de progrès ni même d'évolution à ce niveau depuis 2010. La nouvelle compétence subsidiaire du Conseil fédéral n'a pas eu de répercussion jusqu'à présent.

Les constats présentés par le CDF dans son rapport d'évaluation sont toujours valables. Illustration présentée par le CDF en 2010, la situation pour la capsule vidéo-endoscopique n'a pas bougé²⁶. Les partenaires tarifaires n'ont toujours pas réussi à s'entendre sur une position tarifaire pour cette prestation technique, alors qu'elle est inscrite sur la liste des prestations obligatoires de l'assurance-maladie depuis plus de 10 ans.

En lien avec des prestations reconnues par l'assurance-maladie, le recours à la facturation par analogie serait le plus fréquent dans la radiologie lors de l'utilisation de scanners (IRM) ou d'échographies²⁷. Des fournisseurs de prestations utilisent également la facturation par analogie lors de tests génétiques. Il est cependant impossible de connaître l'étendue de cette pratique. Pourtant TARMED est déjà très détaillé, puisqu'il couvre plus de 4500 positions.

Dans un arrêt rendu le 21 janvier 2014²⁸, le Tribunal fédéral s'est prononcé sur une affaire opposant la caisse-maladie Concordia à un médecin spécialisé dans la chirurgie orthopédique et la traumatologie. Concordia était d'avis que la facturation de prestations de scanner²⁹ n'était pas conforme au tarif. Le Tribunal fédéral a estimé que le fournisseur de prestations ne pouvait en aucun cas appliquer par principe une position tarifaire par analogie, même s'il n'existe pas de position tarifaire adéquate. Le fournisseur de prestations ne voulait pas utiliser la position tarifaire pour les scanners « classiques ». Selon lui, celle-ci ne couvrirait pas les coûts supplémentaires générés par le nouvel appareil. Si le Tribunal fédéral se réfère au rôle des partenaires tarifaires pour examiner la rentabilité

²⁶ CDF (2010). TARMED, le tarif des prestations médicales ambulatoires – Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération. Berne, Contrôle fédéral des finances, novembre 2010, pp. 85-86.

²⁷ Source : entretiens.

²⁸ Tribunal fédéral, 9C_524/2013.

²⁹ Système d'IRM à champ ouvert UPRIGHT®.



et l'utilité d'une prestation plus onéreuse, puis la validation d'une nouvelle position, il renvoie également au rôle subsidiaire du Conseil fédéral. Selon le CDF, cet arrêt du Tribunal fédéral est intéressant, car il indique qu'un fournisseur de prestations ne peut pas appliquer automatiquement une position par analogie. De plus, pour la première fois, le Tribunal fédéral lie ce point à la compétence subsidiaire du Conseil fédéral.

Au-delà de ce cas, trois problèmes sont toujours d'actualité³⁰ :

- Les prestations non tarifées alors qu'elles figurent sur le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire³¹.
- La tarification des nouvelles prestations et des innovations techniques.
- Le recours à des positions tarifaires plus généreuses pour le fournisseur de prestations lorsque ce dernier a recours à un nouvel appareil. Cette situation peut perdurer, si personne ne soumet une demande de tarification.

Le CDF estime que l'OFSP devrait fixer un délai pour trouver une position tarifaire dès qu'une prestation est inscrite sur la liste obligatoire de l'assurance-maladie³². Si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre dans le délai imparti, alors l'OFSP détermine une tarification provisoire.

De manière plus générale, il n'existe actuellement pas de solution reconnue pour la prise en charge des innovations techniques et de nouveaux traitements dans le TARMED. Se dirige-t-on vers une conception analogue aux forfaits DRG avec le principe des rémunérations supplémentaires et des indemnités pour innovation³³ ? Selon cette conception, les indemnités pour innovation doivent être validées et approuvées chaque année. Aucune décision de principe n'a été prise jusqu'à présent pour TARMED.

Le CDF est d'avis qu'une clarification est indispensable sur ces deux aspects. Le problème soulevé par le CDF en 2010 n'est pas résolu et la recommandation est toujours d'actualité. Il faut au minimum trouver une solution afin d'identifier les nouvelles prestations et éviter qu'elles ne soient pas tarifées durant plusieurs années.

Une solution simple et minimale consisterait à préciser dans la facture, par exemple avec un signe distinctif ou une annotation, qu'il s'agit d'une prestation facturée par analogie. Ceci aurait au moins le mérite de pouvoir identifier quelles prestations sont facturées par analogie.

³⁰ Ces problèmes sont d'autant plus d'actualité que les dernières adaptations tarifaires du TARMED datent de 2012. Étant donné les blocages entre les partenaires tarifaires, aucune adaptation n'a été adoptée depuis lors. Les éventuelles modifications proposées par la Commission tarifaire paritaire du TARMED n'ont pas été approuvées, étant donné que la règle de l'unanimité s'impose au niveau des partenaires tarifaires.

³¹ En vertu de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (832.112.32).

³² C'est-à-dire l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (832.112.32).

³³ Ce système s'inspire de l'expérience allemande des DRG avec l'intégration des « *Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden* » (NUB).

Décision du Département fédéral de l'intérieur :

La facturation par analogie reflète clairement le fait que le TARMED n'est plus une structure appropriée. Le DFI partage avec le CDF l'avis que ce type de facturation n'est pas satisfaisant, notamment parce qu'il fausse les informations à disposition sur les prestations fournies et met à mal la transparence que l'on souhaitait apporter aux factures. Je me rallie toutefois à la position de l'OFSP, une interdiction n'est pas la voie à prendre. Le principe de la confiance concernant les prestations médicales qui prévaut dans la LAMal et qui induit l'absence d'une liste positive exhaustive des prestations est incompatible avec la limitation de la facturation par analogie, qui nécessite de pouvoir identifier les nouvelles prestations. Il faudrait par ailleurs que l'administration fédérale dispose des informations nécessaires pour calculer et introduire de nouvelles positions dans la structure existante.

En l'état, seule une révision totale de cette structure par les partenaires tarifaires permettrait d'empêcher de manière efficace la problématique de la facturation par analogie. En effet, au-delà de l'argument de l'autonomie tarifaire fixée par la loi, le Conseil fédéral estime aussi que la révision et donc le rétablissement du caractère approprié d'une structure tarifaire incombent en premier lieu aux partenaires tarifaires car ils sont seuls à disposer des données nécessaires pour procéder à des adaptations à grande échelle (voir réponse au postulat 14.3238. Structure Tarmed inappropriée. Elaboration d'un rapport sur les tarifs officiels dans le domaine ambulatoire).

La révision du TARMED permet notamment d'ambitionner que l'ensemble des prestations médicales connues (y compris les nouvelles prestations et les innovations) soient représentées dans la structure tarifaire. Par ailleurs, les partenaires tarifaires à la révision ont annoncé vouloir mettre en place une organisation chargée du suivi de la structure tarifaire révisée. La mise en place de mécanismes visant à assurer le suivi et l'entretien réguliers de la structure révisée est aussi une des conditions communiquées aux partenaires tarifaires, notamment par l'OFSP en 2014. Au moment de se déterminer sur la révision, le Conseil fédéral examinera avec attention les dispositions mises en place par les partenaires tarifaires à cet effet.



5 Rôle de la Surveillance des prix : pas nécessaire avec la compétence subsidiaire du Conseil fédéral

Dans l'esprit de la recommandation formulée en 2010, le CDF a proposé que la Surveillance des prix ait un rôle d'observateur au sein de TARMED Suisse. La Surveillance des prix pourrait ainsi transmettre au Conseil fédéral les cas litigieux lorsque les partenaires tarifaires ne trouvent pas de solution commune.

Suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle compétence subsidiaire du Conseil fédéral (voir sous-chapitre 1.1), celui-ci peut intervenir directement en cas de désaccord persistant des partenaires tarifaires. Il peut ainsi fixer lui-même une tarification provisoire, en particulier dans les cas de figure présentés par le CDF en 2010 : tarification inexistante d'une prestation de l'Assurance obligatoire des soins ; structure du tarif qui n'est plus adapté ; tarification obsolète, car elle n'intègre pas les gains de productivité³⁴.

Dans le cadre de l'application de cette compétence subsidiaire, la Surveillance des prix reçoit les informations lors des procédures de consultation internes à l'administration fédérale. Elle peut ainsi se prononcer. De surcroît, dans les conditions-cadres concernant la révision du TARMED, le Conseil fédéral a indiqué que l'ensemble des données de base, la méthode de calcul et l'estimation de l'incidence financière devront être fournis. Sur la base d'une documentation complète et transparente, la Surveillance des prix pourra également se prononcer.

Sur la base de ces développements, le CDF estime que cette recommandation n'est plus pertinente.

Le CDF est toutefois d'avis que la Confédération devrait être associée d'une manière ou d'une autre au processus de révision. L'OFSP ou un autre service de la Confédération devrait avoir le rôle d'observateur dans les travaux de révision. Le but serait de comprendre le mécanisme, les processus de révision ainsi que les bases de calcul. Il serait également possible d'identifier des conflits entre partenaires. Grâce à un dialogue, ce serait également une manière d'inciter les partenaires à trouver des solutions. Sans être informés durant un long processus de révision, les services de la Confédération ont ensuite besoin de temps, ne serait-ce que pour comprendre les propositions, puis pour se prononcer. Le CDF estime que cette situation n'est pas efficiente. Une telle proposition présuppose un climat de confiance réciproque entre la Confédération et les partenaires tarifaires.

Prise de position de l'Office fédéral de la santé publique :

L'OFSP prend note du fait que le CDF a décidé de renoncer à cette recommandation.

Le Conseil fédéral et l'OFSP suivent le processus de révision. Plusieurs rencontres avec les partenaires ont ainsi été organisées et le Conseil fédéral a communiqué les conditions cadres en vue de la révision du TARMED. Compte tenu du principe d'autonomie tarifaire, le Conseil fédéral et l'OFSP ne peuvent pas prendre à leur charge les négociations et travaux relative à cette révision. De même, leur participation aux négociations, même en tant qu'observateur, peut peser sur l'indépendance et l'objectivité de leur examen dans le cadre de la procédure en vue de l'approbation de la structure tarifaire révisée.

³⁴ CDF (2010). TARMED, le tarif des prestations médicales ambulatoires – Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération. Berne, Contrôle fédéral des finances, novembre 2010, p. 104.

6 Monitoring et analyse de l'OFSP : projet sur la gestion des données, mais peu de priorités définies

Cette recommandation concerne deux aspects distincts³⁵ :

- La définition des données statistiques nécessaires, l'accès et la gestion de ces données de base.
- La définition de priorités pour les analyses à effectuer.

Jusqu'à présent, le Conseil fédéral s'est attelé à proposer des mesures visant à améliorer les statistiques sur les soins de santé ambulatoire. Il s'agit d'améliorer et de renforcer les bases de données dans un but d'analyse. Le Conseil fédéral a inscrit cet objectif comme prioritaire en vertu du rapport « Santé 2020 » présenté par le Département fédéral de l'intérieur³⁶. L'Office fédéral de la statistique (OFS) a élaboré un projet dans ce sens, intitulé « Modules ambulatoires des relevés sur la santé » (MARS)³⁷. L'idée de base consiste à collecter de manière standardisée les informations directement auprès des fournisseurs de prestations. L'OFS associe l'OFSP, les services cantonaux et les parties prenantes à ce projet. A cet effet, il a constitué un groupe d'accompagnement³⁸. Cependant, c'est un projet de longue haleine (voir encadré 3) qui nécessite un grand travail préparatoire. L'OFS réalise des pilotes et estime qu'un premier relevé productif pourrait être effectif en 2016 pour les données 2014³⁹. Toutefois la conception des données relatives aux patients des cabinets médicaux ne démarrera qu'en 2016.

Encadré 3 : Santé 2020 – Projet « Modules ambulatoires des relevés sur la santé » (MARS)

Ce projet vise à remédier aux lacunes existantes dans les statistiques du secteur ambulatoire : faible standardisation des données, bases de données appartenant aux acteurs privés restreignant les possibilités d'utilisation pour les autorités étatiques, absence de données disponibles pour mener des travaux de recherche. Les faiblesses actuelles ne permettent pas d'avoir les bases afin de piloter et développer le système de santé. Des données standardisées existent déjà pour le secteur stationnaire.

MARS est constitué de différents sous-projets :

- Données structurelles du secteur hospitalier ambulatoire
Il vise à compléter la statistique des hôpitaux, à observer les déplacements se produisant entre le secteur stationnaire et le secteur ambulatoire dans les hôpitaux et à comparer les fournisseurs de prestations.

³⁵ CDF (2010). TARMED, le tarif des prestations médicales ambulatoires – Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération. Berne, Contrôle fédéral des finances, novembre 2010, pp. 105-106.

³⁶ Département fédéral de l'intérieur (2013). Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral – Santé 2020. Berne, Office fédéral de la santé publique, janvier 2013, pp. 13 et 22.

³⁷ Office fédéral de la statistique (2014). Statistique des services de santé – La statistique des soins ambulatoires dans le cadre du projet MARS. Version 6.0, 14 novembre 2014.

³⁸ Sont membres du groupe d'accompagnement : l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (CDS), la Conférence suisse des offices régionaux de statistique (CORSTAT), l'Association des hôpitaux de Suisse (H+), la Fédération des médecins suisses (FMH), la Conférence des Sociétés cantonales de médecine (CCM), la Société suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) et les Assureurs maladie suisses (santésuisse).

³⁹ Office fédéral de la statistique (2014). Statistique des services de santé – La statistique des soins ambulatoires dans le cadre du projet MARS. Version 6.0, 14 novembre 2014, pp. 13 et 23.



- Données sur les patients du secteur hospitalier ambulatoire
Ces informations feront l'objet d'un nouveau relevé. Selon l'OFS, elles sont contenues en grande partie dans les systèmes de facturation des soins ambulatoires.
- Données structurelles des cabinets médicaux et des centres de soins ambulatoires
Elles serviront à apprécier l'offre et les prestations effectives de cette catégorie de fournisseurs de prestations. Les informations doivent être collectées au moyen d'un questionnaire électronique pré-rempli avec les informations déjà disponibles auprès de différentes sources de données (myFMH, RoKo, NewIndex).
- Données sur les patients des cabinets médicaux
- Données sur les patients des organisations d'aide et soins à domicile
- Données des pharmacies

Sources :

- OFSP, fiche d'information sur le lancement et la mise en œuvre du projet de statistiques MARS, Santé 2020.
- OFS.

Ce projet nécessite en outre une adaptation de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Les modifications prévues sont présentées dans l'encadré 4. C'est une concrétisation de l'art. 22a, al. 4 de la LAMal. Selon le calendrier actuel, les nouvelles dispositions de de l'Ordonnance doivent entrer en vigueur en 2016.

Encadré 4 : Projet de modification de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie

Les nouvelles dispositions visent à garantir l'accès aux données de base des fournisseurs de prestations. C'est une condition minimale pour garantir la réalisation du projet MARS. Les modifications envisagées prévoient que l'Ordonnance soit complétée comme suit :

- Données de base fournies par les fournisseurs de prestations à l'OFS (art. 30)
Ceci concerne les données sur l'activité, le personnel, les patients, les prestations, les coûts, les données financières, les indicateurs de qualité médicaux.
- Collecte et traitement des données des fournisseurs de prestations (art. 30a)
Cette disposition fixe les modalités de collecte des données par l'OFS.
- Transmission des données des fournisseurs de prestations (art. 30b)
Cet article permet à l'OFS de transmettre des données, en principe sous forme agrégée à l'OFSP, aux autorités cantonales, aux assureurs et à la Surveillance des prix.
L'OFSP peut utiliser ces données pour l'évaluation des tarifs, la comparaison des hôpitaux et le contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations.
- La collecte, le traitement et la transmission des données doit faire l'objet d'un règlement entre l'OFS et l'OFSP (art. 30c).
- Les deux dernières dispositions concernent l'anonymisation des données en vue d'une publication (art. 31, al. 2) et la sécurité des données conservées (art. 31a).

Source : Office fédéral de la santé publique (2015). Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal). Modifications prévues pour le 1^{er} janvier 2016, Teneur des modifications et commentaire, Berne, mai 2015.

Un des objectifs du projet MARS est d'utiliser les données à la fois à des fins statistiques et à des fins de surveillance⁴⁰. Ceci est déjà le cas pour les données du secteur stationnaire (cf. programme d'évaluation de l'OFSP). Cependant, le défi consiste à séparer strictement les deux types d'utilisation. L'OFSP devrait ainsi disposer de données de base lui permettant de mener davantage d'études et de monitoring. Dans le cadre des sous-projets de MARS, l'OFSP a indiqué les données nécessaires en lien avec l'application de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral pour TARMED. L'Office développe également un autre projet, BAGSAN, visant à recevoir et à analyser des données de facturation fournies par les assureurs maladie.

Le projet MARS répond à une partie des préoccupations du CDF : le fait que la gestion des données sur les prestations ambulatoires soient centralisé à l'OFS, que les données soient définies et qu'une répartition des compétences soient fixées entre l'OFS et l'OFSP⁴¹. Il est encore trop tôt pour juger de la qualité de ces données. Tout dépend de la mise en œuvre du projet MARS, c'est-à-dire de la fiabilité des relevés productifs. Il est encore trop tôt pour savoir si ces données seront suffisantes afin de pouvoir mener des analyses approfondies.

L'OFSP n'a cependant pas encore de concept clair quant à l'utilisation concrète de ces données à des fins d'analyse.

Depuis 2010, l'OFSP n'a guère mené d'études, ni défini des priorités pour des analyses sur les prestations ambulatoires, en particulier les minutages et la productivité. L'OFSP estime ne pas disposer des données de base pour effectuer de telles analyses⁴². Il dispose pourtant de l'accès aux informations des caisses-maladie par l'intermédiaire du pool de données SASIS⁴³. Il n'a guère exploité de données dans le secteur des prestations médicales ambulatoires.

En matière d'études, l'OFSP a privilégié le suivi des analyses de laboratoire, qui est un tarif ressortant de la compétence du Département fédéral de l'intérieur⁴⁴. Le but consistait à apprécier les effets de la révision totale de la liste des analyses entrée en vigueur en 2009. Le monitoring était prévu lors de la révision de la structure de ce tarif : évolution du volume et des coûts des analyses ; changement de pratiques au niveau des fournisseurs de prestations ; incidences sur les coûts à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Le rapport final a été publié en 2012⁴⁵. Des modifications relatives aux analyses rapides effectuées dans les cabinets médicaux sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2015⁴⁶.

⁴⁰ Office fédéral de la statistique (2014). Statistique des services de santé – La statistique des soins ambulatoires dans le cadre du projet MARS. Version 6.0, 14 novembre 2014, pp. 7 à 12.

⁴¹ CDF (2010). TARMED, le tarif des prestations médicales ambulatoires – Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération. Berne, Contrôle fédéral des finances, novembre 2010, pp.105-106, les points 5.2, 5.3 et 5.4.

⁴² Constat présenté par le CDF dans son rapport de 2010.

CDF (2010). TARMED, le tarif des prestations médicales ambulatoires – Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération. Berne, Contrôle fédéral des finances, novembre 2010, pp. 45-46.

⁴³ SASIS SA gère les bases de données et le pool tarifaire pour le compte des caisses-maladie. Elle établit des statistiques pour les assureurs maladie.

⁴⁴ Contrairement au TARMED, il s'agit d'un tarif d'office.

⁴⁵ INFRAS (2012). Monitoring Analysenliste. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Schlussbericht, Zürich, 17. Januar 2012.

⁴⁶ OFSP (2014). Fiche d'information : Chapitre Analyses rapides – Modification de la liste des analyses au 1^{er} janvier 2015. Berne, 4 novembre 2014.

NZZ (2014). Labortests bringen Hausärzten mehr Geld, 4 November 2014.

Les réflexions de l'OFSP sur la baisse de prestations techniques du TARMED pour compenser la revalorisation de la médecine générale s'appuient beaucoup sur les analyses et résultats du CDF. L'OFSP a prévu un monitoring de cette modification tarifaire en se basant sur les données de Tarifpool. En effet, la revalorisation de la médecine générale (+ 200 millions de francs) compensée par une diminution de prestations techniques doit être une opération neutre au niveau des coûts. Le DFI a prévu que les conséquences de ce changement fassent l'objet d'un suivi⁴⁷. Il est également convenu que les partenaires tarifaires suivent l'évolution de la situation et apprécient les effets de cette modification. Ils sont tenus de communiquer leurs résultats au DFI⁴⁸. Etant donné que les informations ne sont disponibles qu'après une certaine période, l'OFSP estime qu'il faudra attendre le deuxième semestre 2016 avant d'avoir de premières estimations et de pouvoir exploiter les données de manière fiable.

Jusqu'à mi-2015, l'OFSP n'a pas mené d'analyses complémentaires des prestations ou des pratiques de fournisseurs de prestations afin d'identifier un besoin d'amélioration au niveau du TARMED (minutages excessifs, par exemple). Il peut difficilement identifier les fausses incitations au niveau du tarif (voir encadré 5 sur le cas de radiologie). Au cours du second semestre 2015, l'OFSP a identifié des besoins d'analyses en vue de la procédure d'approbation de la révision du TARMED. Il a de surcroît communiqué pour la première fois les prestations de domaines médicaux dont les coûts paraissent trop élevés⁴⁹.

Encadré 5: Le cas de la radiologie révélé par l'émission « Kassensturz »

En 2014, l'émission de la télévision suisse alémanique, « Kassensturz », a consacré un reportage aux prestations inutiles effectuées par les radiologues⁵⁰. Constat est fait que certains fournisseurs de prestations effectuent une deuxième série d'examen radiologiques dans le but d'approfondir le diagnostic. Le président de la Société suisse de radiologie, interrogée dans le cadre de cette émission, reconnaît que la structure du tarif pour des prestations de radiologie doit être révisée afin d'éviter des actes motivés pour des seules raisons économiques, donc inutiles pour le patient. Il s'agit en définitive de supprimer les 'mauvaises' incitations financières contenues dans le tarif. Il indique en outre qu'un groupe d'experts doit être constitué avec l'OFSP pour examiner ces questions. Interrogé, un représentant de l'OFSP signale aussi qu'il faut supprimer les incitations encourageant de telles pratiques.

Selon le CDF, la révélation de ces pratiques ne devrait pas être l'apanage de la presse. L'OFSP devrait être plus actif pour identifier de fausses incitations résultant, en définitive, de l'inadéquation de la structure de certains chapitres tarifaires du TARMED. De surcroît, dans le cas particulier évoqué, le CDF n'a pas réussi à identifier d'actions concrètes initiées par l'OFSP⁵¹.

⁴⁷ Office fédéral de la santé publique OFSP (2014). Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie – Teneur et commentaire. Berne, le 13 juin 2014, p. 7.

⁴⁸ Selon l'article 3 de l'Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie du 20 juin 2014 (RS 832.102.5).

⁴⁹ Sankt Galler Tagblatt (2015). Rabatte für Gesunde sind überhöht, 3. November 2015.

⁵⁰ SRF – Kassensturz (2014). Gewisse Radiologen kassieren mit unnötiger Bestrahlung. 7. Mai 2014. <http://www.srf.ch/konsum/themen/gesundheit/gewissenlose-radiologen-kassieren-mit-unnoetiger-bestrahlung>

⁵¹ L'OFSP développe un concept d'audits cliniques en radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire. Il s'agit de garantir une utilisation optimale des rayonnements ionisants pour les patients et donc de minimiser la dose reçue. Ce ne sont pas des contrôles administratifs sur la qualité, ni des inspections des autorités de surveillance.

Sans analyse sur les prestations ambulatoires, le CDF est d'avis que l'OFSP peut difficilement soutenir le Conseil fédéral dans la définition d'orientations précises pour l'adaptation du TARMED (voir chapitre 2). Dans l'état actuel de la situation, il estime que cette partie de la recommandation n'a pas encore été mise en œuvre.

Prise de position de l'Office fédéral de la santé publique :

Dans son rapport «Santé 2020», le Conseil fédéral a annoncé son intention de moderniser l'offre, les processus et les structures du système suisse de santé, afin de relever les défis à venir. Le Conseil fédéral a donc inscrit au rang des priorités la mise en place des statistiques sur les soins de santé ambulatoires. Le projet MARS, sous la direction de l'Office fédéral de la statistique (OFS), vise la mise en place de statistiques sur les soins de santé ambulatoires. Les recommandations concernant cette statistique devraient dès lors être adressées à l'OFS.

Dans le cadre du projet MARS, l'OFSP a pu soumettre à l'OFS une liste des données qui devront être relevées auprès des fournisseurs de prestations. L'OFSP tient toutefois à souligner que le projet MARS n'a pas pour ambition de relever des données concernant l'ensemble des éléments précis qui se trouvent dans le modèle de calcul du TARMED. En effet, MARS est un projet de longue durée et présente qu'une des formes tarifaires possibles pour la rémunération des prestations prises en charge par l'AOS. Cette structure tarifaire devrait par ailleurs être prochainement révisée.

En attendant le relevé des données dans MARS, l'OFSP utilise essentiellement les données des assureurs. Les travaux préparatoires concernant l'ordonnance sur la modification des structures tarifaires étaient basés sur les données du pool de données (Datenpool) et du pool tarifaire (Tarifpool) de SASIS. Les analyses de ces données ont permis à l'OFSP de déterminer un certain nombre de domaines qui connaissent une très forte évolution du volume de prestations facturées. Ces données servent aussi dans le cadre du suivi de l'impact de la modification du TARMED adoptée par le Conseil fédéral en 2014. L'OFSP conduit par ailleurs des analyses visant à établir de manière statistique les prestations pour lesquelles le tarif actuel n'est plus approprié.

7 Simplification des factures pour le patient : pas de progrès

Sur ce point, la situation n'a pas évolué depuis 2010. Les différents acteurs ont tendance à camper sur leur position et à se renvoyer mutuellement la responsabilité pour initier d'éventuelles mesures : l'OFSP estime que ce n'est pas de son ressort, la FMH au contraire soutient qu'il s'agit d'une question à régler dans la LAMal et santésuisse est d'accord mais ne s'engage pas dans des actions concrètes⁵².

En 2013, le *Konsumenten Forum* (kf), l'Organisation suisse des patients (OSP) et Comparis ont mené une enquête sur les factures de médecin, leur contrôle et leur lisibilité⁵³. Les résultats montrent qu'un patient sur neuf n'a pas reçu de facture et qu'il ne peut par conséquent pas la contrôler. Ce constat indique que les dispositions légales ne sont pas respectées⁵⁴. Selon cette même enquête, les patients sont prêts à contrôler leurs factures médicales. Toutefois, lorsqu'une facture leur est adressée, une majorité des patients ne la comprend pas du tout ou pas entièrement. Si un patient contrôle une facture, puis a des questions sur le contenu, voire signale une information erronée, il reçoit rarement le soutien de sa caisse-maladie.

En 2015, ce problème fait l'objet d'une intervention parlementaire. Le Conseiller national Bernhard Guhl dépose un postulat demandant que tout patient reçoive une facture compréhensible afin de pouvoir vérifier que le fournisseur de prestations a établi correctement sa facture⁵⁵. Dans sa réponse, le Conseil fédéral reconnaît les problèmes de l'application des principes de base et « entend créer davantage de transparence pour les assurés puissent mieux contrôler les factures qui les concernent »⁵⁶. Cependant le Conseil fédéral se contente de discuter avec les assureurs et indique qu'il est du ressort des caisses-maladie de « faire respecter la volonté du législateur »⁵⁷. Il n'entend par conséquent pas se pencher sur la question de manière plus approfondie et propose le rejet du postulat.

Il existe un potentiel pour simplifier les factures et la structure même du formulaire utilisé. Les partenaires tarifaires travaillant à la révision du TARMED (FMH, H+, CTM, soutenus par curafutura) ont indiqué que la simplification du TARMED devrait aboutir à une plus grande transparence et à une meilleure lisibilité de la facture pour le patient.

C'est un thème complexe, par exemple, avec la combinaison des prestations facturées au temps et des prestations facturées à l'acte. Autre défi à considérer, l'encouragement de la facturation électronique peut rendre difficile l'envoi d'une copie de la facture au patient étant donné les différences de formats utilisés.

⁵² Voir les prises de position sur la recommandation du CDF.

CDF (2010). TARMED, le tarif des prestations médicales ambulatoires – Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération. Berne, Contrôle fédéral des finances, novembre 2010, p. 133 pour l'OFSP, p. 138 pour la FMH et p. 143 pour santésuisse.

⁵³ Konsumenten forum kf, OSP Organisation suisse des patients, Comparis.ch (2013). Enquête représentative sur les factures de médecin, leur contrôle et leur lisibilité – Un patient sur neuf ne reçoit pas de facture de son médecin. Communiqué de presse, Zurich, 3 avril 2013.

⁵⁴ Art. 42 de la LAMal.

⁵⁵ 15.3455 – Système de santé. Garantir la remise de la facture ou d'une copie de celle-ci au patient pour baisser les coûts. Postulat déposé par Bernhard Guhl.

⁵⁶ Avis du Conseil fédéral du 26 août 2015 en réponse au postulat 15.3455.

⁵⁷ Avis du Conseil fédéral du 26 août 2015 en réponse au postulat 15.3455.

Toutefois, le simple fait de donner des indications sur la durée des soins, en particulier la durée moyenne de la prestation selon le minutage prévu n'a pas fait l'objet d'une réflexion approfondie. Le CDF avait déjà proposé cette mesure simple dans son rapport de 2010. A priori le patient pourrait contrôler de manière relativement simple la date et la durée de la consultation ou de la prestation médicales, ainsi que la réalisation effective des examens effectués.

Le CDF constate une inertie des différents acteurs sur cette question. Les partenaires tarifaires et l'OFSP se renvoient la balle. Le CDF considère que la recommandation n'a pas été suivie d'effets et qu'aucune mesure concrète n'a été initiée. Eu égard aux constats provenant d'autres sources récentes, le CDF est d'avis que la recommandation est toujours d'actualité. Il estime que le Conseil fédéral devrait prendre des mesures afin de la mettre en œuvre. A priori ce dernier en a la compétence. L'article 42 al. 3 de la LAMal prévoit que le Conseil fédéral règle les détails y compris afin que le fournisseur de prestations présente une facture détaillée et compréhensible. Il peut déterminer les indications supplémentaires et nécessaires devant figurer dans la facture. Les dispositions relatives à la facturation font l'objet de l'article 59 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie. Celui-ci stipule, entre autres, que le fournisseur de prestations doit indiquer sur ses factures toutes les indications administratives et médicales nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération.

Décision du Département fédéral de l'intérieur :

Comme évoqué [...], la transparence des factures à l'égard des patients était un argument central en faveur de l'introduction du TARMED. Le Conseil fédéral est très attaché au principe de l'information du patient, que ce soit parce que cela permet d'apporter un soutien précieux aux assureurs en ce qui concerne le contrôle de la conformité des factures, ou parce que le patient doit être partie prenante à son traitement et pour cela être correctement informé des prestations qui lui sont fournies. Il a cependant eu dernièrement l'occasion de s'exprimer sur la question de la simplification des factures et de l'information aux patients - je me permets de vous renvoyer à sa réponse à l'interpellation 15.4063 (Etablissement de factures compréhensibles pour tous les patients) - et sa réponse confirme la position de l'OFSP. Ainsi la modification du format ou du contenu des factures en vue d'en faciliter la compréhension est une tâche qui devrait être entreprise par les fournisseurs de prestations, en concertation avec les assureurs.



8 Conclusion sur l'état de mise en œuvre des recommandations

En guise de conclusion, le tableau suivant synthétise le degré de mise en œuvre des recommandations. Il indique celles qui restent ouvertes.

Tableau 1 : Degré de mise en œuvre des recommandations

Recommandations	Etat de mise en œuvre
Ediction de principes clairs pour l'adaptation du TARMED	Très partiellement mise en œuvre. Principes trop généraux et annoncés tardivement. Recommandation reste ouverte sur les capacités de pilotage par le DFI.
Tarifification provisoire par le Conseil fédéral	Mise en œuvre. Nouvelle compétence subsidiaire du Conseil fédéral appliquée.
Limitation de la facturation par analogie	Non mise en œuvre. Recommandation reste ouverte.
Rôle pour la Surveillance des prix	Recommandation n'est plus d'actualité suite à l'introduction de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral.
Monitoring et analyses	Projet sur l'accès aux données, mais toutes les incertitudes ne sont pas levées. Peu d'analyses menées pour identifier les besoins d'amélioration du TARMED. Recommandation reste ouverte
Information du patient et simplification des factures	Non mise en œuvre Recommandation reste ouverte



9 Entretien final

Les résultats ont été discutés le 10 novembre 2015 avec les responsables du domaine de l'Assurance maladie de l'Office fédéral de la santé publique.

Le CDF remercie l'attitude coopérative et rappelle qu'il appartient aux directions d'office, respectivement aux secrétariats généraux, de surveiller la mise en œuvre des recommandations.

CONTROLE FEDERAL DES FINANCES



Annexe 1 : Bases légales, principes et directives

Département fédéral de l'intérieur (2013). Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral – Santé 2020. Berne, Office fédéral de la santé publique, janvier 2013

Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)

Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (RS 832.102)

Ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie du 20 juin 2014 (RS 832.102.5)

Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (832.112.32)

Annexe 2 : Abréviations, priorité des recommandations du CDF

Abréviations:

CDF	Contrôle fédéral des finances
CDS	Conférence des directeurs cantonaux de la santé
CSSS-N	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CTM	Commission des tarifs médicaux
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FMH	Fédération des médecins suisses
H+	Association des hôpitaux de Suisse
IRM	Imagerie par résonance magnétique
kf	Konsumenten-Forum
MARS	Modules ambulatoires des relevés sur la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OSP	Organisation suisse des patients
TARMED	Tarif des prestations médicales ambulatoires

Priorité des recommandations du CDF:

Le CDF priorise ses recommandations en se fondant sur des risques définis (1 = élevés, 2 = moyens, 3 = faibles). Comme risques, on peut citer par exemple les cas de projets non-rentables, d'infractions contre la légalité ou la régularité, de responsabilité et de dommages de réputation. Les effets et la probabilité de survenance sont ainsi considérés. Cette appréciation se fonde sur les objets d'audit spécifiques (relatif) et non sur l'importance pour l'ensemble de l'administration fédérale (absolu).



23. FEB. 2016

Annexe 3 : Prise de position détaillée de l'OFSP

CH-3003 Bern
OFSP

Recommandé
Contrôle des finances
Monbijoustrasse 45
3003 Berne

riwa (adr.) NWA
elekt. kopje au
soew, cola
cc humi, elbr, jee

Voire référence
Référence/Numéro de dossier 516.0001-17/16.002499/1168457/
Notre référence: STP / INL
Berne, 22 février 2016

Tarif des prestations médicales ambulatoires (TARMED) – Examen de la mise en œuvre des recommandations

Madame, Monsieur,

Par e-mail du 4 février 2016, le Contrôle des finances (CDF) a invité l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à prendre position concernant le projet de rapport final intitulé « Tarif des prestations médicales ambulatoires (TARMED) - Examen de la mise en œuvre des recommandations ».

L'OFSP saisit l'invitation du CDF à une prise de position et l'en remercie. Toutefois, considérant que le format proposé, à savoir un encadré d'une demi-page, est insuffisant pour une prise de position argumentée, l'OFSP prend le parti de développer sa position dans le présent courrier et d'y annexer un résumé encadré au format souhaité par le CDF.

1. Procédure de consultation de l'OFSP (rappel des faits)

Conformément à son programme annuel, le CDF a conduit en 2015 un examen de la mise en œuvre des recommandations émises dans son rapport d'évaluation de TARMED de novembre 2010. Plusieurs rencontres entre le CDF et l'OFSP ont permis aux deux offices d'échanger en profondeur sur les questions relatives au TARMED, à la stratégie du Conseil fédéral concernant la révision de cette structure tarifaire et aux activités qui ont été menées notamment suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle compétence subsidiaire du Conseil fédéral au 1er janvier 2013.

Deux séances de travail organisées en juin 2014 ont permis de passer en revue chacune des six recommandations du CDF concernant TARMED et les travaux engagés suite à celles-ci. Le projet de révision du TARMED soutenu par une partie des partenaires tarifaires ainsi que la possibilité d'une nouvelle intervention du Conseil fédéral ont également été thématiques. La séance de suivi qui a eu lieu le 22 septembre 2015 permis au CDF de présenter sa position concernant les recommandations de 2010 et leur mise en œuvre, annonçant ainsi la direction que prendrait le projet de rapport d'évaluation. L'OFSP a pu également émettre ses premières remarques concernant l'analyse du CDF.

Le 15 octobre 2015, le CDF a transmis à l'OFSP par e-mail un premier jet du rapport sur l'examen de la mise en œuvre des recommandations concernant TARMED. Ce projet de rapport a été discuté dans la séance du 10 novembre 2015. Suite à cette séance, le CDF a élaboré le projet de rapport final et l'a soumis à l'OFSP pour prise de position le 4 février 2015.

Outre les entretiens mentionnés, l'OFSP a par ailleurs transmis au CDF une série de documents attestant des points discutés. Durant toute la durée de l'évaluation du CDF, l'OFSP a eu à cœur de fournir au CDF la documentation souhaitée et dans les délais utiles.

L'OFSP remercie le CDF pour ses travaux et les possibilités qui nous ont été offertes de nous prononcer. L'OFSP constate en effet, que bien qu'il ait été régulièrement consulté dans le cadre de l'examen sur la mise en œuvre des recommandations concernant TARMED, le projet de rapport final tient très peu compte de ses observations et remarques. L'OFSP saisit donc cette opportunité pour déposer encore une fois ses observations.

2. Cadre légal et répartition des compétences dans la formation des tarifs de la LAMal

D'une manière générale, l'OFSP constate que l'analyse ainsi que les mesures soutenues par le CDF ne tiennent parfois pas compte du cadre légal fixé par la LAMal concernant la tarification. La formation des tarifs dans la LAMal repose sur le principe de l'autonomie tarifaire. Cette autonomie est encadrée, puisque les tarifs négociés entre les partenaires tarifaires doivent répondre à certains critères. La LAMal définit par ailleurs clairement les compétences du Conseil fédéral en matière de tarif. Ces points sont développés ci-dessous.

2.1. Autonomie tarifaire

Dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 42, al. 1, LAMal). Conformément au principe de l'autonomie tarifaire, les tarifs et les prix sont en principe négociés puis fixés par convention entre les partenaires tarifaires (art. 43, al. 4, LAMal).¹ Ceux-ci peuvent être un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part.

Le tarif constitue une base de calcul de la rémunération des fournisseurs de prestations (art. 43, al. 2, LAMal). Les partenaires tarifaires ont le choix entre plusieurs formes de tarifs. Le tarif peut notamment prendre la forme d'un tarif au temps consacré (let. a) ; d'un tarif à la prestation (let. b) ou d'un tarif forfaitaire (let. c). Lorsque les partenaires tarifaires optent pour un tarif à la prestation, celui-ci doit impérativement se fonder sur une structure tarifaire uniforme fixée sur le plan suisse dans une convention (art. 43, al. 5, LAMal).

2.2. Critères d'économicité, d'équité et conformité à la loi

Les tarifs négociés par les partenaires tarifaires doivent être approuvés par l'autorité compétente (art. 46, al. 4, LAMal). L'approbation par l'autorité compétente revêt un caractère constitutif, c'est-à-dire que le tarif ne déploie ses effets qu'à son approbation. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

L'art. 43, al. 4, LAMal précise que les tarifs doivent être fixés d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurés de manière appropriée, l'objectif étant que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43, al. 6, LAMal). Aux termes de l'art. 43, al. 7, LAMal, le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée. Il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation et doit veiller à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales. Le Conseil fédéral a concrétisé ces principes à l'art. 59c de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Pour fixer un tarif, il faut ainsi apprécier, conformément à l'art. 59c, al. 1 OAMal : si le tarif couvre au

¹ Ce n'est que dans quelques cas prévus par la loi que les tarifs et prix sont fixés par l'autorité compétente (art. 52, LAMal notamment).

plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente (let. a) ; si le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations (let. b) ; si un changement de modèle tarifaire n'entraîne pas de coûts supplémentaires (let. c). Ces principes doivent pouvoir être s'appliquées à l'ensemble des tarifs qui rémunèrent les prestations couvertes par l'AOS et servir de cadre à toute négociation tarifaire et à l'examen des tarifs par l'autorité compétente.

Compte tenu de l'autonomie tarifaire des partenaires (voir ci-dessus), il est à noter que le Conseil fédéral ne peut pas imposer des prescriptions allant au-delà de ce qui est prévu dans la loi.

2.3. Compétences du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral est l'autorité compétente pour l'approbation des conventions tarifaires dont la validité s'étend à toute la Suisse (art. 46, al. 4, LAMal). Il est aussi compétent pour fixer une structure tarifaire uniforme pour les tarifs à la prestation, lorsque les partenaires tarifaires n'ont pas pu s'entendre (art. 43, al. 5, LAMal). Comme déjà mentionné, le Conseil fédéral peut aussi établir des principes afin que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée. Il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation et doit veiller à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (art. 43, al. 7, LAMal).

Depuis le 1^{er} janvier 2013, une nouvelle disposition permet au Conseil fédéral d'adapter une structure tarifaire lorsque celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision (art. 43, al. 5^{bis}, LAMal). Bien que cet art. 43, al. 5^{bis}, LAMal provienne de l'initiative parlementaire 11.429. TARMED Compétence subsidiaire de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national², il concerne toutes les structures tarifaires uniformes sur le plan suisse et pas uniquement la structure tarifaire TARMED. Ainsi, les tarifs des logopédistes, des pharmaciens, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des sages-femmes ou des dentistes pourront, notamment, également être concernés. L'objectif principal de l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal est de donner au Conseil fédéral un moyen de pression sur les partenaires tarifaires afin d'inciter les partenaires à s'entendre pour que les structures tarifaires restent appropriées, pour que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

La nouvelle compétence subsidiaire du Conseil fédéral n'amoindrit en rien le principe de l'autonomie tarifaire. Dans la prise de position du 14 octobre 2010 concernant le rapport d'évaluation du TARMED, l'OFSP rappelait déjà que TARMED est un projet des partenaires tarifaires du domaine de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité et de l'assurance militaire (FMH, H+, santésuisse, CTM, AI et AM). Ces partenaires sont aussi responsables pour la mise à jour du TARMED et devraient dès lors être les principaux destinataires des observations et recommandations concernant le TARMED.

3. Situation des négociations

La structure tarifaire TARMED a été élaborée sur la base de données des années 1990 et devrait rapidement être soumise à une révision totale. La nécessité d'une révision est incontestée mais les négociations entre les partenaires tarifaires sont difficiles.

Les conventions cadres concernant TARMED prévoyaient la création de TARMED Suisse, organisation chargée entre autres de veiller à la mise à niveau continue de la structure tarifaire. Le projet de révision totale, intitulé Tarmed 2010 de TARMED Suisse, est toutefois resté à l'état d'ébauche, bloqué notamment en raison de l'unanimité requise au sein de l'organisation. Suite à ce blocage, les trois partenaires tarifaires FMH, H+ et la Commission des tarifs médicaux (CTM) coopèrent depuis 2012 sur la révision du TARMED dans le cadre du projet TARVISION. Ils ont été rejoints par la nouvelle association des assureurs nommée Curafutura (les assureurs maladie innovants) fondée en 2013 et qui rassemble les groupes Helsana, CPT, Sanitas et CSS. Santésuisse qui représente la majorité des assureurs et des assurés ne participe actuellement pas aux négociations en vue d'une révision de

² À la suite des conclusions du rapport du CDF concernant TARMED de novembre 2010.

TARMED.³

Tout comme le CDF, l'OFSP constate que la séparation des partenaires tarifaires en plusieurs groupes de négociation, bien que totalement conforme à la LAMal et à son esprit, complique encore plus les négociations pour la révision du TARMED et amoindrit la possibilité que la structure tarifaire révisée soit adoptée par l'ensemble des partenaires tarifaires. Ayant à cœur de clarifier certains points de désaccord entre les partenaires tarifaires afin de leur permettre de parvenir à un accord concernant une structure tarifaire révisée qui puisse être acceptée par le Conseil fédéral, l'OFSP a rappelé aux partenaires tarifaires dans une séance tenue en juin 2014 les principes généraux qui allaient guider l'approbation de la structure tarifaire révisée. Ces principes n'étaient pas nouveaux et avaient déjà été communiqués aux partenaires tarifaires à plusieurs reprises. Ils concernent notamment la représentativité des partenaires à une convention fixant la structure tarifaire uniforme, la transparence, le respect des principes d'économicité et d'équité, les critères pour l'actualisation du tarif, la nécessité de simplifier le TARMED ainsi que le besoin de mettre en place un mécanisme pour la mise à niveau fréquente de la structure tarifaire révisée. Face à la contestation des partenaires tarifaires envers une partie des principes mentionnés, le Conseil fédéral a adopté quatre conditions cadres pour la révision du TARMED qui devaient être communiqués aux partenaires tarifaires (voir ci-dessous, au point concernant la recommandation 1 du CDF). Cela démontre, si besoin en est, que la Confédération s'évertue à nouer le contact et à accompagner et soutenir les discussions entre les partenaires tarifaires.

4. Observations de l'OFSP recommandation par recommandation

Le rapport concernant l'évaluation de TARMED publié par le CDF en novembre 2010 contenait six recommandations concernant TARMED : 1. édicition de principes clairs pour l'adaptation de TARMED, 2. tarification provisoire par le Conseil fédéral, 3. interdiction de la facturation par analogie, 4. nouveau rôle pour la Surveillance des prix, 5. élaboration d'un concept d'analyse statistique des prestations médicales, 6. information au patient.

L'OFSP revient ici sur chacune d'entre elles et expose la position de l'OFSP concernant les points soulevés dans le projet de rapport du CDF.

4.1. Recommandation 1 : Édicition de principes clairs

L'Office fédéral de la santé publique doit inciter le Conseil fédéral à mieux utiliser les compétences que lui confère l'art. 43 al. 7, LAMal et à édicter des principes pour l'adaptation des tarifs. Les principes devraient porter sur les aspects suivants : 1.1 calcul des minutages ; 1.2 critères pour le calcul de la productivité ; 1.3 taux d'utilisation pour les équipements techniques ; 1.4 définition du taux d'utilisation des unités fonctionnelles, 1.5 examiner les possibilités de revaloriser la médecine générale.

Conclusion du CDF en 2015: La recommandation a été très partiellement mise en œuvre. Les principes sont trop généraux et ont été annoncés tardivement. La recommandation reste ouverte sur les capacités de pilotage par le DFI.

a) *Mesures 1.1 à 1.4 : édicition de critères précis concernant certains paramètres du modèle TARMED*

Les quatre premières mesures de la recommandation 1 du CDF demandaient que le conseil fédéral édicte des « critères précis » concernant certains paramètres du TARMED tels que le minutage, la productivité, le taux d'occupation des installations. Dans sa prise de position du 14 octobre 2010, l'OFSP observait que ces mesures outrepassaient les compétences du Conseil fédéral. L'art. 43, al. 7 LAMal permet en effet au Conseil fédéral de définir des « principes » visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée. Le Con-

³ La situation du côté des médecins n'est pas stable non plus. Ainsi, fin 2015 a été marquée par la création de l'Union tarifaire fmCh qui a pour objectif d'entretenir des relations de partenariat avec les assureurs maladie, notamment dans le cadre de la révision du TARMED. Cette association composée de sociétés médicales représentant plutôt les médecins spécialistes entend jouer un rôle actif dans les négociations tarifaires. (http://www.fmch.ch/fr/actualites_255/union-tarifaire-fmch_530.html)

seil fédéral peut en outre fixer des principes pour l'adaptation des tarifs. Les principes émis par le Conseil fédéral revêtent un caractère général, car ils sont applicables à tous des tarifs de la LAMal. L'édiction de critères spécifiques à certains paramètres du TARMED tels que le minutage ou la productivité constituerait une intervention massive dans la convention tarifaire et dans le modèle tarifaire incompatible avec le principe d'autonomie tarifaire prévu par la LAMal.

En mai 2015, constatant que l'interprétation de certains principes pour la révision du TARMED ne faisait pas l'unanimité entre des partenaires tarifaires, le Conseil fédéral a adopté les conditions cadres pour la révision du TARMED. Selon celles-ci, la structure tarifaire doit être convenue conjointement entre les partenaires tarifaires prépondérants ; une documentation complète et transparente devra accompagner la demande d'approbation par le Conseil fédéral ; les partenaires tarifaires sont tenus au respect des principes d'économicité et d'équité et la structure révisée doit être adaptée aux réalités actuelles. Ces conditions cadres ont pour objectif de permettre aux partenaires tarifaires de soumettre une structure tarifaire TARMED révisée qui puisse être approuvée par le Conseil fédéral.⁴

Les conditions pour la révision du TARMED se fondent sur la loi et sont connues depuis longtemps des partenaires. Par le passé, elles leur ont été rappelées dans les dispositifs du Conseil fédéral concernant l'approbation des modifications du TARMED, dans diverses présentations et séances tenues par l'OFSP. Ainsi, en plus de conditions mentionnées, le Département fédéral de l'intérieur et l'OFSP ont informé les partenaires tarifaires qu'une structure tarifaire moins complexe est également souhaitée et qu'ils y a lieu de créer un cadre pour la mise à jour périodique de la structure tarifaire. Ces deux dernières conditions ayant reçu l'adhésion des partenaires tarifaires, elles n'ont pas été réitérées parmi les conditions cadres énoncées par le Conseil fédéral.

b) Revalorisation de la médecine de famille (mesure 1.5)

En juin 2014, le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie. Cette ordonnance qui procède à la modification du TARMED vise principalement à revaloriser les prestations médicales fournies par les médecins de famille. Elle va ainsi dans le sens des mesures proposées par le CDF. Le contenu de l'ordonnance est développé dans le point ci-dessous concernant la recommandation 2 du CDF.

L'OFSP considère que la recommandation 1 du CDF a été mise en œuvre, dans les limites fixées par le cadre légal.

4.2. Recommandation 2 : Tarification provisoire par le Conseil fédéral

L'Office fédéral de la santé publique doit proposer, lors de la prochaine révision de la LAMal, que le Conseil fédéral fixe une tarification provisoire si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre. Celle-ci serait appliquée lorsqu'une prestation n'est pas tarifée ou lorsque des indices révèlent que la structure du tarif n'est plus appropriée ou ne correspond pas aux règles d'une saine gestion économique par un fournisseur de prestations efficace. Cette solution temporaire resterait en vigueur jusqu'à ce que les partenaires tarifaires conviennent d'une nouvelle tarification.

Conclusion du CDF en 2015: La recommandation a été mise en œuvre et la nouvelle compétence subsidiaire du Conseil fédéral a été appliquée. Le Conseil fédéral n'a pas défini les conditions selon lesquelles il serait susceptible d'intervenir, notamment dans le cadre de la mise à jour régulière du TARMED.

a) Tarification provisoire ou compétence subsidiaire du Conseil fédéral

Depuis le 1^{er} janvier 2013, le Conseil fédéral dispose d'une nouvelle compétence subsidiaire qui lui permet d'adapter les structures tarifaires qui ne sont plus appropriées, lorsque les partenaires tarifaires n'arrivent pas à se mettre d'accord sur une révision. Cette nouvelle disposition légale a pour origine l'initiative parlementaire 11.429 " Tarmed. Compétence subsidiaire du Conseil fédéral ". Matériel-

⁴ Pour plus de détail, voir la réponse du Conseil fédéral à l'Ip. Weibel 15.3182 – Tarmed. Révision de la structure tarifaire (http://www.parlament.ch/f/suche/pages/qeschaefte.aspx?qesch_id=20153182)

lement, elle correspond à une disposition que les deux Chambres avaient déjà décidée dans le cadre du projet " LAMal. Mesures pour endiguer l'évolution des coûts " (09.053), mais qui n'a jamais été appliquée étant donné que ce train de mesures avait été rejeté par le Conseil national en vote final le 1er octobre 2010. En outre, la teneur de l'initiative parlementaire 11.429 correspond en substance une solution proposée par le Contrôle fédéral des finances (CDF) dans son évaluation du TARMED de 2010.

En juin 2014, le Conseil fédéral a fait pour la première fois usage de sa compétence subsidiaire et procédé lui-même à l'adaptation du TARMED. Malgré plusieurs demandes de la part du Conseil fédéral visant à revaloriser les prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques, les partenaires tarifaires ne sont en effet pas parvenus à formuler de proposition commune pour une structure tarifaire adaptée. Le Conseil fédéral a donc fait pour la première fois usage de sa compétence subsidiaire. A compter du 1^{er} octobre 2014, les points tarifaires des prestations techniques (PT) pour certaines positions tarifaires ont donc été réduits d'un montant total de 200 millions de francs et, parallèlement, pour un montant total identique, une position supplémentaire pour la consultation au cabinet d'un médecin de premier recours a été introduite. La mesure décidée par le Conseil fédéral s'inscrit dans le cadre du masterplan « médecine de famille et médecine de base », qui vise à apporter le plus rapidement possible des améliorations concrètes pour la médecine de premier recours. Elle ne doit être interprétée que comme une mesure transitoire jusqu'à une prochaine révision de la structure tarifaire.

En revalorisation la médecine de premier recours, la mesure est conforme à la mesure 1.5 proposée par le CDF dans son rapport sur l'évaluation du TARMED de 2010.

b) Mise à jour régulière du TARMED : définition des conditions pour l'intervention du Conseil fédéral

Comme déjà mentionné, la formation des tarifs dans la LAMal est soumise au principe d'autonomie tarifaire.

Les compétences du Conseil fédéral en matière de tarifs sont clairement définies dans la LAMal. Ainsi, aux termes de l'art. 43, al. 5, LAMal, les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse ; si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une telle structure, le Conseil fédéral la fixe. Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal, au 1^{er} janvier 2013, le Conseil fédéral peut subsidiairement procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision. La compétence subsidiaire définie aux al. 5 et 5^{bis} de l'art. 43 LAMal doit être comprise ainsi : le Conseil fédéral ne règle que ce qui est nécessaire, en tenant compte autant que possible de la primauté de l'autonomie tarifaire. De plus, le Conseil fédéral n'a la compétence que de fixer et d'adapter la structure d'un tarif à la prestation.

Le Conseil fédéral peut donc désormais procéder à l'adaptation d'une structure tarifaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée et que les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre sur sa révision. Sur le fond, la nécessité d'une révision du TARMED est incontestée. Les partenaires à la révision du TARMED (FMH, H+, CMT et curafutura) avaient annoncé la révision du TARMED pour la fin 2015. Les travaux prenant plus de temps que prévu, ils ont communiqué à l'OFSP lors d'une séance organisée à la fin du mois de novembre 2015 que la structure TARMED révisée ne sera soumise au Conseil fédéral qu'en juin 2016. Considérant que les partenaires tarifaires ont eu suffisamment de temps pour négocier la nouvelle structure, l'OFSP a informé les partenaires tarifaires que le Conseil fédéral était prêt à procéder à une nouvelle adaptation du TARMED, dans le cas où la révision n'était pas soumise d'ici à juin 2016.

L'OFSP considère dès lors que la recommandation 2 du CDF a été entièrement mise en œuvre.

4.3. Recommandation 3 : Interdiction de la facturation par analogie

L'Office fédéral de la santé publique doit proposer, lors de la prochaine révision de la LAMal, l'interdiction des facturations par analogie et la possibilité de sanctions en cas de non-respect de

cette disposition.

Conclusion du CDF en 2015: La recommandation n'a pas été mise en œuvre et reste ouverte.

a) Interdiction de la facturation par analogie

Dans sa prise de position du 14 octobre 2010, l'OFSP faisait observer qu'une modification de la LAMal qui viserait à interdire la tarification par analogie ne serait possible qu'à la condition que les prestations médicales ne soient plus remboursées selon le principe de confiance. Selon ce principe, les prestations médicales ne font pas l'objet d'un contrôle systématique et sont admises jusqu'à preuve du contraire. Il n'y a donc pas de catalogue positif des prestations médicales à la charge de l'AOS. Le principe de la confiance à l'égard des médecins permet aux assurés d'avoir rapidement accès aux innovations médicales incontestées.

La mise en œuvre de la mesure proposée par le CDF nécessiterait la définition d'une liste positive des prestations médicales prises en charge par l'AOS. Or, comme mentionné dans la prise de position du 8 octobre 2010, l'idée d'introduire une liste positive des prestations médicales a déjà été examinée puis rejetée par le Contrôle parlementaire de l'administration (CPA), car elle exigerait beaucoup de travail pour les instances de recensement, d'évaluation et de mise à jour de milliers de positions (BBI 2009 5577). L'interdiction de la facturation par analogie constituerait de fait une barrière à l'introduction de nouvelles prestations médicales, puisque les médecins devraient attendre l'inscription de ces nouvelles prestations sur la liste positive et la définition d'un tarif avant de les proposer aux patients. Une telle approche serait sans conteste contre-productive pour l'atteinte de l'objectif de la LAMal de fournir aux personnes habitant en Suisse un accès à un système de santé de haute qualité.

Pour des raisons tant juridiques que pratiques mentionnées, l'OFSP concluait à l'inapplicabilité d'une interdiction pure et simple de la facturation par analogie pour les prestations médicales. Cette appréciation reste d'actualité.

b) Solutions pour introduire les nouvelles prestations médicales dans la structure tarifaire

Dans le projet de rapport sur la mise en œuvre des recommandations concernant TARMED, le CDF estime que l'OFSP devrait fixer un délai pour trouver une position tarifaire dès qu'une prestation est inscrite sur la liste obligatoire de l'assurance-maladie.

La proposition du CDF qui demande que le Conseil fédéral puisse agir pour intégrer de nouvelles positions dans la structure tarifaire visant à rémunérer des prestations non-tarifées entre dans le cadre de la compétence subsidiaire. La compétence subsidiaire du Conseil fédéral constitue une menace crédible envers les partenaires tarifaires pour la révision du TARMED. Cet instrument connaît toutefois quelques limites en ce qui concerne l'introduction rapide et régulière de nouvelles prestations médicales et ne permettrait pas de contrer les effets négatifs d'une interdiction de la facturation par analogie :

- Ainsi, les délais relativement importants qui sont liés à la modification d'une structure tarifaire par le Conseil fédéral et notamment à la procédure de modification d'une ordonnance fédérale en font un instrument peu flexible pour la tarification de nouvelles prestations.
- Par ailleurs, une intervention du Conseil fédéral visant à tarifier de nouvelles prestations suppose qu'il ait connaissance de l'ensemble des nouvelles prestations. Comme mentionné, l'assurance-maladie ne connaît pas de liste positive des prestations médicales. La liste qui se trouve à l'annexe 1 de l'OPAS ne contient qu'une petite partie des prestations médicales, à savoir celles qui ont été contestées et soumises à un examen pour déterminer si elles sont efficaces, appropriées et économiques (EAE).
- Enfin, l'intervention du Conseil fédéral pour intégrer les nouvelles prestations exige qu'il ait accès à l'ensemble des données qui ont servi au calcul des paramètres et des points tarifaires du TARMED. Les partenaires tarifaires refusent pour l'heure de communiquer ces informations.

Le CDF propose également comme solution qu'il soit précisé dans la facture, par exemple avec un

signe distinctif ou une annotation, qu'il s'agit d'une prestation facturée par analogie. L'OFSP considère qu'il ne dispose d'aucune compétence légale pour imposer cette annotation sur les factures TARMED. En effet, seuls les partenaires tarifaires peuvent convenir d'une telle mesure. Compte tenu du fait qu'à l'heure actuelle, les conventions-cadres interdisent la facturation par analogie, il est peu probable que les médecins contrevenant se dénoncent volontairement auprès des assureurs. Par ailleurs, pour qu'une telle mesure conduise à l'identification des prestations qui ne sont pas tarifées, il faudrait que figurent sur la facture la description de la nouvelle prestation (qui n'est pas encore facturée) ainsi que la position TARMED qui a été facturée par analogie, ce qui compliquerait sans conteste la compréhension de la facture par le patient.

Pour conclure, si à l'avenir les partenaires tarifaires n'arrivent pas à se mettre d'accord sur une position tarifaire visant à rémunérer de nouvelles prestations médicales, le Conseil fédéral a désormais la possibilité de faire usage de sa compétence subsidiaire. Bien que cet instrument constitue une menace crédible pour inciter les partenaires tarifaires à une révision, il a aussi ses limites. La mise en œuvre de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral est une procédure lourde puisque les modifications apportées à la structure tarifaire sont fixées dans une ordonnance fédérale. Si la compétence subsidiaire peut servir pour des interventions ponctuelles dans la structure visant à lui rendre son caractère approprié, elle n'est ainsi pas l'instrument idéal pour la mise à jour régulière de la structure tarifaire TARMED dans le but de fixer un tarif pour chaque nouvelle prestation médicale.

La solution doit venir en premier lieu des partenaires tarifaires. Compte tenu du principe de l'autonomie tarifaire, il est regrettable que les recommandations du CDF ne s'adressent pas aux partenaires tarifaires.

4.4. Recommandation 4 : nouveau rôle pour la Surveillance des prix

La Surveillance des prix se voit accorder un statut d'observateur au sein de TARMED Suisse. Si les partenaires tarifaires ne trouvent pas d'accord dans un délai défini, la Surveillance des prix transmet les cas problématiques au Conseil fédéral en vue d'une tarification provisoire.

Conclusion du CDF en 2015: La recommandation n'est plus d'actualité suite à l'introduction de la compétence subsidiaire du Conseil fédéral.

L'OFSP prend note du fait que le CDF a décidé de renoncer à cette recommandation.

Le Conseil fédéral et l'OFSP suivent le processus de révision. Plusieurs rencontres avec les partenaires ont ainsi été organisées et le Conseil fédéral a communiqué les conditions cadres en vue de la révision du TARMED. Compte tenu du principe d'autonomie tarifaire, le Conseil fédéral et l'OFSP ne peuvent pas prendre à leur charge les négociations et travaux relative à cette révision. De même, leur participation aux négociations, même en tant qu'observateur, peut peser sur l'indépendance et l'objectivité de leur examen dans le cadre de la procédure en vue de l'approbation de la structure tarifaire révisée.

4.5. Recommandation 5 : monitoring et analyses

L'Office fédéral de la santé publique doit élaborer un concept d'analyse statistique des prestations médicales facturées et remboursées et le faire approuver par le Conseil fédéral. Il s'agit de définir des priorités pour les analyses à mener (minutages, productivité,...), de préciser les données nécessaires et de centraliser la gestion des données sur les prestations ambulatoires à l'Office fédéral de la statistique. Il convient de déterminer les ressources nécessaires et la répartition des tâches.

Conclusion du CDF en 2015: Un projet sur l'accès aux données a été lancé, mais toutes les incertitudes ne sont pas levées. Il n'y a pas d'analyses menées pour identifier les besoins d'amélioration du TARMED. La recommandation reste ouverte.

Dans son rapport "Santé 2020", le Conseil fédéral a annoncé son intention de moderniser l'offre, les processus et les structures du système suisse de santé, afin de relever les défis à venir. Le Conseil fédéral a donc inscrit au rang des priorités la mise en place des statistiques sur les soins de santé

ambulatoires. Le projet MARS, sous la direction de l'Office fédéral de la statistique (OFS), vise la mise en place de statistiques sur les soins de santé ambulatoires. Les recommandations concernant cette statistique devraient dès lors être adressées à l'OFS.

Dans le cadre du projet MARS, l'OFSP a pu soumettre à l'OFS une liste des données qui devront être relevées auprès des fournisseurs de prestations. L'OFSP tient toutefois à souligner que le projet MARS n'a pas pour ambition de relever des données concernant l'ensemble des éléments précis qui se trouvent dans le modèle de calcul du TARMED. En effet, MARS est un projet de longue durée et devrait donc relever des données dont la disponibilité sera stable dans le temps. Or, TARMED ne représente qu'une des formes tarifaires possibles pour la rémunération des prestations prises en charge par l'AOS. Cette structure tarifaire devrait par ailleurs être prochainement révisée.

En attendant le relevé des données dans MARS, l'OFSP utilise essentiellement les données des assureurs. Les travaux préparatoires concernant l'ordonnance sur la modification des structures tarifaires étaient basés sur les données du pool de données (Datenpool) et du pool tarifaire (Tarifpool) de SASIS. Les analyses de ces données ont permis à l'OFSP de déterminer un certain nombre de domaines qui connaissent une très forte évolution du volume de prestations facturées. Ces données servent aussi dans le cadre du suivi de l'impact de la modification du TARMED adoptée par le Conseil fédéral en 2014. L'OFSP conduit par ailleurs des analyses visant à établir de manière statistique les prestations pour lesquelles le tarif actuel n'est plus approprié.

4.6. Recommandation n°6 : 'information du patient'

L'Office fédéral de la santé publique doit inviter le Conseil fédéral à simplifier les factures adressées aux patients afin que celles-ci puissent être contrôlées plus facilement.

Conclusion du CDF en 2015: La recommandation n'a pas été mise en œuvre et reste ouverte.

L'art. 42 LAMal et l'art. 59 OAMal posent un cadre clair concernant le contenu des factures. Selon l'art. 42, al. 3, LAMal, il revient aux fournisseurs des prestations de remettre une facture détaillée et compréhensible au débiteur de la rémunération. L'art. 59, al. 1, OAMal dispose que les fournisseurs de prestations doivent inscrire sur leurs factures toutes les indications administratives et médicales nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations. Les factures doivent contenir en particulier notamment les indications sur les prestations fournies détaillées comme le prévoit le tarif qui leur est applicable ainsi que les diagnostics et les procédures qui sont nécessaires au calcul du tarif applicable.

Ces dispositions sont valables pour tous les tarifs selon la LAMal. Les partenaires tarifaires peuvent convenir de mentionner des informations plus spécifiques sur les factures TARMED. La question se pose de savoir si la mention sur la facture de la durée moyenne selon le minutage dans TARMED apporterait une information utile au patient. En effet, s'agissant d'un minutage moyen, il ne sera en général pas identique au nombre exact de minutes de traitement. Par ailleurs, comme le mentionne le CDF dans son rapport, le minutage d'un certain nombre de positions tarifaires du TARMED ne correspondent plus aux réalités actuelles et doivent être revus.

Dans la prise de position du 14 octobre 2010, l'OFSP expliquait que, compte tenu de l'art. 43 al. 1 LAMal qui exige que les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs et de prix, la complexité des factures médicales est essentiellement liée à la complexité de la structure tarifaire TARMED et au fait que les données sur les factures soient également utilisées pour les buts statistiques. La simplification des factures relatives aux prestations médicales ambulatoires passe par conséquent par la simplification du TARMED. Or, conformément au principe d'autonomie tarifaire, cette tâche revient en premier lieu aux partenaires. Les partenaires tarifaires à la révision disent travailler sur une structure tarifaire révisée moins complexe que la structure actuelle. À plusieurs reprises, l'OFSP a rappelé aux partenaires tarifaires la nécessité d'une structure tarifaire simplifiée. Par ailleurs, lors de l'approbation de versions du TARMED, le Conseil fédéral a également demandé à plusieurs reprises aux partenaires tarifaires de réduire la complexité de la structure tarifaire TARMED.

5. Conclusions générales

Le rapport du CDF vise à identifier et à évaluer les mesures prises ou initiées par la Confédération suite à l'évaluation du TARMED compte tenu de la compétence subsidiaire encrée à l'art. 43, al. 5^{bis}, LAMal. Il déclare vouloir mettre l'accent sur le rôle de la Confédération et notamment de l'OFSP. Ce faisant, le CDF arrive à la conclusion que la grande majorité des recommandations émises dans le rapport d'évaluation du TARMED en 2010 reste ouverte et appelle à des mesures rapides et urgentes.

Bien que l'OFSP admette aussi qu'une série de mesures préconisées dans le rapport d'évaluation du TARMED de 2010 n'ont pas été mises en œuvre, il constate que la grande majorité d'entre elles ne relèvent ni de la compétence du Conseil fédéral et ni de celle de l'OFSP et que les recommandations y relatives auraient dû être adressées aux partenaires tarifaires. Compte tenu de l'autonomie tarifaire des partenaires prévu par la LAMal, le Conseil fédéral ne peut pas imposer des prescriptions allant au-delà de ce qui est prévu dans la loi.

L'OFSP considère dès lors que les recommandations formulées par le CDF en 2010 ont été amplement mises en œuvre dans la mesure permise par le cadre légal et par les compétences accordées à l'OFSP, respectivement au Conseil fédéral.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les plus distinguées.

Le directeur



Annexe : résumé de la position encadré au format souhaité par le CDF

Freiwillig: Kurze allgemeine Stellungnahme (max. ½ Seite)

Le rapport du CDF vise à identifier et à évaluer les mesures prises ou initiées par la Confédération suite à l'évaluation du TARMED compte tenu de la compétence subsidiaire encrée à l'art. 43, al. 5bis, LAMal. Il déclare vouloir mettre l'accent sur le rôle de la Confédération et notamment de l'OFSP. Ce faisant, le CDF arrive à la conclusion que la grande majorité des recommandations émises dans le rapport d'évaluation du TARMED en 2010 reste ouverte et appelle à des mesures rapides et urgentes. Bien que l'OFSP admette aussi qu'une série de mesures préconisées dans le rapport d'évaluation du TARMED de 2010 n'ont pas été mises en œuvre, il constate que la grande majorité d'entre elles ne relèvent ni de la compétence du Conseil fédéral et ni de celle de l'OFSP et que les recommandations y relatives auraient dû être adressées aux partenaires tarifaires. Compte tenu de l'autonomie tarifaire des partenaires prévu par la LAMal, le Conseil fédéral ne peut pas imposer des prescriptions allant au-delà de ce qui est prévu dans la loi.

L'OFSP considère dès lors que les recommandations formulées par le CDF en 2010 ont été amplement mises en œuvre dans la mesure permise par le cadre légal et par les compétences accordées à l'OFSP, respectivement au Conseil fédéral.

Datum und Visum des Direktors / der Direktorin

