



Tarmed - le tarif des prestations médicales ambulatoires

Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle
de la Confédération



Impressum

Bestelladresse	Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
Adresse de commande	Monbijoustrasse 45, CH - 3003 Bern
Order address	http://www.efk.admin.ch/
Bestellnummer	
Numéro de commande	1.8381.316.00095.71f
Zusätzliche Informationen	Fachbereich Wirtschaftlichkeitsprüfung und Evaluation
Complément d'informations	E-Mail: emmanuel.sangra@efk.admin.ch ; claudio.courbat@efk.admin.ch ;
Further informations	Tel.: +41 31 323 11 01; +41 31 323 10 53
Originaltext	Deutsch
Texte original	Allemand
Original text	German
Zusammenfassung	Deutsch (« Das Wesentliche in Kürze »)
Résumé	Français (« L'essentiel en bref »)
Abstract	English (« Key facts »)
Abdruck	Gestattet (mit Quellenvermerk)
Reproduction	Autorisée (merci de mentionner la source)
Reproduction	Authorised (please mention the source)

Tarmed - le tarif des prestations médicales ambulatoires

Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération

L'essentiel en bref

Tarif à l'acte unifié pour l'ensemble du pays: un réel pas en avant

Depuis le 1^{er} janvier 2004, après plus de quinze ans de travaux complexes sur les plans technique et organisationnel, les partenaires tarifaires appliquent le Tarmed (=Tarif Médical) pour facturer les prestations médicales ambulatoires fournies dans les cabinets médicaux et les hôpitaux de toute la Suisse. Le Tarmed s'est substitué aux 26 tarifs cantonaux. Près de 6 milliards de francs sont désormais facturés annuellement au moyen du Tarmed dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) et environ 1 milliard dans les trois autres assurances sociales (2007). Le Tarmed recense quelque 4'300 prestations différentes (positions tarifaires), ce qui en fait le tarif à l'acte le plus détaillé au monde.

Le CDF évalue la réalisation des objectifs du Tarmed

Conformément à son programme annuel 2008, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a procédé à une évaluation de la réalisation des objectifs du Tarmed. Ses conclusions sont les suivantes:

- **Objectif de réalité des coûts:** partiellement atteint. La réalité des coûts est fortement mise en question en raison de solutions souvent négociées (surtout les minutages) et du manque ou de l'obsolescence de bases de calcul empiriques. Les partenaires tarifaires en sont conscients et jugent urgente une révision de fond.
- **Objectif de transparence:** atteint. Le potentiel offert par les données disponibles n'est cependant pas exploité pour des analyses objectives, par exemple pour améliorer la réalité des coûts. Au contraire, les partenaires tarifaires se disputent au sujet de la validité des données lorsqu'elles ne proviennent pas de leur propre base de données. Les statistiques existantes sont incomplètes.
- **Objectif de revalorisation financière des actes médicaux:** plutôt pas atteint, sauf pour la psychiatrie. Les consultations plus longues sont certes un peu mieux rémunérées que par le passé, mais les écarts de revenu entre les spécialités techniques et la médecine de premier recours se creusent au lieu de se combler.
- **Objectif de neutralité des coûts:** atteint. Les partenaires tarifaires ont opérationnalisé la neutralité des coûts suivant un modèle approuvé par le Conseil fédéral et ils en assurent le monitoring pour les cabinets médicaux. L'analyse confirme que l'objectif est atteint d'un point de vue statistique, autrement dit que les dépenses augmentent au même rythme qu'avant l'introduction du Tarmed.
- **Objectif de mise à jour du tarif:** pas atteint. Le projet de révision Tarmed 2010 est bloqué depuis des années. Le risque est que les nécessaires corrections annuelles du Tarmed ne soient reportées aux calendes grecques en raison de ce projet de révision.

Primauté des négociations et tarif à l'acte pour l'ensemble du pays

Ce n'est pas la Confédération qui fixe le Tarmed. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) exige que les assureurs et les fournisseurs de prestations négocient une convention fixant les tarifs et les

prix, et que les tarifs à la prestation (ou à l'acte) se fondent sur une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse. Ont développé le Tarmed, pour le compte des quatre assurances sociales, les associations suivantes :

- santésuisse: association faîtière des assureurs-maladie suisses
- FMH: Fédération des médecins suisses
- H+: association faîtière des hôpitaux suisses
- CTM: Commission des tarifs médicaux pour la loi sur l'assurance-accidents, avec son secrétariat, le Service central des tarifs médicaux

Durant les années nonante, les quatre partenaires tarifaires ont articulé le chiffre de 7 millions de francs pour le développement du Tarmed. Ce dernier a été vendu pour plusieurs millions de francs à la *Deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung* (fédération allemande des médecins conventionnés).

Réalité des coûts: méthode et précision sont au rendez-vous, mais quelques faiblesses caractérisées subsistent

La LAMal exige que les tarifs soient structurés de manière appropriée, selon les principes de la gestion d'entreprise. L'ordonnance d'application précise qu'un tarif ne peut couvrir, au plus, que les coûts justifiés de manière transparente et qui sont nécessaires à la fourniture efficiente des prestations. Dans le présent rapport, ces aspects sont regroupés sous le terme de «réalité des coûts».

Pour créer la structure tarifaire, il a tout d'abord fallu établir le catalogue complet des prestations médicales, puis les partenaires tarifaires ont conçu des modèles et réalisé des relevés pour fixer des prix selon les principes de la gestion d'entreprise. Le Tarmed constitue un réel pas en avant puisque les prestations médicales ambulatoires peuvent désormais être facturées sur la base de critères uniformes dans tout le pays. Chaque minute d'activité du médecin a ainsi un prix précis et transparent, ce qui autorise une comparaison objective des prestations facturées.

Les modèles et les valeurs de référence utilisés dans les calculs économiques des prestations médicales et techniques ont été examinés, révélant des faiblesses significatives dans la réalité des coûts du Tarmed:

- Il n'y a pas de systématique dans la fixation des minutages, à savoir du temps nécessaire à l'accomplissement d'une prestation. Il n'existe ni critères ni méthodes transparents et généralement acceptés pour déterminer les minutages.
- Certains taux de productivité utilisés dans le calcul des prestations médicales ne sont pas justifiables.
- Les différences intercantionales concernant la valeur du point tarifaire devraient uniquement refléter des écarts de coûts, comme les salaires et les loyers. L'analyse montre pourtant que les différences constatées sont plutôt de nature historique.
- Grande marge discrétionnaire des médecins dans la facturation: possibilité de facturer des positions groupées ou de manière détaillée, possibilité de combiner facturation au temps et à l'acte, chevauchement des minutages de certains actes s'ils sont fournis durant la même séance.
- Difficulté pour les patients de contrôler les factures établies selon le Tarmed, alors que la LAMal le prévoit. Pratiquement dix ans après l'entrée en force du Tarmed, les factures

regorgent toujours de codes et de détails incompréhensibles tandis que des informations essentielles, comme le temps total facturé, n'y figurent pas.

- Malgré un catalogue de prestations détaillé comprenant environ 4'300 positions tarifaires, des positions par analogie sont toujours utilisées pour certaines prestations pas encore tarifées. Même des prestations qui ont été intégrées dans le catalogue de prestations remboursées par la LAMal ne sont toujours pas tarifées dans le Tarmed.
- Pour les positions du tarif à l'acte, les chiffres d'affaires et le revenu peuvent être améliorés par des gains de productivité (temps réel inférieur au minutage), tandis que cela n'est pas possible pour les positions tarifaires en unités de temps.

Les bénéficiaires de ces faiblesses sont les disciplines à profil plutôt technique, tandis que la médecine de premier recours, qui facture ses prestations plutôt par unités de temps, est désavantagée.

Etudes de cas réalisés: grande marge de manœuvre pour les fournisseurs de prestations

Le CDF a fait analyser l'évolution et la réalité des coûts pour onze groupes de prestations dans le cadre d'études de cas concrets. Les résultats concernent avant tout les cabinets des médecins parce que les données ambulatoires des hôpitaux ne permettent pas un regroupement par groupe de prestations. Dans certains groupes de prestations, la rémunération est jugée plutôt faible et plutôt élevée pour d'autres. Une analyse exhaustive de la réalité des coûts ne sera possible que lorsqu'on disposera aussi – en plus des données du Tarmed par groupes de prestations (prix) – de données représentatives sur les coûts d'un cabinet géré de façon efficace. Le modèle de tarification se réfère à un cabinet individuel et non à un cabinet de groupe (réseau de médecins).

Les facteurs principalement responsables des rémunérations trop élevées sont les suivants:

1. Le minutage, soit le temps en minutes prévu pour l'exécution d'un acte, est trop important: plus le minutage est important, plus la rémunération de la prestation est élevée.
2. Les taux de productivité imputables sont trop faibles: plus le facteur de productivité est bas, plus la rémunération est élevée. Si, dans les faits, le médecin est plus efficace, son revenu augmente.

Les facteurs principalement responsables des rémunérations trop faibles sont les suivants:

1. Les valeurs de référence pour les prestations techniques, qui datent des années nonante, sont obsolètes.
2. La baisse de la valeur du point tarifaire: la valeur moyenne du point se situe à Fr. 0.89 au lieu de Fr. 1.- comme le modèle de calcul le prévoyait.
3. La diminution de moitié de la rémunération pour les cinq dernières minutes de consultation qui a été décidée en 2000.

Exigences légales élevées pour l'approbation par le Conseil fédéral

Selon la LAMal, la structure de Tarmed doit s'appliquer à toute la Suisse et doit être approuvée par le Conseil fédéral, après que celui-ci a vérifié qu'elle était conforme à l'équité et au principe d'économicité. Lors de la ratification de la première version du tarif, la Surveillance des Prix avait énoncé des recommandations à l'intention du Conseil fédéral au sujet des calculs du Tarmed. Le Conseil fédéral a approuvé le tarif alors que les partenaires tarifaires n'avaient mis en œuvre que quelques-unes de ces recommandations.

Lors des contrôles matériels de l'économicité de Tarmed, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui est compétent en la matière, met l'accent sur le caractère économiquement supportable de l'augmentation prévisible des primes d'assurance. L'économicité des prestations ou des groupes de prestations n'est *de facto* pas contrôlée.

L'OFSP ne dispose ni d'un concept ni des ressources nécessaires pour contrôler l'économicité des prestations du Tarmed.

Nécessaire mise à jour du tarif négligée - révision 2010 constamment ajournée

Les partenaires tarifaires, de par leur fonction au sein de Tarmed Suisse, ont la responsabilité d'actualiser le tarif. Au cours du temps, cette activité s'est toutefois limitée à de petites adaptations de positions tarifaires. De ce fait, la réalité des coûts du Tarmed part à la dérive. Les partenaires tarifaires sont cependant unanimes quant à la nécessité d'une révision de fond du tarif. Le projet de révision Tarmed 2010 existe depuis trois ans, mais uniquement sous forme d'esquisse, le projet lui-même étant bloqué. H+ et surtout la FMH, veulent mettre l'accent sur la fixation du tarif d'après les règles applicables en économie d'entreprise, tandis que santésuisse exige la conclusion d'une convention sur le contrôle des coûts avant d'entamer les travaux de révision. Dans ces circonstances, vu que toutes les décisions de Tarmed Suisse doivent être prises à l'unanimité, le projet Tarmed 2010 est bloqué et la mise à jour du tarif se limite au plus petit dénominateur commun. Toutes les améliorations courantes sont reportées en prétextant la révision Tarmed 2010.

Revalorisation de la médecine de premier recours – un objectif difficile pour la FMH

Il existe un conflit d'objectifs fondamental entre le but poursuivi, qui consiste à revaloriser financièrement la médecine de premier recours, et l'objectif de neutralité des coûts. Des différences historiques entre les cantons ont été perpétuées du fait de la neutralité des coûts. En ce qui concerne les différences de revenu selon la spécialité, l'analyse montre qu'entre 2003 et 2006 celles-ci se sont accrues au lieu de diminuer. Le CDF a constaté que lors des négociations menées peu avant l'adoption de la version du Tarmed mise en application en 2004, des améliorations en faveur des spécialistes ont été apportées sous la pression des médecins spécialistes (*Reengineering* du Tarmed). La rémunération des prestations fournies en salle d'opération a par exemple été augmentée. Pour la FMH, la revalorisation financière de la médecine de premier recours, qui est aussi la plus forte numériquement, est un objectif qui relève de l'impossible, car elle implique une réduction substantielle du revenu des médecins spécialistes.

Recommandations: primauté des négociations oui, mais avec la possibilité pour la Confédération d'imposer des mesures provisoires

Le CDF ne conteste pas le principe de la primauté des négociations, mais il juge nécessaire de renforcer le rôle de la Confédération. Dans le système actuel, l'approbation *ex ante* par le Conseil fédéral et le contrôle matériel de la structure tarifaire par l'OFSP sont très formels. La Confédération intervient donc seulement une fois que les partenaires tarifaires ont trouvé une solution. Actuellement, le Conseil fédéral ne dispose d'aucune base légale pour intervenir en cas de blocages ou de problèmes de tarification. Le Contrôle fédéral des finances propose donc les mesures suivantes:

1. Le Conseil fédéral doit utiliser ses compétences légales de fixation de principes pour la révision du tarif.

2. A défaut d'accord entre les partenaires tarifaires, le Conseil fédéral doit pouvoir imposer des solutions de tarification provisoires.
3. La facturation au moyen de positions par analogie doit être interdite. Des tarifications provisoires doivent être trouvées rapidement.
4. La Surveillance des prix doit obtenir le statut d'observateur au sein de Tarmed Suisse. A défaut d'accord entre les partenaires tarifaires dans un délai fixé, il devrait avoir la compétence de renvoyer les cas problématiques au Conseil fédéral en vue d'une tarification provisoire.
5. Le Conseil fédéral doit faire établir un concept pour l'analyse statistique des prestations médicales facturées et remboursées.
6. Le Conseil fédéral doit imposer une simplification des factures adressées au patient de manière à ce qu'elles puissent être plus facilement contrôlées.

La recommandation du Conseil fédéral formulée il y a déjà huit ans au sujet de l'harmonisation de la valeur du point tarifaire au niveau cantonal n'a toujours pas été suivie et il n'existe aucun plan concret, à ce jour, pour la mettre en œuvre.

Prises de positions sur les recommandations du CDF

Les prises de positions sont hétérogènes. Elles figurent à l'annexe 9 de ce rapport final qui a fait l'objet d'un lectorat dans l'intervalle.

Santésuisse, la Conférence des directeurs cantonaux de la santé les approuvent de manière générale, ainsi que l'Office fédéral de la statistique et la Surveillance des prix pour les recommandations qui les concernent. Différentes propositions sont formulées pour les améliorer. Par contre, la FMH et, particulièrement, l'Office fédéral de la santé publique se montrent critiques.

La principale divergence concerne le renforcement du rôle de la Confédération. La LAMAL fixerait seulement un cadre et l'autonomie tarifaire des acteurs serait le principe fondamental. La recommandation demandant une tarification provisoire à défaut d'accord entre les partenaires tarifaires est critiquée en raison du double rôle qu'aurait le Conseil fédéral qui est aussi l'autorité d'approbation. La LAMAL, qui régit également d'autres tarifs, ne devrait pas prévoir de dispositions spécifiques pour Tarmed. L'interdiction de la facturation par analogie est critiquée car, selon la FMH, elle concerne des cas dont l'importance n'est pas précisée dans le rapport.

Le CDF maintient cependant ses recommandations. En raison du droit de veto dont ils disposent au sein de Tarmed Suisse, les partenaires se bloquent mutuellement au risque d'une rupture complète. L'objectif des recommandations est de corriger les faiblesses identifiées par le rapport, de faciliter l'identification des problèmes de tarification, d'éviter une obsolescence rapide de Tarmed et ainsi de préserver l'autonomie tarifaire des partenaires. Le Conseil fédéral doit utiliser ses compétences juridiques prévues par la LAMAL (art. 43, al. 7) et établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et améliorer leur adaptation. Avec l'aide de l'OFSP et de la Surveillance des prix, le Conseil fédéral doit s'acquitter de son obligation légale de vérifier que la convention tarifaire soit conforme à la loi et à l'équité (art. 46, al. 4). Le nombre de points par position tarifaire est inclus dans cet examen. La valeur du point et différentes modalités de détail pour la mise en œuvre restent de la compétence des cantons.



Le CDF soutient notamment la plupart des autres propositions émanant des prises de position, notamment celle de clarifier les ressources supplémentaires nécessaires, ainsi que l'examen d'une modification des dispositions légales relatives à la fourniture de données à l'Office fédéral de la statistique et à la possibilité d'octroyer un rôle d'observateur au sein de Tarmed Suisse à la Surveillance des prix.

En raison des divergences d'opinion au sein de l'administration fédérale et des partenaires tarifaires, le CDF juge nécessaire l'intervention de la Délégation des finances et ensuite des Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Parlement.

Texte original en allemand

Table des matières

1	Introduction	4
1.1	Choix du thème	4
1.2	Premier tarif des prestations médicales applicable à l'ensemble de la Suisse	5
1.3	Rémunérations Tarmed et coûts de la santé	7
1.4	Principales dispositions légales	8
1.5	Partenaires tarifaires et autres protagonistes	9
1.6	Genèse du Tarmed	10
1.7	Méthodologie	13
1.8	Les onze études de cas de l'évaluation	16
2	Le Tarmed correspond-il à la réalité des coûts?	20
2.1	Définition de la réalité des coûts	20
2.2	Tarmed: un tarif basé sur des règles applicables en économie d'entreprise	21
2.3	Détermination des prestations médicales (PM)	22
2.4	Détermination des prestations techniques (PT)	28
2.5	Les valeurs du point tarifaire font exception au principe de la réalité des coûts	35
2.6	Réalité des coûts des cas étudiés: résumé	37
2.7	Test du modèle Tarmed: le revenu de référence est-il atteint?	40
2.8	Conclusion: un réel pas en avant malgré des valeurs de référence problématiques et des incohérences	42
3	Le Tarmed améliore-t-il la transparence?	44
3.1	Transparence pour qui et pour quoi?	44
3.2	Transparence des modèles de calcul pour les partenaires tarifaires	45
3.3	Transparence de la convention tarifaire pour l'autorité d'approbation définie dans la LAMal	46
3.4	Transparence des factures pour les patients	49
3.5	Transparence pour les assureurs-maladie et santésuisse	50
3.6	Transparence des coûts de santé	51
3.7	Conclusion: amélioration de la transparence, mauvaise exploitation du potentiel	53
4	Le Tarmed a-t-il contribué à la revalorisation des prestations médicales?	55
4.1	Définition des objectifs	55
4.2	Mesures prises: qu'est-ce qui a été réalisé?	55
4.3	L'entretien avec le patient a été revalorisé financièrement	56
4.4	Prestations Tarmed: la médecine de premier recours est à la traîne	58
4.5	Revenu des médecins de premier recours: une légère amélioration, mais des causes pas toujours identifiées	63

4.6	Recherche des causes de la faible revalorisation du revenu des médecins de premier recours	65
4.7	Le modèle Tarmed à l'épreuve: comment les différences entre généralistes et spécialistes s'expliquent-elles?	66
4.8	Conclusion: l'entretien avec le patient a été revalorisé, sinon peu de progrès ont été accomplis	68
5	Quid de la neutralité des coûts du Tarmed?	70
5.1	Les bases légales du principe de neutralité des coûts font débat	70
5.2	La mise en application du principe de neutralité des coûts incombe aux partenaires tarifaires	71
5.3	La neutralité des coûts entraîne le maintien du statu quo	74
5.4	Conclusion: la neutralité des coûts a contribué à diminuer la valeur initiale du point tarifaire, mais aussi à maintenir le statu quo	78
6	La mise à jour du tarif est-elle fiable?	80
6.1	La mise à jour du Tarmed constitue un impératif légal	80
6.2	Tarmed Suisse: la mise à jour du tarif au point mort	81
6.3	L'utilisation de positions par analogie présente un risque important pour le Tarmed	84
6.4	La révision tarifaire prévue pour 2010 a échoué	86
6.5	L'autonomie tarifaire limite les possibilités de l'OFSP	87
6.6	Récapitulatif: la mise à jour du tarif n'est pas fiable	91
7	Conclusions – Réponses aux questions de l'évaluation	93
8	Recommandations	101

Annexes

- Annexe 1 : Bases légales
- Annexe 2 : Bibliographie
- Annexe 3 : Entretiens
- Annexe 4 : Groupe d'accompagnement, juin 2010
- Annexe 5 : Chiffres-clés relatifs aux études de cas
- Annexe 6: Abréviations et définitions
- Annexe 7: Façon de lire une facture Tarmed
- Annexe 8: Facture / justificatif de remboursement
- Annexe 9: Prises de positions

Rapports séparés consacrés au projet

CDF (2010): Analyse des sources statistiques documentant l'évolution du Tarmed. Rapport partiel du module 4 de l'évaluation du Tarmed (disponible uniquement en allemand)

CDF (2010): Mise à jour de Tarmed – Examen des processus et du rôle de la Confédération. Annexe séparée au rapport d'évaluation Tarmed.

Infras (2010): Evaluation du Tarmed: rapport principal sur les cas étudiés (disponible uniquement en allemand)

Infras (2010): Etudes de cas sur le Tarmed (disponible uniquement en allemand)

- Cas n° 1 : Consultation et prestation médicale en absence du patient (Auteur : CDF)
- Cas n° 2: Consultation avec indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence
- Cas n° 3: Consultation avec ECG
- Cas n° 4: Visite avec indemnité de déplacement
- Cas n° 5: Consultation avec réfraction subjective
- Cas n° 6: Tonométrie aplanatoire
- Cas n° 7: Opération de la cataracte
- Cas n° 8: Examen gynécologique préventif
- Cas n° 9: Ultrason de contrôle lors d'une grossesse
- Cas n° 10: Interruption de grossesse chirurgicale jusqu'à la 12^e semaine comprise
- Cas n° 11: Première expertise pour la remise d'appareils acoustiques

1 Introduction

1.1 Choix du thème

Sur la base d'un examen préalable datant de 2007 et de son programme annuel 2008, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a procédé à une évaluation du Tarmed (= tarif médical). Le thème a été choisi pour les raisons suivantes:

- Le thème correspond aux priorités du CDF et satisfait à ses critères de sélection des évaluations à réaliser.
- En 2005, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a publié un rapport recommandant d'effectuer une analyse indépendante et systématique des effets du Tarmed.¹
- La Commission de gestion du Conseil des Etats (CdG-E) a recommandé en 2002, dans son analyse relative aux mesures de maîtrise des coûts dans la LAMal, de soumettre au plus vite le Tarmed, après son introduction, à une analyse des effets.²
- L'art. 32, al. 1, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) charge l'OFSP, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et des représentants des milieux scientifiques, de procéder à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi. La présente évaluation peut contribuer ponctuellement à l'exécution de ce mandat.

Selon le concept d'évaluation du CDF remontant au 12 septembre 2007, les cinq grandes questions à traiter sont les suivantes:

1. Dans quelle mesure les objectifs explicites du Tarmed ont-ils été atteints?
2. Les indemnités calculées sur la base du Tarmed correspondent-elles à la réalité des coûts?
3. Si l'évaluation est trop basse ou trop généreuse, quels en sont les effets possibles?
4. Dans quelle mesure la mise à jour du Tarmed est-elle fiable et effectuée en temps utile?
5. La Confédération devrait-elle intervenir plus activement ou faire preuve de davantage de retenue dans le processus de mise à jour du tarif?

L'évaluation a bénéficié du soutien d'un groupe d'accompagnement comprenant des experts des organisations et associations concernées (composition du groupe d'accompagnement: voir annexe 4). A sa première séance, ledit groupe s'est exprimé sur le concept élaboré par le CDF pour l'évaluation du Tarmed. Cette évaluation vise à faire ressortir les possibilités d'optimisation du Tarmed et à examiner d'un œil critique le rôle de la Confédération dans l'approbation et la mise à jour du tarif. Faute de ressources suffisantes, il a fallu définir des priorités. Ainsi, la présente évaluation se concentre sur l'assurance obligatoire des soins (AOS), à l'exclusion des autres assurances sociales (assurance-accidents [AA]; assurance militaire [AM]; assurance-invalidité [AI]).

¹ Widmer, Thomas / BAG (2005): Tarmed – Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Wirkungen von Tarmed.

² CdG du Conseil des Etats (5 avril 2002): Influence de la Confédération sur la maîtrise des coûts dans le domaine de la loi sur l'assurance-maladie – Analyse de deux exemples précis.

Par contre, ni la méthode de facturation des médecins, ni les contrôles de la rentabilité menés par SantéSuisse et les caisses-maladie ne font l'objet de cette évaluation. Il n'était pas non plus prévu, dans ce cadre, de collecter les données de gestion des hôpitaux et des cabinets médicaux (voir chapitre sur la réalité des coûts).

1.2 Premier tarif des prestations médicales applicable à l'ensemble de la Suisse

Le Tarmed est le tarif à la prestation applicable aux prestations médicales ambulatoires fournies en Suisse par les hôpitaux et les cabinets médicaux. Depuis le 1^{er} janvier 2004, toutes les prestations médicales ambulatoires de l'assurance obligatoire des soins (AOS = «assurance de base») sont décomptées au moyen du Tarmed. Les prestations des assurances complémentaires sont par contre soumises à d'autres bases légales ou dispositions tarifaires. Quant aux prestations médicales ambulatoires relevant de l'assurance-invalidité (AI), de l'assurance militaire (AM) ou des assurances-accidents (AA), elles se fondent sur le Tarmed depuis le 1^{er} mai 2003 déjà. Il incombe au Conseil fédéral de veiller à ce que les régimes tarifaires de la LAMal soient coordonnés avec ceux des autres assurances sociales (art. 43, al. 7, LAMal).

La version actuelle du Tarmed renferme, sur près de 2000 pages A4, la tarification de quelque 4300 prestations individuelles sous forme de positions tarifaires, dont près d'un tiers relèvent du secteur hospitalier.³ En milieu hospitalier, le Tarmed sert non pas de tarif, mais de base de calcul de la rémunération des médecins agréés⁴.

Lors de la révision de la LAMal, les Chambres fédérales se sont mises d'accord, à la session d'hiver 2007, pour rémunérer les traitements hospitaliers sous la forme de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Toutefois, ceux-ci doivent toujours être liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse (art. 49, al. 1, LAMal). Le délai d'introduction figure à l'al. 1 des dispositions transitoires de la modification de la LAMal datant du 21 décembre 2007. Le projet porte le nom de SwissDRG.

Les prestations médicales sont presque toujours facturées à l'aide de plusieurs positions du Tarmed. Faute d'une position exacte pour un traitement, des positions par analogie sont utilisées.⁵

La structure tarifaire comprend le catalogue des positions avec le nombre de points tarifaires (relation de valeurs), les paramètres et les règles d'interprétation de chaque position tarifaire.

Calcul des points tarifaires: exemple

Le Tarmed évalue les prestations non pas en francs, mais en points tarifaires. Chaque prestation correspond à une position tarifaire. L'évaluation des positions tarifaires distingue à chaque fois entre la composante médicale (prestation médicale, PM) et la composante technique (prestation technique, PT):

³ Voir le site de Tarmed Suisse. Tarmed peut y être consulté comme navigateur ou comme fichier PDF.

⁴ Les médecins agréés sont généralement des médecins en cabinet qui «louent» des lits et l'infrastructure de l'hôpital. Ils ont le droit, par exemple, de traiter leurs patients qui y sont hospitalisés et de recourir à cet effet aux infrastructures et aux moyens de l'institution en question.

⁵ La facturation au moyen de positions par analogie consiste à utiliser une position similaire. Voir chapitre 6.



- La PM prend en compte les prestations médicales, assistance médicale comprise (max. deux assistants). Les prestations d'anesthésie sont facturées séparément.
- La PT indemnise le personnel non médical ainsi que les prestations en nature, telle l'infrastructure (biens meubles et immeubles, etc.).

La position du Tarmed la plus fréquemment utilisée s'intitule 00.0010 «Consultation, première période de 5 min (consultation de base)». Elle apparaît sur la plupart des factures ou justificatifs de remboursement. Le tableau ci-dessous illustre cette position de facturation du catalogue Tarmed, telle qu'elle apparaît en ligne.

Figure 1: Structure tarifaire de la position 00.0010, consultation de base

00.0010		Consultation, première période de 5 min (consultation de base)				00.0010	
Valeur intrinsèque quantitative FMH 5 PM (assistance comprise) 9.57 pts	Valeur intrinsèque qualitative Toutes les valeurs intrinsèques		Unité fonctionnelle Salle de consultation		Classe de risque anesthésique -		
	Assistance	Nombre d'assistants	Prestation au sens restreint 5 min	Préparation et finition -	Rapport -	Temps supplémentaire médical lié à la prestation -	
PT 8.19 pts	Temps d'occupation du local 5 min				Temps d'attente -		
Sexe -	Type de prestation Prestation principale	Type de traitement -	Facteur de supplément, de réduction PM 1.00		Facteur de supplément, de réduction PT 1.00		

Interprétation

Comprend toutes les prestations médicales fournies au patient par le spécialiste dans son cabinet ou, pour des patients ambulatoires à l'hôpital, par le médecin, que le spécialiste fournit au patient dans son cabinet, sans moyens auxiliaires ou avec des moyens simples (par exemple le contenu de la trousse médicale), pour les troubles et symptômes que le patient présente à sa venue chez lui et ceux qui apparaissent durant le traitement.

Comprend les salutations à l'arrivée et au départ du patient, les discussions, examens et actes médicaux ne faisant pas l'objet d'une tarification spéciale (par exemple: injections spécifiques, pansements, etc.), l'accompagnement du patient pour le confier au personnel soignant (instructions comprises) en vue de tâches administratives, de prestations techniques et curatives et de la remise de médicaments (cas d'urgence et/ou dispensation initiale), la lecture du dossier médical et les annotations immédiatement avant et après la consultation.

Règles

Age: -
Quantité: max. 1 fois par séance -
Côté: -
Loi: -

Non cumulable avec: (00.0080), (00.0110), (00.1325), (02.0010), (02.0020), (02.0030), (02.0040), (02.0050), (08.0500), [GP-12]

Prestations additionnelles possibles: (00.0020), (00.0030), (00.0040).

Groupes de prestations: [GP-18], [GP-58].

Source: Tarmed Version 1.06, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2009, voir www.tarmedsuisse.ch

Le total des points tarifaires de la consultation de base s'élève ici à 17,76 points tarifaires. Il comprend la rétribution de la prestation médicale (PM, 9,57 points tarifaires) et celle de la prestation technique (PT, 8,19 points tarifaires). Le Tarmed fixe de manière uniforme, pour l'ensemble de la Suisse, les points tarifaires (=valeur relative) de chacune des quelque 4300 positions. Pour obtenir le prix en francs d'une prestation, il faut multiplier les points tarifaires par la valeur du point tarifaire.

Comment s'effectue l'évaluation d'une prestation Tarmed ?

Nombre de points tarifaires de la prestation technique x valeur du point tarifaire du canton / domaine (valeur du point tarifaire des PT)	+	Nombre de points tarifaires de la prestation médicale x valeur du point tarifaire du canton / domaine (valeur du point tarifaire des PM)	=	Prix total d'une position de prestation
---	---	--	---	---

L'annexe 7 présente un modèle de facture Tarmed simple (avec explications).

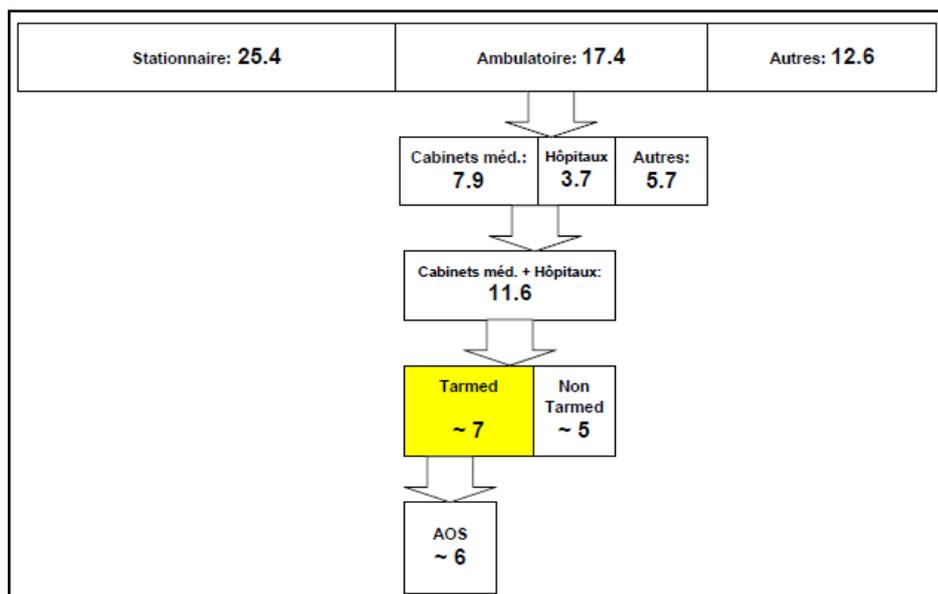
Le prix d'une position varie toutefois entre les diverses assurances sociales et, dans l'AOS, selon le canton et selon que la prestation a été fournie dans le domaine hospitalier ambulatoire ou dans un cabinet médical (domaine de prestations). A titre d'exemple, une consultation de 5 minutes dans un cabinet médical coûte 25,69 francs dans le canton de Berne et 28,57 francs dans le canton de Vaud. En 2010, la valeur cantonale du point tarifaire se situe entre 0,80 franc (ZG, LU, SZ) et 0,99 franc (JU, VD) pour les cabinets médicaux, et entre 0,75 franc (TI) et 0,98 franc (SZ) dans le domaine hospitalier ambulatoire.

Le **minutage** est une notion importante pour la compréhension du Tarmed. Il désigne le temps nécessaire à l'exécution des PM ou des PT. Le minutage (ayant valeur de norme) ne correspond pas nécessairement au temps effectif écoulé. Dans l'exemple qui précède, le minutage est de 5 minutes pour les PM comme pour les PT.

1.3 Rémunérations Tarmed et coûts de la santé

La figure 2 rapproche les rémunérations Tarmed du coût total de la santé. En l'absence de statistique Tarmed, le CDF a lui-même procédé aux calculs nécessaires.

Figure 2: Prestations Tarmed, comme éléments de coûts dans le secteur de la santé (en milliards de francs), 2007



Source: CDF (2010): Analyse des sources statistiques documentant l'évolution du Tarmed. Rapport partiel.

Les coûts facturés au moyen du Tarmed représentaient en 2007 quelque 7 milliards de francs, soit près de 40 % des dépenses ambulatoires enregistrées dans le secteur de la santé (au total 17,4 milliards de francs). Près d'un milliard de francs de prestations décomptées sur la base du Tarmed proviennent d'autres assurances sociales que l'OAS (AA, AI et AM). Les coûts ambulatoires des analyses, des médicaments et des moyens et appareils (env. 5 milliards de francs) sont décomptés en dehors du Tarmed.⁶

⁶ En plus les frais dépassant Fr. 3.- pour le matériel ne figurant pas sur la liste des moyens et appareils sont facturés séparément.

1.4 Principales dispositions légales

Primauté des négociations et autonomie tarifaire: la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit qu'«en règle générale», les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations ou leurs fédérations (art. 41, al. 1 et art. 43, al. 4). Font exception à cette règle générale les tarifs fixés par l'OFSP/le DFI, soit la liste des analyses (tarifs de laboratoire dans la langue populaire), la liste des moyens et appareils (LiMA), la liste des médicaments avec tarif (LMT) ainsi que la liste des spécialités (LS). On parle à leur propos de «tarifs d'office» par opposition au Tarmed.

Structure uniforme: 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 structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43, al. 5).

Approbation par le Conseil fédéral: une convention tarifaire doit être approuvée par le Conseil fédéral si sa validité s'étend à toute la Suisse. Le Conseil fédéral vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46, al. 4). Avant son approbation, le Conseil fédéral doit entendre l'avis de la Surveillance des prix, en vertu de l'art. 14 de la loi fédérale concernant la Surveillance des prix.

Protection tarifaire: les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour les prestations fournies (art. 44, al. 1).

Liberté de contracter (ou obligation de contracter): les fournisseurs de prestations qui satisfont aux critères d'admission prévus dans la loi⁷ sont autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La suppression de l'obligation de contracter, débattue à plusieurs reprises au Parlement, impliquerait également d'abroger l'art. 43, al. 5, LAMal (structure tarifaire uniforme).

Fixation selon les règles applicables en économie d'entreprise : Les conventions tarifaires sont à fixer d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée (art. 43, al. 4, LAMal), v. chapitre 2.1, Définition de la réalité des coûts.

Dans le **message de 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie** en vue de l'introduction de l'assurance de base obligatoire, on peut lire ceci à propos des tarifs et des prix:⁸

«La manière dont les tarifs et les prix sont fixés et appliqués pour la rémunération des prestations de l'assurance-maladie sociale a une influence décisive sur l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, laquelle constitue, à son tour, une partie importante de l'évolution globale des coûts en matière de santé publique.» La nouvelle LAMal devait contenir «les bases les plus importantes pour que les partenaires tarifaires adoptent un comportement permettant d'atténuer l'augmentation des coûts» (p. 153), et l'on espérait que le libre passage intégral des assurés et le libre choix du fournisseur de prestations par l'assuré constitueraient un «ensemble de mesures aptes à favoriser une pratique de la médecine avec des coûts plus avantageux» (p. 156).

La discussion porte souvent sur la contribution que le Tarmed pourrait apporter à la maîtrise de l'augmentation des coûts (neutralité des coûts, pratique efficiente, hausse du volume des prestations, CPP, forfaits).

⁷ Voir art. 35 à 40 LAMal.

⁸ 91.071. Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie.

1.5 Partenaires tarifaires et autres protagonistes

Le Tarmed a été développé par les partenaires tarifaires suivants (fédérations):

- santésuisse: association faîtière des assureurs-maladie suisses (auparavant Concordat des assureurs-maladie suisses, CAMS);
- FMH: Fédération des médecins suisses;
- H+: association faîtière des hôpitaux suisses (auparavant Association suisse des établissements hospitaliers, Veska);
- CTM: Commission des tarifs médicaux pour la loi sur l'assurance-accidents (LAA), avec son secrétariat, le Service central des tarifs médicaux (SCTM).⁹
- santésuisse et la CTM représentent les assureurs, tandis que la FMH et H+ représentent les fournisseurs de prestations.

Il existe deux conventions-cadres nationales dans l'AOS, conclues l'une entre santésuisse et la FMH, l'autre entre santésuisse et H+. Le Tarmed a conduit à la mise sur pied de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM, auparavant G7). L'une de ses principales tâches consiste à négocier avec santésuisse les conventions cantonales d'adhésion aux contrats-cadres (par ex. valeur du point tarifaire).

Autres protagonistes

Le Conseil fédéral est, de par la loi, l'autorité d'approbation du Tarmed. Depuis 2004, l'OFSP est l'office responsable de l'approbation des contrats-cadres et de l'examen de la structure tarifaire (équité, principe d'économie).¹⁰ Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est encore chargé de préparer les décisions du Conseil fédéral et a en outre édicté l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS).

Comme le Tarmed n'est pas le résultat d'une concurrence efficace au sens de la loi fédérale concernant la Surveillance des prix (LSPr, art. 12), la Surveillance des prix a le droit d'émettre des recommandations à l'intention du Conseil fédéral sur l'approbation de la structure tarifaire, ainsi que sur la valeur du point tarifaire dans les domaines de l'AA, de l'AI et de l'AM. De même, il a le droit d'adresser des recommandations aux cantons sur la valeur du point AOS. La Surveillance des prix se prononce également sur les tarifs LAMal controversés devant le Tribunal administratif fédéral. L'autorité concernée est tenue de mentionner l'avis de la Surveillance des prix dans sa décision et, si elle s'en écarte, de s'en expliquer dans son ordonnance tarifaire (voir art. 14 LSPr). La Surveillance des prix a à plusieurs reprises¹¹ exercé son droit d'intervention lors de l'examen de

⁹ L'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire sont représentées au sein de Tarmed Suisse par la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM). La CTM a pour tâche de régler les problèmes fondamentaux rencontrés par les organismes responsables de l'assurance-accidents obligatoire dans les domaines du droit médical et des tarifs médicaux. Ses décisions ont un caractère impératif pour l'assurance-accidents obligatoire. Des représentants de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité prennent part aux séances de la CTM en tant qu'experts afin de garantir la coordination avec les autres branches des assurances sociales. Le Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM) est à la disposition de la CTM pour lui permettre de gérer ses différentes tâches. Le SCTM, basé à Lucerne, est dirigé par la CNA.

¹⁰ Le 1^{er} janvier 2004, le domaine d'activité Assurance-maladie et accident (AMA) est passé de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

¹¹ Büro Vatter (2001): Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 3, Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif TARMED. Etude réalisée à la demande de l'Organe parlementaire de contrôle de l'administration.

la structure tarifaire et exigé que les incitations ou mécanismes poussant à la hausse des coûts soient corrigés.

L'Organisation suisse des patients (OSP) constitue, au nom des assurés, l'instance consultée à propos des contrats-cadres du Tarmed.

La société Tarmed Suisse, propriétaire et administratrice du tarif, est soutenue tant par les fournisseurs de prestations (H+, FMH) que par les assureurs (santésuisse, CTM).

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a un statut d'observateur au sein des instances de Tarmed Suisse.

La Caisse des médecins (CM), fondée en 1964, propose des prestations pour l'administration des cabinets médicaux. Elle a gracieusement mis à disposition ses propres analyses, en vue de la présente évaluation.

1.6 Genèse du Tarmed

Tableau 1: Aperçu de l'histoire du Tarmed

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Révision totale du tarif médical (GRAT, dès 1986)							Approbation du Tarmed				Tarmed en vigueur (AI et AA: dès 05.2003)								
					Infra (hôpitaux)	β3				T1.1									T1.07
Evaluation des PM et des PT									Remaniement (reengineering)			Mise à jour du tarif							
CTM - FMH						+sas	+ H+	H+, FMH, CTM, sas				Tarmed Suisse							

Source: CDF 2010

La version 1.07 du Tarmed est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2010.

Une initiative des partenaires tarifaires

Au milieu des années 1980, le chaos régnait en Suisse en matière tarifaire. Les noms des prestations et leur évaluation variaient d'un canton à l'autre, rendant impossible toute comparaison. Faute de position tarifaire pour de nombreuses prestations, il était fréquent d'utiliser des positions par analogie. En outre, la facturation des prestations techniques engendrait des distorsions tarifaires et des incitations perverses.¹² Les 24 tarifs médicaux étaient soumis au droit cantonal. L'AA, l'AM et l'AI utilisaient le «tarif bleu», tandis que le catalogue des prestations hospitalières («tarif orange») et ponctuellement des solutions cantonales (forfaits) étaient en vigueur dans le secteur hospitalier. La commission d'experts chargée en 1990 des travaux préparatoires sur la LAMal (commission Schoch) voyait dans la transparence et la comparabilité l'un des principaux objectifs de l'uniformisation des structures tarifaires.¹³ Les mesures temporaires contre

¹² OFAS (2001): Tarmed ... eine unendliche Geschichte.

¹³ L'uniformisation des structures tarifaires vise notamment à atteindre les objectifs suivants:

- rapport adéquat entre les valeurs des prestations, calculées selon les principes de la gestion d'entreprise;
- transparence accrue des prestations et meilleures possibilités de comparaison;
- meilleure coordination entre les assurances sociales;
- contribution à la maîtrise des coûts par l'intervention sur un élément essentiel de la formation des prix.

l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie définies par l'OFAS ont abouti dès 1992 à un gel tarifaire.¹⁴ Cette décision a conduit, dans la perspective d'un tarif national à venir, à ne plus adapter les tarifs cantonaux. Par la suite, les distorsions de la structure d'évaluation se sont accrues et ont abouti au creusement des écarts de revenus entre les différentes disciplines médicales.¹⁵ Et comme ces tarifs étaient plutôt négociés que calculés, on a également parlé de «tarifs de bazar».¹⁶

Au début de 1986, la FMH et la CTM se sont décidées pour une refonte complète du tarif médical (projet GRAT). Par la suite, la CTM et la VESKA (devenue H+) ont décidé de procéder à la révision du catalogue des prestations hospitalières (projet Infra).

Selon le Service central des tarifs médicaux (SCTM), les objectifs principaux du nouveau tarif étaient les suivants:¹⁷

- restructuration et réévaluation systématiques des prestations fournies dans les cabinets médicaux et les hôpitaux;
- élaboration de bases d'évaluation uniformes des prestations médicales, fondées sur les principes de la gestion d'entreprise;
- réévaluation des prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations purement techniques.

Un concept général a été adopté en 1988 pour la révision du tarif médical, puis la nomenclature du modèle GRAT a été élaborée de 1990 à 1992. Les discussions d'experts et l'inventaire des prestations se sont poursuivis jusqu'en 1997. Dans les années 90, on articulait le chiffre de 7 millions de francs pour le développement du Tarmed.

La «nouvelle» LAMal exige un tarif uniforme

A la suite d'un référendum, la LAMal est entrée en vigueur en 1996, et avec elle l'exigence légale de prévoir un tarif à la prestation uniforme sur le plan suisse. Le CAMS (aujourd'hui: santésuisse) a adhéré aux projets GRAT et Infra à la fin de 1996 et un an plus tard, les deux projets ont été regroupés pour former le projet Tarmed. Le Conseil fédéral prévoyait d'introduire un nouveau tarif médical en 1998 au plus tard. Mais comme les négociations avançaient laborieusement et que l'organisation de projet complexe impliquait de lourds efforts, ce délai n'a pu être respecté. Aussi, dans une lettre envoyée en 1998 à la FMH, la conseillère fédérale Ruth Dreifuss a-t-elle parlé d'édicter un «tarif d'office» si les partenaires tarifaires ne parvenaient pas à s'entendre. Dans sa réponse à une motion parlementaire, le Conseil fédéral a reparlé un an plus tard de fixer lui-même une structure tarifaire.¹⁸ Mais la menace n'a pas été mise à exécution et les négociations sur les tarifs Tarmed se sont poursuivies. Ce n'est toutefois qu'en dernière minute que les partenaires tarifaires sont parvenus à un accord sur certains points importants.

(Source: révision de l'assurance-maladie, rapport de la commission d'experts du 2 novembre 1990 [commission Schoch], p. 60).

¹⁴ Voir AF de 1991, RO 1991 2604 ss., www.vpb.admin.ch/franz/doc/58/58.22.html.

¹⁵ SCTM (1999): documentation générale, p. 17.

¹⁶ Hans Heinrich Brunner: Analyse des différences de valeur du point entre tarifs LAMal cantonaux et tarif AA/AM/Al, in: BMS 2001; 82: n° 50.

¹⁷ SCTM, documentation générale (1999).

¹⁸ Avis sur la motion Berberat n° 98.3548.

Au début de 1998, les médecins pratiquant des thérapies invasives (=opérations) avaient créé leur propre société, la Foederatio Medicorum Scrutantium (FMS). En mars 1999, la FMS a exigé une révision (=reengineering des prestations techniques) du Tarmed. En mars 1999 également, La Surveillance des prix a rendu un avis critique sur le Tarmed et les partenaires tarifaires ont dû s'entendre sur la manière de prendre en compte ses seize recommandations visant à optimiser le Tarmed.¹⁹ La Surveillance des prix s'est notamment prononcée sur le montant du revenu de référence, le temps de travail annuel des médecins, la nécessité de collecter les données là où elles manquent, ainsi que le temps d'exploitation des infrastructures coûteuses (IRM), etc.

Retard du Tarmed – épreuve de vérité pour la FMH – pressions du Conseil fédéral

Lors de sa séance du 2 février 2000, la FMH a approuvé la structure tarifaire Tarmed dans sa version Alpha 2.2. Cette version concrétisait des exigences importantes de la FMS, comme la revalorisation des prestations consistant en opérations ou interventions.²⁰ En mai 2000, le Conseil fédéral a de nouveau menacé d'édicter un tarif d'office, lors de trois réponses à des interpellations²¹. Le 30 juin 2000, les partenaires tarifaires ont fini par soumettre au Conseil fédéral, pour approbation, la version Alpha 3.0. Le Conseil fédéral a avalisé cette structure tarifaire remaniée²² le 18 septembre 2000 en y mettant une condition, à savoir que les partenaires tarifaires concluent une convention relative à l'introduction d'un tarif qui soit neutre en termes de coûts.²³ Cette tâche a également demandé beaucoup de temps aux partenaires tarifaires.

Entre-temps, les partenaires tarifaires avaient déjà décidé que la structure tarifaire Alpha 3.0 ne pouvait être mise en œuvre. La version 1.0 ne convenait pas non plus, car des modifications y avaient été apportées dans divers domaines lors d'un premier remaniement (reengineering I, RE I). La FMS, représentant les intérêts de quelque 6000 médecins spécialistes, avait exigé dans une lettre ouverte à la FMH «que la version 1.0 de Tarmed ne soit en aucun cas et sous aucun prétexte publiée, avant que des pourparlers portant sur l'intégration du modèle de la FMS (reengineering) n'aient été fixés et que l'intégration n'ait été décidée»²⁴. Les médecins spécialistes en pédiatrie et en dermatologie s'étaient également sentis «sérieusement menacés» par le Tarmed²⁵. Le FMH devait donc se soumettre à une épreuve de vérité²⁶.

Le 13 novembre 2001, les partenaires tarifaires ont soumis pour approbation au Conseil fédéral la version 1.1 comportant des modifications matérielles dans les domaines de la valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis), des unités fonctionnelles ainsi que des minutages. Le taux de productivité de la salle d'opération OP1 avait ainsi été ramené de 72 %, dans la version 1.0, à 45 % dans la version 1.1. En février 2002, la FMH a dû organiser une votation générale sur l'introduction du Tarmed 1.1. En 2003, un recensement de la valeur intrinsèque (niveau de

¹⁹ Surveillance des prix (1999): Studie zu den Tarifen GRAT / Infra.

²⁰ Lettre ouverte de la FMH aux autres partenaires tarifaires, voir BMS: www.bullmed.ch/pdf/2000/2000-20/2000-20-537.pdf

²¹ IP 00.3116, 00.3110, 00.3074.

²² Y c. le concept de valeur intrinsèque et celui des unités fonctionnelles.

²³ Des informations plus détaillées sur la neutralité des coûts figurent au chapitre 5 du présent rapport.

²⁴ Lettre ouverte au Président de la FMH, in: BMS 2000;81: n° 42, p. 2366.

²⁵ Häuptli, W.: Remaniement (RE) du TARMED, in: BMS 2001;82: n° 49: «Victimes de la "dernière période de 5 min" du fait des très fréquentes consultations de courte durée, les dermatologues se sont, eux aussi, découverts sérieusement menacés. Pour les aider, un statut spécial leur a été accordé, si bien que ce groupement de spécialistes a également vu sa situation améliorée.»

²⁶ BMS 2001;82: n° 18; 2004;85: n° 27 et 2008;89: n° 8.

qualification médicale requis) allait de nouveau mettre la FMH à rude épreuve.²⁷ Les négociations bilatérales ainsi que le concept de neutralité des coûts avaient abouti le 17 mai 2002 (santésuisse et H+) et le 20 juin 2002 (santésuisse et FMH) seulement. Mais comme le Conseil fédéral avait déjà approuvé la version Alpha 3.0 de la structure tarifaire Tarmed, cette proposition portant sur la structure tarifaire a été traitée comme révision (seulement).

Le 30 septembre 2002, le Conseil fédéral approuvait définitivement les deux contrats-cadres, y compris la structure tarifaire Tarmed (version 1.1). Cette version de Tarmed a été introduite le 1^{er} janvier 2004 sur l'ensemble du territoire et fait dès lors l'objet de révisions annuelles. La version 1.07 est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2010.

De même, les pressions de la FMS ont conduit à approuver en avril 2002 le concept d'un deuxième remaniement (RE II), qui s'est achevé en juin 2003. RE II s'est agi d'un remaniement en profondeur du Tarmed en réponse aux imperfections constatées. Quelque sept projets partiels faisaient partie intégrante de RE II.²⁸ Selon la délégation de la FMH, les résultats ont cependant été décevants, santésuisse ayant utilisé au nom de la neutralité des coûts une «technique de blocage».²⁹ Il a donc fallu s'en tenir aux mesures d'urgence en radiologie et à RE III.

Le Tarmed a été vendu pour plusieurs millions de francs à la *Deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung* (fédération allemande des médecins conventionnés) et l'Allemagne a repris pour son propre tarif une partie de sa structure tarifaire.

1.7 Méthodologie

Dans son concept du 2 février 2009, le CDF a indiqué la marche à suivre envisagée pour répondre aux questions de l'évaluation (voir chapitre 1.1). L'évaluation s'articule autour de cinq modules de travail.³⁰

Module 1: interviews menées sur la base d'un guide avec des experts, des représentants des partenaires tarifaires, de l'OFSP, de la Surveillance des prix, de l'OFS, de Tarmed Suisse et d'autres protagonistes (sociétés de discipline médicale, etc.). Près de 50 interviews ou entretiens ont été menés. A ceux-là s'ajoutent des interviews réalisées dans le cadre d'analyses ponctuelles (voir en annexe les rapports Infras). D'abord, les interviews menées sur la base d'un guide permettent de répondre à des questions concernant les objectifs du Tarmed, la réalité des coûts et le modèle de calcul, la mise à jour du tarif et le rôle de la Confédération (voir aussi module 3, Analyses des processus). Ensuite, elles garantissent la qualité des constats faits et des recommandations émises dans cette évaluation.

²⁷ Imboden, Annamaria Müller, secrétaire générale de la FMH: Histoire courte en quelques brefs chapitres, in: BMS, www.saez.ch/html_f/2007/2007-21-541.Html.

²⁸ Ces projets partiels comprenaient les travaux de révision issus de RE I, la radiologie, l'assistance, les paramètres temporels, la productivité, la vérification des appareils dans les unités fonctionnelles et le modèle tarifaire.

²⁹ Délégation de la FMH, Résultats du reengineering II, in: BMS 2003; 84: n° 32/33, p. 1658.

³⁰ Par manque de temps et de ressources, il a fallu reporter le sixième module, soit une comparaison internationale de quelques prestations, à la phase 2 (2010).

Module 2: analyses documentaires en vue de l'élaboration des bases nécessaires sur les thèmes suivants: objectifs du Tarmed, historique, réalité des coûts et modèle de calcul, mise à jour du tarif, Tarmed 2010 et neutralité des coûts (voir annexe avec indication des sources).

Module 3: analyses des processus examinant les risques des processus décisionnels (rôle du Conseil fédéral et de l'OFSP notamment). Les processus et le rôle joué par la Confédération dans le Tarmed ont été comparés avec le tarif des laboratoires («tarif d'office») (question n° 5). La mise à jour du tarif a également fait l'objet d'une analyse. Ce module a débouché sur la publication d'un rapport partiel.³¹

Module 4: analyses transversales visant à trier, compiler et analyser les sources statistiques du Tarmed dans le domaine de la santé (macroanalyse) et celles qui concernent des groupes de prestations /des études de cas spécifiques (microanalyse). Un autre objectif consistait à évaluer l'importance du Tarmed pour les revenus des médecins. Par analyse transversale, on entend des mesures de même nature portant sur les mêmes éléments et effectuées à différents moments afin de détecter les changements survenus au fil du temps. Ce module a également donné lieu à la publication d'un rapport partiel.³²

Module 5: études de cas de groupes de prestations servant à vérifier la cohérence des évaluations à caractère économique des prestations (points tarifaires des PM et PT, etc.). Onze études de cas ont été menées.

Les études de cas sélectionnées concernent deux domaines comportant essentiellement des prestations intellectuelles et médicales (médecine générale et médecine interne) et deux domaines comportant de nombreuses prestations techniques (gynécologie et ophtalmologie). Un autre exemple choisi provient d'un domaine où les prestations sont prises en charge par l'AI/AVS, soit la première expertise pour l'octroi d'un appareil auditif (ORL). Le choix s'est à chaque fois porté sur des spécialisations où beaucoup de médecins sont actifs.

Les critères généraux de sélection des cas à examiner étaient les suivants. Les prestations et les positions Tarmed devaient: 1) apporter ensemble une réponse judicieuse aux questions posées; 2) pouvoir être délimitées et permettre une comparaison avant/après; 3) avoir été proposées par des sociétés de médecins ou d'autres protagonistes et 4) couvrir une part relativement élevée des positions Tarmed facturées (en l'occurrence des 20 positions les plus fréquentes). Comme critères spécifiques de sélection, les positions devaient: 5) avoir été révisées; 6) être remboursées par l'AI/AVS; 7) avoir connu d'importants développements technologiques au cours des dernières années et 8) inclure une combinaison de «tarif au temps» et de «tarif à la prestation».

Au cours de l'évaluation, il s'est avéré difficile d'effectuer pour tous les cas examinés des comparaisons avant/après qui soient valides et d'en tirer des conclusions quant à la réalisation d'un objectif essentiel du Tarmed, soit le respect des règles applicables en économie d'entreprise.

³¹ CDF (2010): Mise à jour de Tarmed – Examen des processus et du rôle de la Confédération.

³² CDF (2010): Analyse des sources statistiques documentant l'évolution du Tarmed. Les sources existantes sont décrites au chapitre 2 du présent rapport.

Par ailleurs, le choix des cas s'est concentré sur les prestations des médecins libres praticiens et n'est donc pas représentatif de la pratique médicale propre au domaine hospitalier ambulatoire.

Les études de cas sont brièvement présentées au chapitre 1.8. L'annexe 5 renferme les chiffres-clés des cas analysés. Les résultats complets figurent dans les rapports partiels publiés à l'occasion de cette évaluation.

Déroulement et organisation du projet

Après avoir retenu le thème de la présente évaluation dans son programme annuel 2008, le CDF a procédé en deux phases. La première, de janvier à l'été 2008, a consisté à élaborer le concept de l'évaluation. Ce concept a donné lieu à la première séance du groupe d'accompagnement. La seconde phase, allant de l'été 2008 à l'été 2010, a été consacrée à l'évaluation avec les analyses, les rapports partiels et le présent rapport principal.

Le CDF porte la responsabilité de l'évaluation. L'équipe de projet était formée de Claude Courbat (direction de projet), Tobias Bauer (module 4) et Marcel Cornuz (module 3). Le projet a été mené sous la supervision d'Emmanuel Sangra, responsable du centre de compétences.

Les analyses des cas n° 2 à 11 du module 5 ont été confiées au bureau de recherche et conseil Infrac, à Zurich. Le CDF s'est lui-même chargé du cas n° 1.

L'évaluation a bénéficié du soutien d'un groupe d'accompagnement qui s'est réuni trois fois (composition du groupe d'accompagnement: voir annexe 4). Ce groupe avait pour but d'apporter un soutien professionnel au CDF et de lui faciliter l'accès aux données et aux informations sur le Tarmed. Les résultats ainsi que les recommandations de l'évaluation n'engagent toutefois que la responsabilité du CDF.³³

Le CDF remercie ses interlocuteurs, les membres du groupe d'accompagnement et les nombreuses personnes consultées pour leur précieux soutien. Sa gratitude va en particulier à la Caisse des médecins, qui a fourni gratuitement ses propres analyses des cas étudiés. santésuisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Surveillance des prix méritent également des remerciements particuliers pour les analyses et informations mises à disposition.

Alors que l'étude préalable de Widmer/OFSP (2006) s'était concentrée sur trois objectifs du Tarmed (amélioration de la transparence, revalorisation de la médecine de premier recours, neutralité des coûts), le CDF a identifié cinq grands objectifs du Tarmed et a structuré le présent rapport en conséquence:

- Chapitre 2: Les prix calculés en fonction du Tarmed reflètent-ils la réalité des coûts?
- Chapitre 3: Le Tarmed a-t-il conduit à une revalorisation des prestations intellectuelles et à une réduction des écarts de revenus entre les médecins?
- Chapitre 4: Le Tarmed a-t-il permis d'améliorer la transparence?
- Chapitre 5: La neutralité des coûts a-t-elle été respectée lors du passage au Tarmed?
- Chapitre 6: La mise à jour du tarif est-elle fiable et réalisée à temps?

Les réponses aux questions soulevées dans le concept d'évaluation de 2008 figurent au chapitre 7. Le chapitre 8 est consacré aux recommandations.

³³ Une liste des interlocuteurs figure à l'annexe 3.

Conclusion du CDF

Le processus d'évaluation a été laborieux, faute de toute instance de coordination ayant accès à des données valables et actuelles sur le Tarmed. La validité des chiffres et leur interprétation ont fait l'objet d'incessantes discussions avec les partenaires tarifaires. Les études de cas qui, selon la planification de projet, auraient dû être terminées à la fin d'août 2009, se sont ainsi prolongées jusqu'à la fin de mai 2010. Le projet d'évaluation complet a ainsi mobilisé davantage de ressources que prévu.

1.8 Les onze études de cas de l'évaluation

Le présent sous-chapitre décrit ce qui a été examiné dans chaque étude de cas. Le tableau ci-dessous donne un aperçu sommaire des travaux. Des informations plus complètes figurent dans les rapports d'Infras.³⁴

Les cas analysés sont des prestations fournies par les sociétés de discipline médicale suivantes:

- Société suisse de médecine générale (SSMG)
- Société suisse d'ophtalmologie (SSO)
- Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SSGO)
- Société suisse de médecine interne (SSMI)
- Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (SSORL)

Tableau 2: Les 11 études de cas (=11 groupes de prestations), y c. facturation et chiffre d'affaires

	Médecine générale + médecine interne	Ophtalmologie	Gynécologie et obstétrique	Oto-Rhino-Laryngologie
Consultation	1 Consultation + prestation médicale en l'absence du patient (aux heures normales de travail, sans première consultation ni supplément pour consultation pressante) (12.5+10 min.)			
Consultation +	2 Consultation avec indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence (10 min)	5 Consultation avec réfraction subjective (acuité visuelle)	8 Examen gynécologique préventif, comme prestation gynécologique exclusive	
Consultation + prestation technique	3 Consultation avec électrocardiogramme (ECG)	6 Consultation avec tonométrie aplanatoire (tension oculaire)	9 Consultation avec ultrason de contrôle lors d'une grossesse	11 Première expertise pour la remise d'appareils acoustiques
«Intervention»	4 Visite de 25 minutes avec déplacement de 2x5 minutes (25+10 minutes)	7 Opération de la cataracte	10 Curetage évacuateur lors de missed abortion ou d'une interruption de grossesse chirurgicale jusqu'à la 12 ^e semaine comprise	

Source: CDF (2008): concept d'évaluation du Tarmed

³⁴ Infras (2010): Rapport détaillé sur les études de cas.

Les cas n°8 et 10 initialement choisis ont été modifiés sur proposition de la SSGO. Cette société a fait valoir l'impossibilité d'effectuer une comparaison avant/après sur la base de tels cas.³⁵ Mais comme la demande de changement n'a été formulée qu'à un stade avancé du processus d'évaluation, il n'a plus été possible de se procurer les données statistiques correspondantes auprès de la base de données Tarifpool.

Lors d'une consultation médicale, les prestations médicales sont facturées à l'aide de plusieurs positions Tarmed. En règle générale, une facture comprend des **positions au temps et à l'acte**. La position 00.0010, Consultation de base, est un exemple de position au temps; la position 08.2760, Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, est un exemple de position à l'acte³⁶.

De nombreux groupes de prestations comprennent au moins une position qui rend clairement identifiable tout le groupe de prestations (**trigger**). Dans le cas de l'opération de la cataracte, il s'agit de la position servant à décompter le retrait du cristallin opacifié (extraction du cristallin, pos. 08.2760). Une telle opération comprend toujours une «extraction du cristallin», mais également d'autres prestations ou positions. Le *trigger* sert à identifier le groupe de prestations pour l'exploitation statistique de telles séances opératoires, faute d'accès à un numéro de prestation ou à un diagnostic fiable. En outre, il permet l'identification et la pondération des autres positions facturées à cette occasion.

Le cas n° 1 comprend la **consultation standard et la prestation médicale en l'absence du patient**, soit les positions tarifaires du Tarmed les plus souvent utilisées: 00.0010, Consultation, première période de 5 min (consultation de base); 00.0020, + Consultation, par période de 5 min en plus (supplément de consultation); 00.0030, + Consultation, dernière période de 5 min (supplément de consultation); 00.0140, Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier), par période de 5 min (2 fois). Le cas n° 1 comporte 79,92 points tarifaires. Sur la base d'une valeur du point tarifaire de 0,89 franc (moyenne calculée sur le plan suisse), la somme facturée s'élève donc à 71,12 francs. Le cas n° 1 ne contient pas de *trigger*, étant donné que les quatre positions qu'il renferme sont susceptibles d'apparaître avec la plupart des autres positions du Tarmed. Le tableau 3 montre à chaque fois l'évolution du volume des prestations et l'importance financière de ces positions, sans toutefois distinguer si elles ont été facturées dans le cadre d'une consultation standard ou avec d'autres prestations.

³⁵ Au départ, le cas n° 8 s'intitulait «Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique» et le cas n°10 «Curetage lors d'une hystérocopie».

³⁶ Voir rapport partiel d'Infras (2010): études de cas Tarmed, cas n° 7: «Opération de la cataracte».

Tableau 3: Chiffres-clés des quatre positions du cas étudié

Evolution du volume des prestations: nombre de cas de facturation des positions				
	Pos. 00.0010	Pos. 00.0020	Pos. 00.0030	Pos. 00.0140
Cabinets méd.: 2007	30,1 mio	24,6 mio	24,7 mio	8,3 mio
Cabinets méd.: 2005-2007	- 2,4 %	+ 7,1 %	- 2,3 %	+ 23,5 %
Hôpitaux: 2007	4,7 mio	7,4 mio	4,3 mio	2,6 mio
Hôpitaux: 2005-2007	+ 10,6 %	+ 24,4 %	+ 12,9 %	+ 9 %
Importance financière (en valeur absolue): montants facturés par position				
	Pos. 00.0010	Pos. 00.0020	Pos. 00.0030	Pos. 00.0140
Cabinets méd.: 2007	469 mio. fr.	388 mio. fr.	192 mio. fr.	131 mio. fr.
Cabinets méd.: 2005-2007	- 2,1 %	+ 4,5 %	- 3,1 %	+ 21,4 %
Hôpitaux: 2007	75 mio. fr.	119 mio. fr.	34 mio. fr.	41 mio fr.
Hôpitaux: 2005-2007	+ 10,4 %	+ 25,1 %	+ 13,0 %	+ 9,7 %

Source: CDF (2010): Etudes de cas Tarmed – cas n° 1: Tarifpool (extrapolation à 100 %).

En 2007, la somme facturée par les cabinets médicaux et les hôpitaux au titre des quatre positions étudiées a quasiment atteint 1,5 milliard de francs. Près de la moitié du chiffre d'affaires de la médecine générale et de la médecine interne provient de ces positions tarifaires. On constate que depuis 2005, le volume des prestations a certes tendance à diminuer légèrement, mais que les consultations deviennent plus longues et que les prestations en l'absence du patient facturées par les cabinets médicaux ont très fortement augmenté (pos. 00.0140). En outre, les dépenses dues à ces quatre positions sont en forte hausse dans les hôpitaux. Selon H+, la raison réside dans un changement de pratique des hôpitaux, où la saisie des prestations était lacunaire avant 2004.

Le cas n° 2 porte sur une **consultation avec indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence**. En vertu du Tarmed, la procédure d'urgence entre en vigueur lorsque la consultation médicale a lieu sur-le-champ et à la demande du patient ou de ses proches. Il n'est pas permis de décompter de tels forfaits en cas d'admission aux urgences à l'hôpital (en division hospitalière). Les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence n'ont pas été calculées selon la procédure habituelle du Tarmed (modèles GRAT et Infra), mais ont fait l'objet de négociations. Elles sont controversées (tout comme les indemnités forfaitaires de dérangement en cas de visite) et ont été modifiées à plusieurs reprises depuis l'entrée en vigueur du Tarmed. Elles constituent toutefois une composante importante du revenu de la médecine de premier recours, qu'il y a lieu de revaloriser (selon les objectifs du Tarmed, voir chap. 4).

Le cas n° 3 traite d'une **consultation avec électrocardiogramme** en cas d'infarctus, de problème de circulation ou d'arythmie. De telles consultations sont généralement réalisées par des médecins de premier recours (médecine générale ou interne). L'«ECG d'effort» ne fait pas partie de cette étude de cas.

Le cas n° 4 montre une **visite médicale en dehors du cabinet**. La principale différence par rapport au cas n° 1 réside dans le lieu où les prestations sont fournies. L'indemnité de déplacement (Pos. 00.0065) a été prolongée jusqu'au 1^{er} mars 2010 avec la version 1.06. Les partenaires tarifaires ont prolongé la durée de validité de ce forfait sans en référer au Conseil fédéral. L'OFSP a donc prié les partenaires tarifaires de s'expliquer et, le cas échéant, de soumettre au Conseil fédéral une proposition dans ce sens. Les partenaires tarifaires n'ont pas encore réagi (fin d'août 2010).

Le cas n° 5 décrit une **consultation avec réfraction subjective**. Il s'agit de la mesure de l'acuité visuelle et d'éventuelles déformations de la cornée. Ce *trigger* représente en moyenne moins de la moitié des coûts par cas. En effet, une tonométrie aplanatoire ainsi qu'un examen à la lampe à fente sont facturés dans la plupart des consultations. Une prescription de lunettes apparaît fréquemment aussi, comme prestation additionnelle.

Le cas n° 6 a pour objet la **tonométrie aplanatoire**, soit la mesure de la pression intraoculaire en cas de soupçon de glaucome. La vérification stéréoscopique des papilles fait partie intégrante de cette prestation. En outre, la tonométrie aplanatoire est très souvent combinée à une autre prestation, la réfraction objective.

L'**opération de la cataracte** représente le cas n° 7. La cataracte est une opacification du cristallin. En 2007, quelque 49 000 opérations de la cataracte ont été facturées en ambulatoire, selon les extrapolations du CDF basées sur les données de la base de données Tarifpool. La SSO parle de 60 000 opérations de la cataracte réalisées en 2008. En effet, les opérations avec hospitalisation ne sont pas décomptées selon le Tarmed. Les interviews des partenaires tarifaires ont mis en lumière une controverse sur l'anesthésie. Les médecins-conseil des caisses préconisent de renoncer, pour la plupart des opérations de la cataracte, à la présence d'un anesthésiste. La SSO met toutefois en garde contre ce genre de pratique. Elle juge très risqué de ne pas faire appel à un anesthésiste lors des opérations de la cataracte et parle de sérieuse mise en danger des patients.³⁷

Le cas n° 8 porte sur l'**examen gynécologique préventif** comme prestation gynécologique exclusive. Selon l'art. 12e OPAS, l'AOS prend en charge les coûts d'un examen gynécologique préventif, une fois par an les deux premières années, puis tous les trois ans.

Le cas n° 9 traite des deux **consultations avec ultrason de contrôle lors d'une grossesse, comme prestation d'imagerie unique**. En Suisse, l'AOS rembourse deux échographies par grossesse (entre la 11^e et la 14^e semaine, puis entre la 20^e et la 23^e semaine) selon l'art. 13, let. b, OPAS. Le second examen sert généralement à diagnostiquer les malformations possibles de l'enfant.

Le cas n° 10 présente l'**interruption de grossesse chirurgicale jusqu'à la 12^e semaine comprise**.³⁸

Enfin, le cas n° 11 porte sur la **première expertise du médecin-expert, prescrite par l'AI, en vue de la remise d'appareils acoustiques**. Cette expertise est facturée sur la base d'un groupe standardisé de positions tarifaires.

Les résultats des études de cas sont résumés au chapitre 2.6, les chiffres-clés figurant à l'annexe 5. Pour plus de détails, il convient de se reporter aux rapports partiels.³⁹

³⁷ Infrac (2010): Etudes de cas Tarmed. Cas n° 7: opération de la cataracte (pp. 9-10).

³⁸ Le régime du délai est en vigueur en Suisse depuis le 1^{er} octobre 2002. Depuis lors, la femme concernée a le choix de décider seule, pendant les premières semaines, si elle souhaite interrompre une grossesse non désirée. Tarmed renferme des positions tarifaires pour l'interruption de grossesse chirurgicale ou induite par médicament à différents moments. Le cas n° 10 ne porte que sur le traitement chirurgical jusqu'à la 12^e semaine de grossesse.

³⁹ Infrac (2010): Evaluation Tarmed: rapport principal. CDF (2010): Etudes de cas Tarmed – cas n° 1: «Consultation et prestation médicale en l'absence du patient. Infrac (2010): Etudes de cas Tarmed.

2 Le Tarmed correspond-il à la réalité des coûts?

2.1 Définition de la réalité des coûts

Les calculs du Tarmed sont régis en particulier par l'art. 43, al. 4, LAMal:

«Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée...».

La première partie décrit la règle de base de l'«autonomie tarifaire», la seconde définissant le principe de calcul du tarif. Le législateur a ainsi prévu que le tarif à la prestation Tarmed soit fixé selon les règles applicables en économie d'entreprise, avec une certaine marge de mesure («veillent à»).

L'art. 46, al. 4, LAMal définit les autorités d'approbation ainsi que les critères d'approbation (base destinée à l'examen matériel de la structure tarifaire lors de l'approbation):

«La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. 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.»

Les bases destinées à un tel examen par les partenaires tarifaires et l'autorité d'approbation, soit l'art. 59c, al. 1 et 2, OAMal, ont été précisées et leur teneur est la suivante depuis le 1^{er} janvier 2007:

«¹ L'autorité d'approbation au sens de l'art. 46, al. 4 de la loi vérifie que la convention tarifaire respecte notamment les principes suivants:

- a) le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente;
- b) le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations;
- c) un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.

² Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 1, let. a et b, n'est plus garanti. Les autorités compétentes doivent être informées des résultats de ces vérifications.»

Le CDF utilise dans le présent rapport la **notion de réalité des coûts** à propos d'un groupe de prestations ou d'une position comme synonyme de «structurés de manière appropriée et fixés sur la base d'une pratique efficiente d'après les règles applicables en économie d'entreprise». Il est important de se référer aux coûts d'une fourniture efficiente des prestations et non aux coûts moyens⁴⁰. Une fourniture efficiente des prestations inclut des aspects normatifs tels que le taux d'utilisation minimal, la productivité visée, etc. De telles valeurs normatives peuvent être définies à l'aide de directives de politique de santé ou de valeurs de référence (bonnes pratiques).

Conformément au concept du CDF (et en accord avec le groupe d'accompagnement), la présente évaluation s'est concentrée sur les aspects suivants de la réalité des coûts:

⁴⁰ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), modifications au 1^{er} août 2007 et au 1^{er} janvier 2008, commentaires, p. 6.

Question n° 2: Les indemnités calculées sur la base du Tarmed correspondent-elles à la réalité des coûts des cabinets médicaux et des hôpitaux?

- 2.1 Quelles composantes du Tarmed ont fait l'objet de calculs et quelles composantes sont le résultat de négociations?
- 2.2 De quelle manière a-t-on calculé les cinq paramètres d'indemnisation des prestations médicales (valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis), revenu de référence, temps de travail annuel, productivité, temps de travail facturé) et quelles en ont été les conséquences financières?
- 2.3 Comment le Tarmed a-t-il pris en compte les changements survenus dans la pratique médicale ainsi que l'évolution technologique?
- 2.4 Quelle est la fréquence des contrats forfaitaires pour les prestations ambulatoires (économies d'échelle)?
- 2.5 Les rémunérations Tarmed correspondent-elles aux coûts calculés selon les règles applicables en économie d'entreprise?
- 2.6 Sinon, pourquoi?

2.2 Tarmed: un tarif basé sur des règles applicables en économie d'entreprise

La valeur de chaque prestation (position tarifaire) est définie en points tarifaires. Le calcul des points tarifaires a été présenté au chapitre 1.2. Les points tarifaires pour les prestations médicales (PM) et les prestations techniques (PT) dépendent du taux de coûts par minute et du minutage.

Les entretiens menés avec les experts dans le cadre de l'élaboration des deux modèles GRAT et Infra ont permis de définir pour chaque position Tarmed les valeurs de référence suivantes:

- **Valeur intrinsèque:** qualification médicale requise pour la fourniture et la facturation des prestations (titre de spécialiste / attestation de formation complémentaire). Les coûts des PM sont modulés selon l'échelle de la valeur intrinsèque (valeur intrinsèque quantitative).
- **Assistance:** indemnisation du soutien médical, calculée en points tarifaires. L'assistance est comprise dans les PM et n'est mentionnée qu'à titre d'information complémentaire dans la structure Tarmed.
- **Minutage:** temps nécessaire (en minutes) à l'accomplissement d'une prestation. On distingue entre le minutage des PM, le minutage des PT et le minutage de l'assistance. Le minutage correspond à la durée normative fixée estimée nécessaire à la fourniture des PM et des PT, et non à la durée réelle utilisée. Tarmed est un tarif à la prestation. Il comprend toutefois certaines positions requérant l'application d'un tarif au temps. Celles-ci se trouvent essentiellement au chapitre 00, Prestations de base.
- **Unité fonctionnelle:** lieu où les prestations sont fournies (y c. personnel soignant, appareils et matériels requis jusqu'à 3 fr.).⁴¹

⁴¹ Le matériel, tel que les médicaments et les prothèses, dont le montant est supérieur à 3 francs, fera l'objet d'une facturation séparée selon la LiMA et la liste des médicaments.

- **Taux de productivité PM:** temps pris en compte dans le tarif pour la fourniture d'une prestation médicale, par unité fonctionnelle.

Conclusion du CDF

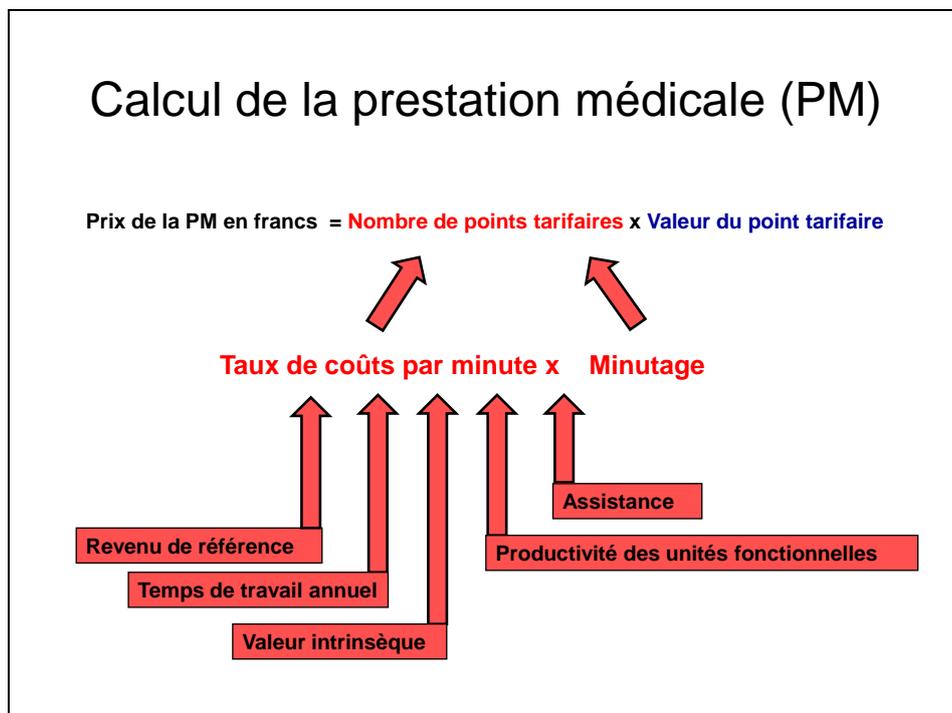
Un taux de productivité PM dans l'unité fonctionnelle OP1 proche de 45 %, à l'instar du taux actuel, signifie que seuls 45 % des minutages peuvent être facturés: plus la productivité est basse, plus le tarif ou le prix d'une prestation est élevé.

2.3 Détermination des prestations médicales (PM)

Le taux de coûts PM est calculé au moyen de cinq paramètres (= valeurs clés) propres à l'activité médicale:

- Le revenu de référence
- L'échelle de la valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis)
- Le temps de travail annuel
- Le taux de productivité PM
- L'assistance (et éventuellement une deuxième assistance)

Figure 3: Détermination des PM



Source: CDF

La figure ci-dessus représente en rouge la structure tarifaire, objet des conventions-cadres nationales, et en bleu le domaine des conventions cantonales d'adhésion (valeur du point tarifaire). Contrairement à la PT, la PM n'est évaluée que dans le cadre du modèle GRAT. Ce modèle



(cabinet médical) se fonde sur les données récoltées dans le cadre de l'étude permanente des coûts des cabinets médicaux (RoKo) et sur les modèles empiriques (=KoReg).

2.3.1 Revenu de référence

Le revenu de référence correspond au salaire d'entreprise comptable (prestations sociales comprises). Pour estimer le revenu de référence, on s'est basé sur les traitements des médecins-chefs, médecins adjoints et chefs de clinique, qui se montaient à 176 000 francs environ dans le canton de Zurich en 1998 (plus les prestations sociales versées par l'employeur à hauteur de 31 000 francs environ). Selon les déclarations, des calculs de plausibilité ont été réalisés sur la base de l'étude permanente des coûts des cabinets médicaux (RoKo) et d'autres valeurs de référence (rémunérations de catégories de personnel comparables), et le revenu de référence a été fixé à 207 000 francs.

Conclusion du CDF

Le calcul du salaire pour Tarmed prend pour référence les médecins d'hôpitaux en position dirigeante. Ceux-ci affichent toutefois (selon les déclarations) un temps de travail hebdomadaire supérieur à la moyenne.

2.3.2 Valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis)

La valeur intrinsèque correspond à la durée et au contenu des différentes qualifications professionnelles. La **valeur intrinsèque qualitative** donne le droit de facturer la prestation (position) concernée. La **valeur intrinsèque quantitative** est un facteur de calcul servant à déterminer le taux de coûts et le montant de la PM. Compte tenu de la présence d'une échelle relative à la valeur intrinsèque, il faudra procéder à une différenciation du revenu, autrement dit il faudra mettre en place une compensation des temps plus longs de formation complémentaire et de formation continue par rapport à un niveau de revenu identique pour tous les médecins.⁴²

L'échelle relative à la valeur intrinsèque présente une gradation des prestations, allant de FMH 5 (prestations générales) à FMH 12 (prestations hautement spécialisées). Les taux respectent la neutralité des coûts et sont calculés en fonction des quantités (nombre de prestations), fixées de manière normative. Ainsi, on suppose que 93 % des prestations sont fournies dans les valeurs intrinsèques 5 à 8.

⁴² SCTM (1999): documentation générale, p. 73.

Tableau 4: Taux de valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis)

Valeur intrinsèque	Taux
FMH 5	0,9050
FMH 6	1,0436
FMH 7	1,0860
FMH 8	1,3046
FMH 9	1,4785
FMH 10	2,2625
FMH 12	2,2625

Source: selon les données du SCTM.

Les prestations fournies par la médecine de premier recours ont une valeur intrinsèque de 5, tandis que les prestations de neurochirurgie ont une valeur intrinsèque de 12. Etant donné que les médecins appliquant une valeur intrinsèque FMH 12 (par ex. les neurochirurgiens) facturent également des prestations de classe inférieure, telles que des consultations ou autres prestations de base de valeur intrinsèque 5, leur revenu n'est donc pas 2,5 fois supérieur à celui des médecins de premier recours.

En 1999, la Surveillance des prix avait demandé que l'échelle de la valeur intrinsèque fasse l'objet d'un contrôle empirique après l'introduction du Tarmed.⁴³ A ce jour, les partenaires tarifaires n'ont pas encore effectué ce contrôle.

Conclusion du CDF

Considérant que les médecins de premier recours ne peuvent fournir (en règle générale) que des prestations de valeur intrinsèque 5, leur revenu ajusté à la valeur intrinsèque – ou revenu cible – a été fixé implicitement à 187 335 francs (0,905* 207 000 fr.). A l'origine, l'échelle de la valeur intrinsèque devait simplement refléter les différents niveaux de revenu du corps médical. Mais l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires a fait évoluer les conditions de formation.⁴⁴ Le concept de valeur intrinsèque fait partie des conventions tarifaires à approuver. Les objectifs de l'échelle de la valeur intrinsèque doivent être définis clairement et les taux nécessitent une adaptation. Enfin, la garantie des droits acquis ne devrait être initialement octroyée que pendant une période de transition.⁴⁵

⁴³ Surveillance des prix (31.3.1999): Prise de position sur les tarifs GRAT et Infra. Le 10 août 1999, la Surveillance des prix a présenté un complément à la prise de position du 31 mars 1999 portant sur les prestations techniques ainsi que sur les tarifs applicables aux IRM et aux CT (et leur minutage).

⁴⁴ Selon santésuisse, un raccourcissement de la durée de la formation postgrade, par exemple de 6 à 5 ans, correspond à une hausse dissimulée du revenu de 15 % environ pour les positions Tarmed des spécialités.

⁴⁵ Au moment de l'introduction du Tarmed, les médecins ont bénéficié de la garantie des droits acquis, qui permettait aux médecins exerçant déjà leur activité avant l'introduction du Tarmed d'appliquer le nouveau tarif à la facturation des prestations fournies en dehors de leur domaine de spécialité, s'ils fournissaient ces prestations sur une base régulière et sans contestation sur le plan de la qualité pendant trois ans avant l'entrée en vigueur de la structure tarifaire. L'application concrète du Tarmed permet par ailleurs aux médecins spécialistes ayant un titre de médecins de premier recours pour certaines positions spéciales de facturer, et vice-versa (phrase incompréhensible JD). Source: BASS (2008): Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung?

2.3.3 Temps de travail annuel

A la demande de la FMH, le temps de travail a été fixé contractuellement à 9,2 heures par jour, soit 1920 heures (115 200 minutes) par an. Le tableau suivant présente ce calcul en détail:

Tableau 5: Calcul du temps de travail annuel net

	Jours	Heures	Minutes
Temps de travail annuel brut	365,25	3348	200 880
Déductions:			
- Week-ends	104	953	
- Jours fériés	10	92	
- Vacances	23	211	
- Service militaire/protection civile	2	18	
- Maladie/accident	7	64	
- Maternité	0,05	0	
- Absences diverses	1	9	
- Formation continue		80	
		1428	85 680
Temps de travail annuel net	208,7	1920	115 200

Source: CDF selon SCTM (1999): documentation générale

Conclusion du CDF

Le temps de travail annuel de 1920 heures correspond grosso modo à une semaine de 46 heures. L'enquête suisse sur la population active menée par l'OFS de 2005 à 2009 montre que ces chiffres sont plausibles pour des médecins salariés: le temps de travail hebdomadaire des médecins indépendants est bien plus important (env. 7 heures de plus), et le temps de travail des médecins est plus élevé que le temps de travail du personnel dans le domaine social et celui de la santé en général.

2.3.4 Taux de productivité PM

Le taux de productivité PM est le temps de travail annuel net pris en compte dans le tarif. Il correspond à la part du temps de travail **facturable** par rapport au travail **effectif**. Est considéré comme temps de travail non facturable, selon la documentation générale du SCTM, le temps non productif⁴⁶, la gestion du cabinet, le fait que les patients ne se présentent pas au rendez-vous convenu, les pauses, les actes non facturables (pour les patients), l'étude et le suivi des dossiers ainsi que l'attente liée à la livraison de l'infrastructure. L'étendue des tâches de gestion est définie dans le modèle GRAT. La productivité a été établie pour chaque unité fonctionnelle pour tenir compte de la complexité inégale des prestations fournies. La productivité est déterminée au moyen d'une enquête sur le temps de travail. La valeur réelle obtenue a toutefois été complétée par des «éléments normatifs».⁴⁷

La productivité PM a d'importantes répercussions sur le chiffre d'affaires et sur le revenu, comme le montre la figure suivante.

⁴⁶ Le temps non productif est une partie du temps théorique utilisée pour remédier aux imperfections organisationnelles et satisfaire aux besoins humains (manger, boire, affaires d'ordre privé, etc.).

⁴⁷ SCTM (1999): documentation générale

Figure 4: Importance de la productivité (exemple d'un ophtalmologue)

25 % du temps en salle de consultation et 75 % en salle d'examen et de traitement – Chiffre d'affaires PM+PT: 375 659 francs

25 % du temps en salle de consultation et 75 % en salle d'opération (OP1) – Chiffre d'affaires PM+PT: 476 165 francs

Salle de consultation		Salle d'examen et de traitement, ophtalmologie	
Productivité: 85%	Valeur intrinsèque: 5-90.5%	Productivité: 85%	Valeur intrinsèque: 5-90.5%

Salle de consultation		Salle d'opération-OP1	
Productivité: 85%	Valeur intrinsèque: 5-90.5%	Productivité: 45%	Valeur intrinsèque: 7-108.6%

Source: CDF

Cet exemple permet de comparer les chiffres d'affaires d'un ophtalmologue n'effectuant aucune opération (salle de consultation – salle d'examen et de traitement) et d'un ophtalmologue qui en effectue (salle de consultation – OP1). Le premier réalise un chiffre d'affaires de 375 659 francs tandis que le second réalise un chiffre d'affaires supérieur de 100 000 francs environ. La hausse du chiffre d'affaires couvre les frais supplémentaires liés à la salle d'opération. A supposer que ce dernier affiche un taux de productivité en OP1 de 72 % (et non de 45 %), son chiffre d'affaires se monterait à 625 000 francs (+ 150 000 fr.).

Conclusion du CDF

Les taux de productivité des unités fonctionnelles sont, pour partie, le résultat d'enquêtes⁴⁸ (productivité générale), mais surtout le fruit de négociations. Sous la pression de diverses sociétés de médecins, les taux de productivité des grandes unités fonctionnelles ont été abaissés dans la version 1.1 du Tarmed: de 85 % à 79 % pour l'unité fonctionnelle «Salle de consultation, psychiatrie», de 72 % à 45 % pour l'unité fonctionnelle «Salle d'opération I», de 65 % à 50 % pour l'unité fonctionnelle «Salle d'opération II» et de 65 % à 55 % pour l'unité fonctionnelle «Salle d'opération III». Par conséquent, les taux de coûts des grandes unités fonctionnelles technico-opérationnelles ont augmenté. Pour l'unité fonctionnelle «Salle de consultation», le taux de productivité a été maintenu à 85 %. Comme la figure 4 le montre, le chiffre d'affaires réagit très fortement aux modifications des taux de productivité PM.

2.3.5 Association des quatre composantes

Les quatre composantes que sont le revenu de référence, le temps de travail annuel, la valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis) et le taux de productivité PM sont utilisés pour déterminer le taux de coûts PM par minute dans chaque unité fonctionnelle. L'exemple de la salle de consultation fournit les résultats suivants:

⁴⁸ Le CDF n'a pas reçu ces résultats.

Tableau 6: Calcul (en francs) du point tarifaire applicable à la PM pour la position 00.0010

a) Revenu de référence	207'000
b) Revenu de référence ajusté à la valeur intrinsèque 5 (VI5)	187'335
c) Revenu de référence ajusté au taux de productivité (VI5)	220'394
d) Taux de coûts par minute	1.91
e) PM par 5 minutes	9.57

Source: CDF, selon SCTM (1999): documentation générale et données des partenaires tarifaires

Le taux de coûts par minute pour la PM fournie en salle de consultation (productivité de 85 %) par tous les médecins (valeur intrinsèque 5) est de 1,91 point tarifaire. Pour la position 00.0010, Consultation, première période de 5 min. (consultation de base), la PM affiche 9,57 points tarifaires ce qui, pour une valeur de point de 0,89 franc, correspond à 8,51 francs.

2.3.6 Minutage de la prestation médicale PM

Le minutage PM GRAT comprend le temps nécessaire à la fourniture de la prestation par le médecin et le temps des éventuelles prestations d'assistance. Il se compose de trois éléments:

1. Temps nécessaire à la fourniture de la prestation au sens strict («temps incision-suture»);
2. Temps de préparation et de finition;
3. Temps consacré à la rédaction des constatations médicales.

Le minutage PM GRAT ne comprend ni les temps d'attente (dans la productivité) ni les temps d'apprentissage, de formation, de recherche, cas extrêmes (données aberrantes) compris. Tarmed utilise en règle générale le minutage PM GRAT. Il n'y a pas de minutage PM Infra (contrairement aux PT).

Le minutage PM GRAT (opérateur et assistance éventuelle) a été déterminé (de façon normative) à l'issue de nombreuses discussions d'experts avec les sociétés de spécialistes et sa plausibilité ainsi que son adéquation ont fait l'objet d'une vérification générale par les unités d'imputation. Pour des raisons de temps, de complexité et de coûts, il n'a pas été fourni de définition empirique. Selon les déclarations de certains experts de sociétés de médecins, des mesures de temps ont été effectuées de manière autonome.

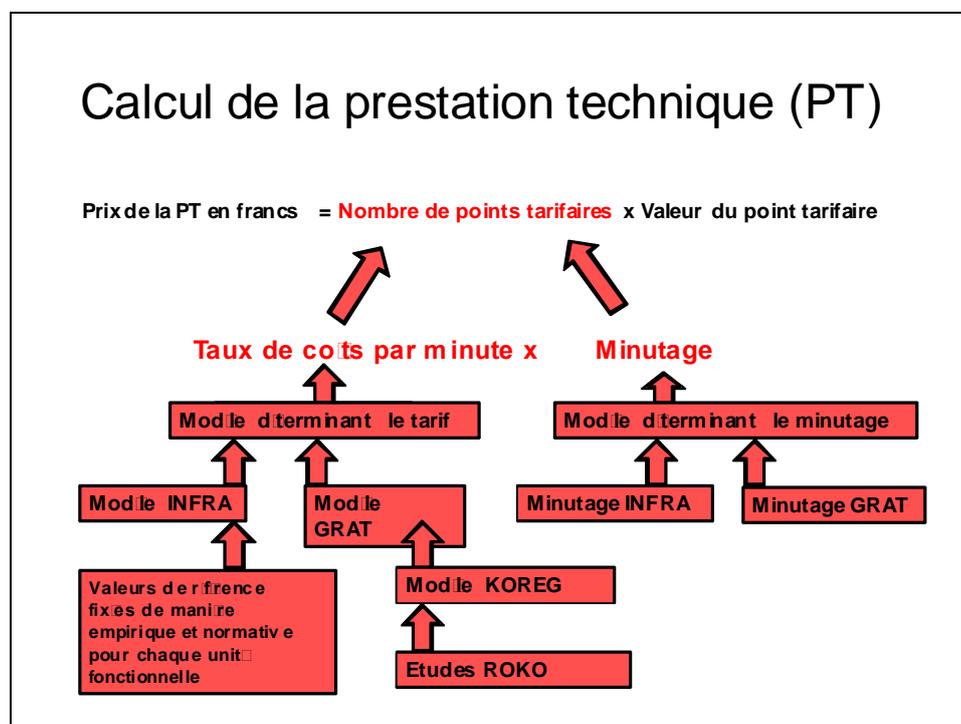
Conclusion du CDF

Les taux de coûts ont été fixés sur la base de plusieurs valeurs de référence. Néanmoins, la signification du minutage pour le montant des indemnités n'a pas été documenté et son importance pour la mesure économique des PM et des PT a été fortement sous-estimée. L'OFSP et la Surveillance des prix n'ont reçu aucune documentation concernant la définition des minutages. Les études de cas montrent que les partenaires tarifaires n'ont pas réussi à se mettre d'accord quant à la question de savoir si le minutage concerne les médecins bénéficiant d'une grande expérience ou de deux ans d'expérience. Les critères (expérience du médecin) et les méthodes (mesure du temps effectif, journal, valeur centrale ou moyenne, temps standard, comparaisons) permettant de déterminer le minutage ne sont pas documentés et ne sont donc pas compréhensibles pour l'autorité d'approbation et les tiers.

2.4 Détermination des prestations techniques (PT)

La détermination des prestations techniques (PT) repose sur deux paramètres essentiels: le taux de coûts par minute et le minutage. Si l'on multiplie ces deux paramètres, on obtient le nombre de points tarifaires de la prestation technique.

Figure 5: Détermination de la PT



Source: CDF

Contrairement aux PM, le taux de coûts et le minutage PT sont évalués selon **deux modèles différents**, à savoir GRAT et Infra. Ces deux modèles sont décrits en détail dans le rapport principal d'Infras.⁴⁹

2.4.1 Taux de coûts PT selon le modèle Infra

Le modèle Infra (services hospitaliers ambulatoires) se fonde sur l'évaluation de 30 à 60 paramètres pour chacune des quelque 100 unités fonctionnelles (centres de coûts), telles que la salle de consultation ou l'OP1 (salle d'opération de type 1, soit le type le plus simple). Le modèle Infra doit présenter les coûts globaux de la PT sur la base d'un modèle d'hôpital établi selon une vision normative et théorique et géré selon des principes économiques. Le système de comptabilité analytique Infra (par opposition à l'univers GRAT, qui repose sur une base empirique) suit une «logique normative et analytico-déductive».⁵⁰ Une tarification empirique basée sur une méthode nationale standardisée de comptabilisation et se fondant sur les prestations unitaires (positions tarifaires) comme unités d'imputation n'était pas réalisable dans les années 90.⁵¹ Le modèle Infra

⁴⁹ Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht, chapitre 2

⁵⁰ SCTM (1999): documentation générale

⁵¹ Avec REKOLE (nouvelle norme de comptabilité dans les hôpitaux), l'accès aux données de coûts est facilité depuis quelques années.

comprend cinq paramètres principaux: le temps d'exploitation, les coûts d'exploitation des installations, les coûts de personnel, les coûts matériels et redevances et le temps non productif. Ces paramètres sont explicités ci-après au moyen de l'exemple de l'unité fonctionnelle OP1:⁵²

1. Temps d'exploitation: pour calculer le taux de coûts par minute, il faut d'abord définir le temps d'exploitation pendant lequel l'unité fonctionnelle doit être mise à disposition aux fins de la fourniture des prestations donnant lieu à une tarification. Selon la norme du modèle Infra, l'unité fonctionnelle OP1 est exploitée 251 jours à raison de 9 heures par jour. On enlève à cela 2 jours de temps d'attente ainsi que 64 minutes de préparation par jour et 44 minutes de finition par jour, non facturables. Le temps d'exploitation net pour l'unité fonctionnelle OP1 est donc de 107 568 minutes par an. Le modèle suppose que la salle d'opération n'est pas utilisée les nuits et les week-ends.

2. Coûts d'exploitation des installations: les coûts d'exploitation des installations par minute sont calculés sur la base des coûts annuels liés à la construction et à l'équipement médico-technique (conformément aux exigences des unités fonctionnelles) et du nombre de minutes pendant lesquelles les locaux peuvent être utilisés de manière productive. Pour l'OP1, cela signifie:

- une surface utile nette de 131 m² à 4024 francs le m² (selon la norme SIA);
- des coûts d'équipement de 807 000 francs (amortissement de 85 950 francs par an sur 9,4 ans);
- des coûts de construction de 1 812 316 francs (amortissement de 127 279 francs par an sur 14,2 ans
- sur la base des normes SIA régissant la planification des coûts de construction et de l'indexation rétroactive selon l'indice zurichois du coût de la construction).

Les coûts d'exploitation des installations se montent ainsi à 163 169 francs par an. Indexé selon l'indice national des prix à la consommation, ce montant est de **1,52 franc par minute**.

3. Coûts de personnel: le personnel requis dans l'unité fonctionnelle OP1 pendant le temps d'exploitation a été déterminé sur la base des entretiens menés avec les experts. On distingue entre le personnel non médical pendant le temps d'occupation (=temps d'utilisation des locaux et temps d'attente) et pendant les temps de préparation et de finition. Le personnel affecté à une autre unité fonctionnelle mais qui exerce indirectement une activité productive dans l'unité fonctionnelle (par ex. direction, gestion du centre de coordination, personnel auxiliaire pour la préparation des appareils et activités d'organisation du secrétariat) est également pris en compte. Les dépenses concernées sont les suivantes:

- aide soignante: 2,128 postes (salaire annuel selon l'enquête 1997 sur les salaires: 58 793 francs);
- infirmière de salle d'opération: 1,496 poste (83 543 francs);
- infirmière en chef de salle d'opération: 0,333 poste (95 592 francs).

Au total, les coûts de personnel se montent à **2,62 francs par minute**

⁵² Infrac (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht, chapitre 2

4. Coûts de matériel et redevances: cette catégorie comprend tous les coûts de personnel et de matériel ainsi que les redevances non imputés à une unité fonctionnelle donnant lieu à une tarification. Sont concernés notamment les coûts de gestion, d'approvisionnement et d'élimination dans le domaine périphérique. Le taux des unités fonctionnelles, calculé sur la base des données tirées de la comptabilité analytique de dix hôpitaux, est de 74,65 %. Il avait été fixé dans un premier temps à 70 % des coûts pour le personnel non médical et l'exploitation des installations. Par suite de l'intervention de la Surveillance des prix, le taux des coûts de matériel et des redevances a été défini de manière différenciée pour chaque unité fonctionnelle et oscille, selon le modèle de calcul, entre 65 % et 80 %. Le taux de l'unité fonctionnelle OP1 est de 65 %. Les coûts de matériel et redevances de l'unité fonctionnelle OP1 s'élèvent par conséquent à **2,69 francs par minute**.

5. Temps non productif: dans le modèle Infra, le temps non productif correspond au temps écoulé entre deux prestations facturables. Il peut s'agir de la non-présentation d'un patient dans les locaux d'exploitation, de l'attente suite à des complications survenues de manière inopinée immédiatement avant ou lors de l'arrivée du patient dans les locaux d'exploitation ou dans l'unité fonctionnelle, de l'interruption de l'activité pendant les préparatifs (par ex. opération), de l'appel d'urgence du médecin dans une autre unité fonctionnelle, etc. Y compris dans le cadre d'une utilisation à plein rendement de l'hôpital, le modèle Infra table sur un temps moyen de 5 % du temps total (somme du temps d'utilisation des locaux, du temps d'attente et du temps non productif). Pour un temps non productif de 5 % en moyenne, les frais s'élèvent à **0,36 franc par minute**.

Le tableau suivant présente un aperçu des points tarifaires pour l'OP1 selon Infra.

Tableau 7: Composition du taux de coûts pour l'unité fonctionnelle OP1 selon Infra

	Fr./min.	Pourcentage du taux de coûts
Coûts d'exploitation des installations	1,52	21 %
Coûts de personnel	2,62	36 %
Coûts de matériel et redevances	2,69	37 %
Temps non productif	0,36	5 %
Total	7,19	100 %

Source: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht, chapitre 2

Infras a calculé l'élasticité du modèle de coûts pour une série de paramètres⁵³. Les élasticités mentionnées pour les paramètres suivants dans le tableau ci-dessous montrent l'évolution relative du taux de coûts PT lorsque le paramètre varie de 1 %. Par exemple, lorsque le paramètre «Salaires» augmente de 1 %, le taux de coûts PT augmente de 0,63 %. On parle d'élasticité négative lorsque le taux de coûts diminue et que le paramètre augmente.

⁵³ Infras (2010) Evaluation Tarmed: Fallbeispiele - Hauptbericht.

Tableau 8: Elasticité du taux de coûts PT pour l'unité fonctionnelle OP1

Eléments du taux de coûts de niveau supérieur		Elasticité
Coûts d'exploitation des installations		0,37
Coûts de personnel		0,63
Coûts de matériel et redevances		0,39
Temps non productif		0,05
Paramètres et normes de niveau inférieur		Elasticité
Temps d'exploitation brut par jour		- 0,58
Surface utile nette		0,12
Prix au mètre carré		0,12
Taux d'intérêt		0,12
Equipement médico-technique		0,01
Temps de travail annuel		- 0,62
Salaires		0,63

Source: Infras (2010): Fallbeispiele – Hauptbericht.

L'élasticité des éléments du taux de coûts de niveau supérieur (coûts d'exploitation des installations, coûts de personnel, coûts de matériel et redevances, temps non productif) est identique à la part relative de ces éléments dans le taux de coûts.

Parmi les autres paramètres, le temps d'exploitation des unités fonctionnelles (- 0,58), le temps de travail annuel (- 0,62) et les salaires (0,63) exercent une influence notable. Il est intéressant de noter également qu'une variation du taux d'intérêt (par ex. de 5 à 6 points de pourcentage = 20 %) a des répercussions plus importantes qu'une augmentation du prix de l'équipement médical du même ordre de grandeur. Une augmentation relative de la surface utile ou de l'équipement médico-technique a moins d'importance, comparé à une augmentation relative des salaires.

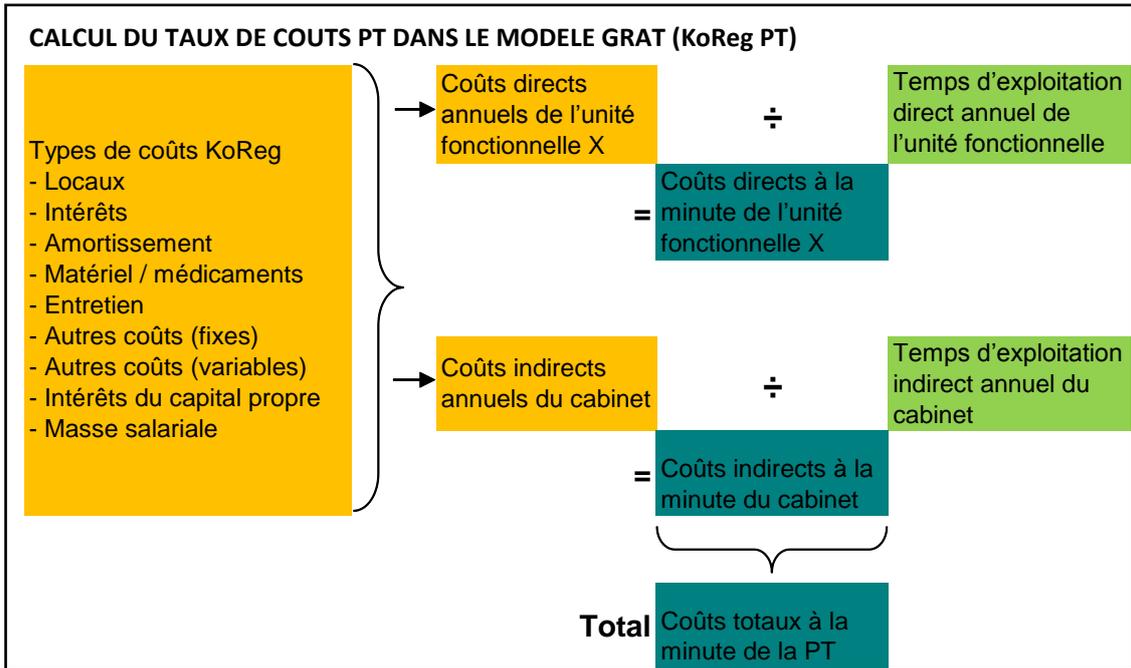
2.4.2 Taux de coûts PT selon le modèle GRAT

Le système de comptabilité analytique GRAT repose sur le rapport coûts-résultats établi par la Caisse des médecins (RoKo). Les données RoKo recueillies entre 1993 et 1996 auprès de plusieurs sociétés de spécialistes ont été rassemblées au sein de six modèles de coûts spécifiques, tels que le modèle de coûts F relatif à la médecine de premier recours. Les données sont ensuite traitées par le système KoReg. Certains coûts, tels que le capital propre, les intérêts et la rémunération du conjoint, ont été fixés de manière normative. Les discussions ont ensuite porté sur le type d'indemnité à calculer pour le risque d'entreprise. Il a été décidé qu'il ne serait pas du devoir des unités d'imputation de couvrir ces risques. Il convient de distinguer les risques d'entreprise des risques assurés et des risques affectant le capital lié (définition normative du taux d'amortissement). L'enquête GRAT de la FMH sur les investissements a fourni un aperçu de l'équipement infrastructurel des cabinets médicaux. La définition des taux d'amortissement, en revanche, incombe au SCTM.

Dans le modèle GRAT, les paramètres spécifiques aux unités fonctionnelles sont les suivants:

- durée annuelle d'exploitation;
- coûts directs à la minute de l'unité fonctionnelle;
- coûts indirects à la minute de l'unité fonctionnelle.

Figure 6: Evaluation de la PT d'après GRAT



Source: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht, chapitre 2.

La physiothérapie, le laboratoire, la pharmacie de cabinet et le médecin consultant/l'hôpital sont des unités fonctionnelles qui intègrent des coûts d'élimination. Ces coûts doivent être exclus en amont du calcul des taux de coûts, étant donné qu'ils ne peuvent faire l'objet d'aucun remboursement par le biais du Tarmed.

Le taux de coûts de l'unité fonctionnelle «Salle de consultation» se compose de la somme des coûts directs de 0,141 PT/min. et des coûts indirects de 1,499 PT/min. Les coûts indirects à la minute sont sensiblement plus élevés, car ils tiennent compte notamment du salaire de l'assistant. Le taux de coûts PT de l'unité fonctionnelle «Salle de consultation» est fixé à 1,64 PT/min., ce qui représente 8,19 PT pour 5 minutes (7,29 fr. pour une valeur du point de 0,89 fr.).⁵⁴

Infras a calculé l'importance relative (= élasticité) des différents paramètres pour le taux de coûts PT.

⁵⁴ Description détaillée, voir Infras (2010): Evaluation von Tarmed – Hauptbericht

Tableau 9: Elasticité du taux de coûts PT pour l'unité fonctionnelle Espace ECG

ELASTICITÉ DU TAUX DE COÛTS PT POUR L'UNITÉ FONCTIONNELLE ESPACE ECG	
Éléments du taux de coûts de niveau supérieur	Elasticité
PT directes (0060), modèle F	0.36
PT indirectes (1100), modèle F	0.64
Durée d'exploitation	Elasticité
Durée d' exploitation ECG (0060)	-0.36
Durée d' exploitation indirecte du cabinet (1100)	-0.64
Types de coûts (directs + indirects)	Elasticité
Charges de locaux	0.13
Charges d' intérêts	0.03
Amortissement	0.07
Matériel / médicaments	0.03
Entretien	0.02
Autres coûts fixes	0.04
Autres coûts variables	0.13
Intérêts du capital propre	0.03
Salaire	0.53

Source: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht

L'élasticité des éléments du taux de coûts de niveau supérieur (PT des unités fonctionnelles directes et indirectes) est identique à la part relative de ces éléments dans le taux de coûts. La composante salariale notamment surprend par sa forte élasticité: lorsque le salaire évolue de 1 %, le taux de coût varie de 0,53 %. Les temps d'exploitation des unités fonctionnelles indirectes et directes ont également des répercussions importantes (respectivement, - 0,64 et - 0,36). Lorsque la durée d'exploitation indirecte diminue de 1 %, le taux de coûts augmente de 0,64 %. En revanche, les amortissements et, indirectement, le coût des équipements n'ont qu'une faible influence.

Conclusion du CDF

Les modèles de calcul des taux de coûts par unité fonctionnelle sont complexes mais néanmoins structurés. Selon Infras, les deux modèles GRAT et Infra devaient, du moins lors de leur conception au début/milieu des années 90, rendre compte dans une large mesure de la réalité des coûts évaluée selon des règles applicables en économie d'entreprise. Depuis, plusieurs paramètres et structures ont évolué. Les salaires de même que le coût du matériel et des médicaments, les charges administratives et les coûts des équipements ont notamment augmenté.

De par sa conception, le modèle Infra repose essentiellement sur des directives normatives, même si certains coûts moyens relèvent d'enquêtes empiriques. Le modèle Infra est évalué de manière positive, car il offre la possibilité de facturer des technologies modernes peu répandues. De plus, les possibilités d'intervention sur les utilisations théoriques sont jugées meilleures. La base de données vieillissante et erronée d'Infra pose aujourd'hui problème, en particulier pour les coûts matériels et les redevances. Les nouvelles bases utilisées pour les DRG (système REKOLE) pourraient également être utiles à Tarmed.

Le problème du modèle GRAT réside dans le fait que le calcul est essentiellement effectué de manière non normative, sur la base des coûts moyens d'un cabinet géré de façon efficace. Certains paramètres tels que l'utilisation des équipements n'ont pas été pris en compte. Qui plus est, certaines données de référence ne sont pas accessibles aux tiers (secret d'affaires).

La durée d'exploitation, les taux d'utilisation et la dotation en personnel jouent un rôle essentiel dans les modèles GRAT et Infra pour le calcul des taux de coûts PT à la minute; autrement dit, les taux de coûts sont extrêmement sensibles aux variations. Une amélioration des bases empiriques s'avère par conséquent nécessaire.

2.4.3 Minutage de la PT

Le minutage PT GRAT mesure la durée pendant laquelle l'infrastructure et le personnel non médical sont mis à contribution au cabinet médical pour une certaine prestation. Les deux composantes du minutage PT sont le temps d'occupation des locaux et le temps d'attente, c'est-à-dire le temps nécessaire pour remettre en état l'infrastructure après une intervention. A noter qu'il existe également des cas particuliers pour le temps d'occupation des locaux (par ex. des unités dans lesquelles plusieurs patients sont pris en charge en même temps, comme les salles de réveil, etc.).

2.4.4 Modèle déterminant le tarif

Le modèle déterminant le tarif (et implicitement le modèle déterminant le minutage) permet de déterminer lequel des deux systèmes est applicable pour chacune des quelque 100 unités fonctionnelles. A cet égard, les partenaires de négociation ont défini les critères suivants:

1. Fréquence: où la prestation est-elle fournie le plus souvent et de manière optimale sur le plan de la qualité?
2. Rentabilité: quel système de comptabilité analytique offre les prix les plus bas?
3. Prestations similaires: avec quel système de comptabilité analytique les unités fonctionnelles voisines ont-elles été facturées (voir paragraphe 2.1)?
4. Décision/intervention: quel lieu est envisagé pour la fourniture de la prestation?

Le tableau suivant indique le système de comptabilité analytique applicable à chaque *trigger* pour les études de cas 1 à 11 et établit la liste des unités fonctionnelles avec les taux de coûts PT correspondants.

Tableau 10: Taux de coûts des unités fonctionnelles d'après les modèles GRAT et Infra, par étude de cas

UNITES FONCTIONNELLES ET SYSTEMES DE COMPTABILITE ANALYTIQUE POUR LES ETUDES DE CAS				
Étude de cas	Système	Unité fonctionnelle	Taux de coûts PT [fr./min.]	Taux de coûts PT Modèle alternatif
Cas 1: consultation	GRAT	Salle de consultation (0001)	1.639	1.226 (INFRA)
Cas 2: indemnité de dérangement en cas d'urgence	-	-	-	-
Cas 3: ECG	GRAT	Espace ECG (0060)	2.287	2.651 (INFRA)
Cas 4: visite	GRAT	Salle de consultation (0001)	1.639	1.226 (INFRA)
Cas 5: réfraction	GRAT	Salle d'examen et de traitement, ophtalmologie	2.587	2.202 (INFRA)

		(0017)		
Cas 6: tonométrie applanatoire	GRAT	Salle d'examen et de traitement, ophtalmologie (0017)	2.587	2.202 (INFRA)
Cas 7: opération de la cataracte	INFRA	OP I (0049)	7.186	4.312 (über Tarifposition 35.0020)
Cas 8: examen gynécologique préventif	GRAT	Salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours	1.913	2.326 (INFRA)
Cas 9: ultrason de contrôle	GRAT	Echographie gynécologique/obstétrique (0172)	2.421	1.307 (INFRA)
Cas 10: interruption de grossesse chirurgicale	INFRA	OP I (0049)	7.186	4.312 (über Tarifposition 35.0020)
Cas 11: première expertise pour les appareils auditifs	GRAT	Salle d'examen et de traitement, ORL (0018)	2.355	2.202 (INFRA)

Source: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele – Hauptbericht

A la lecture de ce tableau, il apparaît que le modèle Infra est déterminant pour le tarif applicable à l'OP1. Dans toutes les autres unités fonctionnelles citées dans les études de cas, ce rôle revient au modèle GRAT. L'importante différence entre le taux de coûts GRAT et le taux de coûts Infra dans l'OP1 (+ 57 %) s'explique par le fait que le premier a été calculé pour une salle d'opération de cabinet et le second pour une salle d'opération d'hôpital. En cas d'utilisation de la position tarifaire 35.0020 - Réduction en % sur la prestation technique pour prestations en salle d'opération de cabinet médical au lieu de salle d'opération I -, il faudra tenir compte du fait que l'OP1 en tant que salle d'opération de cabinet médical génère des coûts inférieurs à l'OP1 en tant que salle d'opération d'hôpital.

Dans la version 1.06 du Tarmed, environ 90 taux de coûts sont facturés selon le modèle Infra et 25 selon le modèle GRAT. Les conséquences financières du modèle déterminant le tarif ne peuvent toutefois pas être estimées, car le CDF ne dispose pas des données relatives aux fréquences de distribution des prestations dans les unités fonctionnelles.

Conclusion du CDF

Le modèle déterminant le tarif permet de choisir de manière pragmatique dans quelle unité fonctionnelle il convient d'appliquer le taux de coûts GRAT (cabinet médical) ou Infra (services hospitaliers ambulatoires). On constate néanmoins des différences importantes entre les taux de coûts calculés selon les deux modèles et il apparaît que le taux de coûts le plus bas a été retenu seulement dans deux des dix unités fonctionnelles citées dans les études de cas. Le fait que le taux de coûts OP1 pour une opération de la cataracte ou une interruption de grossesse soit indemnisé à hauteur de 7,19 francs au lieu de 4,31 francs a naturellement des conséquences importantes sur le coût total de l'opération, sur la décision d'investir dans la construction d'une salle d'opération privée et sur l'utilisation de la salle d'opération.

2.5 Les valeurs du point tarifaire font exception au principe de la réalité des coûts

Au départ, la valeur du point tarifaire retenue dans le Tarmed avait été fixée à 1 franc. Avant l'entrée en vigueur du Tarmed dans la LAMal, les partenaires tarifaires avaient défini des valeurs initiales cantonales au moyen d'études réalisées sur des paniers de consommation. Il a été supposé et calculé que ces valeurs seraient inférieures à 1 franc, compte tenu du fait que Tarmed

devait être instauré dans les cantons, dans le respect de la neutralité des coûts par domaine de fournisseurs de prestations (voir chap. 5)

Tableau 11: Valeurs cantonales du point tarifaire, de 2004 à 2009

	Cabinets médicaux					Hôpitaux ⁵⁵				
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008
AG	0,89	0,90	0,90	0,89	0,89	0,94	0,94	0,94	0,90	0,90
AI	0,84	0,83	0,84	0,82	0,82	0,82	0,82	0,97	0,98	0,92
AR	0,84	0,83	0,84	0,82	0,82	1,00	0,95	0,90	0,90	0,90
BE	0,88	0,85	0,86	0,86	0,86	0,92	0,90	0,89	0,91	0,91
BL	0,96	0,94	0,96	0,93	0,94	0,94	0,92	0,92	0,94	0,94
BS	0,93	0,88	0,88	0,89	0,89	0,95	0,93	0,92	0,94	0,94
FR	0,91	0,87	0,92	0,92	0,91	0,97	0,94	0,75	0,85	0,85
GE	0,98	0,98	0,96	0,96	0,96	0,88	0,88	0,96	0,96	0,96
GL	0,84	0,83	0,84	0,82	0,82	1,00	1,00	0,97	0,98	0,95
GR	0,82	0,78	0,78	0,80	0,80	0,86	0,86	0,86	0,86	0,85
JU	0,95	0,99	0,99	0,99	0,99	0,94	0,94	0,94	0,86	0,86
LU	0,85	0,80	0,80	0,80	0,80	0,89	0,89	0,84	0,84	0,84
NE	0,92	0,89	0,93	0,92	0,92	0,91	0,93	0,95	0,95	0,95
NW	0,85	0,80	0,83	0,86	0,86	0,89	0,89	0,88	0,87	0,87
OW	0,85	0,80	0,83	0,86	0,86	0,89	0,89	0,88	0,87	0,87
SG	0,84	0,83	0,84	0,82	0,82	0,78	0,77	0,76	0,78	0,80
SH	0,84	0,83	0,84	0,82	0,82	0,92	0,91	0,89	0,86	0,86
SO	0,86	0,83	0,84	0,84	0,84	0,95	0,95	0,95	0,95	0,94
SZ	0,85	0,80	0,80	0,80	0,80	0,97	0,97	0,97	0,95	0,92
TG	0,84	0,83	0,84	0,82	0,82	0,92	0,92	0,92	0,92	0,92
TI	0,93	0,97	0,97	0,97	0,96	0,83	0,81	0,75	0,75	0,75
UR	0,85	0,80	0,83	0,86	0,86	0,89	0,89	0,88	0,87	0,87
VD	0,94	0,98	0,98	0,98	0,99	0,99	0,98	0,97	0,98	0,97
VS	0,78	0,78	0,79	0,80	0,81	0,72	0,76	0,89	0,90	0,90
ZG	0,85	0,80	0,80	0,80	0,80	0,97	0,94	0,90	0,90	0,88
ZH	0,96	0,91	0,90	0,90	0,89	0,96	0,93	0,93	0,92	0,92
Moyenne pondérée	0,90	0,88	0,89	0,88	0,88	0,91	0,90	0,90	0,90	0,90
Minimum	0,78	0,78	0,78	0,80	0,80	0,72	0,76	0,75	0,75	0,75
Maximum	0,98	0,99	0,99	0,99	0,99	1,00	1,00	0,97	0,98	0,97

Source: CDF (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed

Le tableau montre que les valeurs du point tarifaire, même plusieurs années après l'introduction du Tarmed dans la LAMal, sont toujours inférieures à 1 franc, dans tous les cantons et dans tous les domaines de fournisseurs de prestations. En 2008 et en moyenne pondérée, la valeur du point tarifaire est de 0,88 franc dans les cabinets médicaux et de 0,90 franc dans le domaine des prestations ambulatoires des hôpitaux publics.

L'analyse du CDF⁵⁶ révèle les évolutions suivantes dans les **cabinets médicaux**: la valeur du point tarifaire a diminué dans la majorité des cantons, mais augmenté dans les cantons de JU, NW, OW, TI et VD. La valeur moyenne pondérée du point tarifaire est passée de 0,90 franc en 2004 à 0,88 franc en 2008. La variabilité entre les cantons est restée dans des limites comparables entre 2004 et 2008.

⁵⁵ Pour 2004 et 2005, les valeurs annuelles ont été calculées sur la base des valeurs mensuelles. Les hôpitaux ne regroupent que les hôpitaux publics. Le calcul de la moyenne pondérée prend en compte le nombre d'assurés dans l'AOS en 2007 selon la statistique de la compensation des risques.

⁵⁶ CDF (2010): Analyse der statistischen Quellen zu Tarmed

Dans les **hôpitaux publics**, la valeur du point tarifaire a diminué dans la majorité des cantons, mais augmenté dans les cantons de NE, GE, AI, SG et VS. La valeur moyenne pondérée du point tarifaire est passée de 0,91 franc en 2004 à 0,90 franc en 2008. La variabilité entre les cantons a reculé entre 2004 et 2008.

Il n'existe pour ainsi dire aucune corrélation au sein d'un même canton entre une valeur du point tarifaire élevée dans les cabinets médicaux et une valeur du point tarifaire élevée dans les hôpitaux.

Facteurs d'influence des différentes valeurs du point tarifaire dans les cantons: l'analyse de régression statistique des valeurs du point tarifaire fournit les résultats suivants: les différences cantonales de coûts en termes de loyers et de salaires n'exercent aucune influence sur la valeur du point tarifaire. Parmi les données disponibles, en revanche, la quantité des prestations brutes par assuré de l'année précédente est le principal facteur déterminant, de même que la densité de médecins. Cela devrait surtout s'expliquer par le fait qu'avant le Tarmed, des prestations brutes nombreuses et une forte densité de médecins étaient manifestement liées à des prix élevés et que ces prix élevés ont été repris par le Tarmed.

Avec l'application de la neutralité des coûts imposée par le Tarmed au niveau cantonal, les différences cantonales ont été maintenues. D'autres facteurs semblent également jouer un rôle dans la structure historique. Dans les cantons de VS et GR, ces facteurs contribuent à l'obtention d'une valeur effective du point tarifaire nettement inférieure à la valeur escomptée sur la base des prestations brutes et de la densité de médecins. Dans les cantons de NE, FR, JU, ZH et BL, ces facteurs contribuent à l'obtention d'une valeur effective du point tarifaire nettement supérieure à la valeur escomptée sur la base des prestations brutes et de la densité de médecins.

Conclusion du CDF

Les différences intercantionales concernant la valeur du point tarifaire devraient uniquement refléter des écarts de coûts, comme les salaires et les loyers. L'analyse du CDF montre cependant qu'il n'en est rien: les différences constatées sont de nature historique et dépendent de l'offre (densité de médecins). La réalité des coûts du Tarmed est par conséquent remise en cause. La recommandation émise en 2002 par l'autorité d'approbation aux partenaires tarifaires et visant à harmoniser les valeurs du point tarifaire dans tous les cantons n'est toujours pas mise en œuvre huit ans après. Il n'existe à l'heure actuelle aucun plan concret de mise en œuvre.⁵⁷

2.6 Réalité des coûts des cas étudiés: résumé

A la demande du CDF, Infras a examiné la réalité des coûts des cas étudiés.⁵⁸ Le tableau ci-dessous indique dans la colonne 2 les évaluations concernant la réalité des coûts. La rémunération se fonde sur le minutage et le taux de coûts. Les évaluations correspondantes figurent dans les colonnes 3 et 4. Quelques commentaires essentiels sur les études de cas sont portés dans la dernière colonne.

⁵⁷ «Sur la base des conventions-cadres approuvées, les différences en termes de valeur du point tarifaire concernant les prestations hospitalières ambulatoires et les prestations des médecins exerçant en cabinet privé sont acceptées pendant la phase de neutralité des coûts, mais un rapprochement de ces valeurs est attendu à moyen terme» (Recommandations du Conseil fédéral aux partenaires tarifaires et aux autorités cantonales en ce qui concerne l'approbation de la version 1.1)

⁵⁸ Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele

Tableau 12: Evaluation de la réalité des coûts des cas étudiés: résumé⁵⁹

Etude de cas n°: titre court	Evaluation rémunération	Evaluation taux de coûts	Evaluation minutage	Commentaires
Cas 1: consultation de base Facturation ⁶⁰ : 71 fr. Chiffre d'affaires en CH ⁶¹ : non calculable, car les quatre positions peuvent apparaître avec d'autres positions Tarmed.	Plutôt faible.	La rémunération de la position 00.0030, Consultation, dernière période de 5 min, a été diminuée de moitié en 2000. Ce changement joue un rôle important pour l'évaluation de la rémunération des consultations.	Non pertinent, car tarif au temps.	Les consultations courtes étaient mieux rémunérées avant Tarmed. Les consultations plus longues sont mieux rémunérées dans le cadre du Tarmed. La durée des consultations augmente.
Cas 2: indemnité forfaitaire de dérangement Facturation: 146 fr. Chiffre d'affaires en CH: 111 millions de francs (cabinets médicaux seulement)	Plutôt faible.	Le taux de coûts est plutôt faible, à cause des charges élevées (salaires), du faible taux d'utilisation et de la fourniture de prestations peu efficiente pendant les heures creuses.	Ne peut être estimé.	Les indemnités forfaitaires de dérangement sont le résultat de négociations, pas de calculs.
Cas 3: ECG Facturation: 119 fr. Chiffre d'affaires en CH: 114 millions de francs	Plutôt faible.	Le taux de coûts est plutôt faible à cause d'une utilisation plus faible que prévu dans le modèle.	Ne peut être estimé au vu des diverses appréciations.	Une unité fonctionnelle ECG propre est nécessaire et l'utilisation supposée est remise en question.
Cas 4: visite Facturation: 106 fr. Chiffre d'affaires en CH: 122 millions de francs (cabinets médicaux seulement)	Plutôt faible.	Le taux de coûts est plutôt faible à cause des pertes de temps, etc.	Ne peut être estimé.	Les forfaits sont le résultat de négociations, pas de calculs effectués selon des règles applicables en économie d'entreprise.
Cas 5: réfraction Facturation: 125 fr. Chiffre d'affaires en CH: 141 millions de francs (cabinets médicaux seulement)	Plutôt élevée.	Aucune estimation définitive en l'absence de données concrètes.	Le minutage est plutôt élevé. Reste à savoir si certaines positions se chevauchent.	Augmentation du volume. Il est nécessaire de faire la distinction entre la réfraction objective et la réfraction subjective. La délimitation PM/PT n'est pas correcte sur le plan économique, car le personnel auxiliaire médical fournit des PM.
Cas 6: tonométrie aplanatoire Facturation: 32 fr. Chiffre d'affaires en CH: 53 millions de francs (cabinets médicaux et position exclusive seulement)	Aucune estimation possible.	Aucune estimation possible.	Aucune estimation possible.	Signes d'augmentation du volume, mais données non exploitables. Il est nécessaire de faire la distinction entre la tonométrie (pression atmosphérique) et la tonométrie aplanatoire. La délimitation PM/PT n'est pas correcte sur le plan économique, car le personnel auxiliaire médical fournit des PM.

⁵⁹ Sources: Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele - Hauptbericht; Infras (2010): Fallstudien Tarmed; CDF (2010): Fallstudien Tarmed – Fallbeispiel 1.

⁶⁰ Coûts moyens par cas pour les prestations empiriques (VPT = 0,89) / somme de facturation AOS estimée pour les prestations empiriques dans les cabinets médicaux et dans les services ambulatoires des hôpitaux =

⁶¹ Coûts moyens par cas pour les prestations empiriques (VPT = 0,89) / somme de facturation AOS estimée pour les prestations empiriques dans les cabinets médicaux et dans les services ambulatoires des hôpitaux – extrapolation effectuée sur la base des données fournies par le pool tarifaire, si disponible (et non par les assurances complémentaires privées).

<p>Cas 7: opération de la cataracte Facturation: 1196 fr. Chiffre d'affaires en CH: 68 millions de francs</p>	Plutôt élevée.	Selon Infras, aucune estimation n'est possible compte tenu des diverses appréciations, notamment en ce qui concerne les taux de productivité. Le CDF remet en question les bases de la détermination des taux de productivité (OP1 en particulier).	Minutage plutôt élevé.	Forte augmentation du volume (+ 50 % en 8 ans). Les besoins et les coûts de l'anesthésie pour l'opération de la cataracte font l'objet de discussions controversées. La Surveillance des prix s'est exprimé à plusieurs reprises sur les rémunérations, en particulier sur le minutage bien trop élevé. ⁶² Les recommandations visant à abaisser les minutages n'ont toujours pas été suivies par les partenaires tarifaires.
<p>Cas 8: examen gynécologique préventif Facturation: 121 fr. Chiffre d'affaires en CH: non disponible</p>	Plutôt faible/convenable.	Le taux de coûts est plutôt faible.	Convenable.	Importante marge de manœuvre des médecins qui peuvent facturer les mêmes prestations de manière isolée. Tendance à la hausse. Répercussions financières pas claires.
<p>Cas 9: ultrason de contrôle Facturation: 177 fr. Chiffre d'affaires en CH: 18 millions de francs (cabinets médicaux seulement)</p>	Aucune estimation possible.	Aucune estimation définitive au vu des diverses appréciations.	Aucune estimation définitive au vu des diverses appréciations.	Importante marge de manœuvre des médecins qui peuvent facturer les mêmes prestations de manière isolée. Tendance à la hausse. santésuisse indique que 4 examens par grossesse sont facturés en moyenne (2008: 76 671 naissances vivantes), que les prestations ont été effectuées env. 300 000 fois, soit 3 fois plus que les données fournies.
<p>Cas 10: curetage évacuateur Chiffre d'affaires en CH: 4 millions de francs (petite partie des cabinets médicaux seulement)</p>	Plutôt convenable.	Le taux de coûts est plutôt convenable.	Aucune estimation possible au vu des diverses appréciations.	Selon l'OFS, 10 629 interruptions de grossesse ont été recensées en 2009 en Suisse. Plus de la moitié des interruptions de grossesse ne sont donc pas facturées au moyen de la position du Tarmed mais réglées en privé et réalisées par voie médicamenteuse ou chirurgicale. De plus en plus, l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse tend à remplacer la méthode chirurgicale en matière d'avortement.
<p>Cas 11: expertise auditive Facturation: 392 fr. Chiffre d'affaires en CH: 15 millions de francs (cabinets médicaux seulement)</p>	Plutôt élevée.	Le taux de coûts est plutôt convenable.	Minutage plutôt élevé	Selon les «quasi-forfaits», un patient devait être présent au cabinet médical 134 minutes en moyenne. Les assureurs ont mesuré sur des échantillons que le temps passé par les patients au cabinet médical, de près d'une heure (ou moins), était plus court que les minutages du Tarmed. Résultats gonflés volontairement? La possibilité de déléguer une partie des PM à l'assistant médical influence fortement le caractère économique de la mesure.

Les points tarifaires, qui sont l'élément central de la structure tarifaire, sont le produit du taux de coûts et des minutages.

Les études de cas sont peu représentatives des prestations hospitalières ambulatoires. Selon les déclarations de H+ et un rapport du canton des Grisons, les cantons subventionnent les soins ambulatoires hospitaliers qui ne sont pas pris en charge par le Tarmed.⁶³ Pour santésuisse, il n'est pas prouvé que le fonctionnement du service ambulatoire, ne couvrant pas les coûts, soit similaire à celui d'un cabinet médical géré de façon efficace.

⁶² Voir par exemple la lettre du 15 septembre 2005 de la Surveillance des prix à l'OFSP sur la structure tarifaire du Tarmed 1.04.

⁶³ Département de la santé des Grisons: Wirkungsanalyse Neue Spitalfinanzierung 2007: Das dritte Jahr. «De nombreux hôpitaux n'ont toujours pas mis en place une gestion des soins ambulatoires couvrant les coûts» (p. 11).

Conclusion du CDF

Globalement, les rémunérations indiquées dans les études de cas 1 à 4 sont jugées plutôt faibles et celles du cas 8 de plutôt faibles à convenables. Elles sont convenables pour l'étude de cas 10 et plutôt élevées pour les cas 5, 7 et 11. Aucune estimation ne peut être faite pour les études de cas 6 et 9.

Les résultats concernent avant tout les cabinets de médecins parce que la qualité des données des prestations ambulatoires des hôpitaux ne permettait pas un regroupement par groupe des prestations. Une analyse exhaustive de la réalité des coûts ne sera possible que lorsqu'on disposera aussi – en plus des données du Tarmed par groupes de prestations (prix) – de données représentatives sur les coûts d'un cabinet géré de façon efficace.

Les discussions sur les minutages montrent qu'il pourrait être important de recueillir et d'ajuster les minutages actuels sur une base empirique. Santéuisse et le SCTM ont communiqué au CDF des exemples confidentiels de minutages manifestement augmentés. Les estimations se fondent sur les comptes-rendus d'opération et d'anesthésie. Le fait que les minutages soient en partie sensiblement augmentés dans Tarmed n'est pas contesté par la FMH.

Le fait de gonfler ainsi les minutages entraîne d'importantes distorsions bien connues dans la structure tarifaire, laquelle structure n'a pas été corrigée depuis des années. En l'absence d'analyses indépendantes des minutages, le projet de révision Tarmed 2010 reste très général et plutôt flou dans ce domaine.

2.7 Test du modèle Tarmed: le revenu de référence est-il atteint?

Le revenu de référence, sur lequel le calcul du Tarmed se fonde, a été fixé à 207 000 francs pour une valeur du point tarifaire de 1 franc (hors laboratoire médical, physiothérapie, distribution de médicaments). Pour les médecins ayant une valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis) de 5, le revenu de référence se monte à 187 335 francs (taux de valeur intrinsèque = 0,905).

Les conséquences sur le chiffre d'affaires PM du médecin sont mises en évidence au travers d'exemples fondés sur une hypothèse à 100 %, à condition que le praticien facture exclusivement des groupes de prestations parmi les trois cas analysés. Ces exemples chiffrés permettent de tester la cohérence interne du modèle Tarmed de même que la réalité des coûts des positions concernées.

Les exemples chiffrés reposent sur les trois études de cas suivantes: consultation (EC 1), réfraction (EC 5) et opération de la cataracte (EC 6). Pour EC 1, quatre hypothèses ont été testées. La rémunération pour les cinq dernières minutes de consultation (pos. 00.0030) ayant été réduite de moitié, le chiffre d'affaires peut varier selon la durée (en minutes) des consultations. Ainsi, pour 12 consultations de 5 minutes, la position 00.0010 peut être utilisée 12 fois et pour 6 consultations de 10 minutes, les positions 00.0010 et 00.0030 peuvent être utilisées 6 fois chacune.

Tableau 13: Hypothèse à 100 % pour trois types de prestations médicales

	Minutage	Productivité	Hypothèse à 100 %		Revenu de référence	
			Nombre par an (a)	Chiffre d'affaires PM (en fr.)	Valeur intrinsèque (qualif méd)	Chiffre d'affaires PM (en fr.)
Consultation toutes les						
5 minutes	5		19'580	166'803		
10 minutes	10		9'790	125'059		
15 minutes	15	85 %	6'530	138'973	5	187'335
20 minutes	20		4'890	145'931		
Réfraction subjective	35 (b)	85 %	2'800	162'000	5	187'335
Opération de la cataracte	95 (b)	45 %	546	170'000	7	224'802

(a) Calcul basé sur le minutage d'une consultation, le temps de travail annuel et la productivité de l'unité fonctionnelle.

(b) Coûts moyens par cas pour les groupes de prestations empiriques.

Source: calculs du CDF

Une consultation simple correspond, selon le Tarmed, à une PM comprise entre 125 059 francs et 166 803 francs, en fonction de la durée. Les prestations ophtalmologiques correspondent à une PM de 162 000 francs (réfraction subjective) ou 170 000 francs (opération de la cataracte). Le revenu de référence ajusté à la valeur intrinsèque de 187 335 francs (224 802 francs), selon le modèle Tarmed, n'est atteint ni par un cabinet de consultation ni par un cabinet d'ophtalmologie. L'écart entre le chiffre d'affaires PM calculé et le revenu de référence adapté à la valeur intrinsèque s'explique par les facteurs suivants:

- un relèvement de la valeur du point tarifaire de 0,89 franc à 1 franc aboutit à un chiffre d'affaires PM calculé correspondant grosso modo au revenu de référence adapté à la valeur intrinsèque (+ 20 616 fr.);
- médecine de premier recours: réduction de moitié du point tarifaire pour la position 00.0030;
- ophtalmologues: calcul d'une productivité trop faible ou de minutages trop importants.

Selon les statistiques sur les revenus des médecins indépendants («statistique Hasler» de la FMH)⁶⁴, le revenu des médecins (valeur centrale) en 2006 est de 175 960 francs (médecine générale), 186 000 francs (médecine interne) et 288 000 francs (ophtalmologie).⁶⁵ Le revenu de référence intègre les charges sociales. Selon ces statistiques, le revenu réel des médecins est donc légèrement supérieur pour les médecins de premier recours et largement supérieur pour les ophtalmologues au salaire brut théorique pris en compte par le Tarmed. Il n'est pas nécessaire de vérifier quelle partie de ce revenu provient du Tarmed ou d'autres sources telles que le laboratoire, les assurances complémentaires⁶⁶, etc. ni de contrôler si la prestation Tarmed réelle du médecin généraliste correspond au temps de travail théorique (selon le taux d'occupation).

Plusieurs facteurs entrent en jeu. Des taux de productivité PM trop faibles (cataracte) ou des minutages trop importants (réfraction subjective) ont entre autres des effets non négligeables.

⁶⁴ Voir par exemple BMS 2010;91: n° 12

⁶⁵ CDF (2010): Analyse der statistischen Quellen zu Tarmed, ch. 6

⁶⁶ Les assurances complémentaires influencent le revenu des médecins, notamment celui des médecins agréés et celui des médecins exerçant leur activité dans le secteur hospitalier.

Selon les déclarations (voir Infras (2010): Fallbeispiel 7, ch. 1.4), une trentaine d'opérateurs ont réalisé entre 800 et 1200 opérations de la cataracte dans l'année.

Conclusion du CDF

Un accroissement de la productivité réelle se traduit par divers résultats. En augmentant son efficacité, un cabinet d'ophtalmologie, que ce soit pour une réfraction ou une opération de la cataracte, peut doubler son revenu. Selon les déclarations provenant des entretiens (voir Infras [2010]: Fallbeispiel 5), il est possible de procéder à une réfraction en 12 minutes (au lieu de 35).

Le Tarmed comporte des positions tarifaires en unités de temps, pour lesquelles le temps nécessaire au traitement détermine le montant à facturer (en particulier pour les prestations de base et les consultations), et des positions tarifaires à la prestation. Un médecin peut réaliser des gains de productivité lorsque le temps réel est inférieur au minutage. Pour les positions tarifaires en unités de temps, de tels gains de productivité ne sont pas réalisables, contrairement aux positions à la prestation. Contrairement aux spécialistes qui facturent à la prestation, les médecins de premier recours facturent essentiellement en fonction du temps passé. Les médecins de premier recours peuvent beaucoup plus difficilement augmenter leur revenu par des gains de productivité. Il est plus facile de contrôler ces derniers, sachant que ni le minutage ni le temps effectif des prestations n'apparaissent dans les factures des spécialistes.

2.8 Conclusion: un réel pas en avant malgré des valeurs de référence problématiques et des incohérences

Force est de constater que d'importants progrès ont été réalisés pour rendre compte de la réalité des coûts. Le modèle Tarmed, tout à la fois complexe et structuré, a considérablement progressé sur la voie de l'instauration d'une tarification basée sur les règles applicables en économie d'entreprise. Toutefois, certaines incohérences et paramètres douteux viennent encore entraver la réalité des coûts.

Les différences intercantionales concernant la valeur du point tarifaire devraient uniquement refléter des écarts de coûts, comme les salaires et les loyers. L'analyse du CDF montre cependant qu'il n'en est rien: les différences constatées sont de nature historique et dépendent de l'offre (densité de médecins).

Certains taux de productivité sont faibles: par exemple, la productivité de la salle d'opération 1 est passée de 72 % dans la version 1.0 du Tarmed à 45 % dans la version 1.1. Il n'est pas prouvé que ce chiffre corresponde au résultat attendu d'un cabinet médical géré de façon efficace. Comme cela a été mentionné, les taux de coûts PM sont extrêmement sensibles aux variations de la productivité et doivent de ce fait impérativement se baser sur des infrastructures performantes pour tenir compte de la réalité des coûts.

Les minutages sont un facteur sous-estimé de la réalité des coûts: il manque encore de nombreux éléments permettant de démontrer l'exactitude des règles applicables en économie d'entreprise, en particulier pour les groupes de prestations regroupant diverses positions. On note pour l'heure l'absence de critères et de méthodes uniformes et crédibles pour déterminer le temps nécessaire aux PM et PT. Les minutages font souvent l'objet de vérifications internes non communiquées entre spécialistes. Les chevauchements de minutages dans les groupes de prestations sont à éviter.

L'échelle de la valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis), qui reflète les différentes durées de formation, est difficile à interpréter.

Les deux modèles de calcul des taux de coûts à la minute (GRAT et Infra) devaient, du moins lors de leur conception au début/milieu des années 90, rendre compte dans une large mesure de la réalité des coûts selon des règles applicables en économie d'entreprise. Depuis, plusieurs paramètres et structures de traitement ont évolué. Les salaires de même que le coût du matériel et des médicaments, les charges administratives et les coûts des équipements ont notamment augmenté, selon les indications fournies par les partenaires tarifaires.

Les taux de coûts à la minute, selon qu'ils sont calculés selon Infra ou selon GRAT, présentent des écarts importants. Le modèle Infra repose essentiellement sur des directives normatives, compte tenu de sa conception, quand bien même certains coûts moyens seraient le résultat d'enquêtes empiriques. Le modèle est apprécié, car il permet d'établir une tarification pour les technologies modernes encore peu répandues. De plus, les possibilités d'intervention sur les utilisations théoriques sont jugées meilleures. La faiblesse de la base de données pose néanmoins problème, en particulier pour les coûts de matériel et les redevances. Les nouvelles bases utilisées pour les DRG (système REKOLE) pourraient ici également être utiles. Le problème du modèle GRAT réside dans le fait que le tarif ne devrait pas être calculé sur la base des coûts moyens, mais sur le modèle d'un cabinet géré de façon efficace. La facturation de technologies médicales outrageusement coûteuses doit être évitée.

Dans certains groupes de prestations analysés dans le cadre de cette évaluation, la rémunération est jugée plutôt faible et plutôt élevée pour d'autres. Une analyse exhaustive de la réalité des coûts ne sera possible que lorsqu'on disposera aussi – en plus des données du Tarmed par groupes de prestations (prix) – de données représentatives sur les coûts d'un cabinet géré de façon efficace.

Les positions selon le tarif à la prestation autorisent une grande marge de manœuvre: pour les prestations intellectuelles telles que les consultations, les règles du tarif au temps s'appliquent; pour les prestations techniques, les possibilités d'engranger un revenu complémentaire via l'amélioration de l'efficacité sont considérablement plus nombreuses. Si, pour des prestations techniques, le minutage est trop élevé et la productivité trop faible, on relèvera des incohérences entre les prestations facturées au temps et les prestations facturées à l'acte.

Etant donné que les prestations sont généralement facturées sur la base de plusieurs positions, la question qui se pose est celle du chevauchement entre les différentes positions («rabais de quantité pour une fourniture de prestations efficace»), y compris du chevauchement entre les positions du tarif au temps et à la prestation. Selon l'interprétation préliminaire du Tarmed aux chapitres «Œil» et «Oreille», «l'indemnisation d'un acte médico-technique est indépendante du fait que la prestation ait été fournie entièrement ou en partie par le spécialiste ou uniquement par du personnel non médical». ⁶⁷ Lorsque les tâches médicales seront couramment déléguées au personnel médical auxiliaire, l'indemnisation sera effectuée par le biais de la PT et non de la PM. C'est là l'un des points faibles sur le terrain de la réalité des coûts, qui devra faire l'objet d'une réflexion lors de la révision planifiée.

⁶⁷ Voir par exemple version 1.06 du Tarmed, pp. 566 et 686.

3 Le Tarmed améliore-t-il la transparence?

3.1 Transparence pour qui et pour quoi?

La commission d'experts chargée en 1990 des travaux préparatoires sur la LAMal (commission Schoch) voyait dans la transparence et la comparabilité l'un des principaux objectifs de l'uniformisation des structures tarifaires.⁶⁸ L'instauration d'un tarif uniforme applicable à l'ensemble de la Suisse a ainsi remplacé les 24 tarifs des caisses-maladie cantonales de même que le tarif AA/AM/AI et le Catalogue des prestations hospitalières (CPH). Auparavant, les mêmes prestations étaient indemnisées différemment en fonction des différents tarifs. L'harmonisation a pour but d'accroître la transparence et la comparabilité des prestations et des prix. Conformément à la loi, le Conseil fédéral veille à la coordination des tarifs définis dans la LAMal avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (art. 43, al. 7, LAMal). Depuis 2004, le Tarmed est appliqué aux traitements médicaux ambulatoires relevant des quatre assurances sociales. Chaque assurance sociale possède néanmoins ses propres bases juridiques; l'étendue des prestations n'est pas identique dans les quatre assurances, mais la structure tarifaire (à quelques exceptions près) reste la même.

Pour garantir la transparence, des informations quantitatives et qualitatives sur le Tarmed, à la fois compréhensibles et utiles, doivent être accessibles en temps opportun. La transparence engendre des coûts (par ex. coûts de préparation incluant la protection des données) et doit par conséquent respecter certaines limites. Il faut notamment identifier avec précision les bénéficiaires de cette transparence améliorée. Se pose alors la question délicate de savoir quelles informations divulguer à qui et à quel moment pendant le long processus de négociation.

La structure tarifaire des versions 1.1 à 1.07 peut être consultée sur le site Internet de Tarmed Suisse, sous plusieurs formats électroniques. Pour chacune des 4300 positions tarifaires, différents paramètres sont indiqués, à savoir le nom et l'utilisation de la position tarifaire, les points tarifaires pour la PM, les points tarifaires pour la PT, la valeur intrinsèque quantitative et qualitative du médecin (niveau de qualification médicale requis), le nombre d'assistants, l'unité fonctionnelle, l'interprétation, etc. Les structures tarifaires antérieures au Tarmed étaient moins transparentes et non uniformes.

⁶⁸ «L'uniformisation des structures tarifaires vise notamment à atteindre les objectifs suivants:

- rapport adéquat entre les valeurs des prestations, calculées selon les principes de la gestion d'entreprise;
- transparence accrue des prestations et meilleures possibilités de comparaison;
- meilleure coordination entre les assurances sociales;
- contribution à la maîtrise des coûts par l'intervention sur un élément essentiel de la formation des prix.»

(Source: révision de l'assurance-maladie, rapport de la commission d'experts du 2 novembre 1990 [commission Schoch], p. 60).

Conclusion du CDF

Le Tarmed constitue un réel pas en avant en faveur de la transparence de la structure tarifaire. Les éléments du catalogue des prestations pour les quelque 4300 positions/prestations unitaires sont représentés selon une même structure très différenciée. L'accès aux données électroniques des versions 1.1 à 1.07 et aux procès-verbaux des changements depuis la version 1.02 est ainsi garanti pour les partenaires tarifaires, l'autorité d'approbation et le public. Le calcul réalisé selon les principes de la gestion d'entreprise établit une distinction cruciale entre la PM et la PT. Pour certaines prestations, les fournisseurs de prestations disposent d'une grande marge de manœuvre, par exemple au niveau de la facturation.

3.2 Transparence des modèles de calcul pour les partenaires tarifaires

Les modèles de calcul Infra et GRAT sont dévoilés aux partenaires tarifaires qui ont contribué à leur élaboration. Selon santésuisse, la publication des bases empiriques du modèle GRAT à un moment décisif des négociations relatives au Tarmed a été insuffisante. Aujourd'hui, ces bases sont accessibles à certains utilisateurs autorisés par les partenaires tarifaires au sein de Tarmed Suisse.⁶⁹ Les modèles calculés par la Commission des tarifs médicaux (CTM), en revanche, n'ont pas été rendus accessibles à certaines personnes concernées.⁷⁰ Il n'existe aucune description actualisée des modèles tarifaires GRAT et Infra mentionnant les valeurs de référence calculées ou négociées (date et méthode du relevé). Les minutages sont fixés en l'absence d'une représentation transparente. Les fournisseurs de prestations et les unités d'imputation n'ont eu accès à aucune documentation concernant la définition des minutages dans le cadre de cette évaluation.

L'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) et la FMH ont fait part de leur insatisfaction:⁷¹

«Un tarif conforme aux principes de la gestion d'entreprise, fondé sur des données de coûts déterminées de manière empirique, doit impérativement reposer sur des directives normatives pour éviter que des coûts plus importants n'entraîne systématiquement une augmentation du niveau d'indemnisation. De telles directives normatives doivent également exister pour le Tarmed. La transparence devrait ici renforcer l'acceptation et l'évaluation des prestations qui en découlent.»

Les réglages normatifs (modèle du cabinet géré de façon efficace) n'ont pas été pris en compte dans le modèle GRAT, car ils n'étaient pas connus de santésuisse au moment décisif des négociations relatives au Tarmed.

⁶⁹ L'accès aux données est géré par une société privée.

⁷⁰ «Les modèles de calcul établis par la CTM pour le Tarmed ont été tenus secrets dès le début. Aucun examen détaillé des modèles n'a donc pu être réalisé, ce qui a suscité de la méfiance et anéanti les possibilités de mesures correctives sur le modèle de calcul.» (BMS 2003;84: n°47).

⁷¹ Neubauer, G. et Lindl, C. (déc. 2000): Die betriebswirtschaftlichen Grundlagen von Tarmed. Phase 1, Allgemeiner Teil. Etude réalisée à la demande de l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) et de la FMH.

Conclusion du CDF

Il n'existe aucune documentation écrite crédible concernant les critères et les méthodes de détermination des minutages (cabinet d'un médecin expérimenté ou d'un service de soins hospitaliers ambulatoires géré de façon efficace, méthode de mesure du temps nécessaire, journal ou chronométrage, temps moyen ou médian, données empiriques et comparaisons (internationales), expertises et contre-expertises).

Le manque de transparence au niveau de la détermination des minutages et des taux de productivité PM remet en cause l'exactitude des principes de la gestion d'entreprise et suscite des divergences d'opinions entre les partenaires tarifaires.

Les travaux sur les études de cas ont mis en exergue la nécessité d'améliorer le niveau d'information auprès des fournisseurs de prestations et prestataires de services. Chez de nombreux fournisseurs de prestations, les connaissances du Tarmed se limitent au nombre de points tarifaires PM et PT. Les personnes concernées ne savent généralement que peu de choses sur les modèles de calcul. La documentation générale de 1999 du SCTM est classée confidentielle et n'a pas été mise à jour.

Ce n'est que ponctuellement qu'il est possible de savoir à qui, doit être communiquée quelle information sur les modèles de calcul, à quel moment des négociations et dans quel format.

3.3 Transparence de la convention tarifaire pour l'autorité d'approbation définie dans la LAMal

La structure tarifaire du Tarmed a été et continue d'être communiquée au Conseil fédéral pour approbation. Depuis 2004, elle peut être consultée dans son intégralité sur le site Internet de Tarmed Suisse.

Conformément à la LAMal (art. 46, al. 4), le Conseil fédéral doit approuver des conventions tarifaires qui s'appliquent à toute la Suisse. L'autorité d'approbation est tenue de vérifier que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

L'autorité d'approbation considère que la structure tarifaire Tarmed fait partie des conventions tarifaires soumises à approbation. Le Conseil fédéral avait déjà demandé, lors de la première approbation, que toutes les futures modifications de la structure tarifaire soient approuvées par ses soins.

H+ et la FMH ont plusieurs fois fait valoir, à l'encontre de l'autorité d'approbation, que le Conseil fédéral devait uniquement prendre connaissance des structures tarifaires révisées (notamment la version 1.04), ces dernières ne constituant pas une convention tarifaire à elles seules. L'office fédéral compétent a rejeté cette argumentation.

Qu'est-ce que l'économicité et comment est-elle mesurée? Une page Internet de l'OFSP est consacrée à cette question.⁷² Se basant sur la littérature courante en économie de la santé, l'OFSP distingue trois méthodes permettant de mesurer l'économicité:

⁷² OFSP, Qu'est-ce que l'économicité et comment est-elle mesurée?

<http://www.bag.admin.ch/transplantation/00692/02582/03135/index.html?lang=fr>.

- 1) l'analyse coût-avantages permet d'exprimer tous les coûts et leurs conséquences en unités monétaires;
- 2) l'analyse coût-efficacité permet d'exprimer les coûts en unités monétaires et les conséquences en unités non monétaires (par ex. les cas de maladies soignés avec succès ou évités, la fréquence ou la durée réduites de la maladie, les jours de travail gagnés, etc.);
- 3) l'analyse coût-utilité permet d'exprimer les coûts en unités monétaires, mais les conséquences et l'utilité en termes d'années de vie ajustées sur la qualité (quality adjusted life years, QALY).

Le CDF n'a pas connaissance que l'une de ces méthodes soit utilisée pour évaluer l'économicité lors de l'approbation du Tarmed. Selon l'OFSP, ces méthodes ne sont pas pertinentes dans le cadre d'un examen du Tarmed.

L'examen visant à s'assurer que la convention tarifaire est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie est décrit comme suit par l'OFSP:

«La conformité d'une convention tarifaire est mesurée à l'aune des critères que sont l'économicité et l'équité. Concrètement, cela veut dire qu'il faut contrôler le niveau et le calcul exact du tarif, comme ses incidences sur le volume des prestations. La question de savoir si un tarif ou une augmentation de tarif est supportable sur le plan économique est surtout jugée à la lumière de l'augmentation des primes engendrée par son introduction.»⁷³

Les cas étudiés dans la présente évaluation montrent que certaines prestations (contestées ou nouvelles), comme par exemple l'ultrason de contrôle lors de la grossesse (voir étude de cas 9), en relation avec l'admission dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie selon l'OPAS, faisaient l'objet d'évaluations par la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP).⁷⁴ Un examen de la CFPP par la Commission de gestion (CdG) a toutefois révélé qu'une plus grande importance devait être accordée aux aspects d'économicité lors des examens par la CFPP⁷⁵.

A l'été 1998, les quatre partenaires tarifaires ont publié conjointement une brochure d'une quarantaine de pages fournissant des informations de base sur GRAT et Infra. Ces informations, trop générales, ne conviennent pas pour une évaluation du Tarmed selon la LAMal, mais contribuent à l'amélioration de la transparence globale. La Surveillance des prix a en revanche contribué à une meilleure compréhension du modèle tarifaire pour les spécialistes en 1999, au moyen d'une explication technique détaillée.

L'office fédéral compétent a développé un instrument permettant de comparer et de contrôler les différentes versions de la structure tarifaire du Tarmed. Dans le cadre de l'approbation de la première structure tarifaire, il avait par ailleurs commandé en 1999 trois études externes dans le

⁷³ Schneider, Sandra: Formation des tarifs dans le système de santé suisse, in: CHSS 2/2001, p. 59

⁷⁴ OFSP, Commissions, voir

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankensversicherung/00263/00264/04013/index.html?lang=fr>.

⁷⁵ «La CdG-N considère que le principe de la confiance (art. 33, al. 1, LAMal), d'après lequel l'obligation de rembourser une prestation fournie par un médecin est considérée comme acquise à défaut de la preuve du contraire, est tout à fait approprié aux prestations médicales, mais qu'il présente quelques faiblesses dans son application. En raison de ce principe, une très petite part seulement des innovations médicales et des prestations étendues à de nouvelles indications est soumise à évaluation.»

but d'analyser les différents aspects du Tarmed. L'une de ces études a confirmé que le Tarmed (moyennant une valeur du point tarifaire de 1 franc) allait engendrer une forte augmentation des dépenses. En l'absence de documentation, le CDF n'a pas pu connaître le mandat donné à ces études ni comment lesdites études ont été prises en compte dans l'examen de la convention tarifaire au sein de l'office fédéral compétent.

Conclusion du CDF

En 1999, les partenaires tarifaires ont communiqué par oral à l'autorité d'approbation (OFAS) des informations sur les modèles de calcul (GRAT/Infra). En juillet 1999, le SCTM a élaboré une documentation générale sur le Tarmed. Cette documentation, qui se rapporte à la version Bêta 3 du Tarmed, est considérée comme rapport final provisoire et n'a pas été mise à jour depuis. Le document n'a pas été porté à la connaissance de l'autorité d'approbation au moment décisif, lors de la première approbation de la structure tarifaire de la version Alpha 3.0. Les bases de calcul (modèles et valeurs de référence) n'ont été communiquées à l'autorité d'approbation que dans les grandes lignes.

Le communiqué de presse du DFI du 18 septembre 2000 concernant la version Alpha 3.0 mentionne ce qui suit:⁷⁶

«Le Conseil fédéral a approuvé la nouvelle structure du tarif médical valable pour toute la Suisse (Tarmed). Le Tarmed établit les tarifs médicaux dans l'assurance-maladie sur une base d'économie d'entreprise, rend possible la comparaison des coûts et augmente la transparence.»

Le Conseil fédéral est parti du principe que le Tarmed avait été établi selon des règles applicables en économie d'entreprise, bien que les modèles de calcul n'aient pas été rendus totalement transparents pour l'office fédéral compétent.

La version Alpha 3.0 du Tarmed n'a pas été mise en œuvre. La version 1.0 a même été retirée par les partenaires tarifaires.

Lors de la demande d'approbation de la version 1.1, l'office compétent s'est concentré sur les modifications de la version Alpha 3.0, de la version 1.0 à la version 1.1. Avec le soutien de l'Office fédéral de la justice, l'office compétent a considéré que la version 1.1, qui faisait l'objet de la demande d'approbation, ne constituait pas une nouvelle structure tarifaire, mais une révision, voire deux révisions d'une structure tarifaire déjà approuvée. La version 1.1 a été approuvée le 30 septembre 2002 par le Conseil fédéral en même temps que les deux conventions-cadres conformes à la LAMal. Le 30 septembre 2002, le Conseil fédéral a également fourni aux autorités cantonales et aux partenaires tarifaires des recommandations relativement détaillées sur la mise en œuvre de la neutralité des coûts.

⁷⁶ DFI, Communiqué de presse du 18 septembre 2000: Assurance-maladie: Le Conseil fédéral approuve le Tarmed, la nouvelle structure du tarif médical valable pour toute la Suisse, http://www.admin.ch/cp/f/39c600e1_1@fwsrvq.bfi.admin.ch.html.

Conclusion du CDF

Le Conseil fédéral a confirmé dans le communiqué de presse de septembre 2000 qu'il approuvait la structure tarifaire Alpha 3.0. Dans le même temps, il atteste que le Tarmed repose sur une «base d'économie d'entreprise», malgré des connaissances limitées sur le modèle de coûts. Il semble que l'autorité d'approbation ait également agi sous la pression des délais.

Par ailleurs, l'office fédéral compétent (et pour partie la Surveillance des prix) a insuffisamment abordé le problème du manque total de transparence dans le domaine des minutages, facteur essentiel de la réalité des coûts.

3.4 Transparence des factures pour les patients

Outre les partenaires tarifaires et l'autorité d'approbation, le législateur impose au fournisseur de prestations une obligation concernant la transparence de la facturation (art. 42, al. 3, LAMal):

«Le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.»

Contrairement à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), la LAMal applique toujours le système du «tiers garant» (art. 42, al. 1, LAMal). Dans le système du «tiers garant», le patient est le débiteur (facture) alors que dans le système du «tiers payant», c'est l'assureur qui est le débiteur. Dans le secteur hospitalier, le système du «tiers payant» s'applique depuis 2009. Dans le secteur ambulatoire, c'est soit le système du «tiers garant» soit le système du «tiers payant» qui s'applique, selon le canton/le domaine de fournisseurs de prestations. En 2010, seuls 7 des 44 services hospitaliers ambulatoires appliquent le système du «tiers garant»; dans les cabinets médicaux, en revanche, ce système est devenu la règle.⁷⁷

Dans de nombreux cantons, le patient est toujours considéré du point de vue légal comme le débiteur des prestations ambulatoires fournies dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Le patient devrait dans ce cas recevoir une facture qui lui permette de vérifier le calcul de la rémunération. Les factures établies sur le modèle Tarmed présentent des intitulés, des codes et un format qui compliquent le simple contrôle par le patient. Les prestations relevant du Tarmed sont facturées avec des prestations relevantes d'autres tarifs (médicaments, laboratoires, etc.).

Conclusion du CDF

Les factures et les justificatifs de remboursement sont difficiles à comprendre pour les patients (intitulés de prestations incompréhensibles, termes latins et nombreux codes). Les factures ne mentionnent ni le temps réellement passé ni les minutages (temps normatif). Dans le système du «tiers garant», le patient est le débiteur et la LAMal dispose que le fournisseur de prestations doit établir une facture qui permette au patient de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Le mode de facturation actuel ne permet pas cela. Des mesures s'imposent depuis plusieurs années.

⁷⁷ Voir les données fournies dans les aperçus des valeurs du point tarifaire sur la page d'accueil de santésuisse.

3.5 Transparence pour les assureurs-maladie et santésuisse

En vertu de l'art. 56 LAMal et de l'art. 76 OAMal, les assureurs-maladie doivent contrôler le caractère économique des prestations facturées dans le cadre de l'assurance de base et prendre éventuellement des mesures à l'encontre des cabinets médicaux qui ne respectent pas les exigences en matière de traitement. Un fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort (art. 56, al. 2, LAMal).

Pour la première fois en 2004, santésuisse a introduit, par le biais de la méthode ANOVA (analyse de variance), une méthode de calcul des coûts destinée à évaluer l'économicité des médecins. Cette méthode compare les coûts par patient d'un médecin avec les coûts moyens de l'ensemble des médecins appartenant au même groupe de spécialistes. Elle utilise essentiellement les données de référence provenant du pool de données et également depuis quelque temps, selon santésuisse, de la base de données Tarifpool. La méthode ANOVA tient compte du domaine de spécialité, du niveau des coûts à l'échelon cantonal ainsi que de l'âge et du sexe des patients traités. Les décomptes des médecins dont les coûts par patient sont supérieurs de 30 % à la moyenne sont réputés hors norme et font l'objet d'un examen approfondi. Les médecins qui présentent des coûts (trop) élevés sont priés de justifier leurs coûts élevés par patient. Les coûts excessifs non justifiables devront par la suite être réduits. Des demandes de restitution ne sont formulées que lorsque le médecin ne peut pas ou ne veut pas justifier les coûts élevés et qu'il ne fait de surcroît aucun effort pour les réduire. La plupart des cas où les médecins présentent des coûts trop élevés sont imputables aux particularités du cabinet. Souvent, la solution pour réduire les coûts consiste à convenir d'un changement de comportement avec le médecin. Dans les cas où des demandes de restitution ont dû être négociées devant la justice, le Tribunal fédéral a généralement appuyé la position des assureurs dans le cadre d'une jurisprudence consolidée.⁷⁸ Le débat entre le corps médical et santésuisse sur la procédure relative à l'économicité a récemment été ravivé.⁷⁹ Selon le corps médical, les procédures d'économicité de santésuisse sont des systèmes de comparaison des coûts moyens qui n'ont rien de commun avec une véritable procédure d'économicité. Ces procédures créent un climat de peur parmi les médecins et un rationnement caché de prestations judicieuses. La morbidité joue un rôle décisif dans l'évaluation de l'économicité. Cependant, elle n'est pas prise en compte dans la méthode ANOVA.⁸⁰ Les positions par analogie ne peuvent plus être utilisées selon les directives Tarmed. Elles faussent la transparence et les possibilités de contrôle de l'économicité des prestations. Il est difficile et coûteux, même pour santésuisse, de recevoir des assurances des modèles de factures montrant par exemple comment la capsule-endoscopie est facturée au moyen d'une position par analogie.

⁷⁸ Les évaluations d'économicité de santésuisse,

http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=25647&detail=yes&navid=247

⁷⁹ D'Angelo, Mirjam et Rhyn, Paul: Stellungnahme der santésuisse zum Artikel von Jürg Nadig «Verdeckte Rationierung dank Wirtschaftlichkeitsverfahren?» Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse nach der ANOVA-Methode, in: BMS 2008;89: n° 21. Voir également BMS 2009;90: n° 1/2, BMS 2007;88: n° 9. BMS 2006; 50. BMS 2005;86: n° 31.

⁸⁰ En revanche, les médecins réunis dans un réseau de soins sont évalués depuis 2005 déjà par le biais d'une compensation des risques ajustée à la morbidité (et non uniquement selon des critères démographiques). Il semble donc techniquement possible de trouver une solution.

Conclusion du CDF

Les procédures d'économicité selon la LAMal ne font pas l'objet de la présente évaluation. Force est de constater toutefois qu'il existe des fournisseurs de prestations/médecins avec plusieurs numéros de décompte, ce qui complique voire rend impossible le contrôle. Par ailleurs, la réglementation concernant les exigences de qualité et les critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) n'est pas considérée comme faisant partie des conventions-cadres Tarmed. Des données diagnostiques fiables sont nécessaires pour procéder à l'évaluation de l'économicité. L'amélioration de la réglementation sur les diagnostics dans Tarmed repose toujours sur une déclaration d'intention des partenaires tarifaires.⁸¹

3.6 Transparence des coûts de santé

L'importance du Tarmed sur les coûts de la santé ne peut être déterminée de façon satisfaisante. L'évaluation du CDF montre que les sources statistiques disponibles sont considérablement limitées. Il n'existe pas de source unique permettant de suivre l'évolution sur une longue période, avant et après l'introduction du Tarmed, de manière différenciée dans tout le domaine Tarmed. Il faut donc faire appel à plusieurs sources statistiques, qui peuvent présenter des différences importantes en termes de définitions et de délimitations et qui ne sont parfois compatibles que sous certaines conditions.⁸²

Il n'est pas possible, par exemple, de procéder à des comparaisons systématiques des prestations, des dépenses et des coûts effectifs entre le secteur ambulatoire des hôpitaux et les cabinets médicaux. Les partenaires tarifaires disposent chacun de données personnelles collectées et estimées au moyen de diverses méthodes, définitions et instruments de couverture. Dans le cadre de l'introduction du Tarmed, les partenaires tarifaires sont tenus d'assurer ce qu'ils appellent la «parité des données». L'OFS/OBSAN et l'OFSP doivent s'acquitter d'une contribution pour avoir accès aux données statistiques de la LAMal (base de données Tarifpool).

La validité des données de santésuisse (base de données Tarifpool) est remise en cause par la FMH et H+. De son côté, santésuisse critique la représentativité par canton et par spécialité des données de la Caisse des médecins utilisées dans la présente évaluation. Le CDF a aussi été pointé du doigt dans le cadre de cette évaluation pour avoir utilisé et extrapolé les données de Tarifpool dans les études de cas. Sans cette extrapolation, nous ne disposerions toutefois d'aucune donnée sur le nombre de prestations (par ex. nombre d'ECG rémunérés par an) ni sur le montant des rémunérations de ces prestations (voir annexe 4). Le degré de couverture et la qualité des données de la Caisse des médecins, et de la base de données Tarifpool sont traités dans le rapport partiel du CDF sur les sources statistiques (p. 10).

La moitié des factures seulement sont transmises par les caisses-maladie à Tarifpool, la participation étant facultative. Les données pour l'année 2004 n'ont d'ailleurs pas pu être utilisées pour cette évaluation. Une comparaison statistique avant/après n'a été rendue possible que pour un très petit nombre de caractéristiques et grâce à la collaboration avec un centre de confiance du corps médical (caisse-maladie). Même les données ayant une représentativité et une validité limitées

⁸¹ Au vu de leurs expériences, les parties envisagent de remplacer les codes de diagnostic existants par un système plus cohérent basé sur la codification ICPC/ICD-10, voir par exemple

<http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Tariffragen/TARMED/Anhang4-f.pdf>.

⁸² CDF (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed

n'ont pu être obtenues qu'avec difficulté. Les recherches révèlent que près de 13 % des factures d'un médecin sont réglées directement par les patients et n'apparaissent pas dans la statistique des factureurs de santé suisse.⁸³ Il n'est par conséquent fourni aucune indication supplémentaire sur cette part relativement élevée de factures.

Les données Tarmed relatives à l'AA sont disponibles auprès du SCTM. Par manque de ressources, le SCTM n'a pu fournir aucune donnée dans le cadre de cette évaluation. Les données Tarmed relatives à l'AI sont accessibles auprès de la Centrale de compensation (CdC). Pour l'étude de cas 11, l'analyse statistique dans le domaine de l'AI affiche une valeur limitée, compte tenu des charges élevées liées à l'obtention d'un minimum de données souhaitées auprès de la CdC. Aucune donnée valable n'a pu être obtenue dans le domaine des assurances complémentaires. Une comparaison des dépenses pour les opérations de la cataracte réalisées en ambulatoire et en milieu hospitalier, par exemple, aurait été souhaitable et utile.

A la demande de la FMH, les données du corps médical exerçant à titre indépendant sont recueillies et analysées depuis plusieurs années.⁸⁴ Cette statistique ne contient aucune information sur le taux d'occupation ni sur les sources de revenus (Tarmed, automédication, médecins agréés) et n'est donc que partiellement exploitable pour l'évaluation des objectifs de revenu du Tarmed. Les données sur le revenu des médecins d'hôpital font également défaut. La faiblesse des statistiques (sur le revenu) a toujours eu pour effet de susciter un débat plus théorique que concret sur les mesures à prendre, par exemple pour le renforcement du soutien financier à la médecine de famille par le biais d'une redistribution à l'intérieur ou à l'extérieur du Tarmed. Deux exemples:

1. Réponse du Conseil fédéral au postulat 07.3279: «Même s'il n'y a pas de rapport linéaire entre le chiffre d'affaires et le revenu d'un cabinet, ces données montrent que le revenu moyen des médecins de premier recours tend à augmenter depuis l'instauration de Tarmed. Certains cantons ruraux connaissant une très forte densité de médecins de premier recours et, par conséquent, des points tarifaires plus bas pour respecter le principe de la neutralité des coûts, il est toutefois possible que l'amélioration visée n'ait pas pu être pleinement atteinte...»
2. Communiqué de presse de la FMH du 16 mars 2010: «La discussion récurrente au sujet d'une redistribution des revenus médicaux montre aujourd'hui ses limites dans la mesure où les spécialistes réalisent une partie importante de leurs revenus par le biais d'assurances complémentaires.»

Les études de cas du CDF révèlent que les différentes sources de données de même que les évaluations issues du pool de données, de la base de données Tarifpool et de la Caisse des médecins présentent des avantages et des inconvénients et qu'elles pourraient, de manière combinée, fournir des bases de données utiles pour des analyses pertinentes. Dans le cadre d'un projet pilote confié par l'OFSP, il conviendrait par conséquent d'indiquer aussi les possibilités d'analyse de l'économicité du Tarmed sur la base d'une évaluation systématique des données

⁸³ Romanens, Michel et al. (2009): Krankenkassen, santé suisse und Wirtschaftlichkeitsverfahren, die keine sind ..., in: BMS 2009;90: n° 1 / 2, p. 51.

⁸⁴ Reichert, M.: Revenus des médecins indépendants de Suisse en 2006 (nouveau) et 2005 (réévaluation), in: BMS 2010;91: n° 12.

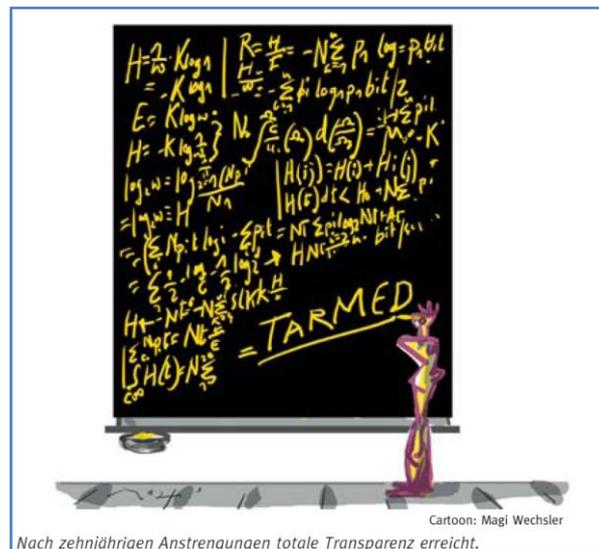
existantes.⁸⁵ En l'absence de données systématiques et fiables sur les diagnostics/causes du traitement, on travaille également avec des *triggers* (voir les études de cas du CDF).

Conclusion du CDF

Le fait que les sources de données existantes ne soient définies, collectées et utilisées que par leurs propriétaires respectifs constitue un problème majeur. L'utilisation par un tiers neutre pourrait contribuer à améliorer la qualité des données et la transparence. Un accompagnement scientifique du Tarmed n'a pas été envisagé. Le Tarmed a également introduit un nouveau concept, celui de «parité des données».

3.7 Conclusion: amélioration de la transparence, mauvaise exploitation du potentiel

Figure 7: La transparence des tarifs du Tarmed vue par un dessinateur humoristique



Source: Caisse des médecins, Check-up 01/2000⁸⁶

Comme le montre le dessin humoristique ci-avant, les calculs Tarmed riment avec complexité.

Par rapport aux anciens tarifs cantonaux, le Tarmed représente un énorme pas en avant en matière de transparence. Tous les acteurs intéressés peuvent aujourd'hui consulter la structure tarifaire de toutes les versions annuelles du Tarmed. Les calculs économiques sont partiellement publiés, mais restent globalement difficilement compréhensibles et peu exploitables. Les modèles sous-jacents sont complexes et soumis à une série de conditions implicites et explicites. Les conditions de définition des minutages (médecin expérimenté, fourniture de prestations efficace, méthode de relevé), par exemple, manquent de transparence pour les partenaires tarifaires et l'autorité d'approbation.

Conformément à la loi, l'autorité d'approbation est tenue de vérifier que les conventions Tarmed sont conformes à l'équité et au principe d'économicité. La structure tarifaire des versions Tarmed

⁸⁵ Eggli Y, Halfon P, Chikhi M, Bandi T, Känzig H. (2007): Analyse des prestations prises en charge par la LAMal, in: Sécurité sociale CHSS 3/2007, pp. 131-135.

⁸⁶ Prantl, Anton (2000): Professionalität und Partnerschaft, in: Check-up 2000 n°1, http://www.cassadeimedici.ch/fr/cm_data/check-up_1.pdf.

soumises à approbation a été rendue accessible à l'office fédéral compétent, qui a procédé à son analyse. L'intégralité des bases de calcul, en revanche, n'a pas été communiquée à l'autorité d'approbation au moment décisif de la première approbation du tarif.

Les fournisseurs de prestations sont légalement tenus de remettre au débiteur une facture compréhensible portant toutes les informations nécessaires pour permettre un contrôle. Dans le système du «tiers garant», la facture est adressée aux patients. Les factures Tarmed ne sont pas compréhensibles pour le patient moyen (codes, termes latins et détails inutiles). Elles ne fournissent pas l'information la plus importante en vue d'un simple contrôle des prestations fournies, à savoir la durée de la fourniture des prestations.

Les statistiques sur les revenus des médecins exerçant à titre indépendant n'indiquent pas non plus le taux d'occupation. Il n'est donc pas possible de quantifier la revalorisation de la médecine de premier recours sur le plan des revenus au moyen du Tarmed.

Les partenaires tarifaires ont à leur disposition plusieurs relevés, bases de données et évaluations qu'ils utilisent pour faire valoir leurs propres intérêts dans les négociations. On parle alors de «parité des données» (selon la devise: «Mes données sont les bonnes!»). Les enregistrements existants renvoient à plusieurs définitions, émanent de sources différentes et ont chacun leurs propres faiblesses (représentativité, validité). Qui plus est, certaines données ne sont pas disponibles, par exemple sur les franchises ou sur les assurances complémentaires/médecins agréés. Les données des partenaires tarifaires sont pour partie difficilement accessibles. On notera l'absence d'études comparatives indépendantes relatives aux groupes de prestations par canton, par région et par fournisseur de prestations (voir études de cas Infras). Un suivi scientifique du Tarmed n'a pas été envisagé.

4 Le Tarmed a-t-il contribué à la revalorisation des prestations médicales?

4.1 Définition des objectifs

En 1989, les partenaires tarifaires ont fixé des lignes directrices en vue de la mise sur pied d'un nouveau tarif médical. Ces lignes directrices avaient pour but de revaloriser la prestation médicale (intellectuelle) par rapport aux prestations techniques (fournies au moyen d'appareils). Il était également prévu de réduire les écarts de revenus entre les différents groupes de spécialistes.⁸⁷

Suivant le contexte et l'auteur, lesdites lignes directrices font l'objet de jugements divers. On parle parfois, de manière péjorative, de «médecine technicisée». On critique également le fait que les médecins (avec les anciens tarifs) ne peuvent pas prendre assez de temps pour les consultations.⁸⁸ Le Conseil fédéral estime que la revalorisation du revenu des médecins de premier recours poursuit (aujourd'hui encore) essentiellement un objectif corporatiste.⁸⁹ L'initiative populaire fédérale «Oui à la médecine de famille», déposée le 1^{er} avril 2010, vise également à améliorer le revenu des médecins de famille pour que la médecine de famille puisse concurrencer la médecine spécialisée.⁹⁰

4.2 Mesures prises: qu'est-ce qui a été réalisé?

L'instauration du Tarmed implique la facturation séparée des prestations médicales (PM) et des prestations techniques (PT). Il a été expliqué au chapitre 2 que diverses modifications avaient été apportées par les partenaires tarifaires dans le cadre du *reengineering* I et II, lesquelles modifications affaiblissaient quelque peu la position relative de la médecine générale et de la médecine interne. Il s'agit notamment de la réduction des taux de productivité dans certaines unités fonctionnelles (en particulier OP), du maintien de l'indice de gravité et de complexité (Severity-Complexity-Score-Index, SCSI)⁹¹ pour certaines prestations techniques, de la réduction de moitié de la rémunération des cinq dernières minutes de consultation et des modifications de l'échelle de la valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis). Le président de la SSMG avait publié en 2001 une mise en garde contre le *reengineering*, qui constituait à ses yeux un retour en arrière pour les médecins généralistes.⁹²

Le Tarmed comprend un chapitre consacré aux prestations de base. Celui-ci joue un rôle essentiel pour les médecins de premier recours et peut aussi être utilisé par tous les médecins qui facturent leurs prestations en se fondant sur cette structure tarifaire (voir tableau ci-après).

⁸⁷ Caisse des médecins: Tarmed – eine unendliche Geschichte?, in: Check-up 01/2000

⁸⁸ Voir à ce sujet une lettre de la conseillère fédérale Ruth Dreifuss aux partenaires tarifaires

⁸⁹ Voir réponse du Conseil fédéral à l'interpellation Huguenin (06.3166), «Pénurie de médecins de premier recours».

⁹⁰ Argumentaire: 43 raisons en faveur de l'initiative populaire fédérale «OUI à la médecine de famille», http://www.jzh.ch/download/20100113_argumentarium_fr.pdf

⁹¹ Le 2 février 2000, la Chambre médicale a décidé de rehausser d'un facteur 1.2 les prestations opératoires et invasives (BMS 2001;82: n° 25). Cette décision a été mise en application dans la structure tarifaire du Tarmed par l'introduction d'un indice de gravité et de complexité (Severity-Complexity-Score-Index, SCSI) global, si bien que toutes les PM concernées sont multipliées par cet indice. Selon les experts interrogés, ce SCSI est toujours applicable pour certaines positions.

⁹² De Haller, Jacques, in: PrimaryCare 2001;1:686 (<http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-23/2001-23-319.PDF>)

Tableau 14: Pourcentage des prestations de base (ch. 00) par rapport à l'ensemble des prestations brutes, par spécialité, 2008

Cabinets médicaux	64,9 %
Médecine générale	88,9 %
Médecine interne	86,7 %
Ophthalmologie	20,4 %
Gynécologie	33,0 %

Source: CDF (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed, chapitre 4.2

La lecture du tableau ci-avant révèle que les prestations de base du Tarmed sont bien plus importantes dans la médecine générale et la médecine interne que dans les autres spécialités (ophtalmologie et gynécologie). Les prestations de base sont facturées au temps tandis que les prestations à l'acte sont facturées sur la base des prestations à fournir. Les prestations de base et les prestations à l'acte peuvent se chevaucher⁹³. Il est en principe plus facile de réaliser des gains de productivité avec des positions selon un tarif à l'acte (technique).

Conclusion du CDF

De par l'application de deux principes tarifaires différents (prestations de base par unité de temps et prestations techniques à l'acte), les spécialistes à profil plutôt technique ont plus de chances que les médecins de premier recours d'augmenter leur revenu par des gains d'efficacité.

4.3 L'entretien avec le patient a été revalorisé financièrement

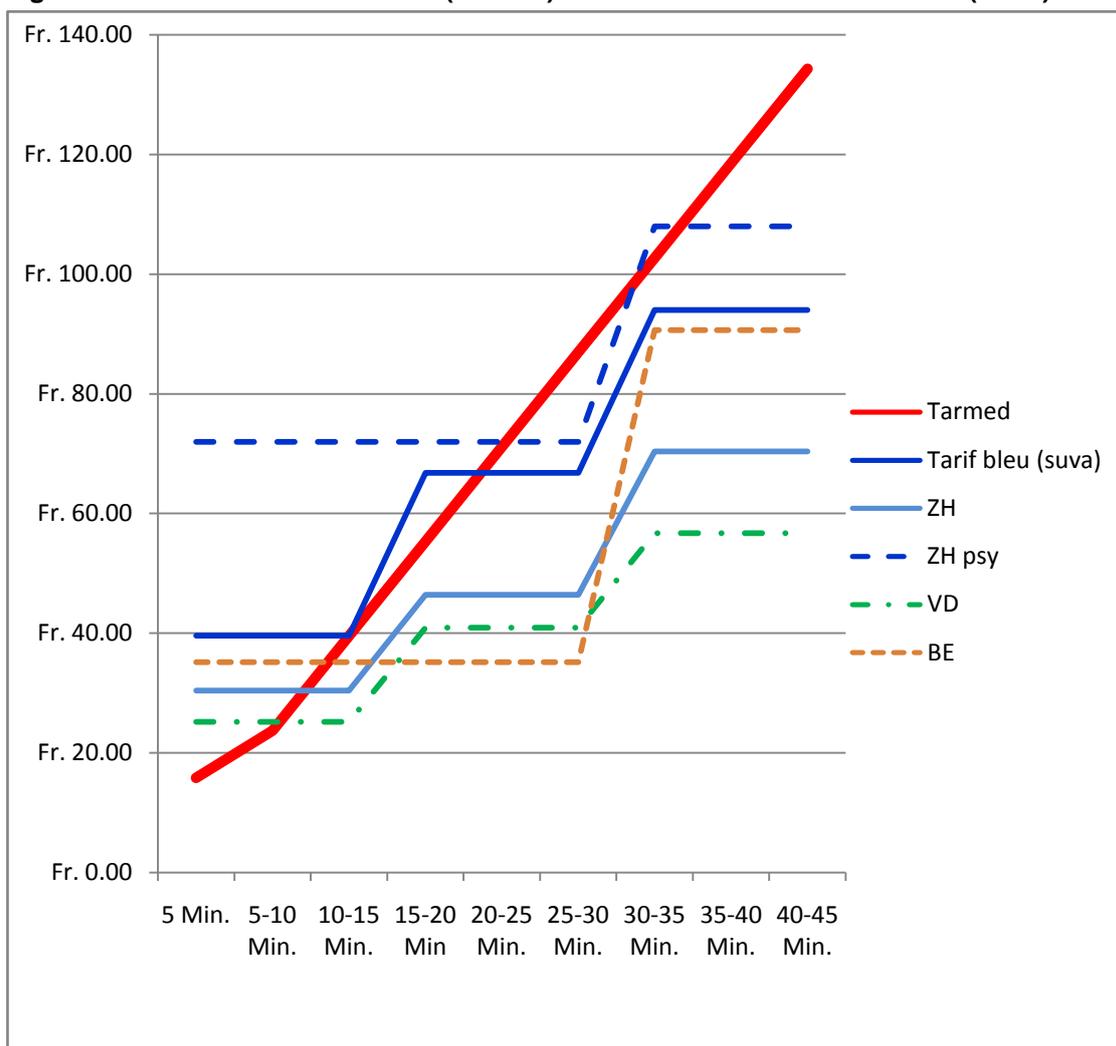
Avant l'introduction du Tarmed, les tarifs prévoyaient la rémunération des consultations de 15 minutes sous la forme d'un forfait: plus l'entretien était court, plus la rémunération du médecin était importante. Par conséquent, certaines considérations financières incitaient à raccourcir autant que possible la durée des consultations.⁹⁴

Dans le cadre du Tarmed, les consultations sont facturées par période de 5 minutes. Autrement dit, le médecin peut prendre le temps de s'entretenir avec le patient. La facturation du temps par période de 5 minutes pour les consultations est l'une des principales innovations du Tarmed.

⁹³ InfoSantésuisse 5/09: «Für zehn Minuten Behandlung 29 Minuten bezahlen?» Cet article montre, au travers d'un exemple particulier, comment exploiter au mieux la marge d'appréciation et les possibilités de cumul lorsque les prestations au temps et les prestations techniques interfèrent.

⁹⁴ Selon les déclarations de l'Organisation suisse des patients (SPO), il est arrivé avant l'introduction du Tarmed que des patients se plaignent du fait que des médecins leur avaient facturé des consultations psychiatriques qui n'étaient en réalité que des «consultations ordinaires» de longue durée.

Figure 8: Durée de la consultation (en min.) et évolution de la rémunération (en fr.)



Source: CDF (2010): Fallstudien Tarmed - Fallbeispiel 1

Les chiffres présentés dans la figure ci-dessus font référence à des séances très simples, sans facturation d'éléments annexes tels que la mesure de la tension artérielle, le lavage du conduit auditif ou des injections, car ces prestations ne sont que très faiblement rémunérées et facturées dans une proportion plus que modeste au titre des traitements. Le Tarmed intègre en revanche certaines prestations qui ne pouvaient pas être facturées par le biais des anciens tarifs cantonaux. Ces prestations, qui étaient facturées séparément dans certains cantons, n'ont qu'une influence minimale. La tendance qui se dégage est claire: dans de nombreux cantons, les consultations plus longues sont mieux rémunérées avec le Tarmed.

Selon les données de la Caisse des médecins, la durée moyenne des consultations facturées dans les cabinets médicaux en médecine générale ou en médecine interne est de 14 minutes environ. Entre 2004 et 2008, la durée d'une consultation standard a augmenté de près de 10 %.

Conclusion du CDF

Avant l'introduction du Tarmed, les consultations courtes étaient mieux rémunérées; depuis l'entrée en vigueur du Tarmed, les consultations plus longues sont mieux rémunérées dans de nombreux cantons. Le Tarmed a également permis une revalorisation financière de l'entretien avec le patient.

La durée des consultations a augmenté depuis l'instauration du Tarmed, comme le montre le tableau ci-dessous qui reprend les données de l'étude de cas n° 1.

Tableau 15: Durée de la consultation de base (en minutes) par spécialité

	Médecine générale	Médecine interne	Ophthalmologie	Gynécologie et obstétrique
2004	12.2	12.7	8.6	11.3
2005	12.6	13.1	8.6	11.6
2006	12.9	13.4	8.6	12.2
2007	13.1	13.6	8.6	12.3
2008	13.3	13.9	8.8	12.3
Changement	8.7%	9.3%	1.6%	8.1%

- Source: Caisse des médecins, voir CDF (2010): Fallstudien Tarmed – Fallbeispiel 1.

La durée de la consultation de base augmente de façon sensiblement égale dans tous les cantons. Elle est la plus élevée dans le canton de VD, où elle atteint 15 minutes. L'étude de cas n° 1 laisse apparaître le lien statistique suivant: plus la densité de médecins d'un canton est élevée, plus la durée des consultations de base dans les quatre spécialités examinées est longue.⁹⁵

Conclusion du CDF

La durée des consultations de base augmente. Il existe un lien statistique entre la densité de médecins et la durée des consultations dans les cantons. Les consultations sont plus longues (augmentation de la quantité) dans les cantons où le nombre de médecins est élevé.

4.4 Prestations Tarmed: la médecine de premier recours est à la traîne

Sur la base des données émanant du pool de données de santésuisse, le CDF a défini l'évolution des prestations brutes ambulatoires (= rémunérations) par personne assurée, sur la période allant de 2000 à 2007, par groupe de spécialités.

⁹⁵ Voir CDF (2010): Fallstudien Tarmed – Fallbeispiel 1

Tableau 16: Taux de croissance des prestations brutes par personne assurée et par groupe de spécialités

	2001-2003	2004-2007	2004	2005-2007
Perdants				
Médecine générale	2,5 %	0,6 %	3,5 %	- 0,3 %
Médecine interne	2,9 %	0,1 %	1,9 %	- 0,5 %
Médecins praticiens	0,3 %	- 0,2 %	1,2 %	- 0,6 %
Rhumatologie	0,8 %	- 0,6 %	2,7 %	- 1,7 %
Chirurgie orthopédique / traumatologie	3,3 %	2,4 %	10,3 %	- 0,1 %
Total	2,3 %	0,4 %	3,0 %	- 0,4 %
Gagnants				
Psychiatrie et psychothérapie	3,4 %	6,9 %	20,5 %	2,8 %
Pédiatrie	1,9 %	4,9 %	5,6 %	4,7 %
Cabinets de groupe	1,8 %	36,3 %	49,3 %	32,2 %
Gastroentérologie	4,0 %	4,8 %	4,2 %	5,0 %
Dermatologie et vénéréologie	2,7 %	3,7 %	2,2 %	4,2 %
Oto-rhino-laryngologie	0,3 %	2,6 %	8,0 %	0,9 %
Chirurgie	- 0,6 %	0,2 %	- 1,5 %	0,7 %
Total	2,4 %	7,1 %	11,9 %	5,6 %
Croissance modérée				
Gynécologie et obstétrique	2,7 %	2,6 %	6,6 %	1,3 %
Ophthalmologie	5,2 %	4,6 %	4,8 %	4,5 %
Radiologie	8,5 %	2,4 %	- 4,5 %	4,8 %
Cardiologie	4,5 %	3,5 %	4,4 %	3,2 %
Total	4,9 %	3,3 %	3,4 %	3,3 %

Perdants: taux de croissance (TDC) négatif 2005-2007, TDC 2004-2007 < TDC 2001-2003

Gagnants: TDC 2004-2007 > TDC 2001-2003

Croissance modérée: TDC positif 2005-2007, TDC 2004-2007 < TDC 2001-2003

Source: CDF (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed. Source primaire: pool de données santé suisse (analyse statistique des séries temporelles de l'OFSP, par date de décompte), propres calculs.

On distingue, pour simplifier, trois grandes catégories:⁹⁶

- Les «perdants» de l'introduction du Tarmed en 2004 regroupent les spécialités qui affichaient de 2004 à 2007 un taux de croissance annuel inférieur à celui des années 2001 à 2003 et un taux de croissance annuel négatif pour la période allant de 2005 à 2007. Sont notamment concernées la médecine générale, la médecine interne et la rhumatologie. En 2007, ce groupe représentait au total près de 42 % de l'ensemble des prestations brutes ambulatoires par personne assurée. Entre 2001 et 2003, le taux de croissance annuel moyen était de 2,3 %. Dans les années 2005 à 2007, les prestations brutes par personne assurée reculaient en moyenne de 0,4 % par an.⁹⁷
- On compte au nombre des «gagnants» les spécialités qui enregistraient de 2004 à 2007 une croissance annuelle moyenne supérieure à celle des années 2001 à 2003. Il s'agit des spécialités suivantes: psychiatrie et psychothérapie, pédiatrie, cabinets de groupe, gastroentérologie, dermatologie et vénéréologie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie. En 2007, ce groupe représentait au total 26 % de l'ensemble des prestations brutes ambulatoires par

⁹⁶ Les très petits groupes de spécialités dont la part était inférieure à 1 % en 2007 ne sont pas pris en compte.

⁹⁷ Le recul dans les années 2005 à 2007 a tendance à être atténué si l'on tient compte du fait que le tarif des prestations de laboratoire n'ayant pas pu être intégré dans les chiffres utilisés a été abaissé en 2006 et qu'un transfert aurait dû être opéré vers les cabinets de groupe faisant partie du peloton de tête.

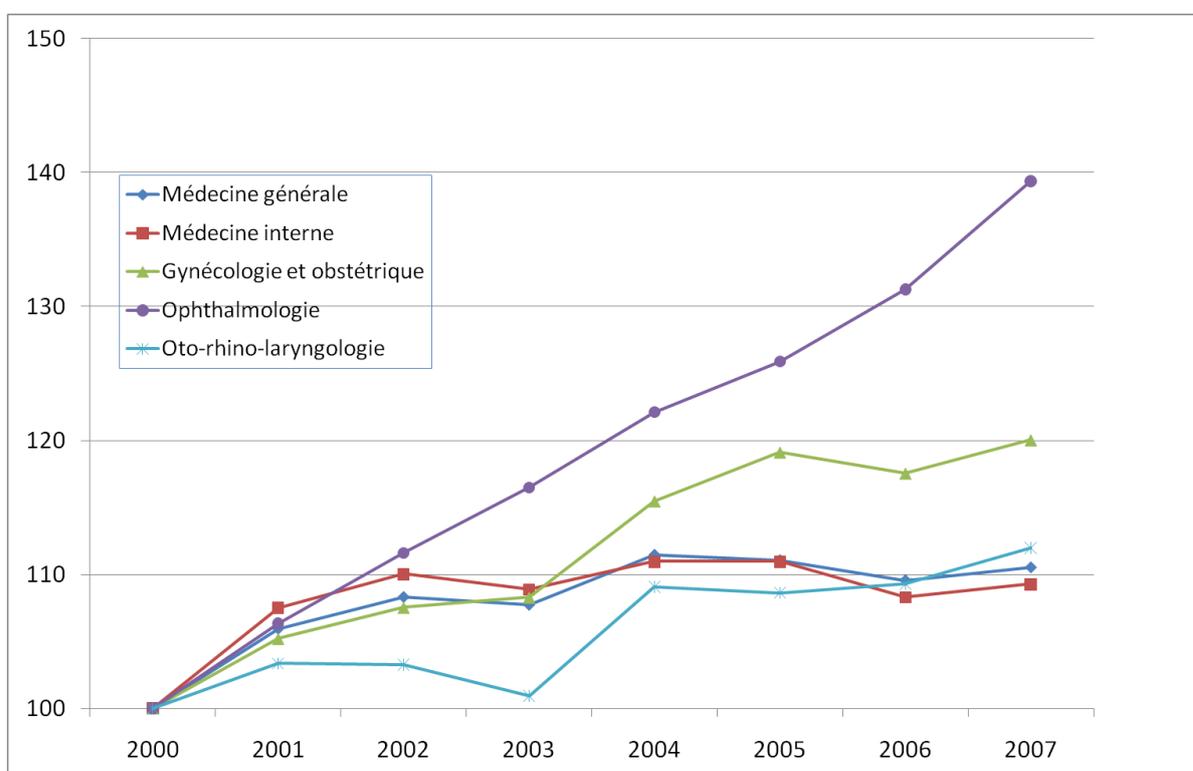
personne assurée. Sur la période allant de 2001 à 2003, le taux de croissance annuel moyen était de 1,9 %. De 2004 à 2007, il est passé à 7,1 %.

- La catégorie « croissance modérée » comprend les spécialités pour lesquelles la croissance annuelle moyenne de 2004 à 2007 était inférieure à celle des années 2001 à 2003, mais positive entre 2005 et 2007 (elle rejoindrait sinon la catégorie des perdants). Il s'agit des spécialités suivantes: gynécologie et obstétrique, ophtalmologie, radiologie, cardiologie. En 2007, ce groupe représentait au total 21 % de l'ensemble des prestations brutes ambulatoires par personne assurée. Le taux de croissance annuel moyen était de 4,9 % pour la période allant de 2001 à 2003 et de 3,3 % entre 2004 et 2007.

Il est à noter que la répartition entre gagnants et perdants repose toujours sur la comparaison entre les périodes 2004-2007 et 2001-2003. Par conséquent, certaines spécialités du groupe des « gagnants » peuvent présenter une très faible croissance durant les années 2004 à 2007 (à l'instar de la chirurgie qui affiche un taux de croissance annuel de 0,2 %). A l'inverse, l'ophtalmologie par exemple appartient à la catégorie « croissance modérée », malgré un taux de croissance annuel de 4,6 % entre 2004 et 2007.

Dans l'ensemble, on constate que les spécialités présentent des évolutions fort diverses. La même conclusion peut être tirée après examen des quatre spécialités d'importance traitées dans les études de cas.

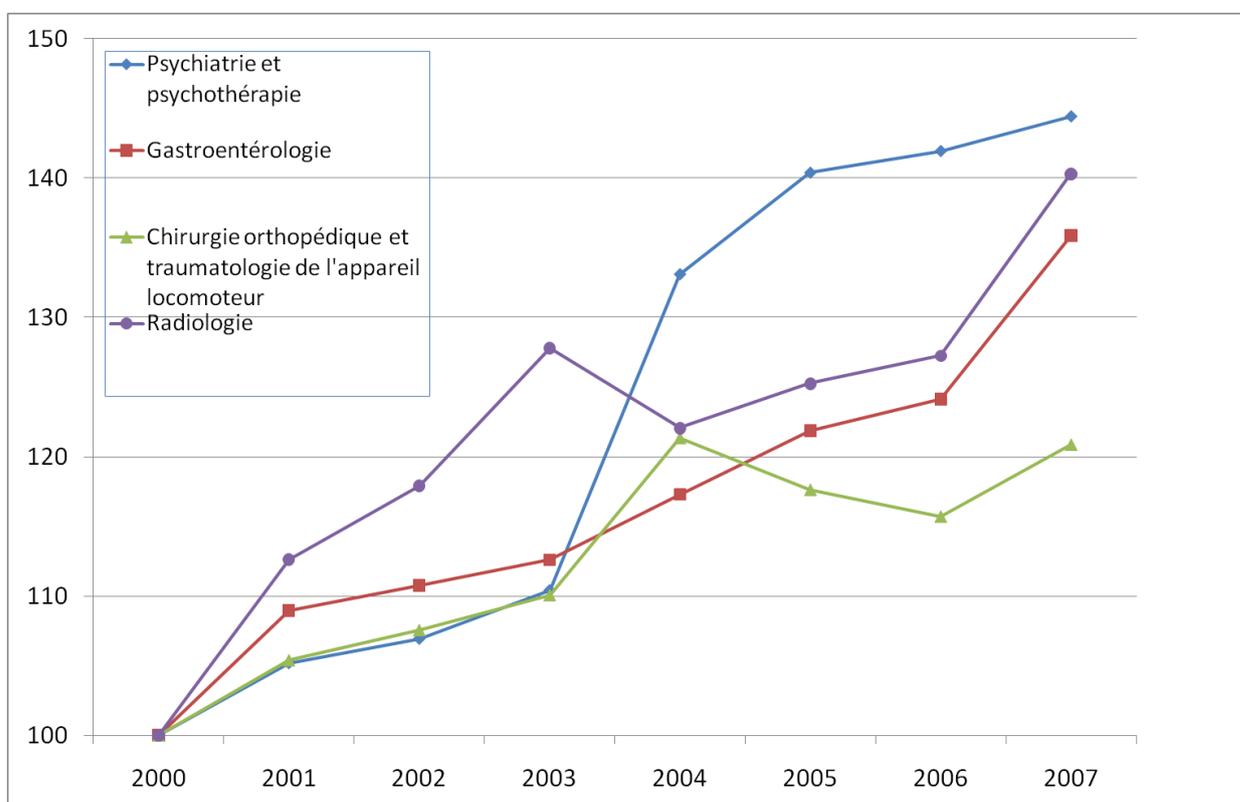
Figure 9: Prestations brutes par personne assurée pour les cinq spécialités traitées dans les études de cas du CDF (indice 2000=100)



Source: CDF (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed. Source primaire: pool de données santésuisse (analyse statistique des séries temporelles de l'OFSP, par date de décompte), propres calculs.

La figure ci-avant montre que la médecine générale et la médecine interne connaissent des évolutions quasi similaires. Après avoir augmenté de près de 10 points entre 2000 et 2004, les prestations brutes par personne assurée ont reculé de 1 point environ sur la période allant de 2004 à 2007. Les spécialités telles que la gynécologie et l'obstétrique ou l'ophtalmologie enregistrent une croissance plus soutenue. L'ophtalmologie notamment affiche une forte croissance continue et autonome.

Figure 10: Prestations brutes par personne assurée pour les quatre spécialités d'importance (indice 2000=100)



Source: pool de données santésuisse (analyse statistique des séries temporelles de l'OFSP, par date de décompte), propres calculs

La figure ci-avant présente quatre spécialités majeures. On notera en particulier l'évolution de la psychiatrie et psychothérapie dans les années 2003 à 2004. Les prestations brutes par personne assurée ont augmenté de plus de 15 points de base. La spécialité affiche la valeur d'indice la plus élevée depuis 2005. C'est l'un des effets visés par le Tarmed, par le biais de la revalorisation de la consultation psychiatrique (qui est toujours la lanterne rouge du classement des revenus, voir ci-dessous). L'écart par rapport à la gastroentérologie et à la radiologie se comble néanmoins à partir de 2004. Contrairement aux trois autres spécialités, la chirurgie orthopédique amorce après 2004 une baisse suivie d'une reprise.

Conclusion du CDF

La médecine générale et la médecine interne sont situées en queue de peloton des spécialités du Tarmed, ce qui va à l'encontre des objectifs du tarif.

Les prestations psychiatriques et en particulier les consultations psychiatriques, qui font l'objet d'un chapitre spécifique du Tarmed et sont rémunérées sur la base d'une valeur intrinsèque supérieure, ne sont pas prises en compte dans les études de cas citées dans la présente évaluation. Dans le cadre de la prochaine révision du Tarmed, la FMH demande la création d'un nouveau chapitre pour les consultations des médecins de premiers recours, en vue de revaloriser la médecine de famille. santésuisse a également proposé il y a quelque temps un modèle destiné à augmenter la rémunération des consultations des médecins de premiers recours, lequel modèle devait être réservé à certains groupes de spécialités, à l'exemple des consultations psychiatriques.

Le projet Tarmed 2010 énonce l'objectif suivant: «Il faut viser une amélioration/un renforcement de la médecine de premier recours». Les modalités de mise en œuvre et les méthodes d'évaluation de la réalisation des objectifs restent à définir.

La revalorisation de la médecine de famille est un objectif poursuivi par le Conseil fédéral depuis 2005, dans le cadre du dialogue instauré entre la Confédération et les cantons au sujet de la politique nationale de la santé:

«Grâce à cette coopération, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) ont, sur la base de différentes études et analyses, élaboré conjointement deux rapports assortis de recommandations, qui ont été publiés fin octobre 2006. Le premier portait sur l'organisation des services de garde et d'urgence, le second sur le financement de la formation postgrade des médecins de famille.»⁹⁸

Une indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence et de visite a été introduite (à titre temporaire!) dans la version 1.06 du Tarmed en vue d'améliorer la situation des médecins de premier recours. Les indemnités forfaitaires de dérangement sont une compensation économique des prestations fournies en dehors des heures de travail ordinaires. Le débat lancé sur le thème au début de l'année 2010 entre la FMH/SSMG/SSMI et santésuisse renseigne sur l'importance accordée par le corps médical à ces incitations financières. Les forfaits ont été intégrés dans les négociations relatives au projet Tarmed 2010 (notamment la convention sur la maîtrise des coûts). Les partenaires tarifaires ont finalement convenu de maintenir les indemnités forfaitaires dans la version 1.06 à l'issue de l'année test, sans qu'il soit nécessaire de présenter au Conseil fédéral une demande de modification de la structure tarifaire pour les indemnités de dérangement (voir chap. 1.8). Les négociations concernant la convention sur la maîtrise des coûts dans le cadre de Tarmed 2010 se poursuivent et les forfaits ont été provisoirement prolongés jusqu'à la fin de 2010. santésuisse et la FMH veulent également régler la remise de médicaments (automédication, marge sur les médicaments) par le biais du Tarmed. Celle-ci sera liée à la prochaine révision.⁹⁹

⁹⁸ 07.3279 – Postulat, Revalorisation de la médecine de famille.

⁹⁹ <http://www.zuonline.ch/sda/storys.cfm?vID=5415>. Le marché des médicaments est un marché juteux: en moyenne, les médecins ont réalisé en 2008 un bénéfice net de 55 000 francs. Pour les médecins de famille, ce chiffre atteint 76 700 francs. C'est ce que révèle une étude de la caisse-maladie Helsana.

4.5 Revenu des médecins de premier recours: une légère amélioration, mais des causes pas toujours identifiées

Il est possible d'estimer tout au plus l'influence du Tarmed sur le revenu des médecins, grâce aux statistiques existantes en la matière. Ces statistiques, établies depuis plusieurs années à la demande de la FMH, ne concernent que les médecins exerçant à titre indépendant sans tenir compte du taux d'occupation. Le revenu assujéti à l'AVS comprend toutefois certaines composantes qui ne relèvent ni des prestations médicales ambulatoires (laboratoire, médicaments, soins ambulatoires en milieu hospitalier par les médecins agréés, etc.) ni des prestations facturées via les assurances complémentaires.¹⁰⁰ Ces éléments ne pouvant être exclus, l'analyse de l'influence du Tarmed est rendue plus compliquée. Cela dit, ces quelques points obscurs ne suffisent pas à expliquer les écarts constatés au niveau de l'évolution des prestations brutes (voir paragraphe ci-avant).

Tableau 17: Evolution du revenu des médecins: valeur moyenne et valeur centrale

	Valeur moyenne	Valeur centrale
	Montants en fr./an	
1991/92	201 577	163 900
2001	210 723	171 500
2002	214 362	172 000
2003	208 940	168 600
2004	218 763	177 900
2005	212 019	173 900
	Taux de croissance annuel	
Moyenne 1991/92-2001	0,5 %	0,5 %
Moyenne 2001-2003	- 0,4 %	- 0,8 %
2004	4,7 %	5,5 %
2005	- 3,1 %	- 2,2 %

Revenu des médecins: revenu annuel assujéti à l'AVS de tous les médecins indépendants âgés de moins de 66 ans (en fr./an)

Source: Hasler/Reichert (2007), propres calculs

Comme le montre le Tableau 17, la croissance annuelle moyenne du revenu des médecins entre 1991/92 et 2001 est de 0,5 %. Elle est bien inférieure au taux de renchérissement moyen et à l'évolution moyenne du salaire des employés sur la même période. Comme cela a déjà été indiqué, une comparaison ne peut être réalisée dans l'immédiat, puisque le volume de travail moyen sur lequel le revenu des médecins se fonde n'est pas connu. Il y a de fortes chances pour que l'évolution du revenu des médecins dont le taux d'occupation est de 100 % soit sous-évaluée, compte tenu de l'augmentation cette dernière année – selon les déclarations des experts interrogés – de la part des médecins indépendants exerçant leur activité à temps partiel.

¹⁰⁰ La Caisse des médecins part du principe que 60 % environ du revenu moyen du médecin de premier recours provient du Tarmed.

Au-delà de cette considération d'ordre conceptuel, on constate une croissance marquée du revenu des médecins lors de la première année qui a suivi l'introduction du Tarmed en 2004. Le revenu annuel, qui avait chuté en 2002 et 2003 de 0,4 % (valeur moyenne) ou 0,8 % (valeur centrale), a augmenté en 2004 de 4,7 % (valeur moyenne) ou 5,5 % (valeur centrale).¹⁰¹ Un tel résultat était néanmoins attendu, dans la mesure où il est apparu nécessaire, après l'instauration du Tarmed, d'abaisser la valeur du point tarifaire pour maintenir la neutralité des coûts. La valeur du point tarifaire du Tarmed a été revue à la baisse à plusieurs reprises en 2004 et en 2005. En 2005, le revenu des médecins a reculé de 3,1 % (valeur moyenne) ou 2,2 % (valeur centrale). Il a donc connu une croissance inférieure à celle des prestations brutes de l'AOS par personne assurée, qui ont augmenté de 2,7 % en 2005.

Le CDF a examiné la croissance du revenu de même que l'augmentation et la réduction des écarts de revenus en se fondant sur les dernières statistiques publiées sur le revenu¹⁰². On utilise la valeur centrale et non la valeur médiane, car la valeur centrale est plus résistante à l'influence de valeurs aberrantes.

Tableau 18: Revenu des médecins en 2003 et 2006 par spécialité (valeur centrale, en fr./an)

	2003	2006	Evolution 2003-2006
Psychiatrie pour enfants	107 000	111 000	3,7 %
Psychiatrie	112 600	118 150	4,9 %
Neurologie	142 600	138 450	- 2,9 %
Pédiatrie	154 300	154 500	0,1 %
Médecine générale	172 700	175 950	1,9 %
Médecine physique	181 700	203 100	11,8 %
Médecine interne	182 300	186 000	2,0 %
Neurochirurgie	200 400	354 000	76,6 %
Chirurgie	200 900	166 400	- 17,2 %
Gynécologie	207 700	208 550	0,4 %
Dermatologie	207 900	203 050	- 2,3 %
Anesthésiologie	245 700	250 050	1,8 %
Orthopédie	245 700	246 600	0,4 %
Urologie	252 900	263 100	4,0 %
ORL	263 900	239 500	- 9,2 %
Ophtalmologie	266 600	288 150	8,1 %
Radiologie	301 500	253 100	- 16,1 %
Total	168 600	170 800	1,3 %

Revenu des médecins: revenu annuel assujéti à l'AVS de tous les médecins indépendants âgés de moins de 66 ans (en fr./an)

Les spécialités sont classées par ordre croissant du revenu en 2003.

Source: Hasler/Reichert (2008), Reichert (2010), propres calculs

Classé par spécialité, le revenu des médecins révèle d'importantes disparités. En 2003, le revenu des psychiatres pour enfants est de 107 000 francs et celui des radiologues de 301 500 francs.

¹⁰¹ L'écart est moins important si l'on considère que le revenu de l'année 2003 est sous-estimé dans les statistiques et celui de 2004 surestimé.

¹⁰² Reichert, Martina (2010): Revenus des médecins indépendants de Suisse en 2006 (nouveau) et 2005 (réévaluation), in: BMS 2010;91: n° 12.



En 2006, les radiologues sont supplantés par les ophtalmologues dont le revenu passe de 266 600 francs en 2003 à 288 150 francs en 2006 (soit une augmentation de 8,1 %). Le revenu des ophtalmologues est donc supérieur d'environ 70 % à la moyenne et celui des médecins généralistes (3 %) et des médecins internes (11 %) est aussi légèrement supérieur à la moyenne. Des calculs internes montrent que les écarts de revenus entre les différents groupes de spécialistes se creusent (écart-type et coefficient de variation plus importants en 2006 qu'en 2003).

Conclusion du CDF

Les revenus assujettis à l'AVS des médecins n'ont augmenté que très faiblement entre 2003 et 2006 et se situent en 2006 aux alentours de 170 800 francs (valeur centrale). Le revenu des ophtalmologues est celui qui a connu la plus forte augmentation. Il caracole en tête en 2006 avec une valeur de 288 150 francs.¹⁰³

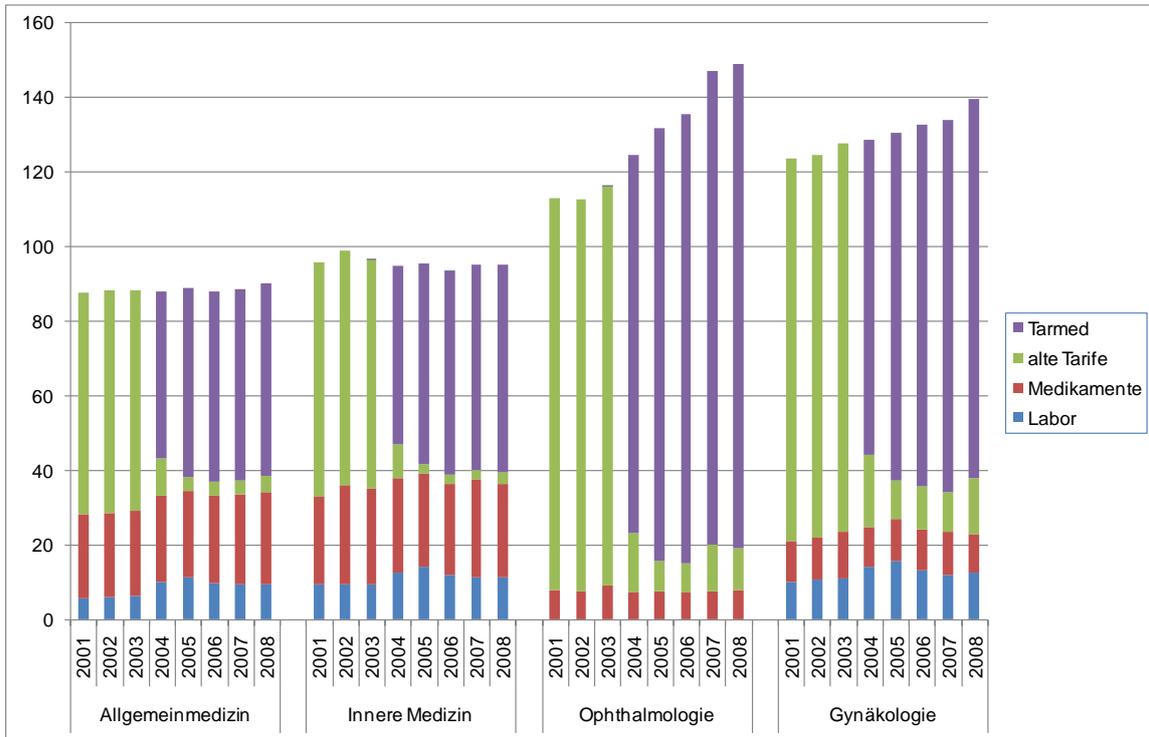
Les écarts de revenus se creusent entre les groupes de spécialistes. En l'absence de statistiques valides sur les revenus, il n'est toutefois pas possible de déterminer la part imputable au Tarmed ou à d'autres causes (par ex. modifications du taux d'occupation, variations de la demande, autres sources de revenus que le Tarmed). Le fait que les différences entre les revenus aient de nouveau augmenté vient cependant contrarier l'un des principaux objectifs du Tarmed.

4.6 Recherche des causes de la faible revalorisation du revenu des médecins de premier recours

Les chiffres d'affaires des quatre spécialités retenues dans les études de cas varient considérablement entre les médecins de premier recours et les spécialistes.

¹⁰³ Il n'est pas fait mention des neurochirurgiens, aucune étude de cas n'ayant été réalisée sur ce groupe de spécialistes.

Figure 11: Chiffre d'affaires par consultation, par spécialité et par genre de tarif (en fr.), de 2001 à 2008



Source: Caisse des médecins

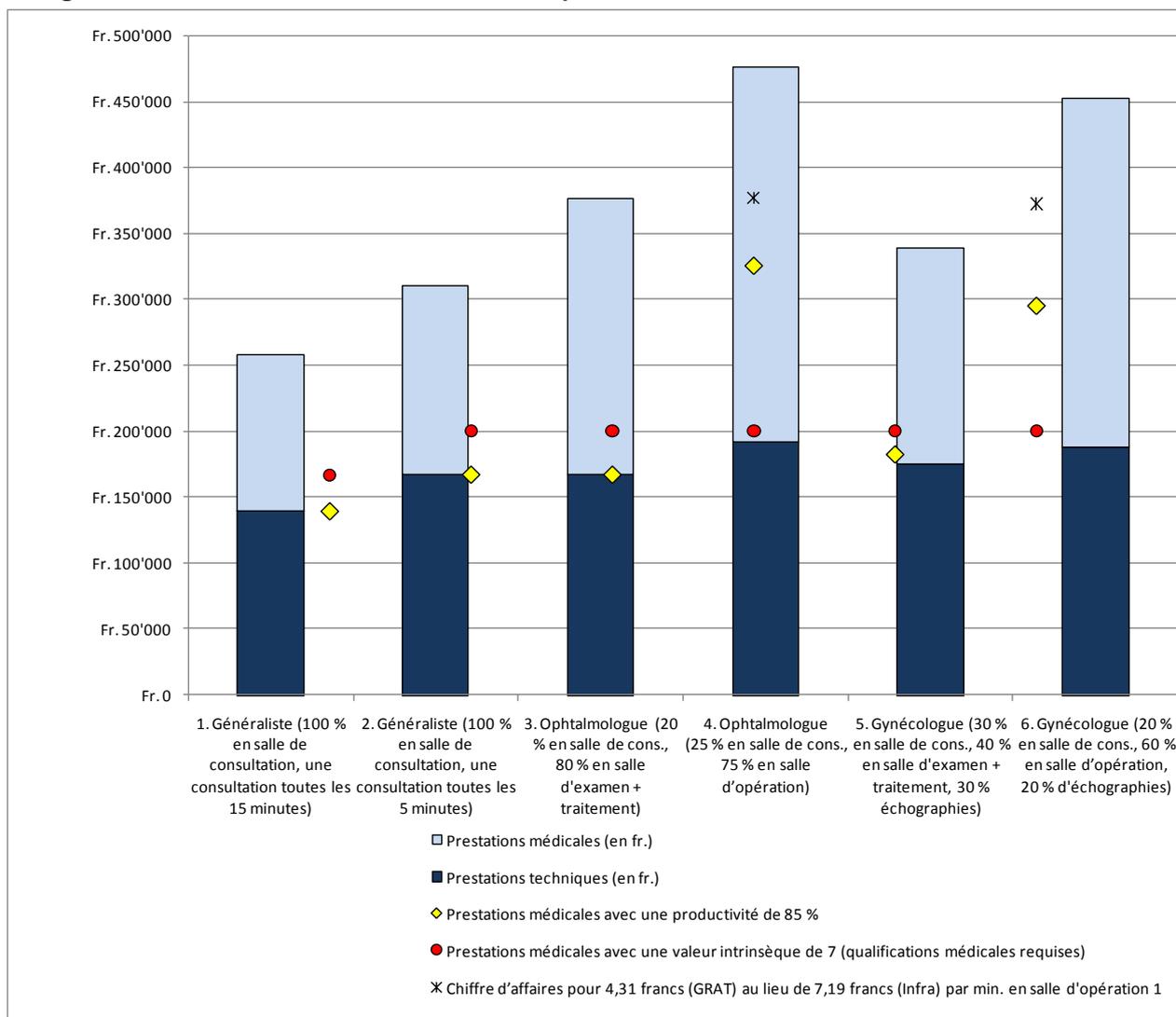
Conclusion du CDF

Les chiffres d'affaires par consultation sont quasiment les mêmes en médecine générale et en médecine interne. Par ailleurs, ils n'ont que peu évolué de 2001 à 2008 (90-100 fr.). A l'inverse, le chiffre d'affaires par consultation réalisé par un ophtalmologue a très fortement progressé de 2001 à 2008, de même que celui d'un gynécologue qui, sur la même période, a considérablement augmenté. Ainsi, le Tarmed ne semble avoir aucune influence ou n'avoir qu'une influence limitée sur le montant des chiffres d'affaires par séance. Le chiffre d'affaires des médecins de premier recours continue en effet à stagner, alors que celui des spécialistes pratiquant des interventions augmente.

4.7 Le modèle Tarmed à l'épreuve: comment les différences entre généralistes et spécialistes s'expliquent-elles?

Voici un examen du chiffre d'affaires qu'un généraliste, un ophtalmologue et un gynécologue peuvent réaliser en fournissant des prestations médicales et techniques, compte tenu de différentes hypothèses.

Figure 12: Potentiel de chiffre d'affaires des prestations médicales



Source: CDF

Sur cet histogramme, les colonnes bleues représentent le chiffre d'affaires généré par les prestations médicales et techniques dans les conditions actuelles du tarif. Les symboles jaunes et rouges indiquent l'évolution du chiffre d'affaires qui serait généré par les prestations médicales si leur taux de productivité, la valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis) et l'unité fonctionnelle variaient. L'étoile montre l'évolution du chiffre d'affaires qui serait généré par les prestations médicales en remplaçant le modèle Infra par le modèle GRAT pour les prestations données en salle d'opération' OP1.

Constatations relatives au chiffre d'affaires généré par les prestations médicales

- Il existe une différence de 38 % entre le chiffre d'affaires le plus faible (généraliste) et le chiffre d'affaires le plus élevé (ophtalmologue).
- Si la rémunération des cinq dernières minutes (position 00.0030) n'avait pas été réduite en 2000, cette différence se limiterait à environ 15 %. La diminution de moitié de la position 00.0030 a donc accentué les différences de chiffre d'affaires (et donc de revenu) entre généralistes et spécialistes.

- L'incidence de la valeur intrinsèque sur le chiffre d'affaires généré par les prestations médicales est d'environ 20 % si l'on compare une valeur intrinsèque de niveau 7 avec une valeur intrinsèque de niveau 5.
- Le taux de productivité des prestations médicales fixé dans le Tarmed est lourd de conséquences lui aussi: si un ophtalmologue parvient à augmenter sa productivité effective au niveau de celle d'un généraliste, son chiffre d'affaires augmente d'environ 40 %.

Constatations relatives au chiffre d'affaires généré par les prestations techniques

- L'interprétation par unité fonctionnelle est peu parlante, car les modèles GRAT et Infra sont très différents, tant en termes de classes que de résultats/taux de coûts.
- Les taux de coûts des unités fonctionnelles que constituent la salle d'examen et de traitement d'un ophtalmologue ou l'échographe d'un gynécologue sont élevés, voire très élevés en comparaison de ceux d'une salle de consultation. Cette différence engendre à elle seule un chiffre d'affaires supplémentaire d'environ 70 000 francs par an.

4.8 Conclusion: l'entretien avec le patient a été revalorisé, sinon peu de progrès ont été accomplis

Les consultations plus longues sont mieux rémunérées que par le passé: depuis l'introduction du Tarmed, les consultations de courte durée sont moins lucratives, par opposition aux consultations plus longues, dont la rémunération s'est améliorée dans de nombreux cantons. L'entretien avec le patient a été revalorisé, de sorte que la durée des consultations de base s'allonge. Les consultations psychiatriques ont été classées dans un chapitre distinct, avec une valeur intrinsèque de 6.

La médecine de premier recours pâtit du Tarmed: l'analyse des prestations brutes par assuré et par spécialité avant et après l'introduction du Tarmed montre trois modèles simplifiés pour les spécialités des cas étudiés. La médecine de premier recours (médecine générale et médecine interne) apparaît comme perdante, contrairement à l'ophtalmologie, par exemple, qui ressort ici comme la grande gagnante du Tarmed.

Les différences de revenus augmentent (de nouveau): selon les dernières statistiques établies par la FMH (jusqu'à l'exercice 2006), les différences de revenus entre spécialités ont recommencé à se creuser en 2005 et 2006, alors qu'elles s'estompaient les années précédentes. Cette accentuation s'inscrit en contradiction avec l'un des principaux objectifs du Tarmed.

Certaines **causes possibles de l'augmentation des écarts de revenus** sont identifiées: le Tarmed semble en effet n'avoir aucune incidence sur le chiffre d'affaires par consultation. Celui des médecins de premier recours stagne toujours, tandis que celui des spécialistes qui pratiquent des interventions augmente, aussi bien avant qu'après l'introduction du Tarmed. Cette constatation s'explique par l'échelle de la valeur intrinsèque et le taux de productivité, qui favorisent les interventions par de meilleures rémunérations, mais aussi par les revenus que les praticiens à profil plutôt technique tirent de leurs activités dans le secteur hospitalier (assurances complémentaires, hors AOS).

Les données exploitables sont rares: les statistiques relatives aux revenus des médecins indépendants qui ont été établies à la demande de la FMH présentent des insuffisances qu'il



faudrait pallier pour effectuer un monitoring valable ou une évaluation des objectifs atteints par le Tarmed. Il manque surtout de données suffisamment précises concernant le taux d'occupation des médecins et la ventilation entre leurs différentes sources de revenus (LAMA, LCA, autres assurances sociales, autres revenus).

5 Quid de la neutralité des coûts du Tarmed?

5.1 Les bases légales du principe de neutralité des coûts font débat

Si la revalorisation de la médecine de premier recours peut être considérée comme un objectif corporatiste, la neutralité des coûts du Tarmed constitue un impératif posé par l'autorité d'approbation. Dans son arrêté du 18 octobre 2000, le Conseil fédéral, qui était alors l'instance de recours en cas de litige concernant la LAMal¹⁰⁴, avait en effet conforté la neutralité des coûts comme une pratique juridique courante dans le contexte des tarifs de physiothérapie. Lorsqu'il exige le respect de la neutralité des coûts dans les recommandations qu'il émet à l'intention des partenaires tarifaires du Tarmed le 30 septembre 2002, il a donc toute légitimité pour le faire, bien qu'il ne s'agisse pas d'une injonction explicite de la LAMal.

Dans une lettre du 30 juin 2000, les responsables du projet Tarmed ont présenté au Conseil fédéral une convention préliminaire relative à l'introduction de la version Alpha 3 du Tarmed, ainsi qu'un concept général pour l'application de la neutralité des coûts.¹⁰⁵ La Surveillance des prix avait en effet procédé à l'analyse d'une première mouture qui montrait que le Tarmed «engendrerait des frais supplémentaires se chiffrant en milliards».¹⁰⁶ La cheffe du DFI s'est alors fondée sur cette prise de position pour demander aux partenaires tarifaires de revoir le Tarmed en veillant à maintenir le principe de la neutralité des coûts. Dans sa décision du 4 septembre 2000, le Conseil fédéral entérine donc l'introduction de la structure tarifaire Alpha 3 du Tarmed à la condition que les partenaires tarifaires s'engagent à en assurer la neutralité des coûts dans le cadre d'une convention. Il est également convenu que cette convention soit soumise à l'approbation du Conseil fédéral, accompagnée de tous les éléments nécessaires au plus tard trois mois avant l'introduction du Tarmed.

En ratifiant le 30 septembre 2002 la version révisée (1.1) de la structure tarifaire comprenant la convention relative à la neutralité des coûts, le Conseil fédéral donne des explications et des recommandations relativement détaillées aux gouvernements cantonaux et aux partenaires tarifaires concernant la phase de neutralité des coûts. Ces recommandations se justifient alors par le fait que le Conseil fédéral ne peut procéder à une vérification exhaustive de cette convention, car les valeurs du point tarifaire doivent être négociées au niveau cantonal (ou régional). Non contentes d'éclaircir des questions techniques, elles posent clairement que pour satisfaire au principe de neutralité des coûts, la valeur initiale du point tarifaire doit se situer nettement en deçà de 1 franc. Il est en outre admis que la valeur du point tarifaire puisse différer entre les services hospitaliers ambulatoires et les cabinets médicaux pendant la phase de neutralité des coûts, moyennant toutefois le resserrement de cet écart à moyen terme. Le Conseil fédéral prie également les partenaires tarifaires et les cantons de mettre à sa disposition l'ensemble des documents

¹⁰⁴ Depuis le 1.1.2007, cette fonction est assumée par le Tribunal administratif fédéral.

¹⁰⁵ Cf. Neubauer G. (2000): Die betriebswirtschaftlichen Grundlagen von Tarmed. Les partenaires tarifaires se sont accordés sur une définition de la notion de «neutralité des coûts» précisant que le changement de tarif ne devait pas modifier le volume de distribution (environ 6 milliards de francs), que les primes des assureurs ne devaient évoluer ni à la hausse ni à la baisse, qu'aucun report n'était autorisé entre les fournisseurs de prestations ou assureurs et que le principe de neutralité des coûts s'appliquait aussi bien aux assureurs fédéraux au niveau national qu'aux assureurs LAMal au niveau cantonal.

¹⁰⁶ Surveillance des prix (nov. 2004): Rapport sur l'organisation de la Surveillance des prix, p. 19.

et données nécessaires afin que la Confédération puisse superviser la phase de neutralité des coûts.

La FMH conteste toutefois la légitimité du principe de neutralité des coûts dès 1999:

«Dans le contexte de l'harmonisation des structures tarifaires, la notion de neutralité des coûts n'est mentionnée ni dans la loi, ni dans le rapport de la commission d'experts "Schoch", ni dans les consultations parlementaires, ni dans les différents messages du Conseil fédéral.»¹⁰⁷

L'art. 59c, al. 1, let. c, OAMal, précisé dès le 1^{er} janvier 2007, donne une base juridique explicite au principe de neutralité des coûts: «L'autorité d'approbation [doit vérifier] qu'un changement de modèle tarifaire [n'entraîne pas] de coûts supplémentaires.»¹⁰⁸

La FMH demande alors une nouvelle expertise juridique, qui formule le principal argument contre la neutralité des coûts comme suit:¹⁰⁹

«Le principe de neutralité des coûts lors de changements tarifaires devrait théoriquement figurer dans la loi, et non dans une ordonnance. Il limite l'autonomie contractuelle, et donc la liberté économique, dépassant ainsi toutes les compétences exécutives du Conseil fédéral.»¹¹⁰

Conclusion du CDF

Lors de l'adoption du nouveau modèle tarifaire Tarmed, l'autorité d'approbation a dû imposer le principe de neutralité des coûts contre l'avis des fournisseurs de prestations, et en particulier de la FMH. Elle considère en effet l'exigence de neutralité des coûts comme une application de son obligation légale de vérifier que la convention tarifaire satisfait au principe d'économie, se fondant ici sur les expériences réalisées avec d'autres tarifs (tarif de physiothérapie, par exemple). Le principe de neutralité des coûts en cas de changement de modèle tarifaire a été instauré par voie d'ordonnance plusieurs années après l'entrée en vigueur du Tarmed. Le fait que ce principe ne soit pas inscrit dans la LAMal engendre des divergences d'opinions et des malentendus inutiles.

5.2 La mise en application du principe de neutralité des coûts incombe aux partenaires tarifaires

La mise en place du Tarmed dans le respect du principe de neutralité des coûts crée diverses difficultés et soulève plusieurs questions: comment réglementer la convention destinée à assurer une transition neutre en termes de coûts? Au niveau fédéral ou cantonal? Cette neutralité de coûts doit-elle s'appliquer au niveau cantonal ou régional? Doit-elle concerner toutes les spécialités médicales? Sur quels indicateurs le monitoring doit-il porter? Quelles mesures faut-il prendre lorsque ce monitoring indique que les coûts sortent du corridor de croissance défini?

¹⁰⁷ D'après Kuhn, Hanspeter (1999): Structures de tarifs, conventions tarifaires et neutralité des coûts dans la LAMal, in: BMS 1999;80, p. 1783 ss

¹⁰⁸ A noter qu'il est fait mention ici d'un «changement de modèle tarifaire» (et non seulement de structure tarifaire) et que l'autorité d'approbation doit vérifier le respect de ce principe.

¹⁰⁹ D'après Kägi-Diener, Regula (8.2.2009): Gutachten betreffend Verfassungs- und Gesetzmässigkeit von Art. 59c Abs. 1 KVV

¹¹⁰ Ou, selon Hanspeter Kuhn, secrétaire général de la FMH, in: BMS 2009;90: n° 15/16, p. 613: «2^e conclusion: l'art. 59c, al. 1, let. c, OAMal (neutralité des coûts lors de changement de tarif): dépassement de compétences: «[Il apparaît que cet alinéa] dépasse les limites fixées à la compétence exécutive générale du Conseil fédéral dans cette affaire. Il va au-delà des exigences posées par la LAMal elle-même pour un changement tarifaire.»

En avril 1999, les partenaires tarifaires rencontrent la conseillère fédérale Ruth Dreifuss. Ils doivent lui présenter un projet de neutralité des coûts pour la fin du mois de mai 1999. Le président de la FMH souligne toutefois l'incompatibilité fondamentale entre le principe de neutralité des coûts et un calcul économique des tarifs.¹¹¹ La situation juridique reste encore à éclaircir sur ce point.

Le 30 avril 2001, la FMH, H+ et santésuisse ébauchent un projet de neutralité des coûts commun lors d'une table ronde. Les débats portent notamment sur la durée de la phase de neutralité des coûts, sur l'implication de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, de l'OFAS et de l'OFJ, sur les recommandations du Conseil fédéral aux autorités cantonales, etc. Les partenaires tarifaires espèrent alors remettre formellement au Conseil fédéral la convention relative à la neutralité des coûts une fois la situation juridique éclaircie, soit en juin 2001 d'après les prévisions.¹¹²

Or une année supplémentaire s'écoule avant que la FMH, H+ et santésuisse présentent cette convention relative à la neutralité des coûts («Calcul des valeurs de points-taxes et pilotage de la neutralité des coûts de Tarmed»), datée du 5 juin 2002.¹¹³ Celle-ci comporte un préambule qui reprend les objectifs et les principes généraux de la neutralité des coûts, des explications sur les méthodes de calcul des valeurs initiales des points tarifaires, des aspects techniques et organisationnels pour la mise en œuvre de la neutralité des coûts, ainsi que diverses définitions techniques et valeurs de référence relatives à la neutralité des coûts. Le mécanisme esquissé dans ces douze pages prévoit que les coûts payés par les assureurs-maladie au titre de l'AOS pour les prestations ambulatoires effectuées dans un cabinet médical ou à l'hôpital ne puissent être modifiés par rapport à l'année de référence 2001 pendant toute la phase de neutralité des coûts (c'est-à-dire au cours des 18 mois suivant l'introduction du Tarmed) hormis l'application d'un facteur de renchérissement X. Pour les prestations ambulatoires, les coûts bruts mensuels au titre de l'AOS sont calculés par canton et domaine de fournisseurs de prestations. Le diviseur utilisé est le nombre d'assurés par canton de domicile et par mois.

Le contrôle de la neutralité des coûts doit être effectué en comparant périodiquement les coûts prévisionnels aux coûts réels de façon distincte pour les services hospitaliers ambulatoires et pour les cabinets médicaux indépendants. Lorsque les coûts sortent de la marge de tolérance définie, la valeur du point tarifaire doit être corrigée en conséquence (voir figure ci-dessous). Si cette évolution tient à des problèmes de structure tarifaire (expansion quantitative isolée ou disparités tarifaires, par exemple), l'organisation de relève (Tarmed Suisse) doit décider des mesures complémentaires à prendre.

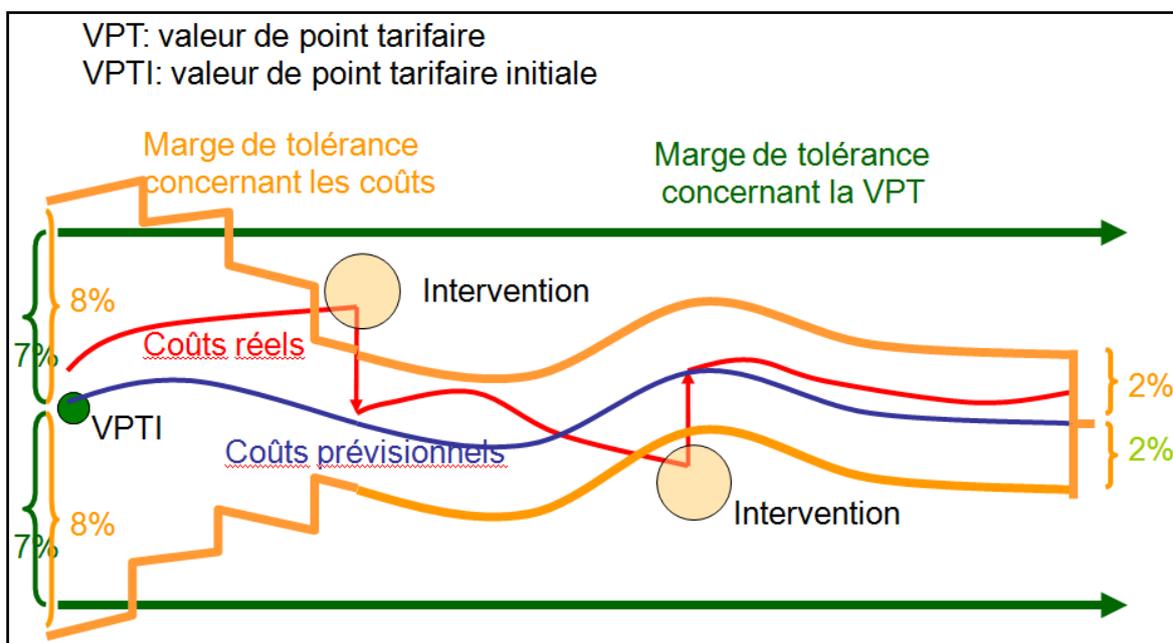
La surveillance et le pilotage de la neutralité des coûts incombent à un organisme spécialement créé à cet effet: le bureau de la neutralité des coûts, composé de deux représentants de la FMH, de deux représentants d'H+ et de deux représentants de santésuisse. S'y ajoutent des représentants de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), des partenaires tarifaires cantonaux, de la Surveillance des prix et du Département fédéral de l'intérieur, qui ont tous un statut d'observateurs.

¹¹¹ Kuhn, Hanspeter (1999): Structures de tarifs, conventions tarifaires et neutralité des coûts dans la LAMal, in: BMS 1999; 80: n° 28

¹¹² santésuisse, «Tarmed in a nutshell», présentation d'Urs Vogt le 5.1.2006.

¹¹³ Conventions et annexes publiées sur les sites Internet des partenaires tarifaires, voir http://www.fmh.ch/files/pdf1/annexe2_calculvpt.pdf.

Figure 13: Projet de neutralité des coûts et correctifs de la valeur du point tarifaire



Source: santésuisse¹¹⁴

Les valeurs initiales des points tarifaires sont calculées à l'amiable entre les assureurs, la FMH et H+ dans tous les cantons. La Surveillance des prix avait exigé que la valeur moyenne du point tarifaire se situe bien en deçà de 1 franc: sa requête est satisfaite en 2003, avec une moyenne nationale aux alentours de 0,89 franc à l'issue des négociations entre les partenaires tarifaires.

Un monitoring mensuel de la neutralité des coûts est mis en place dans les cabinets médicaux grâce au «miroir du cabinet» de la Caisse des médecins.

Par contre, ce monitoring s'avère impossible dans les services hospitaliers ambulatoires du fait de la piètre qualité des données, conjuguée à des motifs d'ordre politique.¹¹⁵ L'adaptation du point tarifaire dans les hôpitaux relève en effet de la compétence cantonale, et non de celle de H+ (qui convient néanmoins sans problème d'une surveillance et d'un pilotage des coûts avec la CTM dans le domaine de l'AA).

Certains cantons mettent sur pied leurs propres systèmes de monitoring des coûts. Après intervention de l'OFSP et concertations entre les partenaires tarifaires, il devient cependant possible de corriger la valeur du point tarifaire dans la quasi-totalité des communautés tarifaires malgré l'absence de monitoring des coûts comparable à celui en vigueur dans les cabinets médicaux.

Dans le cadre du Tarmed, la Surveillance des prix dispose d'un droit de recommandation relatif à la valeur du point tarifaire envers les gouvernements cantonaux, qui constituent l'autorité d'approbation et de définition de ces tarifs. Lors de l'introduction du Tarmed, elle se concentre sur la

¹¹⁴ <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200206050937361.PDF>.

¹¹⁵ D'après H+, le pool tarifaire et le pool de données ne fournissent des données de qualité satisfaisante (facturation et contrôle électroniques) que depuis 2007/2008.

neutralité des coûts. Pour ses recommandations, elle développe une méthode de calcul de la valeur du point tarifaire dont l'utilisation est maintenue à l'issue de la phase de neutralité des coûts.¹¹⁶ Jusqu'au milieu de l'année 2007, l'examen des tarifs ambulatoires des hôpitaux se fonde sur les données disponibles pendant la phase de neutralité des coûts et sur l'ancienne méthode de calcul appliquée, conformément à l'accord contractuel passé entre les partenaires tarifaires. Depuis le milieu de 2007, la Surveillance des prix continue d'analyser la valeur du point tarifaire hospitalier en se basant sur les données fournies par santésuisse, mais le calcul du renchérissement est effectué selon la même méthode que pour l'examen des tarifs pratiqués en milieu hospitalier. En 2009, le Tribunal administratif fédéral rend une décision de principe importante en faveur de la Surveillance des prix, dont il confirme la méthode de calcul. Un deuxième arrêt assoit le principe de communauté tarifaire unique (et donc plus large) entre hôpitaux publics et cliniques privées.¹¹⁷ La Surveillance des prix plébiscite par ailleurs une simplification du Tarmed, une convention sur les prestations et les coûts dans les hôpitaux, ainsi que l'instauration de forfaits (pour les opérations de la cataracte, par exemple).

Conclusion du CDF

L'application de la neutralité des coûts a été confiée aux partenaires tarifaires, l'OFSP n'étant impliqué dans ce processus qu'à titre d'observateur. L'exigence de neutralité des coûts a conduit au maintien d'un statu quo par canton et domaine de fournisseurs de prestations.¹¹⁸

5.3 La neutralité des coûts entraîne le maintien du statu quo

Selon le communiqué de presse publié à l'issue de la dernière séance du Bureau de la neutralité des coûts (17.6.2005), «la phase de mesure de la neutralité des coûts auprès des médecins libres praticiens s'est achevée avec succès».¹¹⁹ La phase d'introduction du tarif médical Tarmed a débuté le 1^{er} janvier 2004 pour se terminer le 30 juin 2005. Le but de la phase de mesure de la neutralité des coûts était de déterminer la juste valeur du point tarifaire pour passer au Tarmed sans incidence sur les coûts. Pour ce faire, on a défini les valeurs initiales des points tarifaires ainsi qu'une phase de démarrage, mesuré chaque mois pendant 13 mois les volumes décomptés et procédé à la gestion de la neutralité des coûts auprès des médecins libres praticiens par 22 adaptations de la valeur du point tarifaire.¹²⁰ «Ainsi, la neutralité des coûts sur le plan suisse a été respectée avec un écart d'un bon pour cent ou 41 millions de francs», indique ce communiqué de presse. D'après la convention, il fallait ensuite «réduire le volume de différence de 41 millions de francs» dans les six mois. Pour l'heure, il n'est pas certain que cet objectif soit atteint.

¹¹⁶ Droit et politique de la concurrence 2008/5, p. 804 ss

¹¹⁷ Droit et politique de la concurrence 2009/5, p. 515. Ces décisions ont été prises suite à des recours déposés auprès du Tribunal administratif fédéral concernant les valeurs du point tarifaire dans le canton du Jura (valeur de point tarifaire abaissée à 0,82 franc pour l'Hôpital du Jura) et dans deux établissements privés du canton de Fribourg (valeur de point tarifaire alignée sur celle des hôpitaux publics du canton, soit 0,85 fr.).

¹¹⁸ Les membres de certaines sociétés de médecins étaient priés d'assurer une «transition neutre en termes de coûts» en «adaptant» leurs méthodes de facturation pour chaque position. Voir http://www.sgumgg.ch/Protokolle%20Berichte/Vor%202007/Protokoll%20SGUMGG_GV_2005.pdf. La neutralité des coûts a également été interprétée comme une «neutralité en termes de revenus» (revenus ou chiffres d'affaires constants) par rapport à la période précédant l'introduction du Tarmed.

¹¹⁹ http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=13530&detail=yes&navid=726.

¹²⁰ Pour les assurances sociales fédérales (assurance-accidents, assurance militaire, assurance-invalidité), la valeur du point tarifaire est passée de 1 franc à 92 centimes.

L'OFSP, les autorités cantonales de la santé et les assureurs ont demandé une solution pour le suivi et la gestion des coûts médicaux ambulatoires après la phase de neutralité des coûts, qui a pris la forme d'une «Convention sur les prestations et les prix» (CPP). Il s'agissait ici d'émettre des recommandations aux parties contractantes cantonales concernant les corrections à apporter chaque année à la valeur du point tarifaire. Pour le corps médical, il n'était plus question d'un pilotage contractuel des coûts médicaux ambulatoires fondé uniquement sur l'analyse des coûts (comme pendant la phase de neutralité des coûts). Avec la CPP, les calculs du facteur de correction tiennent compte de facteurs de prestations tels que les changements touchant la démographie, la structure de la demande, le catalogue de prestations¹²¹, ou encore les interventions ciblées qui affectent la structure de l'offre, les modifications du cadre légal et les coûts de revient. La convention-cadre nationale CPP a été signée par la FMH et santésuisse en septembre 2005, puis très vite approuvée par le Conseil fédéral.¹²² Ce texte a ainsi apporté une solution subséquente pour le pilotage des coûts auprès des médecins libres praticiens de la plupart des cantons.

santésuisse et H+ se sont également mis d'accord pour conclure de leur côté une convention d'adhésion susceptible de réglementer la gestion des coûts de manière analogue à la CPP dans les services hospitaliers ambulatoires à l'issue de la phase de neutralité des coûts. Or en 2010, cette solution subséquente n'existe toujours pas. Les cantons n'ont pas donné à H+ le pouvoir d'élaborer et de mettre en place un monitoring centralisé des coûts dans les hôpitaux analogue à la CPP.

Selon les analyses statistiques du CDF¹²³, la valeur du point tarifaire a baissé dans la plupart des cantons, aussi bien pour les cabinets médicaux que pour les services hospitaliers ambulatoires. Entre 2004 et 2008, la moyenne pondérée des valeurs de points tarifaires a ainsi reculé de 0,90 à 0,88 franc pour les cabinets médicaux et de 0,91 à 0,90 franc pour les services hospitaliers ambulatoires.

Ces mêmes analyses statistiques montrent que l'évolution des coûts est pratiquement identique que le secteur soit assujéti ou non au Tarmed – certainement en grande partie du fait des conventions relatives à la neutralité des coûts qui ont été conclues. La tendance qui se dessinait a donc pour ainsi dire été gelée.

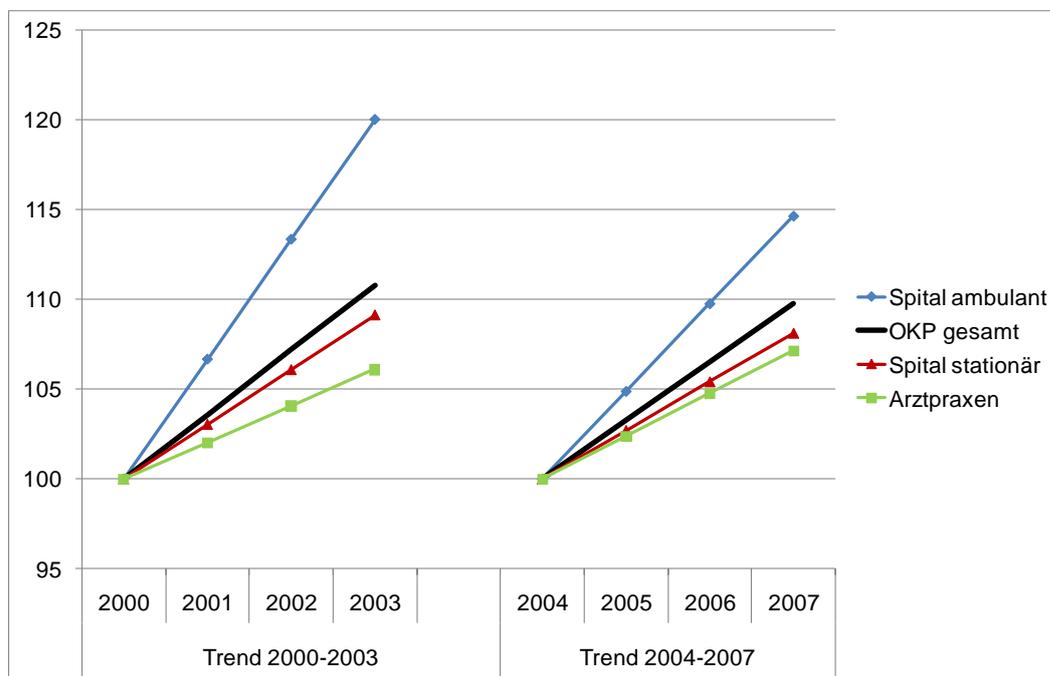
La croissance tendancielle des trois secteurs (services hospitaliers ambulatoires, services hospitaliers stationnaires et cabinets médicaux) a également fait l'objet d'analyses (voir Figure 14).

¹²¹ Lors de la ronde de négociations sur les recommandations relatives à la valeur du point tarifaire 2009, la vaccination contre la MEVE prescrite par l'OFSP a été mise en avant comme un réel facteur de coûts, voir http://www.newindex.ch/pdf/f/ni_jahresbericht_2007.pdf.

¹²² Stoffel, Urs: La convention sur les prestations et les prix (CPP), in: BMS 2006; 87: n° 39

¹²³ CDF (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed

Figure 14: Tendances entre 2000 et 2003 et entre 2004 et 2007 pour les services hospitaliers stationnaires, les services hospitaliers ambulatoires et les cabinets médicaux (indice=100 pour 2000 et 2004)



Source: EFK (2010): Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von Tarmed

La croissance tendancielle de l'ensemble du domaine de l'AOS est comparable sur les deux périodes (2000-2003 et 2004-2007). Elle s'élève à environ 10 % pour les années 2001 à 2003 et à environ 11 % pour les années 2005 à 2007. Le secteur hospitalier ambulatoire est sans conteste celui qui affiche la plus forte croissance, soit 20 % pour les années 2001 à 2003 et 15 % pour les années 2005 à 2007. A l'inverse, la croissance du secteur hospitalier stationnaire et des cabinets médicaux s'inscrit en deçà de l'évolution globale de l'AOS. La croissance du secteur hospitalier stationnaire est toutefois légèrement supérieure à celle des cabinets médicaux: 9 % contre 6 % pour la période qui va de 2000 à 2003 et 8 % contre 7 % pour la période de 2004 à 2007.

Grâce aux données de la Caisse des médecins, le CDF a pu scinder l'évolution des prestations fournies par les cabinets médicaux dans le cadre du Tarmed sur la période allant de 2004 à 2008 en deux composantes: une évolution quantitative, d'une part, et une évolution tarifaire, d'autre part.¹²⁴ Les résultats montrent que le Tarmed a induit un léger recul des prix, comme il fallait s'y attendre du fait de la baisse des valeurs du point tarifaire. Dans le même temps, le volume de prestations a augmenté de plus de 3 % en moyenne au cours des années 2005 à 2008 (à quelques rares exceptions près). Cette augmentation de volume s'élève à, 2,6 % pour la médecine générale, à 3,2 % pour l'ensemble des cabinets médicaux (hors psychiatrie), à 3,9 % pour l'ophtalmologie et à 5 % pour la gynécologie. L'analyse quantitative détaillée effectuée par le CDF confirme la tendance aux augmentations de volume pour des positions Tarmed importantes, et tout particulièrement pour les opérations de la cataracte.

¹²⁴ CDF (2010), op. cit., p. 53.

Interrogée à ce sujet, la Société suisse d'ophtalmologie indique que la multiplication des opérations de la cataracte tient notamment à l'évolution démographique.

Tableau 19: Evolution de la démographie et du nombre d'opérations de la cataracte entre 2000 et 2008

	2000	2008	Evolution
Population	7,2 millions	7,7 millions	+ 7 %
Individus âgés de 65 à 75 ans	0,726 million	0,883 million	+ 22 %
Nombre d'opérations de la cataracte	40 000	60 000	+ 50 %

Source: Société suisse d'ophtalmologie

Le tableau ci-dessus montre que le nombre d'opérations de la cataracte croît beaucoup plus vite que la population et que la proportion de personnes âgées. Il est donc hautement probable que la démographie ne suffise pas à expliquer la multiplication de ces interventions.

Pour les services hospitaliers ambulatoires, le CDF n'a pu dissocier les données de Tarifpool entre évolution quantitative et évolution tarifaire que pour le chapitre 00 du Tarmed, Prestations de base, et pour les années 2006-2007.¹²⁵ Il apparaît néanmoins que les services hospitaliers ambulatoires affichent une hausse de chiffre d'affaires bien supérieure à celle des cabinets médicaux. De même, l'augmentation quantitative enregistrée pour les années 2006 et 2007 est nettement plus forte dans les services hospitaliers ambulatoires (pratiquement + 19 %) que dans les cabinets médicaux (+ 5 % environ). Se pose dès lors la difficile question de savoir si cette progression résulte de la baisse des valeurs du point tarifaire ou inversement.

De nouveaux chiffres témoignent d'une croissance extrêmement forte des traitements hospitaliers ambulatoires pour 2008:¹²⁶

«Des coûts hospitaliers hors contrôle

La hausse des coûts par assuré selon la date de début du traitement dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) s'établit en 2008 à 5,4 % et dépasse ainsi le taux de l'année précédente (3,8 %). Les hôpitaux sont une fois de plus le générateur de coûts le plus important. La forte croissance de 12,7 % du secteur hospitalier ambulatoire a coûté 400 millions de plus à l'AOS, soit deux points sur les primes. Ajoutés aux 200 millions de francs du secteur hospitalier stationnaire, les primes de l'année 2008 auraient dû augmenter de 3 % rien que pour couvrir l'augmentation des coûts hospitaliers à la charge de l'AOS.»

Dans le secteur hospitalier ambulatoire, cette tendance à l'augmentation des coûts était plus marquée dans les années qui ont précédé l'introduction du Tarmed qu'après celle-ci (2005-2007). De fait, cette hausse disproportionnée semble plus une conséquence des différences d'approche entre le secteur hospitalier stationnaire (financement dual caisse-maladie/canton) et le secteur hospitalier ambulatoire (financement moniste = prise en charge de tous les coûts par l'assurance-

¹²⁵ CDF (2010): op. cit.

¹²⁶ Communiqué de presse publié par santésuisse le 22.9.2009.

maladie) que du Tarmed. L'instauration du système moniste dans le domaine hospitalier stationnaire fait d'ailleurs régulièrement l'objet de débats parlementaires depuis plusieurs années (SwissDRG, planification hospitalière)¹²⁷. Il n'existe pas de statistique officielle publiée sur le nombre et les coûts des prestations ambulatoires. Une analyse limitée réalisée par H+ en septembre 2010 semble confirmer que des prestations ambulatoires onéreuses remplacent de plus en plus des prestations stationnaires. Sans compter que d'après les estimations d'H+, les assurés omettaient de présenter jusqu'à 30 % de leurs factures dans l'ancien système du «tiers garant».

Conclusion du CDF

L'analyse du CDF montre que l'évolution des coûts reste comparable avant et après l'introduction du Tarmed. Le respect de la neutralité des coûts a donc bien été assuré d'un point de vue statistique général. Etant donné qu'il n'existe aucun monitoring centralisé des coûts hospitaliers pour des motifs d'ordre politique et pratique, nul ne peut cependant dire avec certitude si le traitement le plus sévère s'applique aux services hospitaliers ou aux cabinets médicaux. Le secteur hospitalier ambulatoire est celui dont les coûts affichent la plus forte hausse, aussi bien avant qu'après l'introduction du Tarmed. Si la forte croissance des dépenses et des volumes pose problème aux assureurs-maladie, elle peut néanmoins sembler souhaitable d'un point de vue politique (approches de financement différentes entre les secteurs hospitaliers stationnaire et ambulatoire).

Il existe un risque que (seules) les valeurs de points tarifaires du Tarmed soient modifiées, même dans les cas où une réforme de fond de la structure tarifaire s'avérerait nécessaire. Depuis la fin de la phase de neutralité des coûts, la Surveillance des prix porte davantage son attention sur les valeurs du point tarifaire des services hospitaliers ambulatoires.

5.4 Conclusion: la neutralité des coûts a contribué à diminuer la valeur initiale du point tarifaire, mais aussi à maintenir le statu quo

Lors de l'introduction du nouveau modèle tarifaire Tarmed, le Conseil fédéral a dû imposer le principe de neutralité des coûts contre l'avis des fournisseurs de prestations, et en particulier de la FMH. Il considère l'exigence de neutralité des coûts comme une application de son obligation légale de vérifier que la convention tarifaire satisfait au principe d'économie (art. 46, al. 4, LAMal). Dans son arrêté du 18 octobre 2000, le Conseil fédéral, qui était alors l'instance de recours en cas de litige concernant la LAMal¹²⁸, a conforté la neutralité des coûts comme une pratique juridique courante dans le contexte des tarifs de physiothérapie. Le principe de neutralité des coûts en cas de changement de modèle tarifaire a été instauré par voie d'ordonnance plusieurs années après l'entrée en vigueur du Tarmed. Le fait que ce principe ne soit pas inscrit dans la LAMal engendre toujours des ambiguïtés et des différends inutiles.

L'analyse statistique du CDF confirme que l'évolution des coûts reste comparable avant et après l'introduction du Tarmed. Le respect de la neutralité des coûts a donc bien été assuré d'un point de vue statistique général. Grâce à l'exigence de neutralité des coûts, tous les cantons et domaines de fournisseurs de prestations ont adopté des valeurs initiales de points tarifaires inférieures à

¹²⁷ 09.3275 – Motion, Instauration du système moniste dans la LAMal

¹²⁸ Depuis le 1.1.2007, cette fonction est assumée par le Tribunal administratif fédéral.



1 franc, ce qui a permis d'éviter une forte augmentation des dépenses dans les années qui ont suivi l'introduction du Tarmed.

Dans le secteur des cabinets médicaux, le pilotage des coûts continue d'être assuré grâce à l'adoption à l'amiable de la CPP. Ces dernières années, la plus forte augmentation des coûts apparaît dans le secteur hospitalier ambulatoire ; elle s'élève à 400 millions de francs pour 2008, soit deux points de plus sur les primes de l'AOS.¹²⁹ Etant donné que le financement des soins ambulatoires relève du système moniste (et compte tenu de SwissDRG), les cantons sont incités à développer et à exploiter pleinement leurs services hospitaliers ambulatoires. La très forte expansion des coûts qui apparaît dans ce secteur tient évidemment aussi à d'autres facteurs (changements dans le comportement des assurés et dans les pratiques de facturation des services hospitaliers ambulatoires, notamment).

Il existe un risque que (seules) les valeurs du point tarifaire du Tarmed soient modifiées, même dans les cas où une réforme de fond de la structure tarifaire s'avérerait nécessaire. Avec l'exigence de neutralité des coûts, il est par ailleurs difficile pour la FMH d'indiquer des priorités financières claires en faveur des médecins de premiers recours, car toute redistribution toucherait de plein fouet les spécialités techniques, dont les praticiens sont beaucoup moins nombreux.

¹²⁹ santésuisse: Des coûts hospitaliers hors contrôle, communiqué de presse publié le 22.9.2009

6 La mise à jour du tarif est-elle fiable?

En 1989, les partenaires tarifaires avaient eux-mêmes formulé des lignes directrices destinées au développement d'un nouveau tarif médical. Celles-ci devaient notamment permettre de remanier le Tarmed sans trop de difficultés après son entrée en vigueur et de l'adapter au gré du progrès médical et des changements structurels.¹³⁰

La mise à jour du tarif consiste non seulement en des adaptations et correctifs annuels, mais aussi en des révisions complètes (remaniement concernant la radiologie dans le Tarmed 2010, par exemple). Elle vise à garantir la réalité des coûts.

Le présent chapitre ne porte pas sur les adaptations courantes des valeurs du point tarifaire (régies au niveau cantonal), car celles-ci ne relèvent pas de la structure tarifaire.

Il se base essentiellement sur le rapport partiel établi par le CDF en 2010 concernant l'évaluation du Tarmed: «Mise à jour de Tarmed – Examen des processus et du rôle de la Confédération».

6.1 La mise à jour du Tarmed constitue un impératif légal

L'objectif de la vérification qui incombe à l'autorité d'approbation est décrit à l'art. 46, al. 4, LAMal:

«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.»

La structure tarifaire du Tarmed fait partie intégrante de la convention tarifaire. Lors de la ratification de la première version du Tarmed, le Conseil fédéral a spécifié que toute modification ultérieure de la structure tarifaire devait être soumise à son approbation. Depuis, la pratique établie consiste à ce que les partenaires tarifaires soumettent chaque année une version révisée de la structure tarifaire à l'approbation du Conseil fédéral par l'intermédiaire de Tarmed Suisse. Les fournisseurs de prestations (FMH et H+) considèrent toutefois que cette ratification est superflue.

Depuis 2007, l'art. 59c OAMal précise les principes auxquels une convention tarifaire doit satisfaire, ainsi que les obligations qui incombent aux partenaires tarifaires et à l'autorité d'approbation:

«L'autorité d'approbation [...] vérifie que la convention tarifaire respecte notamment les principes suivants:

- a) le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente;
- b) le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations;
- c) un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires.

Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 1, let. a et b, n'est plus garanti. Les autorités compétentes doivent être informées des résultats de ces vérifications.»

Avec les progrès de la médecine, les possibilités évoluent et l'offre ne cesse de s'améliorer. Il y a quelques dizaines d'années, les opérations de la cataracte n'étaient ainsi pratiquées que par quelques rares chirurgiens très expérimentés. Les patients devaient alors séjourner plusieurs fois à l'hôpital. Les premières opérations de la cataracte au laser ont été réalisées en 1987. D'après les

¹³⁰ Caisse des médecins, Tarmed – eine unendliche Geschichte?, in: Check-up 01/2000

indications de la SSO, environ 40 000 interventions de ce type ont été effectuées en 2000 et ce chiffre se montait déjà à 60 000 en 2008. L'opération de la cataracte est ainsi l'intervention chirurgicale la plus pratiquée en Suisse. Cet exemple montre bien que les avancées technologiques nécessitent des adaptations tarifaires.

Des révisions du tarif deviennent également nécessaires pour pallier l'obsolescence des valeurs de référence du système Tarmed ou encore pour améliorer les processus et l'efficacité (salaires des années 90, besoin en temps et adaptation des minutages, taux d'utilisation, productivité, etc.). Les études de cas montrent que les prix du Tarmed sont très sensibles à des adaptations minimales des minutages et des taux de productivité (voir chap. 2.4.1 et 2.4.2).

D'après les commentaires relatifs aux modifications de l'OAMal de juin 2007 à propos de l'art. 59c, l'al. 1, let. c doit être interprété comme suit:¹³¹

«Pour la détermination d'un tarif économique, seuls peuvent être remboursés les coûts justifiés de manière transparente qui correspondent à des prestations fournies de manière efficiente. L'évaluation de la fourniture efficiente des prestations s'effectue sur la base d'aspects tels que le taux d'utilisation ainsi que d'instruments ou de méthodes comme les comparaisons.»

Conclusion du CDF

En vertu de l'OAMal, les partenaires tarifaires ont l'obligation de vérifier que les prix du Tarmed couvrent au plus les coûts nécessaires à une pratique efficiente. Si les prix excèdent ces coûts, il leur incombe de baisser le tarif. Les progrès technologiques, les changements d'ordre organisationnel (amélioration de l'efficacité, par exemple) et la révision de certaines valeurs de référence font évoluer les coûts relatifs des prestations, nécessitant ainsi une mise à jour continue du tarif. Les partenaires tarifaires doivent communiquer à l'OFSP les résultats des vérifications qu'ils ont effectuées concernant la réalité des coûts du tarif. Sans cette mise à jour constante, il faudrait procéder plus souvent à de fastidieuses révisions totales. La situation critique relative aux minutages est un problème connu. Les partenaires tarifaires en ont insuffisamment informé l'autorité d'approbation.

6.2 Tarmed Suisse: la mise à jour du tarif au point mort

Le système de classification Tarmed appartient à Tarmed Suisse. Cette société, qui est financée par les quatre partenaires tarifaires H+, FMH, santésuisse et CTM, a pour principale mission d'entretenir et de développer la structure tarifaire Tarmed. Elle se compose de commissions et de groupes de travail paritaires, ainsi que d'un secrétariat général. En son sein, les décisions doivent être prises à l'unanimité des quatre partenaires tarifaires.

Toutes les décisions relatives aux modifications tarifaires sont prises par le comité directeur. Trois commissions sont chargées d'effectuer des travaux préparatoires et de lui transmettre des propositions:

- Commission paritaire pour la valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis) et les unités fonctionnelles (PaKoDig): vérification de l'initialisation des banques de données

¹³¹ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), Modifications au 1^{er} août 2007 et 1^{er} janvier 2008, Commentaires. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04446/index.html?lang=fr>

sur la valeur intrinsèque et les unités fonctionnelles, ainsi que de la mise en œuvre opérationnelle des concepts relatifs à la valeur intrinsèque et aux unités fonctionnelles.

- Commission paritaire d'interprétation (CPI): interprétation des positions de la structure tarifaire Tarmed.
- Commission paritaire tarifaire (CPT): réception, examen et traitement des demandes de changement, d'ajout ou de suppression de prestations dans le Tarmed, ainsi que des demandes d'adaptation des règles d'application du Tarmed.

Chacun des quatre partenaires tarifaires est représenté de façon paritaire au sein des différentes commissions et du comité directeur. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) bénéficie d'un statut d'observateur.

Le secrétariat général de Tarmed Suisse se compose de deux collaborateurs qui épaulent le comité directeur, les commissions et les différents groupes de travail. Il ne dispose d'aucune compétence décisionnelle concernant le Tarmed. Les parties contractantes disposent en revanche de leurs propres services tarifaires (ressources) et, à l'exception d'H+, de leurs propres banques de données (bases nécessaires à la prise de décision).

Le Tarmed fait appel à la notion de parité des données: suivant ce principe, le corps médical peut opposer ses propres données (Caisse des médecins et NewIndex) à celles de santésuisse (base de données Tarifpool). Au mieux, les données des partenaires tarifaires se complètent. Au pire, elles engendrent une méfiance mutuelle à l'égard (de la qualité) des données de la contrepartie («Mes données sont les bonnes!»).

La CPT joue un rôle essentiel dans la mise à jour du tarif. Le CDF et Tarmed Suisse ont analysé ensemble les demandes de changement de tarif qui ont été soumises à cette commission.

Tableau 20: Demandes traitées et acceptées par la CPT entre 2004 et 2008

	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Demandes acceptées	80	85	52	30	31	278
... en % des demandes traitées	41 %	64 %	58 %	45 %	44 %	50 %
Demandes refusées	29	26	15	5	10	85
Demandes retirées, remplacées ou en suspens	85	22	22	31	29	189
Total des demandes traitées	194	133	89	66	70	552
... dont demandes de la FMH	140	42	33	34	32	281

Source: CDF, sur la base de données fournies par Tarmed Suisse

La moitié des demandes traitées entre 2004 et 2008 ont été approuvées. Un grand nombre de requêtes ont été présentées en 2004 et 2005, puis ce nombre a baissé pour se stabiliser les années suivantes. Plus de la moitié des demandes émanent de la FMH.

Le CDF souhaitait également savoir s'il existait des différences notables entre les différents partenaires tarifaires concernant la proportion de demandes approuvées.

Tableau 21: Demandes traitées par la CPT: pourcentage des demandes acceptées

	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Part des demandes de la FMH acceptées	38/140 27 %	26/42 60 %	10/33 30 %	10/34 30 %	10/32 30 %	94/281 33 %
Part des demandes de santé suisse acceptées	9/11 82 %	12/27 44 %	11/20 55 %	7/9 78 %	7/11 64 %	46/78 59 %
Part des demandes de H+ acceptées	12/21 57 %	16/21 76 %	10/13 77 %	2/3 66 %	1/5 20 %	41/63 65 %
Part des demandes de la CTM acceptées	16/16 100 %	5/8 63 %	17/18 94 %	5/12 41 %	6/14 42 %	49/18 72 %
Part des demandes de la CPT acceptées	3/4 75 %	14/26 54 %	1/3 33 %	3/5 60 %	0/0 -	21/38 55 %
Part des demandes de la CPI et de la PaKoDig acceptées	2/2 100 %	9/9 100 %	3/3 100 %	3/3 100 %	7/8 87 %	24/25 96 %
Total des demandes acceptées	80/194 41 %	85/133 64 %	52/89 58 %	30/66 45 %	31/70 44 %	278/552 50 %

Source: CDF, sur la base de données fournies par Tarmed Suisse

La moitié des demandes traitées par la CPT entre 2004 et 2008 ont été approuvées. Si la FMH est le partenaire tarifaire le plus «actif» eu égard au nombre de demandes déposées, ses requêtes sont celles qui ont le moins de chances d'aboutir (validation d'environ une demande sur trois). Les demandes présentées par les commissions de Tarmed (CPI, PaKoDig) bénéficient au contraire du taux d'acceptation le plus élevé et celles qui émanent de la CTM (au nom des assurances fédérales) sont généralement bien acceptées elles aussi. Ces dernières années, le nombre de demandes a diminué. En pratique, il apparaît que beaucoup d'entre elles sont rejetées au niveau de la CPT sans être traitées.

Tableau 22: Répercussions financières des décisions de la CPT

Répercussions financières des décisions	Version 1.1	Version 1.03	Version 1.04	Version 1.05	Version 1.06	Total	Proportion
Plus de 5 millions de francs	4	6	3	0	2	15	5 %
Entre 1 et 5 millions de francs	9	2	5	5	4	25	8 %
Moins de 1 million de francs	85	29	34	23	2	173	57 %
Economies	13	30	26	10	0	79	26 %
Estimation impossible	0	0	0	8	5	13	4 %
Total	111	67	68	46	13	305	100 %

Source: CDF, sur la base de données fournies par Tarmed Suisse

Ce tableau montre que les répercussions financières attendues n'excèdent 1 million de francs que pour 13% des décisions prises.

Conclusion du CDF

Tarmed Suisse se compose d'un secrétariat général dont la dotation en personnel est minimal, ainsi que de commissions paritaires, qui travaillent en partie selon un système de milice. Les autres ressources (personnel, accès à des banques de données importantes, etc.) demeurent dans le giron des quatre partenaires tarifaires, qui ont même rejeté une «professionnalisation minimale» de Tarmed Suisse en 2009. Toute modification du Tarmed nécessite l'unanimité des partenaires tarifaires, ce qui rend le processus de décision fastidieux et conduit parfois à des blocages. Plusieurs changements de personnel ont d'ailleurs eu lieu à la tête du secrétariat général. La CPT joue un rôle important dans la mise à jour du tarif, alors qu'elle n'a pas été conçue dans ce dessein (elle devait soumettre ses propres propositions concernant la mise à jour du tarif et plutôt fonctionner comme conseiller). Il existe divers recoupements de personnel entre la CPT, la CPI et le comité directeur (personnes membres de plusieurs organes). Une grande méfiance s'est installée entre les différentes parties, si bien que les négociations se déroulent dans une ambiance extrêmement tendue.

Ces huit dernières années, six versions du Tarmed se sont succédé, pour des modifications de contenu somme toute minimales (exception faite de la révision qui porte sur la radiologie). La FMH est le partenaire tarifaire le plus actif eu égard au nombre de demandes déposées, mais ses requêtes sont celles qui sont le moins souvent approuvées. Certains problèmes tarifaires difficiles se posent et leur résolution durable est reportée aux calendes grecques sous couvert de la réalisation du projet Tarmed 2010.

6.3 L'utilisation de positions par analogie présente un risque important pour le Tarmed

Lors de la ratification de la première version du Tarmed, le Conseil fédéral a effectué une mise au point juridique concernant la facturation de positions par analogie:

«La version 1.1 de la structure tarifaire Tarmed ne comporte pas de liste exhaustive et définitive des prestations médicales visées à l'art. 25, al. 2 en relation avec l'art. 33, al. 1, LAMal. La facturation de positions par analogie reste donc possible au même titre que la non-reprise d'une prestation répertoriée faute de caractère obligatoire.»¹³²

Ce point est communiqué chaque année aux partenaires tarifaires dans le courrier d'approbation. Les règles d'interprétation qui figurent en introduction dans la version du Tarmed publiée par Tarmed Suisse précisent cependant que l'emploi de positions tarifaires par analogie est strictement interdit. Selon les indications de la FMH, une quarantaine de prestations ne sont toujours pas tarifées aujourd'hui et sont donc probablement facturées au moyen de positions par analogie. Il n'existe toutefois pas de données plus précises à ce sujet. De plus, certaines prestations ne sont pas tarifées alors que l'ordonnance indique qu'elles figurent depuis des années dans le catalogue de prestations de l'AOS.

La capsule-endoscopie en constitue un exemple. Il s'agit d'une technique d'imagerie présentée en 2000 et dont la pratique s'est généralisée en 2001 pour l'examen de l'intestin grêle, difficile à atteindre par voie externe, contrairement à l'estomac et au gros intestin.

¹³² D'après l'arrêté du Conseil fédéral du 30 septembre 2002, annexe de la lettre du 3 octobre 2002 adressée par l'OFAS aux partenaires tarifaires

Figure 15: La capsule-endoscopie d'après l'OPAS

Capsule-endoscopie	Oui	Pour examen de l'intestin grêle, de l'angle de Treitz à la valvule iléocæcale - hémorragies d'origine inconnue - inflammation chronique de l'intestin grêle. Si la gastroscopie et la colonoscopie se sont révélées négatives. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2004/ 1.1.2006
--------------------	-----	--	-----------------------

Source: Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)

La capsule-endoscopie constitue un bon exemple d'innovation technique posant des problèmes de tarification. Cette nouveauté spectaculaire est en effet intégrée dans le catalogue de l'AOS après quelques années. Malgré de longues négociations, les partenaires tarifaires ne parviennent pas à se mettre d'accord sur la tarification de cette prestation: santésuisse propose 400 points tarifaires, la FMH en veut 1000. Or le nombre de points tarifaires dépend surtout du nombre de centres censés proposer cet examen et de leur taux d'utilisation minimal.

En janvier 2010, santésuisse, qui s'exprime au nom de tous les partenaires tarifaires, demande au Conseil fédéral d'ajouter la capsule-endoscopie à la structure tarifaire Tarmed. Par lettre du 25 février 2010, l'OFSP lui répond que le Conseil fédéral ne peut accéder à cette demande, arguant que d'après l'art. 43, al. 5, LAMal, le Conseil fédéral ne peut fixer la structure tarifaire d'une prestation en particulier que lorsqu'il n'y a pas du tout de contrat. Le Conseil fédéral n'aurait donc pas la compétence légale nécessaire pour trancher en cas de désaccords portant sur la tarification et l'intégration de positions dans le Tarmed selon l'OFSP qui a donc renvoyé le problème aux partenaires tarifaires.

Une proposition d'ajout à l'art. 43, al. 5, LAMal est soumise au Parlement en mai 2010:

«5ter: En dérogation aux al. 4 et 5, le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations dans la structure tarifaire si les parties concernées ne parviennent pas à s'entendre sur une révision et s'il apparaît que ladite structure n'est plus adaptée aux circonstances.»¹³³

Selon l'OFSP, il n'est toutefois pas certain que sur le plan juridique, ces dispositions permettent à l'autorité d'approbation de fixer le point tarifaire pour la capsule-endoscopie en cas de litige.

Conclusion du CDF

La facturation par analogie constitue un problème important et persistant, comme le montre l'exemple de la capsule-endoscopie. Selon les indications de la FMH, une quarantaine de prestations seraient actuellement facturées au moyen de positions par analogie. Les instructions à ce sujet sont contradictoires.

La capsule-endoscopie constitue un exemple de nouvelle prestation intégrée dans le catalogue de prestations de l'AOS. Faute de s'entendre sur sa tarification au terme de plusieurs années de

¹³³ Art. 46, al. 4 et 5, LAMal: «4 La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. 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. 5 Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon l'al. 2 est d'au moins six mois.»

négociations, les partenaires tarifaires ont demandé au Conseil fédéral d'en fixer le tarif. Mais selon l'OFSP, le Conseil fédéral ne dispose pas des compétences nécessaires pour tarifier cette prestation dans la mesure où il existe une convention tarifaire valable. Le problème de tarification n'est donc pas résolu.

6.4 La révision tarifaire prévue pour 2010 a échoué

Le projet de révision Tarmed 2010 a été formulé dans le giron de Tarmed Suisse, puis approuvé par les partenaires tarifaires dans sa version du 17 juin 2008. Deux ans plus tard, sa mise en œuvre n'a toujours pas commencé, bien que chacun s'accorde à dire qu'une révision de fond du Tarmed s'impose.

L'introduction de la version révisée du tarif était prévue pour le 1^{er} janvier 2011. Le projet visait à maintenir un tarif à la prestation, mais d'en simplifier la nomenclature, ainsi que de remanier les modèles Infra et KoReg, les minutages de certaines «prestations restant à définir» et le concept de valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis). Il s'agissait de créer un instrument permettant de vérifier et de mettre à jour périodiquement la grille quantitative, ainsi que d'améliorer les revenus des médecins de premier recours. Divers mécanismes de gestion des coûts étaient prévus: les coûts de santé annuels devaient évoluer dans une fourchette de $\pm 4\%$ et les dispositions légales devaient être prises en compte.

Le projet est toutefois bloqué depuis deux ans en raison de désaccords sur la nécessité d'une convention relative au pilotage ou à la neutralité des coûts. santésuisse craint en effet que Tarmed 2010 ne provoque une augmentation des coûts dans l'AOS, tout en espérant que l'adaptation de certains minutages compensera au moins une partie des surcoûts engendrés par la mise à jour des valeurs de référence obsolètes (GRAT et Infra). La FMH est soumise à des pressions internes afin qu'elle négocie de meilleures conditions de rémunération pour les médecins de famille. Elle s'oppose toutefois à ce que cette augmentation de revenu intervienne uniquement au détriment des spécialités techniques. H+ et les hôpitaux refusent pour leur part que cette révision aille de pair avec une convention relative à la neutralité des coûts.

La CTM n'est pas partie au contrat pour les prestations de l'AOS. Elle a négocié avec chaque fournisseur de prestations pour les contrats forfaitaires AA et AI, et donc réduit la pression sur le Tarmed.

Conclusion du CDF

Les objectifs de Tarmed 2010 restent très vagues: comment renforcer la médecine de premier recours sans que les interventions et autres prestations techniques en pâtissent? Aucune précision ne vient non plus éclairer les méthodes et les objectifs de vérification des minutages dont il est fait mention.

Bien que ce soit certainement réalisable sur le plan technique, Tarmed 2010 a échoué dans sa recherche d'une issue amiable aux négociations. Les partenaires tarifaires ont l'obligation d'adapter le tarif, mais ne parviennent pas à le faire par leurs propres moyens. Les conventions tarifaires n'étant pas dénoncées, le Conseil fédéral ne peut intervenir.

6.5 L'autonomie tarifaire limite les possibilités de l'OFSP

6.5.1 Un mandat légal trop général qui fait débat

L'office compétent pour approuver la première version du Tarmed était l'OFAS. Ces dernières années, l'OFSP procède au contrôle matériel de la structure tarifaire en se focalisant sur les changements effectués depuis la dernière version. Il a d'ailleurs élaboré une liste de contrôle et un schéma d'opérations dans cette optique.

Un article paru dans le magazine *Sécurité sociale* en 2001 décrit le contrôle matériel de l'équité et de l'économicité comme suit:

«La conformité d'une convention tarifaire est mesurée à l'aune des critères que sont l'économicité et l'équité. Concrètement, cela veut dire qu'il faut contrôler le niveau et le calcul exact du tarif, comme ses incidences sur le volume des prestations.»¹³⁴

Le caractère économiquement supportable et la hausse des primes attendues constituent des éléments importants dans le cadre du contrôle matériel effectué par l'OFSP.

Les partenaires tarifaires se plaignent que cinq à huit mois soient nécessaires pour que le Conseil fédéral approuve une nouvelle version du Tarmed. L'OFSP considère qu'un délai de quatre mois est un minimum. Pour que la demande soit traitée dans des délais raisonnables, il faut toutefois que l'ensemble des documents nécessaires soient présentés sous une forme claire. Or les partenaires tarifaires ne fournissent pas toujours de documents explicatifs, ce qui contraint l'OFSP à demander des éclaircissements et retarde donc l'approbation.

Tableau 23: Estimation des répercussions financières des différentes versions du Tarmed

Version	Entrée en vigueur	Répercussions financières (en millions de fr.)
Alpha 3.0	-	
1.1	1.1.2004	89,2
1.03	1.1.2006	- 116,5
1.04	1.1.2007	19,7
1.05	1.1.2008	8,3
1.06	1.3.2009	43,9
1.07	1.4.2010	- 26,7

Source: OFS, sur la base de données fournies par Tarmed Suisse

L'OFSP contrôle pour chaque version les répercussions financières estimées par les partenaires tarifaires. Aucun suivi n'est toutefois mis en place. Une augmentation des dépenses avait été calculée dans quatre cas sur six, une diminution dans deux cas (voir tableau). Tarmed Suisse tablait ainsi sur une réduction d'environ 30 millions de points tarifaires pour la version 1.07. Selon l'OFSP, cet effet tenait essentiellement au fait que la position 00.0065, Indemnité forfaitaire de dérangement en cas de visite, ne devait pas être maintenue. Or les partenaires tarifaires se sont de nouveau entendus sur un maintien de cette position après la ratification du tarif par le Conseil fédéral, sans soumettre ce point à l'approbation de celui-ci. L'OFSP les a donc priés d'informer le

¹³⁴ Schneider, Sandra, in: CHSS n° 2/2001, p. 59.

Conseil fédéral de façon complète et de lui transmettre, le cas échéant, des demandes complémentaires. A la fin d'août 2010, ils n'avaient toujours pas réagi.

Conclusion du CDF

Les bases légales qui sous-tendent le contrôle matériel de la structure tarifaire par l'office fédéral compétent sont très générales. Les vérifications sont formelles et portent essentiellement sur les modifications (souvent très limitées) de la structure tarifaire. Il importe que l'office fédéral compétent étudie les changements dans l'optique de leur caractère financièrement supportable (augmentation des primes).

6.5.2 Tâches et ressources de l'OFSP

L'unité de direction Assurance maladie et accidents de l'OFSP veille à ce que les assureurs-maladie et accidents respectent la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi sur l'assurance-accidents (LAA). Depuis le 1^{er} juillet 2005, elle surveille également la bonne application de la loi sur l'assurance militaire (LAM) par la CNA. Elle se compose de deux divisions: 1) division Prestations (domaine de l'assurance-maladie) et 2) division Surveillance de l'assurance (domaine de l'assurance-maladie, de l'assurance militaire, de l'assurance-accidents et de la prévention contre les accidents).¹³⁵

La division Prestations se compose de quatre sections:

- Section Tarifs et fournisseurs de prestations
- Section Prestations médicales
- Section Médicaments
- Section Qualité et processus

Tarmed relève de la première de ces sections et le tarif des analyses de laboratoire de la deuxième.

La **section Tarifs et fournisseurs de prestations** compte 8 collaborateurs (7 équivalents plein temps ou EPT). Elle a obtenu deux postes supplémentaires jusqu'à la fin de l'année 2013 pour la mise en place du nouveau financement des hôpitaux. Les charges de personnel pour le contrôle matériel relatif à l'approbation du Tarmed s'élèvent à environ 1 EPT par an.

La section a compétence pour préparer l'approbation des tarifs nationaux par le Conseil fédéral. Il lui incombe notamment:

- d'évaluer l'économicité et l'équité des conventions tarifaires définies dans la LAMal (5 à 10 par an);
- d'élaborer divers principes et outils d'application des conventions tarifaires;
- de rédiger des avis en cas de procédures de recours devant le Tribunal administratif fédéral concernant des décisions cantonales afférentes au tarif et à la planification;
- de répondre aux questions relatives aux conditions d'admission des fournisseurs de prestations;
- de préparer l'agrément des établissements de cures balnéaires par le DFI; et

¹³⁵ Source: OFSP

- de se pencher sur la législation et les affaires parlementaires concernant les tarifs et le financement des hôpitaux.

La section a consacré environ 920 000 francs à des expertises externes en 1999. Ces dépenses ont été ramenées à environ 80 000 francs depuis.

La **section Prestations médicales** compte 13 collaborateurs (soit 10,7 EPT). En 2009, environ 4 EPT ont été consacrés à la révision du tarif des analyses de laboratoire et 1 million de francs à des expertises externes. La section suit la mise en œuvre de la révision du tarif des analyses de laboratoire du secteur ambulatoire, ce qui nécessitera encore des ressources internes et externes considérables jusqu'à la fin de 2011.

Principales tâches:

Préparation des bases de décision en vue de la définition des prestations à la charge des caisses en collaboration avec la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) et la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA), à savoir:

- étude et contrôle des demandes d'adaptation de l'OPAS (annexes 1 à 3 comprises), évaluation de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économie lors de vérifications ordinaires et extraordinaires (moyenne d'environ 15 demandes par an pour les prestations générales, 15 demandes pour les moyens et appareils et 12 demandes pour les analyses de laboratoires);
- étude scientifique de questions éthiques et socio-politiques fondamentales dans le processus de définition des prestations (rationnement implicite, par exemple)
- éclaircissement des contestations concernant la liste non définitive des prestations médicales (entre 10 et 30 par an);
- monitoring des processus d'évaluation pour les prestations médicales soumises à des conditions d'évaluation;
- législation, affaires parlementaires et aide à l'interprétation de l'OPAS (annexes 1 à 3 comprises) pour les assureurs et fournisseurs de prestations (environ 800 demandes par an);
- direction de réseaux HTA nationaux et collaboration avec des réseaux HTA européens et internationaux.¹³⁶

La **section Statistiques et mathématiques** compte 8 collaborateurs (6,6 EPT). Elle est chargée de l'analyse rétrospective des données relatives à l'assurance-maladie, et notamment de l'élaboration de bases et de statistiques sur l'AOS (pool de données), ainsi que de la réalisation d'analyses, d'évaluations et de calculs concernant les coûts des assureurs-maladie.

L'art. 28 OAMal confère les pleins pouvoirs à l'OFSP pour recueillir auprès des assureurs les données nécessaires à l'exercice de sa surveillance, et notamment pour contrôler le caractère économique des prestations fournies (al. 1). Selon l'al. 3, les assureurs doivent transmettre à l'OFSP, chaque année et par assuré, «notamment les positions tarifaires et les coûts des prestations prévues par la loi et qui figurent sur les factures reçues par l'assureur durant une année entière». L'al. 5 dispose que les assureurs sont tenus de fournir les données «à leurs frais, de

¹³⁶ HTA = Health Technology Assessment

manière exacte et complète, dans les délais impartis, et de telle sorte que l'anonymat des assurés soit garanti».

Conclusion du CDF

L'OFSP a confié l'élaboration des «tarifs d'office» à sa section Prestations médicales et les travaux relatifs à l'approbation du Tarmed à sa section Tarifs et fournisseurs de prestations. La section Prestations médicales emploie également des médecins spécialistes. Sa fonction première ne consiste pas à assumer les responsabilités afférentes à l'approbation des tarifs d'office, mais à codéterminer les prestations à la charge des caisses.

La section Tarifs et fournisseurs de prestations est chargée de l'approbation du Tarmed. Bien que ses procédures aient été améliorées, la stratégie de contrôle matériel *ex ante* du Tarmed présente des insuffisances. Aucune analyse n'est en effet prévue au niveau de chaque prestation. Les délais très serrés qui sont impartis pour l'approbation des conventions tarifaires par le Conseil fédéral rendraient d'ailleurs ce genre d'analyses tout bonnement impossibles. Il manque également une stratégie de contrôle *ex post* du Tarmed. Divers aspects – pourtant importants – des bases de calcul du Tarmed restent encore totalement opaques pour l'office fédéral compétent. L'OFSP ne réalise ni ne fait réaliser aucune comparaison croisée afin d'identifier les fournitures de prestations efficaces (indice).

6.5.3 Comparaison entre le Tarmed et le tarif des analyses de laboratoire

Le CDF a procédé à une comparaison des processus entre le tarif négocié (Tarmed) et le «tarif d'office» (tarif des analyses de laboratoire).

Tableau 24: Caractéristiques comparées du Tarmed et du tarif des analyses de laboratoire

Critère	Tarmed	Tarif des analyses de laboratoire
Genre de tarif	Primauté des négociations	Tarif d'office
Chiffre d'affaires annuel	7 milliards de francs, dont 6 dans l'AOS	1 milliard de francs
Nombre de positions tarifaires	Environ 4300	1600
Pouvoir de décision	Tarif à la prestation national: le Conseil fédéral a fait pression sur les partenaires tarifaires concernant la première version. Depuis 2004, il doit approuver une nouvelle version de la structure tarifaire chaque année. Toutes les décisions prises par les gouvernements cantonaux (valeur du point tarifaire) peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal administratif fédéral.	Pas de possibilité de recours pour les partenaires tarifaires, car le tarif est imposé par le DFI. Les partenaires tarifaires (et en particulier le corps médical) exercent toutefois des pressions sur le Conseil fédéral et sur l'office fédéral compétent (lobbying).
Mise à jour du tarif	Les commissions paritaires obligent Tarmed Suisse à trouver des solutions qui font l'unanimité.	L'ordonnance du DFI est préparée par l'OFSP et par une commission spécifique.

Ressources administratives pour la mise à jour du tarif	Le budget annuel de Tarmed Suisse se monte à 500 000 francs. Les principales ressources déployées pour la mise à jour du tarif (personnel et banques de données) appartiennent aux partenaires tarifaires. Les ressources de l'OFSP sont très limitées.	A l'OFSP, la dernière révision totale en date a nécessité 4 EPT et 1 million de francs pour des mandats externes. Des expertises indépendantes ont également eu lieu.
Liste des prestations	Pas de liste positive des prestations. Les prestations médicales sont très complexes. Elles se présentent sous la forme de groupes qui comprennent en général plusieurs positions et se composent différemment en fonction de leur indication et des approches économiques retenues.	Le tarif constitue également une liste positive des analyses remboursées par l'AOS. La complexité est moindre, car les prestations sont définissables sur le plan technique.
Protection des données	Monitoring des coûts par les partenaires tarifaires (CPP) comme base de décision pour les adaptations des valeurs cantonales du point tarifaire. Absence de monitoring des coûts pour les services hospitaliers ambulatoires. L'OFSP paie son accès au pool de données et, depuis peu, à Tarifpool.	Un système de monitoring des coûts a été directement intégré dans la structure sur mandat de l'OFSP et avec la participation des partenaires tarifaires.
Révision	Le projet de révision Tarmed 2010 est bloqué depuis des années, car les partenaires tarifaires ne parviennent pas à trouver un processus amiable pour la révision totale, dont la nécessité fait pourtant l'unanimité (les valeurs de référence datent des années 90).	D'après la Surveillance des prix, la valeur du point tarifaire a été réduite à 0,90 franc en 2006 et une diminution linéaire de 10 % est intervenue. En 2009, le DFI a ordonné une révision du tarif en place depuis 15 ans. La FMH reproche à l'OFSP un manque de transparence quant à la définition du tarif révisé.

Source: CDF (2010): Mise à jour de Tarmed – Examen des processus et du rôle de la Confédération

Dans son rapport du 5 juin 2009 sur le processus de révision du tarif des analyses de laboratoire, la Commission de gestion du Conseil national (CdG-N) a émis sept recommandations, sur lesquelles le Conseil fédéral a pris position le 5 juin 2009.¹³⁷

6.6 Récapitulatif: la mise à jour du tarif n'est pas fiable

Caractère très abstrait de l'obligation légale de vérification du principe d'économie

Conformément à la LAMal, le Conseil fédéral doit approuver les tarifs valables dans toute la Suisse et vérifier qu'ils satisfont au principe d'économie. La vérification matérielle effectuée par l'OFSP est très formelle et se limite trop aux modifications par rapport à la version précédente. Le Conseil

¹³⁷ <http://www.admin.ch/ch/f/ff/2009/7037.pdf>

fédéral avait, en revanche, un rôle important à jouer lors de l'approbation de la première version, dans le cadre des mesures d'urgence relatives à la radiologie et dans la mise en œuvre de la neutralité des coûts.

Conformément à l'OAMal, les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs. Il doit les adapter si le respect des principes énoncés à l'art. 59c OAMal n'est plus garanti et informer l'autorité d'approbation des résultats de leurs vérifications. Les partenaires tarifaires n'ont procédé à aucune vérification systématique des problèmes de tarification dans le cadre du projet de révision Tarmed 2010, qui est bloqué depuis des années. Le Conseil fédéral ne peut intervenir, car les conventions tarifaires n'ont pas été dénoncées.

Mise à jour du Tarmed peu fiable

En raison de l'autonomie tarifaire, l'office fédéral compétent n'intervient que lorsque les partenaires tarifaires ont trouvé des solutions de leur côté. D'après des informations de la FMH, près de 40 prestations médicales ne sont pas tarifées dans le Tarmed. Certaines sont donc facturées avec des paramètres erronés à l'aide de positions par analogie. Les positions obsolètes ne sont pas supprimées ou actualisées à temps. De plus, le fait que les partenaires tarifaires considèrent une révision totale comme nécessaire cinq ans après l'introduction du Tarmed souligne la non-adéquation du processus de mise à jour régulière du tarif.

Mise à jour du Tarmed retardée– Tarmed 2010 est reporté pour une durée indéterminée

Le processus paritaire des négociations tarifaires est lourd. La méfiance prévaut entre santésuisse (négociateur et contrôle du corps médical) et la FMH. Celle-ci défend l'extension des prestations, l'amélioration de la technologie médicale et une meilleure rémunération des prestations, alors que santésuisse privilégie le contrôle des dépenses. Un consensus est difficile et la règle de l'unanimité retarde, voire bloque l'ensemble des négociations tarifaires. Tous les partenaires tarifaires disposent de facto d'un droit de veto lors des négociations. Les révisions (courantes) indispensables sont ajournées en raison de Tarmed 2010, qui est lui-même reporté aux calendes grecques.

Amélioration des bases de la vérification matérielle par l'OFSP, mais...

Les bases légales permettant à l'OFSP d'obtenir l'ensemble des données de facturation auprès des assureurs (et de leurs associations) ont récemment été établies dans l'OAMal (art. 28) afin d'améliorer la surveillance des caisses-maladie. L'Office fédéral de la statistique (OFS) dispose désormais d'une meilleure base légale dans la LAMal (art. 22a) pour collecter les données des fournisseurs de prestations et surveiller ainsi le caractère économique et la qualité de celles-ci. Un examen des prestations Tarmed basé sur des comparaisons croisées entre les fournisseurs de prestations efficaces (minutage, taux d'utilisation, productivité) serait possible et souhaitable avec ces bases légales afin, d'une part, d'accroître l'économicité des prestations indemnisées et, d'autre part, de permettre à l'autorité d'approbation d'exercer une plus grande influence sur l'avenir du Tarmed.

Lors des contrôles matériels (*ex-ante*) de l'économicité, l'OFSP, qui est compétent en la matière, met l'accent sur le caractère économiquement supportable du tarif (effets escomptés sur les primes d'assurance). L'économicité des prestations ou des groupes de prestations du Tarmed n'est *de facto* pas contrôlée. L'OFSP ne dispose ni d'un concept ni des ressources nécessaires pour vérifier (*ex post*) l'économicité du Tarmed.

7 Conclusions – Réponses aux questions de l'évaluation

Question 1: dans quelle mesure les objectifs explicites du Tarmed ont-ils été atteints?

Les analyses du CDF indiquent que l'objectif de revalorisation des prestations intellectuelles n'a été que partiellement atteint, voire pas du tout. Grâce au Tarmed, les consultations sont plus longues et l'entretien avec le patient a été revalorisé. L'amélioration de la situation de la psychiatrie tranche par rapport à celle, très faible, de la médecine générale et de la médecine interne. L'analyse montre que les écarts de revenus entre les spécialistes se sont creusés entre 2003 et 2006. Les chiffres d'affaires par consultation stagnent en médecine générale et en médecine interne, alors qu'ils ont progressé (de 2001 à 2008) dans les autres spécialités examinées dans les études de cas, à savoir l'ophtalmologie et la gynécologie.

Le tarif médical unique (par opposition aux 26 tarifs différents) et la structure tarifaire applicable à tous les cabinets médicaux et à tous les services hospitaliers ambulatoires ont clairement amélioré la transparence. La description et la valeur du point tarifaire (= structure du tarif) des quelque 4300 positions tarifaires sont accessibles au public sur le site Internet de Tarmed Suisse. Les bases relatives aux modèles et aux valeurs de référence GRAT et Infra étaient cependant peu transparentes pour l'autorité d'approbation au moment décisif de l'acceptation du tarif. Les possibilités étendues de comparaisons statistiques entre les cantons et les fournisseurs de prestations (en fonction du groupe de prestations) ne sont actuellement guère utilisées en vue d'améliorer la rentabilité. Les études de cas d'Infras réalisées dans le cadre de la présente évaluation et une étude pilote de l'OFSP démontrent toutefois que cela serait possible. La LAMal exige une vérification du caractère économique des conventions tarifaires et l'autorité d'approbation a dû insister pour que l'objectif de neutralité des coûts soit accepté par les partenaires tarifaires en tant qu'objectif de rentabilité opérationnelle du Tarmed.

La neutralité des coûts est le seul des trois objectifs mentionnés du Tarmed à avoir été surveillé systématiquement, mais uniquement dans les cabinets médicaux, et non dans les services hospitaliers ambulatoires. Elle a été mise en œuvre par canton et par domaine de fournisseurs de prestations (services hospitaliers ambulatoires contre cabinets médicaux). Les différentes valeurs du point tarifaire constituent les vis de réglage en la matière. Les analyses du CDF confirment que la neutralité des coûts a été réalisée au sens statistique: depuis l'introduction du Tarmed, la courbe des dépenses est comparable, dans l'ensemble, à la période précédente. Les structures cantonales variées et les différences de coûts historiques ont toutefois été conservées. L'examen des composantes du prix et du volume révèle que la baisse contrôlée de la valeur du point tarifaire a eu tendance à entraîner un léger fléchissement des prix. Dans le même temps, les volumes ont augmenté, en particulier dans le domaine hospitalier ambulatoire, en gynécologie et en ophtalmologie. Les différentes valeurs du point tarifaire devraient refléter les écarts en termes de loyer et de niveau de salaire. Or l'analyse montre que ces facteurs de coûts n'influent pas systématiquement sur la valeur du point tarifaire au niveau statistique.

Les sources statistiques sur le Tarmed sont hétérogènes et incomplètes. Elles répondent principalement aux besoins des partenaires tarifaires lors des négociations de tarifs (parité des données). Aucun suivi scientifique n'est prévu pour la mise en œuvre du Tarmed. Il n'existe aucune analyse indépendante ni gestion de données uniforme. L'absence de surveillance des coûts dans les services hospitaliers ambulatoires tient, pour une part, à la qualité déficiente des données et, pour

une autre, au fait que H+, en tant que partenaire à la convention, n'a pas le pouvoir d'imposer la valeur du point tarifaire aux cantons. En outre, une statistique valable sur les revenus, avec indication du taux d'occupation, fait défaut pour pouvoir évaluer correctement l'évolution quantitative des revenus des médecins. On note également l'absence de données statistiques sur l'importance des assurances complémentaires (médecins indépendants) et des franchises / participations aux coûts des assurés.

Question 2: les indemnités calculées sur la base du Tarmed correspondent-elles à la réalité des coûts (cabinet médical et hôpital)?

La réalité des coûts signifie que les indemnités Tarmed (tarifs) correspondent aux coûts liés à l'exploitation efficiente d'un cabinet. D'une manière générale, la couverture des coûts par les indemnités Tarmed dépend du nombre de points tarifaires PM et PT et de la valeur de ceux-ci. Ces points équivalent au produit du taux de tarification et du minutage d'une position.

Les modèles tarifaires GRAT (cabinets médicaux) et Infra (services hospitaliers ambulatoires) destinés au calcul des taux tarifaires par minute sont différenciés et structurés. Les partenaires tarifaires ont réalisé des efforts importants pour modéliser les différentes composantes des activités et des coûts. La majeure partie des composantes utilisées pour les calculs reposent sur des valeurs empiriques, quel que soit l'élément des bases de calcul (PM, PT hôpital et PT cabinet). Certaines composantes se fondent sur des bases empiriques plus rares, notamment pour les minutages, les taux de productivité PM et le taux des coûts d'infrastructure des hôpitaux relatifs aux PT (Infra).

Les cinq paramètres de calcul des taux tarifaires PM ont été négociés et rendus plausibles en partie à l'aide d'enquêtes (revenu de référence) et de valeurs empiriques (temps de travail annuel). L'échelle relative à la valeur intrinsèque (niveau de qualification médicale requis), en tant qu'expression des différents revenus tout au long de la vie, et la faible productivité dans certaines unités fonctionnelles sont les éléments les plus difficiles à justifier. La productivité est définie très strictement dans le Tarmed, puisqu'elle désigne la part facturable de la durée de la prestation. La baisse de productivité de 72 % à 45 % dans l'unité Salle d'opération 1 est particulièrement frappante, sans que cette hausse importante du tarif ne soit étayée de manière plausible par des chiffres. La réduction du taux de productivité PM dans les unités fonctionnelles techniques est survenue pendant les négociations, lorsque le corps médical pratiquant des opérations menaçait d'abandonner le Tarmed. Les valeurs de productivité sous-jacentes des PM, minutages compris, influent fortement sur les tarifs, sur les chiffres d'affaires et, par conséquent, sur les revenus du corps médical. Il est dès lors capital que ceux-ci soient proches de la réalité et fixés selon une pratique efficiente. Cela s'applique également à l'utilisation d'une unité fonctionnelle, comme le montre l'exemple pratique sur l'ECG.

Deux modèles (GRAT et Infra) ont été développés pour calculer les taux tarifaires par minute des PT, et des enquêtes ont été menées auprès d'une partie du corps médical et de certains hôpitaux afin de déterminer empiriquement les composantes tarifaires (valeurs de référence). La plupart de ces valeurs datent cependant des années 90. Or les innovations technologiques (capsule-endoscopie) et les changements organisationnels permettent et requièrent de nouveaux calculs des taux tarifaires et des minutages (REKOLE et SwissDRG). Pour l'OFSP, les calculs des taux tarifaires par minute des PT demeurent une boîte noire.

Comme le montrent les exemples pratiques, certains domaines comme les opérations de la cataracte bénéficient de larges avancées technologiques qui pourraient justifier une réduction tarifaire. Or le Tarmed ne reflète pas ces dernières. La Surveillance des prix a tenté plusieurs fois d'obtenir une baisse des minutages de ces opérations, en vain. Par ailleurs, plusieurs exemples pratiques démontrent que l'évolution technologique des appareils a permis une recrudescence des diagnostics, notamment pour les ECG et les échographies, et que les explications du médecin requièrent dès lors davantage de temps. Il conviendrait de vérifier notamment les minutages de ces tarifs et, le cas échéant, le calcul des taux tarifaires.

Concernant les minutages, certains éléments pouvant améliorer la crédibilité de la réalité des coûts (critères, méthodes de recueil des données, documentation) font défaut. Il convient également de démontrer dans quelle mesure les modèles et les valeurs de référence reflètent les frais liés à l'exploitation efficiente d'un cabinet. Il s'agit certes d'une tâche colossale pour un tarif à la prestation comprenant près de 4300 positions et deux modèles tarifaires comportant une centaine de valeurs de référence, mais elle n'est pas insurmontable techniquement si les partenaires tarifaires s'accordent sur un concept et une procédure (Tarmed 2010).

D'après les partenaires tarifaires, le Tarmed a été défini selon des principes de gestion, avec une valeur du point tarifaire fixée à 1 franc. La mise en œuvre de la neutralité des coûts a toutefois entraîné une diminution des valeurs initiales du point tarifaire, ce qui a relativisé l'exactitude économique du Tarmed, toujours d'après ces partenaires. Les analyses indiquent que la neutralité des coûts a été atteinte en termes statistiques, c'est-à-dire que les dépenses augmentent au même rythme qu'avant l'introduction du Tarmed.

Ces analyses révèlent une hausse parfois importante du volume dans les services hospitaliers ambulatoires, en ophtalmologie et en gynécologie. Il s'agit là d'un effet du Tarmed dans la mesure où les prix peuvent être contrôlés plus facilement dans un tarif à la prestation, à l'aide de la valeur du point tarifaire, et où les différents acteurs peuvent développer les volumes. Il est alors possible de compenser (partiellement) les pertes de chiffre d'affaires et de revenus résultant d'une baisse des prix.

Conformément à 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. Cette structure tarifaire est applicable par tous les médecins qui sont autorisés à pratiquer l'assurance obligatoire des soins et qui facturent des prestations individuelles à la charge de celle-ci. Les conventions contractuelles divergentes ne sont autorisées que si le tarif convenu concerne des forfaits. Les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence constituent des forfaits au sens strict. Ceux-ci sont encouragés de plus en plus par les assureurs pour les opérations de la cataracte, afin de tenir compte de la réduction de leur durée actuelle en raison de l'évolution technologique. L'indemnisation des examens auditifs constitue également *de facto* un forfait, car seules certaines positions peuvent être facturées en vertu des directives. De nombreux fournisseurs de prestations, en particulier les hôpitaux, facturent eux aussi leurs services à la manière d'un forfait. Eu égard aux processus prédéfinis, les soins sont souvent facturés électroniquement à l'aide d'un ensemble préétabli de positions, indépendamment de celles qui ont été effectivement utilisées.

A la demande du CDF, Infras a examiné la neutralité des coûts des indemnités à l'aide d'exemples pratiques.¹³⁸ Dans l'ensemble, les indemnités sont plutôt faibles pour les exemples pratiques 1 à 4 et celles de l'exemple 8 sont plutôt faibles à convenables. Celles de l'exemple 10 sont considérées comme appropriées, tandis que les indemnités des exemples pratiques 5, 7 et 11 sont plutôt élevées. Aucune évaluation concluante n'est possible pour les exemples pratiques 6 et 9.

D'après les déclarations obtenues et différentes sources de données, les cantons subventionnent les services hospitaliers ambulatoires et le Tarmed ne couvre pas ses frais. Santé Suisse doute cependant que ces calculs reposent sur une fourniture efficiente des prestations, comme cela est expressément exigé par l'OAMaI.

Question 3: 3. Si l'évaluation est trop basse ou trop généreuse, quels en sont les effets possibles?

Si, d'une manière générale, l'évaluation des prestations individuelles est trop basse dans le Tarmed, l'AOS est détériorée et le «système de santé à deux vitesses», renforcé. Si elle est trop élevée, les dépenses de l'AOS sont trop importantes et il existe un potentiel d'économie.

L'évaluation trop élevée ou trop basse de certaines prestations peut entraîner des incitations erronées et des changements de comportement de sorte que certaines positions seront davantage utilisées (hausse du volume) ou que des positions moins lucratives seront remplacées par d'autres plus onéreuses. Ces changements influent à leur tour sur les assurances sociales en augmentant les coûts correspondants, par exemple si des positions sont comptabilisées dans le cadre d'un groupe de prestations alors qu'elles ne sont pas nécessaires d'un point de vue médical.

Des évaluations incorrectes influent également sur les revenus des médecins: si l'indemnité est trop élevée ou trop faible après l'introduction du Tarmed, le revenu augmente ou diminue. Les analyses du CDF montrent que les chiffres d'affaires et les revenus des médecins évoluent de manière comparable avant et après le Tarmed. Dans certains domaines, des incitations erronées ont probablement entraîné une hausse des volumes: extension de la part des positions Tarmed importantes ou principales, augmentation notable de la part des opérations de la cataracte. La marge de manœuvre des médecins pratiquant des opérations pour accroître leur revenu en améliorant l'efficacité est plus grande que celle des médecins de premier recours.

La progression du chiffre d'affaires des hôpitaux a été nettement plus importante que celle des cabinets médicaux. La distinction entre effet du prix et effet du volume pour le chapitre 00, Prestations de base, révèle que l'augmentation totale du volume entre 2006 et 2007 dans les hôpitaux (près de 19 %) est beaucoup plus forte que dans les cabinets médicaux (5 % environ). Les développements ont entraîné un glissement: la part des hôpitaux dans les prestations médicales ambulatoires a passé de 36 % environ en 2003 à 39 % en 2007. Cela correspond cependant à une tendance à long terme et ne devrait découler que de manière restreinte d'évaluations erronées du Tarmed. Il convient à cet égard de noter que les valeurs du point tarifaire sont généralement plus élevées dans les hôpitaux que dans les cabinets médicaux.

On observe un glissement entre les prestations ambulatoires et stationnaires dans les hôpitaux: les coûts des soins ambulatoires équivalaient en 2003 à environ 12,2 % de ceux des soins stationnaires.

¹³⁸ Infras (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele Hauptbericht

res, alors que cette part s'est élevée à 14,4 % en 2007. Il s'agit là encore d'une tendance à long terme. L'analyse des sources statistiques n'indique pas que ce glissement résulterait d'évaluations erronées dans le Tarmed. Pour les cantons, les incitations financières dans les services hospitaliers ambulatoires sont fixées différemment (financement moniste) de celles du domaine des soins stationnaires.

Autres conséquences possibles d'une tarification trop élevée/basse: les assurances complémentaires semblent jouer un rôle dans les opérations de la cataracte et les curetages évacuateurs lors d'un avortement. En l'espèce, les soins stationnaires sont encouragés, car le prix d'une opération de la cataracte en stationnaire peut être nettement plus élevé que celui d'une opération réalisée en ambulatoire. L'incitation du Tarmed doit cependant être considérée comme mineure, car les patients préfèrent davantage être traités en ambulatoire, comme l'ont montré les exemples pratiques. Aucune tendance homogène n'a été relevée pour les prestations de laboratoire dans les exemples pratiques examinés. L'absence de données valables ne permet pas de tirer des conclusions quant à un éventuel changement de la propharmacie à la suite de l'introduction du Tarmed.

Question 4: Dans quelle mesure la mise à jour du Tarmed est-elle fiable et effectuée en temps utile ? Si l'évaluation est trop basse ou trop généreuse, quels en sont les effets possibles?

Conformément à la LAMal, les parties à la convention doivent veiller à ce que les soins soient appropriés et de qualité élevée, tout en étant le plus avantageux possible. D'après l'OAMal, elles ont (depuis 2007) l'obligation de vérifier régulièrement le Tarmed et de l'adapter si le tarif ne correspond plus à la réalité des coûts. Les autorités d'approbation doivent être informées des résultats de ces vérifications.

Les quatre partenaires tarifaires ont développé le Tarmed à leurs frais («projet de 7 millions») et vendu une version précédente du tarif pour plusieurs millions à la *Deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung* (fédération allemande des médecins conventionnés). Ils sont propriétaires du siège de Tarmed Suisse, mais financent avec leurs propres fonds les bases de données, les enquêtes et la participation aux organes de cette société. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a un rôle d'observateur dans Tarmed Suisse.

Une proposition visant à professionnaliser le siège de Tarmed Suisse, qui est constitué d'un responsable et de son assistante, a été rejetée en 2009 par les quatre partenaires tarifaires, ceux-ci conservant de manière décentralisée le pouvoir décisionnel et les ressources. La direction a changé plusieurs fois ces dernières années, ce qui laisse présager du faible poids dudit siège. Les relations entre les partenaires tarifaires étant très mauvaises, il est difficile de trouver le compromis nécessaire à la mise à jour du tarif. Les décisions des organes de Tarmed Suisse (CPT, CPI, PaKoDig) et du comité directeur requièrent l'unanimité des quatre partenaires tarifaires. Le travail en est d'autant plus contraignant et les décisions lentes (droit de veto). Une proposition (analogue à SwissDRG) permettant de prendre des décisions à la majorité qualifiée au sein de Tarmed Suisse a été écartée.

Les ressources investies dans la mise à jour du Tarmed par les partenaires tarifaires ne peuvent être déterminées avec précision, car ces activités concernent plusieurs acteurs et se recoupent

avec d'autres activités tarifaires indispensables. Par exemple, la FMH et santésuisse ont externalisé leurs bases de données auprès de leur propre société (respectivement New Index et Sasis AG). Aux coûts d'utilisation du Tarmed s'ajoutent les coûts informatiques des fournisseurs de prestations et ceux relatifs à la facturation (électronique et sur papier).

La mise à jour du tarif repose, d'une part, sur une actualisation régulière (autorisations et nouveaux calculs de positions individuelles, etc.) et, d'autre part, sur des révisions plus profondes de chapitres entiers (RE III) ou sur le nouveau calcul de modèles de tarification (Tarmed 2010). La mise à jour régulière stagne: la commission paritaire tarifaire a traité entre 100 et 200 changements de tarif les premières années, mais entre 60 et 70 seulement en 2007 et 2008. Le projet de révision Tarmed 2010 est bloqué, car la FMH et santésuisse n'ont pu convenir d'une procédure commune: le monitoring des coûts, c'est-à-dire la façon de surmonter une éventuelle hausse des coûts en cas de nouveau calcul du Tarmed, constitue la pomme de discorde. D'après le calendrier initial, Tarmed 2010 devrait être mis en œuvre en 2011, mais cette révision risque de ne jamais voir le jour ces prochaines années, bien que les partenaires tarifaires s'accordent à reconnaître sa nécessité.

Question 5: la Confédération devrait-elle intervenir plus activement ou faire preuve de davantage de retenue dans le processus de mise à jour du tarif?

Le législateur a décidé que les tarifs à la prestation (comme le Tarmed) doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Les tarifs à l'échelle nationale nécessitent l'approbation du Conseil fédéral. L'autonomie tarifaire s'applique dans le cas du Tarmed, contrairement au tarif des laboratoires («tarif d'office»). Les partenaires tarifaires négocient dans un premier temps, puis le Conseil fédéral approuve la structure tarifaire en tant qu'élément de la convention tarifaire, après avoir vérifié sa conformité à l'équité et au principe d'économie.

Avant 2003, le Conseil fédéral avait plusieurs fois fait pression sur les partenaires à la convention afin qu'ils acceptent un «tarif d'office» s'ils ne parvenaient pas à s'accorder.. Le Tarmed n'aurait vraisemblablement jamais vu le jour sans cette pression politique. Il a été mis en œuvre au niveau national en 2004 (pour toutes les assurances sociales), avec plusieurs années de retard.

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) était chargé d'approuver les premières versions du Tarmed. Depuis 2004, cette tâche incombe à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Tous deux font partie du Département fédéral de l'intérieur. L'office fédéral compétent a analysé la première version de la structure tarifaire et fait réaliser plusieurs études de l'économicité et des coûts supplémentaires escomptés. Les partenaires tarifaires ne lui ont fourni aucune documentation écrite complète sur les modèles de calcul.

Depuis l'approbation de la première version du Tarmed, l'OFSP se contente d'analyser les modifications entreprises. Les partenaires à la convention des fournisseurs de prestations (H+ et la FMH) contestent le fait que l'autorité d'approbation doive accepter des versions révisées du Tarmed en tant que structure tarifaire. L'OFSP insiste sur le fait que celle-ci fait partie de la convention tarifaire soumise à approbation.. En 2010, les partenaires tarifaires ont maintenu l'indemnité de dérangement en cas de visite sans l'accord du Conseil fédéral. L'examen matériel du principe d'économie du Tarmed est formel (axé sur les modifications de la structure) et général

(axé sur l'ensemble du tarif). L'OFSP estime qu'une version officielle est nécessaire, que l'approbation revêt un caractère préventif et que cela lui permet d'acquérir un certain savoir-faire sur le tarif. Les ressources en personnel affectées par l'OFSP à l'approbation du Tarmed sont très limitées.

La Surveillance des prix se penche sur le Tarmed depuis des années. En 1999, elle avait remis aux partenaires tarifaires des recommandations parfois très détaillées pour le calcul des points tarifaires. Lors de l'introduction du Tarmed, elle a porté son attention sur la neutralité des coûts. Depuis la fin de la phase d'introduction, qui a duré jusqu'en 2005, la Surveillance des prix examine les adaptations de la valeur du point tarifaire: elle dispose d'un droit de recommandation vis-à-vis des gouvernements cantonaux, qui constituent les autorités d'approbation ou de fixation. La Surveillance des prix a élaboré son propre monitoring des coûts, sur lequel reposent les recommandations relatives à la valeur du point tarifaire.

Les partenaires tarifaires ont récemment demandé au Conseil fédéral de fixer le tarif de la capsule-endoscopie après que leurs négociations en la matière se sont révélées infructueuses. Or le Conseil fédéral ne peut fixer une structure tarifaire qu'en l'absence de convention (ou en cas de dénonciation de celle-ci). Il ne dispose d'aucun mandat légal pour définir une tarification au sein d'une convention existante (exception pour les forfaits).

En vertu 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. Les dispositions de l'art. 59c OAMal sont entrées en vigueur le 1^{er} août 2007. Elles stipulent que le Conseil fédéral devrait également vérifier si le tarif couvre au plus les coûts justifiés de manière transparente de la fourniture efficiente des prestations. Aucune vérification du principe d'économie n'a encore été réalisée au niveau des prestations. En outre, l'OFSP ne dispose jusqu'à présent d'aucun concept pour l'exécution d'une telle mesure. Dans certains cas, les prestations nouvelles et contestées sont soumises à une vérification de l'économicité par la commission compétente et par la section Prestations de l'OFSP, comme le montre l'étude de cas sur les écographies réalisée dans le cadre de la présente évaluation. La CdG avait critiqué, lors d'une évaluation, le fait que les travaux de cette commission portent principalement sur l'efficacité et l'adéquation des prestations et trop peu sur l'économicité. La capsule-endoscopie est obligatoirement prise en charge en vertu de l'OPAS, mais la commission ne s'est pas exprimée sur les coûts (ni sur la tarification). Les partenaires tarifaires ne se sont pas entendus sur une tarification; le Conseil fédéral ne dispose toutefois d'aucun mandat légal tant que la convention tarifaire n'est pas dénoncée.

L'art. 28 OAMal donne à l'OFSP les moyens légaux d'obtenir toutes les données de facturation (ensemble des positions tarifaires des factures, etc.) auprès des assureurs afin de «contrôler le caractère économique des prestations fournies». L'art. 22a LAMal permet à l'OFS de collecter les données des fournisseurs de prestations pour «surveiller le caractère économique et la qualité des prestations». Les bases légales citées ont été créées et améliorées récemment. L'OFS et l'OFSP ont entamé des entretiens visant à déterminer comment les données des assureurs (pool de données, base de données Tarifpool, autres) et celles des fournisseurs de prestations (hôpitaux, éventuellement cabinets médicaux) pourraient être mieux évaluées à l'avenir afin de mettre en œuvre les objectifs de la LAMal (vérification du caractère économique) et de mieux exploiter les informations et les ressources existantes.



Les recommandations du CDF tendent à préserver l'autonomie tarifaire tout en améliorant les bases légales pour que l'autorité d'approbation puisse intervenir en cas de tarification manquante ou erronée. Pour ce faire, le savoir-faire des autorités fédérales doit être renforcé par l'intermédiaire d'analyses statistiques et d'autres mesures.

8 Recommandations

Le Tarmed constitue un immense progrès par rapport aux anciens tarifs cantonaux hétérogènes. Il offre par ailleurs un énorme potentiel d'analyse des prestations facturées, qui demeure quasiment inexploité jusqu'à présent. Mais notre évaluation montre d'importants problèmes concernant la mise à jour du tarif et la réalité des coûts des rémunérations. Certaines prestations ne sont pas tarifées, même après plusieurs années, et elles sont facturées par analogie avec d'autres positions.

La LAMal n'offre aucune base légale permettant au Conseil fédéral d'administrer le Tarmed. La crédibilité de la Confédération auprès des partenaires tarifaires est faible, principalement en raison de son manque de savoir-faire. Un tarif médical fixé par un office nécessiterait l'engagement de ressources supplémentaires dans l'administration fédérale. Aussi le CDF juge-t-il important que les partenaires tarifaires continuent à assumer les révisions du tarif à l'avenir.

Le CDF partage l'avis des partenaires tarifaires et estime nécessaire une refonte en profondeur du Tarmed. Les objectifs actuels du projet de révision Tarmed 2010 restent cependant vagues et contestés et leur concrétisation se révèle très difficile, car il en ressortira forcément des gagnants et des perdants. Au risque d'imploser, la FMH n'est pas en mesure d'arbitrer, à elle seule, de tels conflits entre ses membres. La révision du Tarmed devrait, en outre, être coordonnée avec l'introduction de SwissDRG en 2012. Le climat de négociation qui prévaut entre les partenaires tarifaires peut être qualifié de délétère. Le droit de veto au sein de Tarmed Suisse favorise le statu quo et menace le tarif d'obsolescence. La qualité des données à interpréter est systématiquement contestée par chaque partenaire («parité des données»). Les associations de consommateurs ou de patients sont très peu actives au niveau du Tarmed. De plus, la prolongation d'une révision importante sur plusieurs années risque, à terme, d'empêcher les mises à jour indispensables au bon fonctionnement du Tarmed.

Par conséquent, le CDF considère que le rôle de la Confédération doit être renforcé. La procédure actuelle d'approbation *ex ante* des versions remaniées est relativement formelle et exige beaucoup de temps. La Confédération intervient en cas de consensus entre les partenaires tarifaires, mais rarement en cas de conflits ou de problèmes. L'autorité d'approbation devrait mettre en place un contrôle *ex post* du caractère économique et prendre des mesures s'il s'avère que le Tarmed ne respecte pas les principes fixés.

Les six recommandations du CDF concernent le Tarmed et non les tarifs en général. L'office fédéral compétent devrait en tenir compte en cas de révision éventuelle de la loi ou de l'ordonnance.

Recommandation 1: édicition de principes clairs

Le CDF recommande à l'Office fédéral de la santé publique d'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.

La présente évaluation montre que ces principes devraient porter sur les aspects suivants:

- 1.1 Modalités à respecter lors du calcul des minutages pour les prestations de spécialistes:** les minutages doivent être fixés sur la base d'une pratique efficace appliquée par un médecin expérimenté et de comparaisons internationales.
- 1.2 Critères à considérer lors du calcul des facteurs de productivité:** ils se fondent actuellement sur le lieu où la prestation est fournie (unités fonctionnelles). Ils doivent reposer sur la productivité effective d'un médecin expérimenté et sur celle du reste de l'infrastructure.
- 1.3 Pour les équipements techniques onéreux, définition du taux d'utilisation pris en compte dans le calcul de l'indemnisation:** il s'agit d'éviter l'acquisition massive d'équipements techniques médicaux onéreux.
- 1.4 Pour les unités fonctionnelles Tarmed, définition du taux d'utilisation pris en compte dans le calcul de l'indemnisation:** il s'agit, d'une part, d'identifier les facteurs caractéristiques d'une pratique efficace et de favoriser les cabinets médicaux collectifs s'ils sont plus avantageux et, d'autre part, d'éviter toute incitation erronée pour des investissements inopportuns.
- 1.5 Le cas échéant et dans le cadre de l'initiative constitutionnelle «Oui à la médecine de famille», examen des possibilités de revalorisation de la médecine générale:** le Conseil fédéral pourrait formuler des objectifs sur les différences de revenus entre les groupes de médecins. Le réexamen des valeurs intrinsèques ou de la réduction de moitié de l'indemnité relative à la position 00.0030 constituerait une mesure possible.

Si le Conseil fédéral souhaite atteindre des objectifs politiques dans le domaine de la médecine ambulatoire, l'édiction de principes pour le Tarmed est plus judicieuse que l'adoption de mesures uniques et fragmentées. La Confédération doit être en mesure de s'assurer du respect des principes et, si nécessaire, avoir la possibilité de fixer elle-même ces paramètres. Après plusieurs années de neutralité des coûts non différenciée, il semble plus efficace de déterminer les secteurs à revaloriser et ceux où des économies doivent être réalisées. Des principes concrets permettant l'application des règles de l'économie d'entreprise et une structure appropriée manquent dans le domaine des soins ambulatoires.

Le Tarmed existe depuis sept ans. Les valeurs empiriques et les données à analyser devraient donc être disponibles en quantité suffisante pour concrétiser ces principes. Le projet de révision des partenaires tarifaires (Tarmed 2010) est retardé avant même d'avoir commencé; un délai devrait être communiqué au Conseil fédéral pour la prochaine révision tarifaire.

Recommandation 2: tarification provisoire par le Conseil fédéral

Le CDF recommande à l'Office fédéral de la santé publique de 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 de l'AOS n'est pas tarifée ou lorsque des indices révèlent que la structure du tarif n'est plus appropriée ou ne correspond plus 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.

Actuellement, la LAMal accorde à la Confédération certaines compétences, mais aucun moyen de sanction, hormis la possibilité théorique d'imposer un tarif si aucune convention tarifaire ne voit le jour. Cette recommandation suppose que l'OFSP soit en mesure d'identifier rapidement les prestations non tarifées et celles qui ne correspondent plus au principe d'économie. Le présent rapport fournit plusieurs exemples à ce sujet.

Le CDF propose donc de modifier comme suit la seconde phrase de l'art. 43, al. 5: *«S'il apparaît que la structure tarifaire n'est plus adaptée aux circonstances ou si les prestations ne sont pas tarifées ou si leur tarif ne respecte pas le principe d'économie, le Conseil fédéral doit procéder à des adaptations, qui s'appliqueront jusqu'à ce que les parties trouvent un accord.»*

Il est capital de coordonner cette recommandation avec la révision prochaine de l'art. 3, al. 5^{ter}, LAMal (qui fait actuellement l'objet d'une procédure d'élimination des divergences au Parlement. Selon le calendrier, une décision devrait être prise à ce sujet lors de la session d'automne 2010):

«5^{ter} En dérogation aux al. 4 et 5, le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations dans la structure tarifaire si les parties concernées ne parviennent pas à s'entendre sur une révision et s'il apparaît que ladite structure n'est plus adaptée aux circonstances.»

La recommandation 4 propose une procédure permettant au Conseil fédéral de fixer une tarification provisoire si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre.

Recommandation 3: interdiction d'une facturation par analogie

Le CDF recommande à l'Office fédéral de la santé publique de 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.

Plusieurs prestations médicales restent non tarifées pendant de nombreuses années, parfois même après avoir été intégrées dans le catalogue de prestations de l'AOS. Elles sont facturées par analogie à l'aide d'autres positions, selon l'interprétation de chaque fournisseur de prestations. Le risque que les médecins renoncent à envoyer des demandes de tarification à Tarmed Suisse sous peine de les voir refuser est important.

Le Tarmed comprend près de 4300 positions. Selon Tarmed Suisse, la facturation par analogie est interdite. Toutefois, la décision du Conseil fédéral du 18 septembre 2000 stipule explicitement que la facturation à l'aide de positions analogues est autorisée.

Les décisions tarifaires doivent être prises rapidement afin que les innovations et les nouvelles prestations médicales puissent être utilisées et correctement facturées. La Confédération doit avoir

la possibilité de fixer une tarification provisoire si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre (voir recommandation 2).

Les facturations par analogie ne doivent plus être remboursées et, en cas de plainte, l'OFSP doit pouvoir sanctionner le fournisseur de prestations contrevenant.

Recommandation 4: nouveau rôle pour la Surveillance des prix

Le CDF recommande d'accorder à la Surveillance des prix 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.

La prise de décision au sein de Tarmed Suisse est régulièrement bloquée, car elle requiert un consensus entre les quatre partenaires tarifaires. Sans mise à jour adéquate, le Tarmed est rapidement menacé d'obsolescence. Tarmed Suisse reconnaît la nécessité d'un arbitrage fonctionnel et décisionnel en cas de désaccord sur la tarification. Un statut d'observateur, celui de la CDS, existe déjà au sein de Tarmed Suisse.

Cette recommandation permet de trouver des solutions sans restreindre l'autonomie tarifaire des partenaires. Quatre étapes peuvent être considérées:

1. Des problèmes de tarification sont identifiés:
 - tarification inexistante d'une prestation de l'AOS,
 - structure du tarif qui n'est plus adaptée ou qui n'est pas économique,
 - tarification qui ne correspond pas à l'octroi d'une prestation selon les règles de l'économie d'entreprise par un fournisseur efficace.
2. Ces problèmes sont inscrits à l'ordre du jour de Tarmed Suisse par les partenaires tarifaires ou par la Surveillance des prix. Le cas échéant, ils font l'objet d'un examen approfondi et des solutions éventuelles sont proposées.
3. Si un blocage est avéré, la Surveillance des prix fixe un délai en vue d'un accord.
4. Si le blocage demeure, le cas est transmis au Conseil fédéral, qui définit la tarification (voir recommandation 2).

L'instauration d'un arbitrage rapide et efficace permettrait aux partenaires tarifaires d'éviter une intervention du Conseil fédéral.

Des décisions définitives pourraient ainsi être prises plus rapidement et les facturations par analogie, par exemple, écartées.

L'OFSP doit demander aux partenaires tarifaires de mettre à jour la documentation sur le calcul du Tarmed (documentation générale), car la dernière version date de juillet 1999 alors que le Tarmed a été profondément modifié depuis. La transparence relative aux modèles de calcul sous-jacents du Tarmed sera ainsi renforcée.

Recommandation 5: monitoring et analyses

Le CDF recommande à l'Office fédéral de la santé publique d'élaborer un concept d'analyse statistique des prestations médicales facturées et remboursées et de le faire approuver par le Conseil fédéral.

Les dépenses Tarmed de l'AOS représentent chaque année plus de 6 milliards de francs. Au cours des négociations, chaque partenaire tarifaire utilise ses propres données et remet en cause la validité de celles des autres parties («parité des données»). Le Tarmed ne bénéficie d'aucun suivi scientifique neutre. Son important potentiel n'est donc pas exploité pour des analyses indépendantes. Un groupe de travail comprenant des représentants des partenaires tarifaires, de l'OFSP, de l'OFS et de la Surveillance des prix doit être mis en place.

5.1 Les besoins d'analyse doivent être classés par ordre de priorité dans un plan comportant des objectifs à court et à long terme.

Il est indispensable que le Conseil fédéral s'assure à l'aide d'analyses indépendantes que le tarif respecte les principes (voir recommandations 1.1 à 1.5). Les innombrables pratiques de facturation doivent être examinées et d'autres analyses pertinentes en matière de politique de santé devraient également être prévues.

Le CDF recommande d'analyser les minutages d'une trentaine de prestations et la productivité réelle rapportée à l'unité fonctionnelle, en se concentrant sur les prestations ayant des effets économiques importants. Le présent rapport montre des exemples de minutages excessifs. Les prestations d'ophtalmologie devraient être retenues pour l'analyse. Celle-ci vise à identifier un ensemble optimal de positions Tarmed pour la fourniture des prestations concernées, à comparer les pratiques de facturation des spécialistes sur cette base et, le cas échéant, à fixer un montant forfaitaire pour le groupe de prestations.

Le CDF recommande également d'établir une statistique fiable sur l'évolution des revenus des médecins, qui intègre leur taux d'occupation et les sources de revenu annexes comme les assurances complémentaires.

5.2 Les données nécessaires doivent être définies.

Les factures Tarmed sont traitées électroniquement. Les bases de données de New Index, celles des principaux services hospitaliers ambulatoires et des principaux assureurs ainsi que la base de données Tarifpool doivent être systématiquement analysées pour comprendre les nombreuses pratiques de facturation. L'OFSP a acquies données auprès de santésuisse, mais ne les a guère analysées jusqu'à présent. La qualité des données de Tarifpool s'est améliorée ces dernières années. Le concept d'analyse doit également déterminer les données supplémentaires à utiliser.

5.3 La gestion des données sur les prestations ambulatoires doit être centralisée à l'Office fédéral de la statistique.

Les données sur les prestations ambulatoires, tout comme celles sur les soins stationnaires, seront fournies à l'OFS. Le concept d'analyse statistique des données Tarmed doit définir la collaboration entre l'OFS, l'OFSP, la Surveillance des prix et les autres partenaires.

Depuis 2007 (révision liée au financement des hôpitaux), l'art. 22a LAMal confère à l'OFS la compétence relative à la collecte des données des fournisseurs de prestations. L'office dis-

pose ainsi des bases nécessaires à l'obtention des données des cabinets médicaux. L'art. 28 OAMal régit la collecte des données des assureurs par l'OFSP. Ces dispositions légales définissent également le traitement et l'utilisation de ces données.

L'OFSP doit imposer à santésuisse l'identification claire des médecins pratiquants dans le registre des codes créanciers à l'aide d'un ou de plusieurs numéros afin que toutes les prestations facturées puissent être saisies facilement. L'ensemble des prestations fournies par un médecin serait ainsi répertorié, qu'elles aient été réalisées dans son propre cabinet ou pour le compte d'un hôpital ou d'une clinique. Cela n'est pas possible actuellement. Le but est de mieux connaître la pratique de facturation des différents médecins et d'améliorer la qualité des informations statistiques, notamment lorsque les médecins exercent dans plusieurs cantons.

5.4 Le concept doit déterminer les ressources nécessaires et les répartir entre les services concernés.

Recommandation 6: information du patient

Le CDF recommande à l'Office fédéral de la santé publique d'inviter le Conseil fédéral à simplifier les factures adressées aux patients afin que ces dernières puissent être contrôlées plus facilement.

La facture au patient ne doit comporter que les informations qu'il peut contrôler (et les lui présenter en termes simples – éviter si possible le latin) ainsi que les indications sur la durée des soins, en particulier la durée moyenne de la prestation selon le minutage Tarmed. Exemple:

Coloscopie (minutage, durée moyenne selon le Tarmed) - Prestation médicale : 38 min. (rapport de 5 min. inclus) - Temps d'occupation du local: 43 min.	CHF
Consultation (12,5 min.):	CHF
Matériel A:	CHF
Matériel B:	CHF
Total:	CHF

Les factures détaillées seront adressées aux caisses-maladie qui pourront ainsi contrôler les autres valeurs de référence. Il est important de mettre rapidement en place un système permettant d'éviter les doubles saisies auprès des assureurs-maladie.

Valeur divergente du point tarifaire au niveau cantonal: difficile à justifier et à modifier

En 2002, le Conseil fédéral, en tant qu'autorité d'approbation, avait recommandé aux partenaires tarifaires de convenir d'une valeur du point tarifaire uniforme au niveau cantonal. Le complément ci-après de l'art. 43 LAMal proposé par le Conseil national a été biffé début 2010 lors de la procédure d'élimination des différences au Parlement:



«5^{bis} Si un tarif à la prestation est appliqué et que les partenaires tarifaires ne soient pas convenus d'un point tarifaire national, un point tarifaire uniforme doit être appliqué à tous les fournisseurs de prestations dans chaque canton.»

En 2009, le Conseil fédéral a indiqué en réponse à une interpellation ¹³⁹ qu'il était prêt à envisager des modifications de loi si les partenaires tarifaires devaient ne pas effectuer le rapprochement souhaité. Huit ans après la recommandation correspondante du Conseil fédéral, aucun projet concret d'harmonisation de la valeur du point tarifaire au niveau cantonal n'a été réalisé.

¹³⁹ 09.3272, interpellation: Harmonisation des valeurs du point tarifaire dans tous les cantons

Annexe 1: Bases légales

Lois et ordonnances

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

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

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

Ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)

Loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM)

Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)

Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA)

Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)

Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (loi sur le contrat d'assurance, LCA)

Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)

Loi fédérale du 28 juin 1967 sur le Contrôle fédéral des finances (loi sur le Contrôle fédéral des finances, LCF)

Loi fédérale du 20 décembre 1985 concernant la Surveillance des prix (LSPr)

Messages

Commission Schoch (1990): révision de l'assurance-maladie, rapport de la commission d'experts du 2 novembre 1990 (Commission Schoch)

Conseil fédéral (1991): message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie

Conseil fédéral (2009): message sur les mesures pour endiguer l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.

Annexe 2: Bibliographie

- Groupe de travail Tarmed (2001): Tarmed: la boîte noire qui n'en est pas une, in: Bulletin des médecins suisses 2001; 82: n° 25, p. 1315 ss
- Caisse des médecins: Tarmed – eine unendliche Geschichte?, in: Check-up 01/2000
- Bapst L. (1999): Ist Grat/Infra ein betriebswirtschaftlich gerechneter Tarif?, in: Bulletin suisse des médecins 1999; 82: n° 11, pp. 639-647
- BASS (2008): Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von Tarmed-Daten
- Bosshard F. (2005): Tarmed veraltet? Braucht es eine Revision?, in: Bulletin des médecins suisses 2005; 86: n° 10
- Brunner, H. H. (1998): Grat: Zwischen Grund- und Extraleistung, in: Bulletin des médecins suisses 79:35, p. 1672 ss
- Brunner, H.H.(1999): Die Ergebnisse der Verhandlungen - Bericht über das Projekt Grat/Infra II, in: Bulletin des médecins suisses 1999; 80: n° 6, pp. 317-320
- Brunner, H.H: (1998): Das Referenzeinkommen. Die Schlüsselstelle der Grat-Begehung, in: Bulletin des médecins suisses 79:1, p. 5 ss
- OFAS (2001): Tarmed ... eine unendliche Geschichte?
- OFAS (2002): Lettre du 2 octobre 2002 aux partenaires tarifaires concernant la demande d'approbation de la structure tarifaire, avec décision du Conseil fédéral du 30 septembre 2002, y compris constatations et recommandations pour la mise en œuvre.
- OFAS (2004), programme de recherche LAMal II: Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin. Rapport de recherche n° 2/04.
- Büro Vatter (2001): Kostendämpfungsmassnahmen im KVG, Materialienband 3, Die Einflussnahme des Bundes auf den Arzttarif Tarmed. Etude réalisée à la demande de l'Organe parlementaire de contrôle de l'administration
- Crivelli, Luca et. al. (2007): I COSTI DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA
- D'Angelo, Mirjam, et Rhyn, Paul: prise de position de SantéSuisse sur l'article de Jürg Nadig «Verdeckte Rationierung dank Wirtschaftlichkeitsverfahren?» Wirtschaftlichkeitsverfahren der SantéSuisse nach der ANOVA-Methode, in: Bulletin des médecins suisses 2008;89: n° 21
- De Haller, Jacques, in: PrimaryCare 2001;1:686
- La Vie économique 12-2006, thème du mois: Système et promotion de la santé
- Dubach, Philipp et Künzi, Killian (2009): Médecins de premier recours et spécialistes: que nous dit le Tarmed sur leurs activités, in: Bulletin des médecins suisses 2009;90: 20
- DFI, communiqué de presse du 18 septembre 2000: Assurance-maladie: Le Conseil fédéral approuve le TarMed, la nouvelle structure du tarif médical valable pour toute la Suisse
- CDF (2008): Concept d'évaluation du Tarmed du 12 septembre 2008

- Eggli Y, Halfon P, Chikhi M, Bandi T, Känzig H. (2007): Analyse des prestations prises en charge par la LAMal, in: Sécurité sociale CHSS 3/2007, p. 131-135
- Eggli Y. et. al. (2005): Ambulatory healthcare information system : A conceptual framework, Health Policy 78 (2006) 26-38
- ETH/KOF (2008): Prévisions de printemps du KOF sur l'évolution des dépenses de santé publique en Suisse entre 2006 et 2009
- FMH (2000): Lettre ouverte de la FMH aux autres partenaires tarifaires, voir Bulletin des médecins suisses <http://www.bullmed.ch/pdf/2000/2000-20/2000-20-537.pdf>
- FMH/MTK/KSK (1998): Grundlageninformation zu Grat/Infra
- Délégation de la FMH: Résultats du reengineering II, in: Bulletin des médecins suisses 2003; 84: n° 32/33
- Fried R. et. al. (2006): Analyse Workflow du laboratoire du praticien
- Commission de gestion (07.004): Rapport annuel 2006 des Commissions de gestion et de la Délégation des Commissions de gestion des Chambres fédérales du 19 janvier 2007
- Commission de gestion du Conseil des Etats (5 avril 2002): Influence de la Confédération sur la maîtrise des coûts dans le domaine de la loi sur l'assurance-maladie – Examen de deux exemples précis
- Hans Heinrich Brunner: Analyse des différences de valeur du point entre tarifs LAMal cantonaux et tarif AA/AM/AI, in: Bulletin des médecins suisses 2001;82: n° 50
- Hauptli, W.: Remaniement (RE) du Tarmed, in: Bulletin des médecins suisses 2001;82: n° 49
- Imboden, Annamaria Müller (2007): Histoire courte en quelques brefs chapitres, in: Bulletin des médecins suisses, http://www.saez.ch/pdf_f/2007/2007-21/2007-21-541.PDF
- Jeanrenaud C. (2003): Mode de rémunération des médecins et coûts de la santé en Suisse
- Jeanrenaud C. et. al. (2005): Causes de l'accroissement des dépenses de santé: hausse du coût de la vie ou amélioration de la qualité des soins?
- Kägi-Diener, Regula (8.2.2009): Gutachten betreffend Verfassungs- und Gesetzmässigkeit von Art. 59c Abs.1 KVV
- Kocher G., Oggier W. Hrsg. (2007): Système de santé suisse 2007-2009
- Kuhn, Hanspeter (1999): Structures de tarifs, conventions tarifaires et neutralité des coûts dans la LAMal, in: Bulletin des médecins suisses 1999;80: n° 28
- Kuhn, Hanspeter (2001): Conventions tarifaires, approbation des tarifs, «neutralité des coûts», in: Bulletin des médecins suisses 2001;82: n° 18
- Lauterbach Karl W. et.al. (2006): Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe
- Leu Robert E. (2009): Comparaison des systèmes de santé suisse et néerlandais

- Neubauer, G. et Lindl, C. (déc. 2000): Die betriebswirtschaftlichen Grundlagen von Tarmed. Phase 1, Allgemeiner Teil. Etude réalisée à la demande de l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) et de la FMH
- Observatoire suisse de la santé (2004): Comparaison 1999-2003 des coûts de la prise en charge en milieu hospitalier et ambulatoire en Suisse. Analyse des dépenses des assureurs-maladie AOS effectuée sur la base du pool de données de santésuisse
- Observatoire suisse de la santé (2008): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung
- Observatoire suisse de la santé (2007): Evolution du taux d'activité en médecine ambulatoire entre 1998 et 2004
- Observatoire suisse de la santé/Camenzind, Paul (2008): Analyse des différences interrégionales dans le domaine des coûts de la santé. Analyse de la littérature internationale consacrée à l'économie de la santé et aux statistiques de la santé – avec un éclairage spécifique pour la Suisse. Document de travail 30, Obsan 2008
- Prantl A. (1999): Die Infrastrukturbewertung für Grat, in: Bulletin des médecins suisses 1999; 80: n° 2, pp. 67- 70
- Prantl, Anton (2000): Professionalität und Partnerschaft, in: Check-up, 2000, n° 1
- Surveillance des prix (1999): Complément à la prise de position sur les tarifs GRAT/Infra daté du 10 août 1999 (complément concernant les prestations techniques et la neutralité des coûts)
- Surveillance des prix (1999): Prises de position et recommandations du SPPr du 31 mars 1999
- Surveillance des prix (1999): Studie zu den Tarifen Grat / Infra, Berne, 31 mars 1999. (N.B.: ce document est disponible en allemand sur Internet. Son contenu correspond pratiquement à celui du document interne suivant.)
- Surveillance des prix (nov. 2004): Rapport sur l'organisation de la Surveillance des prix
- Contrôle parlementaire de l'administration (2001): Mesures de maîtrise des coûts dans la LAMal. Mesures et marge de manœuvre des organes responsables de la Confédération
- Contrôle parlementaire de l'administration (2008): Détermination et contrôle des prestations médicales dans l'assurance obligatoire des soins – Rapport du 21 août 2008 du Contrôle parlementaire de l'administration à l'attention de la Commission de gestion du Conseil national
- Droit et politique de la concurrence en pratique, 2008/5
- Droit et politique de la concurrence en pratique, 2009/5
- Reichert, Martina (2010): Revenus des médecins indépendants de Suisse en 2006 (nouveau) et 2005 (réévaluation), in: Bulletin des médecins suisses 2010;91:12
- Romanens, Michel et.al. (2009): Caisses-maladie, santésuisse et procédures d'économicité qui n'en sont pas..., in: Bulletin des médecins suisses 2009;90: n°1 / 2, p. 51
- Schleining R., Slembeck, T., Blöchlinger J. (2007): Bestimmung und Erklärung der kantonalen Mengenindizes der OKP-Leistungen. Etude réalisée à la demande de santésuisse
- Schleining R., Blöchlinger J. (2008): Mengen und Preise der OKP-Leistungen. Etude réalisée à la demande de santésuisse



Schneider, Sandra (2001): Formation des tarifs dans le système de santé suisse, in: Sécurité sociale CHSS, n° 2 mars/avril 2001

Association suisse des assistantes médicales et Caisse des médecins: guide Tarmed

Slembeck T. (2006): Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen. Etude réalisée à la demande de santé suisse

Sommer, Jürg (1987): Das Malaise im Gesundheitswesen – Diagnose und Therapieansätze

Stoffel, Urs: La convention sur les prestations et les prix (CPP), in: Bulletin des médecins suisses 2006;87: n° 39

Vieli R. (1999): Die Grat-Schlacht, Medical Tribune 32, (1999), 42, 30

Weissenburger, Andreas (2001): Le nouveau tarif médical Tarmed, in: Sécurité sociale CHSS, n° 2 mars/avril 2001; 61-62

Widmer, Thomas/BAG (2005): Tarmed – Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Auswirkungen von Tarmed

Centrale de compensation (CdC): Rapport d'activités 2007

Service central des tarifs médicaux (1999): Documentation générale

Parlement

98.3548, motion: Structure tarifaire uniforme pour les tarifs à la prestation

00.3116, interpellation: TarMed. Neutralité des coûts

00.3110, interpellation: Projet TarMed. Neutralité des coûts

00.3074, interpellation: Introduction de TarMed. Procédure d'approbation par le DFI/Conseil fédéral

06.3166, interpellation: Pénurie de médecins de premier recours

07.3279, postulat: Revalorisation de la médecine de famille

09.3275, motion: Instauration du système moniste dans la LAMal

09.3272, interpellation: Harmonisation des valeurs du point tarifaire dans tous les cantons

Annexe 3: Entretiens

Liste des personnes et organisations interrogées par le CDF durant la phase de conception et de rédaction du rapport:

FMH: Ernst Gähler (membre du Comité central), Beat Bumbacher (responsable du service tarifaire), Hanspeter Kuhn (avocat), Marcel Butz (expert en tarifs), Karl Bachofen (expert en tarifs).

santésuisse: Stefan Kaufmann (directeur), Urs Vogt (médecin-conseil), Marco D'Angelo (responsable Systèmes d'information de la branche), Luca Petrini (responsable Convention prestations-prix), Roland Amstutz (procédure d'économicité), Reto Guetg (médecin-conseil), Urs Vogt (médecin conseil), Verena Nold (responsable de service), Sarah Eggenschwiler (experte Tarifpool), Christian Rüetschi (expert du pool de données), Alfred Müller (expert en tarifs).

H+: Christoph Schöni (responsable Tarifs), Stephan Hänseberger (responsable Gestion et Tarifs), Caroline Piana (experte en tarifs), Bernhard Wegmüller (directeur).

SCTM, Service central des tarifs médicaux: Denise Rüegg (directrice), Rolf Schmidiger (responsable du service Controlling des frais de traitement), Roman Wey (controlling des frais de traitement), Beat Blasimann (expert médical), Andreas Weissenburger (économiste de la santé), Philippe Hayoz (économiste de la santé), Susanne Jenzer (experte en tarifs).

CCM, Conférence des sociétés cantonales de médecine: Urs Stoffel (co-président), Peter Wiedersheim (membre du comité directeur).

CDS, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé: Michael Jordi (secrétaire central suppléant).

Tarmed Suisse: René Wirz (directeur).

Caisse des médecins: Anton Prantl (directeur exécutif).

New Index: Philipp Baumann (délégué du conseil d'administration), Andreas Bühler, Stefan Callagher.

SSMG, Société suisse de médecine générale: Franziska Zogg (membre de la direction), Walter Häuptli (expert en tarifs).

SSO, Société suisse d'ophtalmologie: Peter M. Leuenberger (secrétaire permanent), Christoph Egli (avocat).

SSGO, Société suisse de gynécologie et d'obstétrique: David Stucki (président), Pierre Villars (expert en tarifs)

SSMI, société suisse de médecine interne: Werner Bauer (membre du comité directeur), Jürg Rufener (expert en tarifs).

Surveillance des prix: Manuel Jung (responsable Domaine de la santé), Maira Fierri (économiste).

OFSP, Office fédéral de la santé publique: Peter Indra (vice-directeur), Sandra Schneider (cheffe de division), Pascal Strupler (directeur), Bruno Fuhrer (responsable de section), Khadir Senouci (collaborateur scientifique), Marie-Thérèse Furrer (collaboratrice scientifique), Till Bandi



(responsable de section), Herbert Känzig (responsable de section suppléant), Ulla Kilchenmann (collaboratrice scientifique), Christoph Kilchenmann (responsable de section).

OFAS, Office fédéral des assurances sociales: François Donini (responsable de section), Markus Buri (collaborateur scientifique), Martin Gebauer (spécialiste des tarifs), Antoine Exchaquet (responsable de section), Gregor Sprenger (collaborateur scientifique).

OFS, Office fédéral de la statistique: Marco d'Angelo (responsable de section).

CdC, Centrale de compensation: Alex Pavlovic.

OBSAN, Observatoire de la santé: Stefan Spycher (directeur), Hélène Jaccard (collaboratrice scientifique).

Autres experts: Hans Heinrich Brunner (centre d'urgence de l'hôpital de l'île, Berne), Thomas Widmer (professeur, Université de Zurich), Stefan Hänseberger (responsable Tarifs, hôpital de l'île, Berne).

Entretiens dans le cadre des études de cas: voir Infrac (2010): Evaluation Tarmed: Fallbeispiele Hauptbericht, annexe 1

Entretiens dans le cadre du rapport partiel sur la mise à jour du Tarmed: voir CDF (2010): Mise à jour du Tarmed. Examen des processus et du rôle de la Confédération, annexe 4

Annexe 4: Groupe d'accompagnement, juin 2010

Organisation	Fonction	Prénom	Nom
FMH, Fédération des médecins suisses	Vice-président de la FMH, responsable du secteur Tarifs et conventions	Ernst	Gähler
santésuisse	Responsable du service Négociations contractuelles, directrice suppléante	Verena	Nold
santésuisse; Spital Netz Bern, Institut de radiologie	Médecin-conseil, médecin-chef	Urs	Vogt
SCTM, Service central des tarifs médicaux	Directrice	Denise	Rüegg
SCTM, Service central des tarifs médicaux	Economiste de la santé	Andreas	Weissenburger
H+ Hôpitaux de Suisse	Directeur du secrétariat central	Bernhard	Wegmüller
Tarmed Suisse	Responsable du bureau	Markus	Baumgartner
CM, Caisse des médecins	Directeur exécutif	Anton	Prantl
SSMG, Société suisse de médecine générale	Vice-présidente	Franziska	Zogg-Harnischberg
CDS, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé	Secrétaire central	Michael	Jordi
Médecins de famille Suisse	Expert en tarifs	Jürg	Rufener
SSORL, Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale	Président de la commission des assurances	Tibor	Somlo
SSGO, Société suisse de gynécologie et d'obstétrique	Expert en tarifs	Pierre	Villars
SSO, Société suisse d'ophtalmologie	Secrétaire permanent	Peter M.	Leuenberger
SSO, Société suisse d'ophtalmologie	Avocat	Christoph	Egli
OFSP, Office fédéral de la santé publique	Responsable de la section Tarifs et fournisseurs de prestations	Bruno	Fuhrer
OFSP, Office fédéral de la santé publique	Responsable de l'unité de direction LAMal	Sandra	Schneider
OSP, Organisation suisse des patients	Présidente	Margrit	Kessler
CCM = Conférence des sociétés cantonales de médecine AGZ = Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich	Co-président de la CCM et président de l'AGZ	Urs	Stoffel

L'OFAS a également été invité à participer au groupe d'accompagnement en la personne d'Antoine Exchaquet, responsable de section.

Annexe 5: Chiffres-clés relatifs aux études de cas

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 1: CONSULTATION + PRESTATION MÉDICALE EN L'ABSENCE DU PATIENT				
	Pos. 00.0010	Pos. 00.0020	Pos. 00.0030	Pos. 00.0140
Nombre de points tarifaires (2009) ¹⁴⁰	17,76	17,76	8,88	17,76
Nombre d'imputations, coût moyen par cas, total des sommes facturées pour l'exemple pratique: indications non disponibles, car aucun trigger (voir chap. 1.4)				
Evolution du volume: nombre d'imputations des positions individuelles¹⁴¹				
Cabinets médicaux: 2007	30,1 millions	24,6 millions	24,7 millions	8,3 millions
Cabinets médicaux: 2005–2007	- 2,4 %	+7,1 %	-2,3 %	+23,5 %
Hôpitaux: 2007	4,7 millions	7,4 millions	4,3 millions	2,6 millions
Hôpitaux: 2005–2007	+10,6 %	+24,4 %	+12,9 %	+9 %
Importance financière absolue: sommes facturées pour les positions individuelles¹⁴²				
Cabinets médicaux: 2007	469 millions CHF	388 millions CHF	192 millions CHF	131 millions CHF
Cabinets médicaux: 2005–2007	-2,1 %	+4,5 %	-3,1 %	+21,4 %
Hôpitaux: 2007	75 millions CHF	119 millions CHF	34 millions CHF	41 millions CHF
Hôpitaux: 2005–2007	+10,4 %	+25,1 %	+13,0 %	+9,7 %
Importance financière relative: part du chiffre d'affaires Tarmed des positions individuelles¹⁴³				
Médecine générale	19,8 %	18,8 %	8,7 %	5,5 %
Médecine interne	18,1 %	18,7 %	8,0 %	5,8 %
Ophthalmologie	12,6 %	1,8 %	3,1 %	1,0 %
Gynécologie	11,8 %	5,2 %	4,3 %	3,4 %
Services hospitaliers ambulatoires	3,5 %	5,6 %	1,6 %	1,9 %

¹⁴⁰ Indications selon la version 1.06.00 du Tarmed, valable à partir du 1.3.2009.

¹⁴¹ Source: pool tarifaire. Extrapolation pour une couverture de 100 %. N.B.: s'applique à tous les décomptes de positions et pas uniquement à ceux d'un exemple pratique

¹⁴² Idem.

¹⁴³ Idem.

Autres informations sur la consultation de base ¹⁴⁴				
	Médecine générale	Médecine interne	Ophtalmologie	Gynécologie
Part de la consultation de base dans toutes les séances en 2008	50,2 %	47,2 %	0,6 %	5,5 %
Durée consultation de base en 2008: Augmentation de 2004 à 2008	13,3 min. +8,7 %	13,9 min. +9,3 %	8,8 min. +1,6 %	12,3 min. +8,1 %

Source: CDF (2010): Etudes de cas Tarmed – exemple pratique 1.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 2: CONSULTATION AVEC INDEMNITE FORFAITAIRE DE DERANGEMENT EN CAS D'URGENCE (10 MIN.)			
Trigger	Forfait A	Forfait B	Forfait C
Nombre de points tarifaires du trigger (2007) ¹⁴⁵	50 PT	80 PT	145 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger (2007) ¹⁴⁶	508 000	214 000	49 000
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement (2007) ¹⁴⁷	23,7 millions CHF	17,0 millions CHF	6,6 millions CHF
Groupe de prestations empirique (mélange des forfaits A, B et C)			
Coût moyen par cas, dans les cabinets médicaux (2008) ¹⁴⁸	145,50 CHF		
Nombre d'imputations en Suisse, tous les triggers dans les cabinets médicaux (2007) ¹⁴⁹	771 000		
Estimation de la somme facturée en Suisse, groupe de prestations empirique dans les cabinets médicaux ¹⁵⁰	111 millions CHF		
Coût moyen par cas, dans les services hospitaliers ambulatoires	non disponible		
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires (2007)	10 000		
Estimation de la somme facturée en Suisse, groupe de prestations empirique dans les services hospitaliers ambulatoires	non disponible		

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

¹⁴⁴ Source: Caisse des médecins. Une consultation de base est comparable à la consultation standard de l'exemple pratique.

¹⁴⁵ Indications selon la version 1.04.00 du Tarmed, valable à partir du 1^{er} avril 2007.

¹⁴⁶ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁴⁷ Idem.

¹⁴⁸ Indications de la Caisse des médecins concernant la médecine générale dans le canton de Berne en 2008, converties en une VP de 0,89 CHF.

¹⁴⁹ Indications pour les cabinets médicaux en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁵⁰ Estimation des coûts empiriques par cas à Berne en 2008 et extrapolation du nombre d'imputations en 2007.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 3: CONSULTATION AVEC ECG	
Trigger	
Nombre de points tarifaires du trigger ¹⁵¹	35,9 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger ¹⁵²	884 000
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement ¹⁵³	28 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les cabinets médicaux	
Coût moyen par cas ¹⁵⁴	119,19 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les cabinets médicaux ¹⁵⁵	684 000
Estimation de la somme facturée en Suisse	81,5 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les services hospitaliers ambulatoires	
Coût moyen par cas ¹⁵⁶	163,25 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires ¹⁵⁷	201 000
Estimation de la somme facturée en Suisse	32,8 millions CHF

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 4: VISITE (25 MIN.) AVEC UN DEPLACEMENT DE 2 X 5 MIN.	
Trigger	
Nombre de points tarifaires du trigger ¹⁵⁸	17,76 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger ¹⁵⁹	1 157 000
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement ¹⁶⁰	18 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les cabinets médicaux	
Coût moyen par cas ¹⁶¹	106,19 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les cabinets médicaux ¹⁶²	1 145 000
Estimation de la somme facturée en Suisse	122 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les services hospitaliers ambulatoires	
Coût moyen par cas	non disponible
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires ¹⁶³	13 000
Estimation de la somme facturée en Suisse	non disponible

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

¹⁵¹ Indications selon la version 1.06.00 du Tarmed, valable à partir du 1^{er} mars 2009.

¹⁵² Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁵³ Idem.

¹⁵⁴ Indications de la Caisse des médecins concernant la médecine générale dans le canton de Berne en 2008, converties en une VP de 0,89 CHF.

¹⁵⁵ Indications pour les cabinets médicaux en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁵⁶ Indications pour les 20 % de séquences de soins avec ECG les plus fréquentes dans les hôpitaux en 2008 d'après Helsana.

¹⁵⁷ Indications pour les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁵⁸ Indications selon le Tarmed au 1^{er} mars 2009.

¹⁵⁹ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁶⁰ Idem.

¹⁶¹ Indications de la Caisse des médecins concernant la médecine générale dans le canton de Berne en 2008, converties en une VP de 0,89 CHF.

¹⁶² Indications pour les cabinets médicaux en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁶³ Indications pour les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 5:CONSULTATION AVEC REFRACTION SUBJECTIVE	
Trigger	
Nombre de points tarifaires du trigger ¹⁶⁴	54,01 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger ¹⁶⁵	1 262 000
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement ¹⁶⁶	60,4 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les cabinets médicaux	
Coût moyen par cas ¹⁶⁷	125 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les cabinets médicaux ¹⁶⁸	1 130 000
Estimation de la somme facturée en Suisse	141 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les services hospitaliers ambulatoires	
Coût moyen par cas	non disponible
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires ¹⁶⁹	132 000
Estimation de la somme facturée en Suisse	non disponible

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 6: CONSULTATION AVEC TONOMETRIE APLANATOIRE	
Trigger	
Nombre de points tarifaires du trigger ¹⁷⁰	36,01 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger ¹⁷¹	1 660 000
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement ¹⁷²	53 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les cabinets médicaux	
Coût moyen par cas ¹⁷³	non disponible
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les cabinets médicaux ¹⁷⁴	1 470 000
Estimation de la somme facturée en Suisse	non disponible

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

¹⁶⁴ Indications selon la version 1.06.00 du Tarmed, valable à partir du 1^{er} mars 2009.

¹⁶⁵ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁶⁶ Idem.

¹⁶⁷ Indications de la Caisse des médecins pour le canton de Berne en 2008, converties en une VP de 0,89 CHF.

¹⁶⁸ Indications pour les cabinets médicaux en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁶⁹ Indications pour les divisions ambulatoires des hôpitaux en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁷⁰ Indications selon la version 1.06.00 du Tarmed, valable à partir du 1^{er} mars 2009.

¹⁷¹ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁷² Idem.

¹⁷³ Indications de la Caisse des médecins pour le canton de Berne en 2008, converties en une VP de 0,89 CHF.

¹⁷⁴ Indications pour les cabinets médicaux 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 7: OPERATION DE LA CATARACTE	
Trigger	
Nombre de points tarifaires du trigger ¹⁷⁵	491,38 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger ¹⁷⁶	49 000
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement ¹⁷⁷	24,3 millions CHF
Groupe de prestations empirique décompté par les médecins	
Coût moyen par cas ¹⁷⁸	1195,21 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger décompté par les médecins ¹⁷⁹	17 000
Estimation de la somme facturée en Suisse	20,3 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les services hospitaliers ambulatoires	
Coût moyen par cas ¹⁸⁰	1451,74 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires ¹⁸¹	32 700
Estimation de la somme facturée en Suisse	47,5 millions CHF

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 8: EXAMEN GYNECOLOGIQUE PRÉVENTIF, COMME PRESTATION EXCLUSIVE	
Trigger	
Nombre de points tarifaires du trigger ¹⁸²	41,58 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger ¹⁸³	non disponible
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement ¹⁸⁴	non disponible
Groupe de prestations empirique dans les cabinets médicaux	
Coût moyen par cas ¹⁸⁵	120,98 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les cabinets médicaux ¹⁸⁶	non disponible
Estimation de la somme facturée en Suisse	non disponible
Groupe de prestations empirique dans les services hospitaliers ambulatoires	
Coût moyen par cas	non disponible
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires ¹⁸⁷	non disponible
Estimation de la somme facturée en Suisse	non disponible

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

¹⁷⁵ Indications selon la version 1.06.00 du Tarmed, valable à partir du 1^{er} mars 2009.

¹⁷⁶ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁷⁷ Idem.

¹⁷⁸ Indications issues des données de CSS Assurance pour l'année 2008.

¹⁷⁹ Indications pour les médecins en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁸⁰ Indications issues des données de CSS Assurance pour l'année 2008.

¹⁸¹ Indications pour les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁸² Indications selon la version 1.06.00 du Tarmed, valable à partir du 1^{er} mars 2009.

¹⁸³ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁸⁴ Idem.

¹⁸⁵ Indications de la Caisse des médecins concernant la médecine générale dans le canton de Berne en 2008, converties en une VP de 0,89 CHF.

¹⁸⁶ Indications pour les cabinets médicaux en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁸⁷ Indications pour les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.



CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 9: CONSULTATION AVEC 2^E ULTRASON DE CONTROLE LORS D'UNE GROSSESSE		
Trigger	Premier examen	Deuxième examen
Nombre de points tarifaires du trigger ¹⁸⁸	96,1 PT	133,05 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger	non disponible	58 720
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement ¹⁸⁹	non disponible	6,9 millions CHF
Groupe de prestations empirique dans les cabinets médicaux		
Coût moyen par cas ¹⁹⁰		177,63 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les cabinets médicaux ¹⁹¹		97 676
Estimation de la somme facturée en Suisse		17,3 millions CHF
Groupe de prestations empiriques dans les hôpitaux		
Coût moyen par cas, dans les services hospitaliers ambulatoires		non disponible
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires		12 428
Estimation de la somme facturée en Suisse		non disponible

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

¹⁸⁸ Indications selon la version 1.06.00 du Tarmed, valable à partir du 1^{er} mars 2009.

¹⁸⁹ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire

¹⁹⁰ Indications de la Caisse des médecins concernant la médecine générale dans le canton de Berne en 2008, converties en une VP de 0,89 CHF.

¹⁹¹ Indications pour les cabinets médicaux en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire. Le nombre de deuxième ultrason de contrôle indiqué dans le pool tarifaire a été multiplié par 2,11 pour estimer le nombre de premier et de deuxième examens.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 10: CURETAGE EVACUATEUR LORS DE MISSED ABORTION OU D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE CHIRURGICALE JUSQU'À LA 12^E SEMAINE COMPRISE	
Trigger	
Nombre de points tarifaires du trigger ¹⁹²	285,40 PT
Nombre d'imputations en Suisse, trigger ¹⁹³	4254 ¹⁹⁴
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement ¹⁹⁵	1,2 million CHF
Groupe de prestations empirique dans les cabinets médicaux	
Coût moyen par cas	non disponible
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les cabinets médicaux ¹⁹⁶	425
Estimation de la somme facturée en Suisse	non disponible
Groupe de prestations empirique dans les services hospitaliers ambulatoires	
Coût moyen par cas ¹⁹⁷	1090,40 CHF
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires ¹⁹⁸	3829
Estimation de la somme facturée en Suisse	4,2 millions CHF

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

CHIFFRES-CLES RELATIFS AU CAS N° 11: PREMIERE EXPERTISE POUR LA REMISES D'APPAREILS ACOUSTIQUES	
Trigger	
Nombre de points tarifaires du trigger	non disponible
Nombre d'imputations en Suisse, trigger	non disponible
Somme facturée en Suisse, trigger uniquement	non disponible
Groupe de prestations défini dans les cabinets médicaux	
Coût par cas ¹⁹⁹	392,90 CHF
Nombre d'imputations en Suisse ²⁰⁰	39 000
Estimation de la somme facturée en Suisse ²⁰¹	15,2 millions CHF
Groupe de prestations défini dans les hôpitaux	
Coût moyen par cas, dans les services hospitaliers ambulatoires	non disponible
Nombre d'imputations en Suisse, trigger dans les services hospitaliers ambulatoires ²⁰²	non disponible
Estimation de la somme facturée en Suisse, groupe de prestations empirique dans les services hospitaliers ambulatoires	non disponible

Sources, Tarifpool, Tarmed, Caisse des médecins.

¹⁹² Indications selon la version 1.06.00 du Tarmed, valable à partir du 1^{er} mars 2009.

¹⁹³ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁹⁴ OFS, statistique des interruptions de grossesse. Chiffres de l'année 2008.

¹⁹⁵ Indications pour les cabinets médicaux et les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

¹⁹⁶ Estimation à partir de la statistique 2008 des interruptions de grossesse de l'OFS et de la répartition des fournisseurs de prestations dans les données 2008 de la CSS.

¹⁹⁷ Indications issues des données de CSS Assurance pour l'année 2008.

¹⁹⁸ Estimation à partir de la statistique 2008 des interruptions de grossesse de l'OFS et de la répartition des fournisseurs de prestations dans les données 2008 de la CSS.

¹⁹⁹ Groupe de prestations défini par l'assurance-invalidité, décompté avec une VP de 0,92 CHF.

²⁰⁰ Indications pour les cabinets médicaux en 2007, d'après la CdC.

²⁰¹ Idem.

²⁰² Indications pour les services hospitaliers ambulatoires en 2007. Extrapolation d'après les données du pool tarifaire.

Annexe 6: Abréviations et définitions

AA	Assurance-accidents
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
AMO	Assurance-maladie obligatoire
AOS	Assurance obligatoire des soins
Assistance	Composante de la PM, soutien médical nécessaire de l'opérateur pendant une intervention, hors personnel du cabinet médical (composante de la PT)
CAMS	Concordat des assureurs-maladie suisses, désormais santésuisse
CdG	Commission de gestion
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
CPI	Commission paritaire d'interprétation
CPT	Commission paritaire tarifaire
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EAE	Efficacité, adéquation, économicité
FMH	Fédération des médecins suisses
FMS	Foederatio Medicorum Scrutantium; association des médecins pratiquant des thérapies invasives
GRAT	Révision totale du tarif médical, projet de la FMH et des assureurs-accidents lancé en 1986
H+	Association faîtière des hôpitaux suisses (anciennement: VESKA)
HMO	Health Maintenance Organisation
Infra	Evaluation normative de l'infrastructure (prestation technique) des hôpitaux
KoReg	Enquêtes annuelles continues des coûts dans les cabinets médicaux, menées par la Caisse des médecins
LA	Liste des analyses = liste des analyses devant être remboursées en tant que prestation obligatoire par les assureurs-maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, voir annexe 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LiMA	Liste des moyens et appareils, annexe 2 OPAS
LMT	Liste des médicaments avec tarif, voir annexe 4 de l'OPAS
LS	Liste des spécialités
Minutage	Temps considéré comme nécessaire pour une position/prestation du Tarmed
NAKO	Centre de consolidation national. Les données anonymes des TrustCenters y sont rassemblées et exploitées statistiquement.
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFAM	Office fédéral de l'assurance militaire
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique

ORL	Oto-rhino-laryngologie
PaKoDig	Commission paritaire pour la valeur intrinsèque et les unités fonctionnelles»
PM	En relation avec le Tarmed = prestation médicale ou points tarifaires de la prestation médicale, voir aussi PT
Pos.	Position du Tarmed
Productivité	Rapport entre le temps pris en compte dans le tarif et le temps effectif
PT	Prestation technique
PT	Nombre de points tarifaires
RoKo	Enquête continue des coûts en cabinet privé (compte de financement), sert de base au modèle KoReg
santésuisse	Association sectorielle des assureurs-maladie suisses. Anciennement: Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS)
SCTM	Service central des tarifs médicaux, secrétariat de la CTM
SSGO	Société suisse de gynécologie et d'obstétrique
SSMG	Société suisse de médecine générale
SSMI	Société suisse de médecine interne
SSO	Société suisse d'ophtalmologie
SSORL	Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale
Tarmed	Tarif médical
Unité fonctionnelle	Dans le Tarmed, l'expression «unité fonctionnelle» désigne le centre de coûts, c'est-à-dire l'unité d'infrastructure associée au calcul du taux tarifaire. Exemple: salle de consultation, espace ECG (en allemand « Sparten »)
Valeur intrinsèque	Valeur intrinsèque qualitative (niveau de qualification médicale requis): exigence requise pour fournir une prestation Tarmed donnée Valeur intrinsèque quantitative: échelle dépendant des échelons FMH (FMH 5 – FMH 12) à partir de laquelle la PM est calculée (en allemand « Dignitätsstufe »)
VP	Valeur du point tarifaire
VP PM	Valeur du point tarifaire de la prestation médicale
VP PT	Valeur du point tarifaire de la prestation technique



Annexe 7: Façon de lire une facture Tarmed

TP-Rechnung Release ■ 4.0 **M**

1	Dokument	■ 101 7333.0 24.02.2004 14:11:00.00			Seite	■ 1
	Rechnungssteller	EAN-Nr. ■ 7601000133333	Dr. med. Hans Muster	4055 Basel		
		ZSR-Nr. ■ L555555	Tel: 061- 111 11 11	Fax: 061- 111 11 11	E-mail:	
2	Leistungserbringer	EAN-Nr. ■ 7601000133333	Dr. med. Hans Muster	4055 Basel		
		ZSR-Nr./ NIF-Nr. ■ L555555	Tel: 061- 111 11 11	Fax: 061- 111 11 11	E-mail:	
3	Patient	Name ■ Beispiel	EAN-Nr. ■			
		Vorname ■ Peter				
		Strasse ■ Mustergasse 1				
		PLZ ■ 4099				
		Ort ■ Basel	4 HMO Gesundheitsplan			
		Geburtsdatum ■ 10.10.1942	Kirschgartenstr. 7			
		Geschlecht ■ M	4051 Basel			
		Unfalldatum ■				
		Unfall-/Verfügungsnr. ■				
		AHV-Nr. ■				
		Versicherten-Nr. ■ 100.100.000.				
		Betriebs-Nr./Name ■				
		Kanton ■ BS				
		Rechnungskopie ■ Nein				
		Vergütungsart ■ TP				
		Gesetz ■ KVG				
		Behandlungsgrund ■ Krankheit				
		Behandlung ■ 22.01.2004	5 Rechnungsnr. ■ 7333			
		Erbringungsort ■ Praxis	Rechnungs-/Mahndatum ■ 24.02.2004			
	Auftraggeber	EAN-Nr. / ZSR-Nr. ■ 6				
	Diagnose	■ N9 7				
	EAN-Liste	■ 1/7601000128584				
	Bemerkung	HMO ÖKK				

Datum 8	Tarif 9	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP AL / Preis 10	f AL	TPW AL 12	TP TL 13	f TL	TPW TL 14	A	V	P	M	Betrag 16
22.01.2004	001	00.0010				1	9.57		0.93	8.19		0.93	1	1	0	3	16.52
							+ Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)										
22.01.2004	001	00.0020	00.0010			1	9.57		0.93	8.19		0.93	1	1	0	3	16.52
							+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)										
22.01.2004	001	00.0030	00.0010			1	4.78		0.93	4.10		0.93	1	1	0	3	8.26

- 1 Arzt, der Leistung in Rechnung stellt
- 2 Arzt, der Leistung erbracht hat (ist meistens identisch mit 1)
- 3 Personalien Patient
- 4 Adresse des Rechnungsempfängers
- 5 Rechnungsnummer und Rechnungsdatum
- 6 Überweisender Arzt, wenn Behandlung veranlasst wurde
- 7 Diagnose-Code gemäss Diagnose-Liste
- 8 Daten der Behandlungen
- 9 Nummer des angewendeten Tarifs (z.B.: 001 = Tarmed, 316 = Analyseliste Laborleistungen)
- 10 Verrechnete Menge pro Tarifposition
- 11 Taxpunkt der ärztlichen Leistung. Z.B. «Konsultation, erste 5 Min.» wurde mit 9,57 Taxpunkten bewertet
- 12 Taxpunktwert der ärztlichen Leistung (momentaner Taxpunktwert ist CHF 0.93)
- 13 Taxpunkt der technischen Leistung
- 14 Taxpunktwert der technischen Leistung
- 15 Pflichtleistungscode (0 = Pflichtleistung gemäss KVG, 1 = Nichtpflichtleistung)
- 16 CHF-Betrag der einzelnen Tarifposition berechnet sich aus: (Taxpunkt der ärztl. Leistung x Taxpunktwert der ärztl. Leistung) + (Taxpunkt der techn. Leistung x Taxpunktwert der techn. Leistung)
- 17 Einzelne Totalbeträge der diversen Bereiche in CHF
- 18 Gesamttotal der Rechnung in CHF

17	TARMED AL	22.25	(23.92)	Physio	0.00	MiGeL	0.00	Übrige	0.00
	TARMED TL	19.05	(20.48)	Labor	0.00	Medi	0.00	Kantonal	
18	■ Gesamtbetrag	CHF	41.30	davon PFL	41.30	Anzahlung	0.00	Fälliger Betrag	41.30

010000041302>81325300000000075000073337+ 012000159>



Annexe 8: Facture / justificatif de remboursement

Rückforderungsbeleg

Release • 4.0

M

Dokument	• 101 479	08.03.2004 13:19:15	Seite • 1
Rechnungssteller	EAN • 7811910000009	Dr. med. CB Testaz	FMH Testologie
	KK-N* • Y990020	Testweg 21	9999 Pröbilsbach
Leistungserbringer	EAN • 7811910000009	Dr. med. CB Testaz	FMH Testologie
	KK-N* • Y990020	Testweg 21	9999 Pröbilsbach
Patient	Name • Muster	Empfänger	EAN
	Vorname • Mister		
	Strasse • Beispielstrasse 1		
	PLZ • 0000		
	Ort • Neugirigen		
	Geburtsdatum • 30.10.1920	Herr	
	Sex • M	Muster Mister	
	Unfalldatum •		
	Unfall-N* •		
	AHV-N* • 111.22.333.444	Beispielstrasse 1	
	Mitglieds-N* •	0000 Neugirigen	
	Betriebs-N* •		
	Kanton • TG		
	Rechnungskopie • Nein		
	Vergütung • TG		
	Gesetz • KVG		
	Rechnungsart • Schlussrechnung		
	Behandlung • 04.03.2004 - 08.03.2004		
	Behandlungsgrund • Krankheit	Rech-N* • 479	
	Vertrags-N* •	Rechnungsdatum* 08.03.2004	
Mandatar	N* EAN / KK-N*		
Diagnose		• G1	
Liste EAN	1/7811910000009		
Kommentar			

Datum	Tarif	Code	Bezug	SI	SE	Menge	TP AL/Preis	f AL	TPW AL	Pf TL	f TL	TPW TL	E	R	P	T	Betrag
			Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)														
04.03.2004	001	00.0010				1	9.57		0.97	8.19		0.97	1	0	0		17.23
			→ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)														
04.03.2004	001	00.0030	00.0010			1	4.78		0.97	4.10		0.97	1	0	0		8.61
			CRP, SCHNELLTEST, SG														
04.03.2004	318	8137.10				1							1	0	0		12.00
			LEUKOZYTEN-ZAEHLUNG														
04.03.2004	318	8406.00				1							1	0	0		9.00
			LEUKOZYTEN-DIFFERENZIERUNG														
04.03.2004	318	8403.00				1							1	0	0		23.00
			HAEMOGLOBIN														
04.03.2004	318	8275.00				1							1	0	0		7.00
			DAFALGAN Brausetabl 1g 20 Stk														
04.03.2004	400	2181276				1	8.20										8.20
			ECOMUCOL 600 Brausetabl 600mg 10 Stk														
04.03.2004	400	1543807				1	16.25										16.25
			Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)														
08.03.2004	001	00.0010				2	9.57		0.97	8.19		0.97	1	0	0		17.23

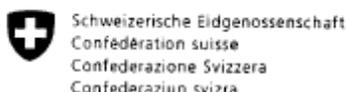
Tamed AL	23.20	(23.92)	Physio	0.00	Migel	0.00	Andere	0.00
Tamed TL	19.85	(20.48)	Labor	51.00	Medi/Mat	24.45	Kantonal	0.00
Totalbetrag	CHF	118.50	davon PFL	118.50	Anzahlung	0.00	Betrag	118.50

MWST-N°	123456		
Code	Ansatz	Betrag	Betrag MWST
0	0.00	118.52	0.00
Total		118.52	0.00



Annexe 9: Prises de position

1. Office fédéral de la santé publique daté au 14.10.2010
2. FMH, Fédération des médecins suisses daté au 8.10.2010
3. Santésuisse daté au 22.10.2010
4. H+, Les hôpitaux de Suisse daté au 6.10.2010
5. Comité directeur de Tarmed Suisse daté au 30.9.2010
6. Office fédéral de la statistique daté au 11.10.2010
7. Surveillance des prix daté au 20.9.2010
8. Conférence des directeurs cantonaux de la santé, mail du secrétaire général daté au 11.8.2010



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Amtsleitung

CH-3003 Bern, BAG

Einschreiben

Eidgenössische Finanzkontrolle
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Referenz/Aktenzeichen: 516.0001-17
Ihr Zeichen: 1.8381.316.00095.39
Unser Zeichen: SEK/Fb
Liebefeld, 14.10.2010

Evaluation des TARMED: Stellungnahme betreffend Schlussberichte der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK)

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Rahmen der Evaluation des TARMED haben wir am 13. August 2010 zum Schlussbericht und den Teilberichten der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) ausführlich Stellung genommen. Darin haben wir die Überarbeitung der Berichtsentwürfe als notwendig erachtet. Mit Schreiben vom 7. September 2010 hat die EFK uns den Abschluss der Evaluation angekündigt und uns die endgültigen Berichte zukommen lassen. Unsere Durchsicht der Veränderungen der Entwürfe der EFK ergibt, dass unsere Stellungnahme vom 13. August 2010 nur teils und nur oberflächlich berücksichtigt wurde. Fundamentale Anliegen blieben ausser acht. Bedauerlicherweise wurden auch neue und aus unserer Sicht unzutreffende Aussagen hinzugefügt. Wir erlauben uns daher erneut, die für die Arbeiten wegleitenden gesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Bezug auf die Tarifierung zu wiederholen und grundsätzliche Bemerkungen zu den Berichten „Der Arzttarif TARMED“ und „Mise à jour de TARMED“ abzugeben. Abschliessend finden Sie eine Rückmeldung zu den vorliegenden EFK-Empfehlungen.

1. Tariffbildung im Rahmen des KVG

Grundlage für die Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer und für die Kostenübernahme durch den Versicherer sind in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verbindliche Tarife oder Preise. Das KVG gibt zwar den Tarifpartnern - den Leistungserbringern und Versicherern - einen Rahmen vor, jedoch gilt im Grundsatz die Tarifautonomie, d.h. die autonome Gestaltung der Tarife durch die Tarifpartner mittels Verträgen (vgl. Artikel 46 Absatz 1 KVG). Diese werden zwischen einzelnen oder mehreren Leistungserbringern oder deren Verbänden einerseits sowie einzelnen oder mehreren Versicherern oder deren Verbänden andererseits vereinbart. Der Bundesrat hat im Rahmen

Bundesamt für Gesundheit
Sekretariat
Schwarzenburgstrasse 165, CH-3003 Liebefeld
Postadresse: CH-3003 Bern
Tel. +41 31 322 95 10, Fax +41 31 324 90 33
www.bag.admin.ch

seiner ehemaligen Rechtsprechungsfunktion die Tarifautonomie mehrmals hervorgehoben.¹ Die Tarifautonomie ist also das massgebende Prinzip. Nur in einigen wenigen Bereichen (vgl. Artikel 52 KVG) weicht das KVG von diesem Prinzip ab, dort bestehen so genannte Amtstarife.

Die Rolle der Behörden liegt in der Genehmigung der Tarifverträge. Nach Artikel 46 Absatz 4 KVG bedarf ein Tarifvertrag der Genehmigung der zuständigen Kantonsbehörde oder, wenn er für die ganze Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigung hat konstitutiven Charakter und erst mit dieser kann der Tarifvertrag seine Wirkung entfalten.² Inhalt der Genehmigung ist die Prüfung, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit umfasst auch den Aspekt der wirtschaftlichen Tragbarkeit des Tarifes. Ob ein Tarif wirtschaftlich tragbar ist, beurteilt sich aber nicht nur auf Grund seiner absoluten Höhe, sondern auch auf Grund seiner Auswirkungen auf das Gesamtsystem (KVG), d.h. ob der Tarif den Versicherern und Versicherten zugemutet werden kann. Die wirtschaftliche Tragbarkeit eines Tarifes wird folglich nicht zuletzt anhand des Prämienanstieges beurteilt, der durch seine Einführung ausgelöst wird.³

In Bezug auf Einzelleistungstarife hält Artikel 43 Absatz 5 KVG fest, dass diese auf gesamtschweizerisch vereinbarten Strukturen beruhen müssen. Damit wird die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Leistungserbringung zu Lasten der OKP in den Bereichen, in denen Einzelleistungstarife vereinbart sind, gewährleistet. Gesamtschweizerisch gültige Tarifstrukturen - wie der TARMED - sind somit durch die Tarifpartner zu erarbeiten und vereinbaren und dann durch den Bundesrat zu genehmigen. Subsidiär, d.h. falls sich die Tarifpartner nicht auf eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für einen Einzelleistungstarif einigen können, kann der Bundesrat eine Struktur festsetzen.

Zur Rolle des Bundes im Tarifbereich hat die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vor einiger Zeit Stellung genommen. Die parlamentarische Verwaltungskontrolle und die ständerätliche Geschäftsprüfungskommission haben im Zusammenhang mit der Überprüfung der Kosteneindämmungsmassnahmen im Krankenversicherungsbereich zu den Handlungsspielräumen der Träger des Bundes bei der Einführung des TARMED geäussert und deren Handlungsmöglichkeiten einer kritischen Würdigung unterzogen. Die Möglichkeiten des Bundesrates beziehungsweise der Bundesbehörden zur Einflussnahme im Tarifbereich wurden in diesem Zusammenhang als gering bezeichnet. Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates empfahl dem Bundesrat in ihrem Bericht vom 5. April 2002, sich bei verwaltungsexternen Verhandlungen wie der Tarifbildung darauf zu beschränken, politische Zielvorgaben zu setzen, selbst aber keine Moderation vorzunehmen.

2. Allgemeine Bemerkungen zur Evaluation

Zweifellos wurde bis anhin eine beträchtliche und wichtige Arbeit durch die EFK geleistet, welche wir grundsätzlich begrüssen und für die wir uns bedanken. Wir erachten jedoch die von der EFK als endgültig bezeichneten Berichte als zu wenig ausgereift und damit noch verbesserungsfähig. Unsere Kritik bezieht sich auf die folgenden Aspekte:

2.1 Die Evaluation der Tarifgenehmigung rückte in den Vordergrund, was zu Lasten der Evaluation des TARMED geht

Ursprünglich war eine Evaluation des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) bezüglich der Tarifgenehmigungen kein Thema (vgl. Konzept Evaluation TARMED vom 2. Juli 2008). Dass im Rahmen der Arbeiten der EFK vor allem das Thema Tarifgenehmigung ins Zentrum rückte, ist zwar nachvollziehbar und an sich noch kein Problem. Nichtsdestotrotz entspricht unseres Erachtens die Vorgehensweise der EFK nicht den gewohnten bzw. erwarteten Abläufen, was wir bedauern. Wenn Arbeiten des BAG im Auftrag des EDI bzw. Bun-

¹ Vgl. z.B. Bundesratsentscheid vom 1. Juli 1998 i.S. Nichtbeitritt zu einem Tarifvertrag, RKUV 5/1998, Erw. II.2

² Vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (S. 88) sowie unveröffentlichten Bundesratsentscheid vom 14. April 1999 i.S. Tarif ambulante Behandlungen

³ Vgl. z.B. Bundesratsentscheid vom 15. Januar 1997 i.S. Ärztetarif, RKUV 2/1997, Erw. II.8 und II.9

desrates Evaluationsgegenstand werden bzw. sind, wäre eine ausführliche bilaterale Diskussion notwendig gewesen, und zwar vor, während und nach der Evaluation. Zudem hat eine Evaluation der Arbeiten des BAG kaum im Rahmen einer Begleitgruppe, in der zahlreiche Interessenvertreter anwesend sind, zu erfolgen. Umso mehr ist es nun zwingend notwendig, dass die Ausführungen der EFK den geltenden rechtlichen Rahmen und die damit verbundenen Rollen und Aufgaben bei der Tarifbildung (vgl. Ziffer 1) korrekt wiedergeben und diese Ausgangslage in der Evaluation auch berücksichtigen. Wir begrüßen die Absicht, die Evaluation umfassend angehen zu wollen. In ihren Arbeiten verlässt die EFK jedoch teilweise die Ebene des TARMED und begibt sich auf die Diskussionsebene des KVG. Dabei besteht die Gefahr, das eigentliche Thema aus den Augen zu verlieren. In den Berichten sind Themen bzw. Aussagen vorzufinden, die u. E. mit einer Evaluation TARMED kaum vereinbar sind. Es ist beispielsweise nicht nachvollziehbar, wieso die EFK bei der endgültigen Version (vgl. z.B. „Mise à jour de TARMED“) plötzlich noch eine ungeprüfte Beurteilung über die Revision der Analysenliste hinzufügt.

2.2 Die Sachlichkeit und Nachvollziehbarkeit steht zu wenig im Vordergrund

Eine Durch- bzw. Vermischung von verschiedenen Themen sowie von Fakten und Meinungen erfolgt in den Berichten an mehreren Stellen. Auch bleibt der Kontext von einigen Aussagen insbesondere für Dritte kaum nachvollziehbar. Die Sachlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Aussagen ist aus folgenden Gründen verbesserungsfähig:

- Teils werden Einschätzungen, Ansichten und Thesen der EFK nicht als solche bezeichnet und könnten als Feststellungen wahrgenommen werden.
- Ideen werden bereits als Empfehlungen bezeichnet. Empfehlungen sind u.E. zurzeit jedoch verfrüht (vgl. auch Ziffer 3).
- Aussagen in Bezug auf das KVG werden mit Aussagen in Bezug auf TARMED vermischt. Die Abgrenzung zwischen gesetzlicher Grundlage (KVG) und Tarifbereich (Vertragstarif TARMED) wird ungenügend vorgenommen.
- An wichtigen Stellen fehlen Abgrenzungen und Erläuterungen.
- Im Grundsatz unabhängige Verfahren und Prozesse werden vermischt (betrifft insbesondere das Verfahren zur Zulassung von ärztlichen Leistungen und das Tarifgenehmigungsverfahren).
- Bedauerlicherweise wurden unzutreffende Aussagen beibehalten und weitere hinzugefügt.
- Zeitweise bleibt im Kapitel Schlussfolgerungen unklar, wie sich darin enthaltene Aussagen aus dem Bericht herleiten lassen. Allgemein erkennen wir insbesondere im Kapitel Schlussfolgerungen einen beträchtlichen Modifikationsbedarf.
- Das BAG wird an einigen Stellen nicht von der Genehmigungsbehörde (hier Bundesrat) unterschieden. Dass das Genehmigungsverfahren - in Bezug auf die Tarifstruktur - ein Bundesratsgeschäft ist, wird ausser acht gelassen (vgl. auch Ziffer 2.3).

Konkrete Beispiele zu diesen allgemeinen Bemerkungen haben wir der EFK bereits mit der Stellungnahme vom 13. August 2010 beigelegt. Sie haben immer noch Bestand. Selbstverständlich sind wir gerne bereit, unsere Auswertung der Berichte der EFK im Detail zu erläutern.

2.3 Vertrauliche Unterlagen und Informationen werden offengelegt

Wir sind davon ausgegangen, dass die EFK die vertraulichen Unterlagen und die Informationen aus dem Genehmigungsverfahren mit der nötigen Sorgfalt behandelt. Dass trotz Hinweis in der Stellungnahme vom 13. August 2010 Informationen und ansatzweise Prüfungsdetails aus dem Genehmigungsverfahren an Aussenstehende - dazu zählen wir auch die Begleitgruppe - gelangen, können wir nicht nachvollziehen und nicht zulassen, dies weil:

- nach Artikel 22 des Bundespersonalgesetzes vom 24. März 2000 (BPG) die Angestellten des Bundes grundsätzlich dem Berufsgeheimnis, dem Geschäfts- und dem Amtsgeheimnis gegenüber bundesexternen Stellen unterstehen;
- das Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung vom 17. Dezember 2004 (BGÖ) den Bundesrat - als eigenständige Behörde und nicht als Teil der Verwaltung - vom Geltungsbereich ausschliesst. Ungeachtet dessen, gilt das BGÖ nicht für

Dokumente, die vor Inkrafttreten des BGÖ am 1. Juli 2006 erstellt worden sind (Art. 23 BGÖ) und nicht für Dokumente die Geschäfts-, Fabrikations- oder Berufsgeheimnisse beinhalten (Art. 7 Abs. 1 Bst. g BGÖ);

- aus prüfungstechnischer Sicht die Prüfungsdetails und die Prüfungsmethodologie nicht an die zu Prüfenden gelangen dürfen, da sonst eine Schwächung des präventiven Effektes erfolgt. Beispiele von vertraulichen offengelegten sensiblen Informationen haben wir mit der Stellungnahme vom 13. August 2010 der EFK zukommen lassen;
- die EFK, ungeachtet einer allfälligen Geheimhaltungspflicht, nach Artikel 10 Absatz 1 des Finanzkontrollgesetzes (FKG) berechtigt ist, Auskunft zu verlangen und insbesondere in die Akten Einsicht zu nehmen. Dass vertrauliche Informationen jedoch einer Begleitgruppe und der Öffentlichkeit preisgegeben werden können, ist aus dem FKG nicht ersichtlich.
- im Konzept Evaluation TARMED für die Prozessanalysen angemessenerweise von einem internen Teilbericht die Rede war.

Korrekterweise werden in der Bibliographie zu den Berichten der EFK vertrauliche Dokumente grundsätzlich nicht zitiert. Dennoch sind Informationen daraus in den Texten der EFK wiederzufinden. Der Grund der Offenlegung findet sich in den EFK Berichten nicht. Die EFK hat, trotz Hinweis des BAG, auf die Offenlegung von vertraulichen Dokumenten bzw. Informationen nicht verzichtet. Eine Begründung blieb trotz Anfrage in der Stellungnahme vom 13. August 2010 aus. Auch diesbezüglich entspricht unseres Erachtens die Vorgehensweise der EFK nicht den gewohnten bzw. erwarteten Abläufen, was wir sehr bedauern.

3. Rückmeldung zu den Empfehlungen

3.1 Nicht nachvollziehbare Vorgehensweise

Vorab können wir den neuen Formulierungen betreffend die ersten Sätze der Empfehlungen 1,2,3,5 und 6 im Schlussbericht nicht zustimmen. Der Umweg ist nicht nachvollziehbar, dass die EFK dem BAG empfiehlt, dem Bundesrat und den Eidgenössischen Räten die Empfehlungen der EFK zu empfehlen. Die EFK hat u. E. diesen Gremien ihre Anliegen direkt vorzuschlagen.

Die Konzeption des von der EFK mitgelieferten Empfehlungsübersichtsformulars an das BAG für die Stellungnahme der endgültigen Berichte ist für uns ebenfalls nicht nachvollziehbar. Das Formular verlangt implizit unser Einverständnis zu den Empfehlungen der EFK, obwohl wir der EFK mit Stellungnahme vom 13. August 2010 bereits mitgeteilt haben, dass wir diese als Ideen und Ansätze werten, insbesondere da der Bericht als Grundlage für Empfehlungen auf Stufe Gesetze und Verordnungen unausgereift ist. In diesem Formular werden die Nennung von zuständigen Personen und Fristen bis zur Umsetzung verlangt. Zusätzlich soll der Direktor des BAG die Angaben visieren. Dazu gilt es zu betonen: Kompetent sind hauptsächlich der Bundesrat oder die Eidgenössischen Räte. Von Amtes wegen lassen sich diesen Gremien wohl kaum Fristen, insbesondere nicht durch das BAG, setzen. Zusätzlich ist auf dem Formular eine Stellungnahme seitens BAG zu den endgültigen EFK Berichten inklusive dessen Schlussfolgerungen nicht vorgesehen. Dieses Formular als Format der Stellungnahme für das BAG erachten wir als ungeeignet und erlauben uns, dieses durch die vorliegende Stellungnahme zu ersetzen.

3.2 Voreilige Empfehlungen

Empfehlungen zu Massnahmen setzen solide Grundlagen und vor allem Ziele voraus. Wenn sich die Empfehlungen an eine Revision des KVG sowie KVV richten, müssten die empfohlenen Massnahmen auch die Ziele des KVG anvisieren bzw. sollte aufgezeigt werden können, wie diese Empfehlungen zur Zielerreichung beitragen. Diese Massnahmen sollten auch mit Vor- und Nachteilen aus unterschiedlichen Perspektiven analysiert werden. Der Evidenzbezug der Empfehlungen ist für uns nur schwer ersichtlich, insbesondere könnten die Empfehlungen dahingehend interpretiert werden, dass indirekt die Einführung eines Amtstarifes erwünscht wird. (vgl. Ziffer 3.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass die Tarifpartner und die Tarifverträge die Gesetze und Verordnungen einzuhalten haben und nicht umgekehrt. Das TARMED-Modell ist jedoch nur eines von möglichen Modellen einer Einzelleistungsstruktur und nicht der einzige Tarifvertrag. Die Gesetze und Verordnun-

gen gelten für alle Tarifverträge nach KVG als Rahmen. Nun wird nach unserer Stellungnahme vom 13. August 2010 in den EFK-Berichten festgehalten, dass sich die Empfehlungen nicht auf Tarife im Allgemeinen, sondern auf TARMED ausrichten und dies bei allfälligen Gesetzes- oder Verordnungsänderungen berücksichtigt werden soll. Eine spezielle „TARMED-Verordnung“ oder sogar ein „TARMED-Gesetz“ sehen wir als systemfremd an. Der Unterschied zu einem Amtstarif ist kaum mehr ersichtlich (vgl. Ziffer 3.3).

3.3 Einige spezifische Bemerkungen zu den Empfehlungen

Empfehlung 1: Der Bundesrat wird aufgefordert, einzelne Parameter im TARMED selber festzusetzen. Anscheinend soll quasi eine „TARMED-Verordnung“ erlassen werden. Eine solche Vorgehensweise ist ein massiver Eingriff in den Tarifvertrag bzw. ins Tarifmodell und mit der geltenden Tarifautonomie nicht vereinbar. Auch ist die Wortwahl „konkrete Grundsätze“ teils widersprüchlich. Gesetz und Verordnung sind der Rahmen für die Tarifverträge. U.E. sollten die Tarifpartner von der EFK vorerst auf evaluatorisch festgestellte Mängel aufmerksam gemacht werden, bevor eine Abkehr von der Tarifautonomie vorgeschlagen wird. TARMED ist heute ein Einzelleistungstarif, der von den Leistungserbringern und Versicherern ausgearbeitet, vereinbart und gepflegt wird. Diese sind auch für die Umsetzung und Pflege des TARMED zuständig. TARMED ist kein Amtstarif, sondern ein Projekt der Tarifpartner aus dem Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungsbereich (FMH, H+, santésuisse, MTK, IV und MV). Die Tarifpartner sind infolgedessen auch für die Handhabung des Tarifes zuständig und sollten auch im Wesentlichen Feedbackpartner einer allfälligen Evaluation TARMED sein.

Empfehlung 3: Wenn die Verrechnung von Analogieposition verboten werden soll, dann müsste konsequenterweise eine Positivliste der ärztlichen Leistungen eingeführt werden. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sein (Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10). Für ärztliche und chiropraktische Leistungen sieht das KVG keine Positivliste vor. Vielmehr wird der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen Leistungen implizit vermutet (Vertrauensprinzip). Sind die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Leistung nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen erfüllt, legt das EDI fest, dass die Kosten dieser Leistung nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen zu übernehmen sind (Art. 33 KVG). Ein positiv formulierter Leistungskatalog besteht hingegen für die nichtärztlichen Leistungen. Im Jahr 2008 hat die Parlamentarische Verwaltungskontrolle im Auftrag der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates (GPK-NR) den Prozess der Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingehend analysiert und in diesem Rahmen auch die Frage der Positiv- bzw. Negativliste geprüft. Gemäss diesem Bericht bräuchte eine echte Positivliste für ärztliche Leistungen einen grossen Verwaltungs- und Evaluationsaufwand mit sich, da ein System mit Tausenden von Positionen gewartet und angesichts des medizinischen Fortschritts ständig aktualisiert werden müsste. Dafür müssten sämtliche Leistungen je bezogen auf verschiedene Indikationen pro Leistung bezüglich WZW bewertet werden. Die GPK-NR empfahl im Januar 2009 dem Bundesrat, von einem Systemwechsel abzusehen und stattdessen das bestehende System zu optimieren (BBI 2009 5577). Der Bundesrat hat sich dieser Beurteilung angeschlossen (BBI 2009 5649). Die Empfehlung schiesst daher über das Ziel hinaus. Zudem geht es vorliegend eigentlich um die Problematik, wie vorgegangen werden soll, wenn sich die Tarifpartner über die Tarifierung einer Leistung nicht einig sind. Insofern ist die Empfehlung 2 ausreichend.

Empfehlung 4: Der Preisüberwacher soll in die TARMED Suisse integriert werden. Wir gehen davon aus, dass der Preisüberwacher von der EFK begrüsst wurde und selbst Stellung nimmt. Wir fügen einzig hinzu, dass im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach Artikel 46 Absatz 4 KVG eine objektive Unabhängigkeit aller Beteiligten im Prüfprozess gewährleistet werden sollte.

Empfehlung 5: Das Ziel dieser Empfehlung bleibt letztlich vage und hängt letztlich auch davon ab, welche Rolle der Bund, die Tarifpartner und Versicherer übernehmen sollen. Im heutigen System ist

die Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle Sache der Versicherer, die Vereinbarung der Tarife Sache der Leistungserbringer und Versicherer.

Empfehlung 6: Die Rechnungen sollen vereinfacht werden. Artikel 42 KVG und Artikel 59 KVV geben den Rahmen für die Rechnungsstellung vor. Zudem hält Artikel 43 Absatz 1 KVG explizit fest, dass die Leistungserbringer ihren Rechnungen nach den Tarifen zu erstellen haben. Wenn schon, müsste also auch der Tarif vereinfacht werden bzw. die Empfehlung eine Vereinfachung des Tarifes verlangen. Der Bundesrat ist dementsprechend nicht der zutreffende Adressat.

Zusammenfassend gehen die Empfehlungen in Richtung mehr Eingriffe seitens Eidg. Räte und Bundesrat bzw. der Behörden. Keine der Empfehlungen richtet sich an die Urheber des TARMED. Die im heutigen System der Tarifautonomie zuständigen Tarifpartner erhalten keine Rückmeldung seitens EFK und werden unmittelbar mit Ideen zu regulatorischen Eingriffen konfrontiert. Die Empfehlungen könnten als implizite Einführung einer Amtstarifstruktur und damit als massive Beschneidung der Tarifautonomie ausgelegt werden. Ob diese Handhabung gewollt ist, ist eine politische Frage und nicht durch das BAG - insbesondere nicht auf der Grundlage der vorliegenden Berichte - zu entscheiden. Zur Rolle des Bundes im Rahmen der Tarifautonomie weisen wir auf die Ziffer 1 hin.

Wir halten abschliessend fest, dass wir eine weitere Überarbeitung der Berichte vor einer Publikation als zwingend notwendig erachten.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Der Direktor

Pascal Strupler



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Rapport final sur l'évaluation du TARMED par le Contrôle fédéral des finances – Rapport conjoint de la FMH –

Préambule

Dans le cadre d'une étude commencée en juin 2008, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a évalué la structure tarifaire TARMED en fonction des cinq questions principales suivantes:

1. Dans quelle mesure est-on parvenu à améliorer la transparence, à revaloriser les prestations médicales intellectuelles et à maintenir la neutralité des coûts dans le cadre du TARMED?
2. Les rémunérations TARMED correspondent-elles aux coûts réels?
3. Si les rémunérations sont évaluées comme étant trop basses ou trop élevées, quelles en sont les effets possibles?
4. Dans quelle mesure la gestion du TARMED est-elle fiable et suffisamment réactive?
5. La Confédération devrait-elle être plus active ou au contraire plus retenue dans cette mise à jour?

Le corps médical a accueilli positivement le projet «Evaluation TARMED» du CDF auquel il a participé dès le début. Sur mandat du CDF, INFRAS a élaboré une base de données susceptible de refléter les coûts réels en s'appuyant sur onze exemples de cas. Les exemples étudiés proviennent des sociétés des médecins de famille (SSMG, SSMI), des gynécologues (SSGO), des oto-rhino-laryngologues (SSOR) et des ophtalmologues (SSO). Dans le cadre d'entretiens avec des experts et incluant les partenaires tarifaires concernés, y compris les sociétés de discipline et la Caisse des médecins, INFRAS a évalué ces exemples et les a analysés de manière approfondie et différenciée - avec un résultat impressionnant! En outre, le corps médical a fourni son soutien au CDF dans les questions relatives à la neutralité des coûts et à la structure tarifaire par le biais d'experts de la FMH et de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM).

L'analyse et les résultats obtenus sont cohérents mais leur interprétation dans le rapport final du CDF ne correspond pas aux résultats des analyses INFRAS, basés sur des faits. Les conclusions et notamment les recommandations du CDF sont essentiellement de nature politique, sans lien avec les faits. Par conséquent, le corps médical ne peut pas accepter le rapport final du CDF dans sa forme actuelle et demande à ce qu'il soit retravaillé.

De surcroît, le ton suffisant employé nous incite à penser que les conclusions étaient déjà fixées avant l'évaluation. Globalement, tous les participants sont déçus par les conclusions substantiellement peu satisfaisantes de cette étude effectuée à large échelle et avec de grands moyens. Le rapport final du

Elfenstrasse 18, Postfach 170, CH-3000 Bern 15
Telefon +41 31 359 11 11, Fax +41 31 359 11 12
info@fmh.ch, www.fmh.ch

FOEDERATIO MEDICORUM HELVETICORUM



Rapport final sur l'évaluation du TARMED par le Contrôle fédéral des finances – Rapport conjoint de la FMH –

CDF nous enseigne que, finalement, le corps médical n'a pas été pris au sérieux malgré son implication dans cette évaluation.

Dans le rapport ci-après, la FMH ainsi que l'ensemble des participants et des experts prennent une position différenciée sur les résultats de l'analyse du CDF.

Rapport conjoint relatif à l'évaluation du CDF

Le rapport d'évaluation du Contrôle fédéral des finances (CDF) montre de nombreux résultats nettement positifs obtenus grâce à la structure tarifaire TARMED développée en partenariat:

- *La structure tarifaire TARMED a été en mesure de remplacer d'un seul coup 26 tarifs cantonaux obsolètes et le tarif LAA/AM/AI. Aucune intervention fondamentale en vue d'apporter des corrections n'a été nécessaire jusqu'à présent.*
- *Trois des cinq questions du CDF ont obtenu une réponse positive, à savoir l'amélioration de la transparence, l'introduction neutre du point de vue des coûts et la réalité des coûts de la structure tarifaire.*
- *Les onze exemples de cas évalués par INFRAS et donc le centre et le fondement de l'évaluation basée sur des faits montrent que les coûts réels sont plutôt trop bas dans cinq exemples et plutôt trop élevés seulement dans trois exemples. L'étendue des analyses, mais aussi la quantité de matériel analysé sous forme de données concernant l'application pratique du tarif est impressionnante. L'évaluation hautement pertinente d'INFRAS clarifie non seulement la question de la neutralité des coûts mais elle montre aussi l'ampleur de la tâche à effectuer pour tarifier correctement les prestations. Les cinq exemples dont la rémunération est considérée comme trop basse représentent plus de 50% du chiffre d'affaires global TARMED des cabinets médicaux!*
- *L'analyse et les réponses aux questions relatives à la transparence, à la neutralité des coûts au moment de l'introduction du TARMED et à la saisie des coûts réels permettent de conclure clairement que le TARMED ne nuit d'aucune façon à l'économie de la santé.*

Le rapport montre aussi clairement les points faibles de la structure tarifaire signalés depuis longtemps par le corps médical:

- *La division par deux des cinq dernières minutes de la taxe de consultation, ordonnée par le Surveillant des prix, a d'importantes répercussions pour les médecins de premier recours et les défavorise involontairement par rapport aux spécialistes. Cela montre clairement que les interventions sur la structure tarifaire influencent uniquement l'équilibre entre les diverses spécialités, mais pas les coûts eux-mêmes.*
- *Les limitations de coûts exigées au préalable par certains partenaires pour la révision de la structure tarifaire empêchent de développer le TARMED de manière appropriée et adaptée à l'économie d'entreprise et de le réviser. Pour cette raison, la FMH et H+ ont pris elles-mêmes en main la révision de la structure en leur qualité de représentants des fournisseurs de prestations.*

Malgré les résultats positifs mentionnés, nous critiquons fermement les déclarations non basées sur les faits mais purement politiques ainsi que les recommandations du rapport CDF que nous refusons et rejetons autant sur la forme que dans le fond.

- *Il est incompréhensible que la confusion permanente entre le TARMED en tant que structure tarifaire et le tarif cantonal appliqué subsiste dans toute l'évaluation, malgré les dispositions très claires de la LAMal à ce sujet.* Alors que la structure tarifaire doit être uniforme au niveau national et qu'elle nécessite l'approbation du Conseil fédéral, l'approbation du tarif de la LAMal se traduit par une convention tarifaire de souveraineté cantonale et n'a rien à voir avec TARMED-Suisse.
Les gouvernements cantonaux sont en effet les autorités d'approbation pour les conventions tarifaires LAMal. Le tribunal fédéral administratif est une instance de recours. Il faut écouter le Surveillant des prix et justifier les écarts par rapport à ses recommandations. TARMED est une STRUCTURE TARIFAIRE et c'est uniquement et exclusivement à ce titre que le Conseil fédéral doit l'approuver. L'intention sous-jacente aux recommandations du rapport du CDF est de saper l'autonomie tarifaire des partenaires et, par le biais de la suppression des compétences cantonales par la Confédération, de transférer le TARMED de facto, en tant que tarif officiel, à l'OFSP.
- *La comparaison du TARMED avec le tarif fédéral pour les laboratoires est imprécise et tendancieuse!* Deux développements tarifaires complètement différents sont comparés sans une évaluation adéquate et un examen de la liste révisée des analyses. Dans le rapport partiel en question, le CDF reprend les déclarations de l'OFSP et les présente comme s'il s'agissait de ses propres conclusions. Ce faisant, il dissimule d'importants points critiqués par le rapport d'examen du CDF-N (Recommandations au Conseil fédéral du 5.9.2009).

Les recommandations du CDF ne reflètent guère la réalité et, à notre grande déception, reposent peu sur des chiffres et des faits malgré les grands moyens déployés et le temps consacré:

1. *Le Conseil fédéral doit mieux utiliser ses compétences légales et fixer les principes à la base de l'adaptation des tarifs.*
Cette recommandation est tout à fait acceptable au sens d'un modèle stratégique. Néanmoins, il faudrait, au sens de l'égalité de droit, aussi assujettir à cette recommandation les tarifs et les conventions avec les autres fournisseurs de prestations selon la LAMal. Il est inacceptable que le TARMED devienne un cas spécial.
2. *Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral doit imposer des tarifs provisoires.*
 - a. Nous estimons que cette recommandation est totalement superficielle et irréfléchie: qui transforme un fait isolé en un problème important? Quels sont les critères? La *vidéo-endoscopie capsulaire* est tout simplement un exemple de parade qui n'a aucune valeur pour le volume global: Cette position ne génère aucun incitatif particulier ni n'est d'une importance quelconque quant à son volume.
 - b. En outre, il n'est pas possible que l'autorité d'approbation soit simultanément une instance qui détermine les contenus de manière exhaustive!
3. *Il faut interdire la facturation de positions analogiques et trouver rapidement des solutions tarifaires provisoires.*
Dans tout le rapport, on ne trouve aucune évaluation de l'importance des positions analogiques du point de vue du chiffre d'affaires et du tarif. Cette évaluation n'a pas non plus été

- effectuée par le groupe d'accompagnement. Par conséquent, la présente recommandation manque de substance objective et contredit expressément la décision d'approbation du Conseil fédéral.
4. *Il faut accorder au Surveillant des prix le statut d'observateur dans Tarmed Suisse. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre dans un délai déterminé, il doit transmettre au Conseil fédéral les cas problématiques pour une tarification provisoire.*
 - a. Les tâches du Surveillant des prix sont fixées dans la loi fédérale concernant la surveillance des prix (LSPr) de manière exhaustive. Dans cette loi, rien n'est mentionné qui pourrait justifier une telle tâche d'observateur!
 - b. La recommandation du CDF attribue au Surveillant des prix un rôle actif et prohibitif dans le processus de négociation, ce qui n'est prévu ni par la LSPr ni par la LAMal!
 - c. Vu sous cet aspect, le Surveillant des prix devrait, en vertu de l'égalité de traitement, siéger dans tous les organes qui fixent les tarifs et les taxes.
 5. *L'OFSP doit élaborer un concept pour l'analyse statistique des prestations facturées et le soumettre au Conseil fédéral pour approbation....*

Nous sommes étonnés par cette recommandation, étant donné que le Parlement a déjà attribué cette tâche précise à l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'art. 22a. Les contacts entre le corps médical et l'OFS pour l'application de l'art. 22a ont déjà été pris.
 6. *Le Conseil fédéral doit garantir que les patients aient la possibilité de contrôler les factures comme la LAMal le stipule.*

Fondamentalement, cette demande est justifiée. 70% des patients ont indiqué dans le dernier sondage santé de santésuisse qu'ils contrôlaient les factures de médecin. L'exigence du CDF n'a toutefois rien à voir avec la structure tarifaire TARMED, mais avec la LAMal. Par voie de conséquence, elle doit également s'appliquer aux factures de pharmacie et factures ambulatoires des hôpitaux ainsi qu'aux factures des dentistes à la charge de l'assurance sociale.

Enfin, nous aimerions encore attirer l'attention sur le fait que, dans son rapport, le CDF cherche régulièrement à étayer les conclusions et les recommandations qu'il souhaite avec des formulations imprécises:

- Dans son introduction, le CDF énumère cinq objectifs parmi ceux qui ont été fixés pour le TARMED, bien qu'il n'ait évalués que trois de ces prétendus objectifs et que les deux autres sont des questions proprement dites.
- Concernant le rôle du Surveillant des prix, le CDF a apparemment oublié que c'est justement l'intervention dudit Surveillant dans la valorisation des «5 dernières minutes» qui a conduit à une sous-valorisation, une intervention que le CDF estime essentielle même dans l'évaluation du FB 1.
- Dans la conclusion relative aux coûts réels (p. 41), le CDF ignore prudemment les résultats de l'analyse des exemples de cas faite par INFRAS.
- Graphique 55: par une habile omission des positions additionnelles dans les anciens tarifs, le CDF rehausse sciemment dans le TARMED l'indemnisation des consultations qui durent plus longtemps.

Rapport final sur l'évaluation du TARMED par le Contrôle fédéral des finances – Rapport conjoint de la FMH –

- L'examen, et donc la pondération quantitative de nombreuses constatations, fait défaut.
Exemples :
 - Grande marge de manœuvre du corps médical dans la facturation
 - Facturation de positions analogiques
 - Effets dangereux du retard de la révision TARMED 2010
- Le secteur hospitalier, qui participe au volume des factures TARMED à hauteur de 40% et qui a le plus fortement augmenté ces dernières années, n'est mentionné qu'accessoirement. Le rapport final du CDF ne mentionne ni n'évalue l'absence de la neutralité des coûts dans l'introduction du tarif hospitalier ambulatoire ni l'absence de la régulation des coûts hospitaliers, contrairement aux médecins indépendants.
- Le CDF a choisi d'intituler le rapport principal «Le tarif médical TARMED» Ce titre est faux et induit en erreur pour plusieurs raisons:
 - TARMED n'est pas un tarif mais une STRUCTURE TARIFAIRE au sens de la loi
 - TARMED n'est pas un tarif médical, mais un catalogue de prestations médicales et techniques. Celui-ci n'est pas seulement appliqué pour les prestations des médecins indépendants mais aussi pour les institutions (hôpitaux).
 - En tant que structure tarifaire, TARMED définit les relations des prestations entre elles, mais pas leur prix. Celui-ci résulte de la multiplication des positions avec la valeur du point tarifaire fixée dans la convention tarifaire, laquelle est un tarif soumis à l'approbation cantonale en vertu de la LAMal. Mais cela, le rapport final du CDF ne l'exprime pas clairement.

FMH

Dr Jacques de Haller
Président

Dr Ernst Gähler
Vice-président



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Eidgenössische Finanzkontrolle EFK
Herr E. Sangra
Herr C. Courbat
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Für Rückfragen:
Verena Nold
Direktwahl: +41 32 625 4253
Verena.Nold@santesuisse.ch

Solothurn, 22. Oktober 2010

Stellungnahme santésuisse zu den Empfehlungen der eidgenössischen Finanzkontrolle „Evaluation TARMED“ung

Sehr geehrter Herr Sangra
Sehr geehrter Herr Courbat

Grundsätzlich befürwortet santésuisse die Empfehlungen der EFK. Die Problematik des TARMED liegt zur Zeit in der blockierten Entscheidungsfindung der TARMED Gremien. Einer politischen Gesamtverantwortung für einen zeitgerechten Tarif ist einem reinen Durchsetzen der Klientelinteressen gewichen. Aufgrund der statutarisch geforderten Einstimmigkeit blockieren sich die Tarmed Tarifpartner bis zur vollständigen Untätigkeit. Dies obwohl die notwendigen „Stellschrauben“ erkannt und technisch die Korrekturen und Anpassungen durchzuführen wären. Es fehlt aber der politische Wille zum Konsens. Schon heute ist vorherschaubar, dass der EFK Bericht von einigen Tarifpartnern durch selektive Interpretation wieder nur für die eigenen Interessen „miss“-interpretiert wird.

Wir denken, die Empfehlungen der EFK liefern brauchbare Grundlagen, die Tarifdiskussion wieder zu versachlichen und evtl. durch den Beizug von Drittparteien (PüW) den Druck zu erhöhen und die Situation zu deblockieren. In diesem Sinne sind die Empfehlungen der EFK unseren Erachtens der erste Schritt in die richtige Richtung, in der Ausgestaltung aber noch verbesserungswürdig.

Empfehlung 1

1.1. Die bei der Berechnung der Minutage für Leistung von Spezialisten zu beachtende Bedingung

Grundsätzlich ist santésuisse hier einverstanden. Es stellt sich die Frage, woher die empfohlenen Standards übernommen werden können. Der Aufwand, dieses Expertenwissen aufzubauen, ist erheblich (Fachexperten aus allen Fachrichtungen inkl. Subspezialisierung bei allen Tarifpartnern und zusätzlich Kenntnisse in Betriebswirtschaft, Medizinischer Tarifierung usw. Parität ist hier wichtig, weil zur Zeit das gegenseitige Vertrauen der Tarifpartner minimal ist.

1.2. Die bei der Berechnung von Produktivitätsfaktoren zu beachtenden Faktoren

Hinweis: zusätzlich ist die Produktivität an Sollvorgaben zu knüpfen.

1.3. Für kostspielige Technologie muss die Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden

Dies war eigentlich von den Entwicklern des TARMED unbestritten (WZW- Kriterien KVG). Wird aber von den Leistungserbringern zunehmend in Frage gestellt.

1.4 Für TARMED-Sparten sollte die Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden

Auch hier muss die Berechnung auf einer Vollauslastung basieren, um eben gerade Fehlansätze für falsche Investitionen zu verhindern (mangelhafte Geräteauslastung wegen zahlenmässigem Überangebot).

1.5. Gegebenenfalls und im Rahmen der Verfassungsinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ sollten die Mittel zur Stärkung der Grundversorgung überdacht werden

Die Empfehlung der EFK, die Position 00.0030 zu prüfen und evt. zu erhöhen, führt zu einem Tarif, welcher eben nicht die Hausärzte stärkt, sondern im Gegenteil sämtliche Leistungserbringer inkl. alle Spitäler und alle Spezialisten ebenfalls besser vergütet und somit die Einkommensdifferenz im Verhältnis zu den Mehrausgaben nur zu einem geringen Teil verbessert. Dies ist ein falscher Ansatz und führt nicht zu höherer Attraktivität des Hausarztes im Vergleich mit den Spezialisten. Besser hier die Dignitätsskala (quantitative Dignität) zu verflachen und die qualitative Dignität dem aktuellen Weiterbildungscurriculum anzupassen. Vor allem die Spezialisten profitieren von sogenannten „überhöhten Leistungen“. Diese Leistungen sind zum Teil höher abgegolten als vom Ausbildungscurriculum gerechtfertigt. Die Spezialisten profitieren eben doppelt: zum einen von ihrer tieferen Sparproduktivität und zum andern von einer höheren quantitativen Dignität (Sie haben den Fünfer und das Weggli). Zum Beispiel hat ein Spezialist im OP 1, falls er eine Leistung mit Dign 6 erbringt, einen Minutensatz AL von über 6 Franken. Entsprechende Vorschläge seitens santésuisse liegen vor.

Ergänzende Aussage zu der von den Leistungserbringern immer wieder eingebrachten Kritik der Tarifierung der letzten 5 Minuten. Hier muss nochmals mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass diese nicht von den Kostenträgern, sondern von der FMH selbst als Lösungsvorschlag gegenüber dem damaligen Preisüberwacher eingebracht (Kritik des PÜ am 5 Minutenintervall). Die konkrete Umsetzung mittels Reduktion auf 2.5 Minuten erfolgte auf Vorschlag des damaligen FMH-Präsidenten (Brief der FMH vom 12. Juli 1999 an den Preisüberwacher)

Empfehlung Nr. 2

Vorläufige Tarifierung durch den Bundesrat

santésuisse begrüsst diese Empfehlung. Aktuell sind tarifarische Grundsätze durch politische Machtspiele überlagert, d.h. jede Tarifierung wird nur mit Gegengeschäften aus anderen Tarifpositionen verhandelt. So bleibt die Tarifierung gemäss den Infra Normen (neue Leistungen können nicht mit GRAT tarifiert werden) auf der Strecke und die Tarifqualität leidet. Begrüssenswert auch, dass eine Drittpartei bei Nichteinigung der Tarifpartner eine vorübergehende betriebswirtschaftliche Bewertung einer Leistung vornimmt und diese in TARMED tarifiert. Somit entsteht der politische Druck zur zeitgemässen Anpassung des Tarifs auch bei den heutigen Profiteuren des status quo (dies betrifft abwechselnd alle Tarifpartner).

Fraglich bleibt aber die entsprechende Formulierung „wenn sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist, oder wenn Leistungen nicht oder ohne wirtschaftliche Bemessung tarifiert

werden, muss der Bundesrat provisorische Anpassungen festsetzen, falls sich die Parteien nicht einigen können".

Bei dieser Formulierung stellen sich mehrere Fragen. Wer legt fest, ob die Tarifstruktur noch sachgerecht ist (die Ansichten der Tarifpartner gehen diametral auseinander). Konsequenterweise müssten unzählige Tarifpositionen vom Bundesrat heute bereits bereinigt werden (Infrastrukturkosten, Minutage, Dignität, andere Modellgrundlagen GRAT / Infra usw.).

Empfehlung 3

Verbot von Analogieverrechnungen

Hier ist santésuisse mit den Empfehlungen völlig einverstanden. Falls das Tarifwerk nicht zu einem Selbstbedienungsladen verkommen soll, ist diesem Verbot unbedingt Nachachtung zu verschaffen. Es ist als generelle Interpretationsregel im TARMED schon vorausgesetzt.

Empfehlung 4

Gewährung des Status als Beobachter

santésuisse begrüsst eine aktivere Rolle des Preisüberwachers, siehe Kommentar Empfehlung 2

Empfehlung 5

Monitoring und Analysen

5.1 Die EFK empfiehlt dem BAG, eine Analyse der Minutage von ca. 30 Leistungen samt der tatsächlichen spartenweise Produktivitäten in Auftrag zu geben

Wird seitens santésuisse begrüsst. Die Datenlage bei den Spitälern hat sich mit Einführung der Kostenstellen/ -trägerrechnung in den Jahren seit Erschaffung TARMED deutlich verbessert. Auf der anderen Seite haben sich auch Eingriffszeiten deutlich verkürzt, gerade wegen moderner teurer Infrastruktur. Eine zeitgerechte Anpassung sowohl der TL- als auch AL-Parameter drängt sich auf.

5.2.

u. 5.3 Die EFK empfiehlt dem BAG, eine verlässliche Statistik der Entwicklung Ärzteteilnahmen zu erstellen, inklusive Beschäftigungsgrad der Ärzte und Einkommensquellen wie Zusatzversicherungen

santésuisse begrüsst die Schaffung einer umfassenden Statistik des ambulanten Sektors. Auch in Ergänzung zur stationären Statistik des BFS, um zukünftige Verschiebungen zwischen diesen beiden Sektoren erfassen zu können (Gefahr mit Einführung DRG).

Sehr komplexe Materie. Wir empfehlen ein Treffen mit Vertretern von santésuisse (SASIS).

Empfehlung 5.4

Information an die Patienten

Rechnungskontrolle durch den Patienten: seitens santésuisse begrüßenswert. Aufwand und Nutzen muss aber angemessen sein (medizinisches Tarmed – Kompendium /Vademecum (1000 Seiten dürften kaum reichen).

„Die Empfehlung der Genehmigungsbehörde an die Tarifpartner, kantonal einheitliche Taxpunktwerte anzustreben, wurde auch acht Jahre später nicht befolgt. Es gibt auch heute noch keine konkreten Pläne, wie diese Empfehlung umzusetzen ist“

santésuisse versucht dies schon lange mit teilweiseem Erfolg.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Abteilung Vertragsverhandlungen

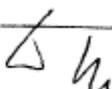
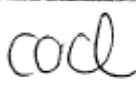


Verena Nold
Stv. Direktorin



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
Herr Claude Courbat
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

EFK
- 7. OKT. 2010 


Ort, Datum Bern, 6. Oktober 2010
Ansprechpartnerin Christine Gersching

Direktwahl 031 335 11 25
E-Mail christine.gersching@hplus.ch

Stellungnahme H+ zum EFK-Evaluationsbericht vom September 2010

Sehr geehrter Herr Courbat

Wir danken Ihnen für die Zusendung des Schlussberichts der EFK zur Tarmed-Evaluation vom September 2010, den wir mit grossem Interesse zur Kenntnis genommen haben.

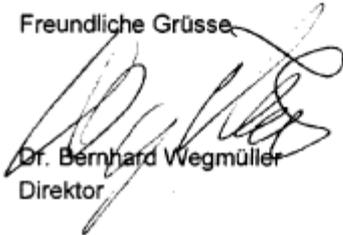
Grundsätzlich verweisen wir nochmals auf unsere Stellungnahme vom 9. August 2010, wo wir detailliert zum Berichtsentwurf und zu grundsätzlichen Fragen zu TARMED Stellung bezogen haben. Bezogen auf den Schlussbericht möchten wir Sie auf zwei, aus Sicht von H+ essentielle Punkte hinweisen:

1. Beim vorliegenden Evaluationsbericht handelt es sich bei den beigezogenen Fallbeispielen vorwiegend um eine Analyse von ärztlichen Leistungen, die in erster Linie in Praxen und weniger in Spitalambulatorien erbracht werden. Unserer Meinung nach sind die ausgewählten Fallbeispiele zu stark an Leistungen frei praktizierender Ärzte ausgerichtet und teilweise von der Auswahl her eher politisch denn sachlich begründet. Sie sind wenig repräsentativ für das Hauptvolumen der erbrachten Leistungen in Spitälern. Aus diesem Grund sind gewisse Schlussfolgerungen beispielsweise zur Kostenrealität aus Sicht von H+ zu präzisieren, wie bereits in unserer ersten Stellungnahme vom 9. August 2010 vorgeschlagen.

2. Zum Anstieg der Kosten im spitalambulantem Bereich wird im Abschlussbericht unter Punkt 5.4, Seite 75, explizit auf ein Communiqué vom 22.09.2010 von santésuisse hingewiesen und unserer Ansicht nach eine einseitige Darstellung der Spitäler als Kostentreiber im ambulanten Bereich vorgenommen. Dabei wird aus Sicht von H+ übersehen, dass einerseits der Anstieg ambulanter Spitalleistungen ein von den Patienten und allen Partnern im Gesundheitswesen gewünschter Effekt ist. Andererseits verläuft diese Entwicklung seit Jahren konstant und wurde – wie im Schlussbericht korrekt dargestellt – durch TARMED eher gedämpft. In der Beilage senden wir Ihnen eine Medienmitteilung von H+ vom 7. September 2010, aus der der Zuwachs ambulanter Spitalleistungen in Höhe von 13,4 Prozent in drei Jahren zu ersehen ist. Um eine neutrale Darstellung der stark gewachsenen Nachfrage nach ambulanter Spitalmedizin vorzunehmen, fordert H+ die Entfernung des Zitats und den Verweis auf das Communiqué von santésuisse im Schlussbericht.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor



Caroline Plana
Leiterin Geschäftsbereich Tarife, eHealth
Mitglied der Geschäftsleitung

Medienmitteilung H+ vom 7. September 2010, Ambulante Spitalleistungen: Zuwachs von 13,4 Prozent in drei Jahren

Geschäftsstelle TARMED Suisse



Eidgenössische Finanzkontrolle
Herr Michel Huissoud
Vizedirektor
Monbijoustr. 45
CH-3003 Bern

Bern, 30.09.2010

Stellungnahme TARMED Suisse zum Schlussbericht « Evaluation TARMED »

Sehr geehrter Herr Huissoud

Das Leitungsgremium TARMED Suisse hat den Schlussbericht der EFK anlässlich seiner letzten Sitzung diskutiert. Zu Diskussionen Anlass gab der Vorschlag, den Preisüberwacher mit Beobachterstatus Einsitz im Leitungsgremium von TARMED Suisse nehmen zu lassen.

Die Vertragsparteien von TARMED Suisse sind der Ansicht, dass die Preisüberwachung aufgrund ihrer Stellung nicht in einem Gremium vertreten sein kann, deren Tarifstruktur sie letztendlich im Auftrag des Bundes überprüfen muss. Das Leitungsgremium ist aber der Meinung, ein früher Einbezug der Preisüberwachung und vor allem auch eine vertiefte Information über die Gründe bestimmter Tarifierungsentscheide könnten für alle Seiten von Vorteil sein. Aus diesem Grund würde es Sinn machen, die Preisüberwachung unmittelbar nach Vorliegen einer neuen Tarifversion direkt durch die Geschäftsstelle TAREMD Suisse zu informieren.

Wir hoffen, dass diese Änderung noch Aufnahme in Ihrem Bericht finden kann.

Freundliche Grüsse

TARMEDSuisse

Denise Rüegg
Präsidentin Leitungsgremium

Markus Baumgartner
Geschäftsführer

Kopie per Mail:

- Claude Courbat, Projektleiter, EFK Fachbereich "Wirtschaftlichkeitsprüfung & Evaluation"



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Direktion

CH-2010 Neuchâtel, BFS, 64 GESV **A-Priority**

Eidgenössische Finanzkontrolle
Herr Kurt Grüter
Direktor
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

FSK 1. 8381.316.00095.54
13 OKT. 2010 <i>LM</i>
<i>gka M7</i> <i>saem</i>

Referenz/Aktenzeichen: 14-53-00
Ihr Zeichen:
Unser Zeichen: DAN / PHZ
Sachbearbeiter/in: Marco D'Angelo
Neuchâtel, 11. Oktober 2010

Stellungnahme

Schlussbericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle zur Tarmed-Evaluation

Sehr geehrter Herr Direktor

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme betreffend des Schlussberichts zur Tarmed-Evaluation. In „Empfehlung 5 – Monitoring und Analysen“ sind wir mit den Empfehlungen an den Bundesrat betreffend Statistik im Grundsatz einverstanden. Wir gestatten uns, Ihnen im Folgenden einige Überlegungen und Präzisierungen zu unterbreiten.

a) Analysebedürfnisse zur Tarifstruktur

Für die Überprüfung der betriebswirtschaftlichen Berechnung von Tarmed-Positionen empfiehlt die Eidgenössische Finanzkontrolle die Analyse der Minutagen und wenn nötig deren Neubewertung, sowie die Erstellung einer Statistik für die Entwicklung der Ärzteneinkommen. Wir erlauben uns die Präzisierung, dass die Erarbeitung der Grundlagen für die Analyse der Minutagen Aufgabe der Tarifpartner ist.

Die Erhebung zum Ärzteneinkommen muss im Zusammenhang mit den Vorgaben des KVG Art. 22a betrachtet werden. Koordination der Erhebungstätigkeit, Kohärenz der Daten und Beschränkung des Erhebungsumfangs bei den Ärzten sollten im Bericht erwähnt werden. Diese Vorgaben sind notwendig, um keine Konfusion zu verursachen und den möglichen Widerstand aufgrund der heiklen Informationsangaben so tief als möglich zu halten.

b) Zentralisierung der Daten zu den ambulanten Leistungen beim Bundesamt für Statistik

Grundsätzlich unterstützen wir die Empfehlung, die bestehenden Datensammlungen der Tarifpartner für die Tarifpflege zu analysieren. Auch ist eine Zentralisierung der sich als nützlich erweisenden Datenquellen beim BFS zu begrüssen. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass das KVG die Datenlieferungspflicht nicht auf diese Datensammlungen erstreckt. Sie können nur im Falle einer freiwilligen Vereinbarung mit den Tarifpartnern entsprechend zentralisiert und genutzt werden.

Bundesamt für Statistik BFS
Jürg Marti
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel
Tel. +41 32 71 36001, Fax +41 32 71 36002
Juerg.Marti@bfs.admin.ch
www.statistik.admin.ch

Ausserdem sollte die Zentralisierung mit den Vorhaben zum Aufbau einer Statistik zur ambulanten Gesundheitsversorgung koordiniert werden:

Zum Aufbau einer Statistik zur ambulanten Gesundheitsversorgung hat das Bundesamt für Statistik bereits Schritte eingeleitet und koordiniert sich mit dem Bundesamt für Gesundheit. Die Herausforderungen für die Realisierung von ambulanten Statistiken gelten hierbei auch für Tarmed-Leistungen:

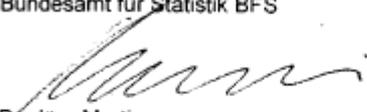
- Umfang: Im ambulanten Sektor sind weit über 15'000 Ärzte tätig. Eine Vollerhebung bedeutet einen enormen Aufwand für die Erhebungsstelle und entsprechende Ressourcen müssen bereitgestellt werden.
- Systematik der Datenquellen (Ärztenschaft - Versichererdaten): Die Datensammlungen der Tarifpartner eignen sich nur beschränkt für die Aufsichtstätigkeit und die Statistik. Die erbrachten Leistungen der Ärzte beinhalten auch Leistungen unterhalb des Franchisebetrags oder sonstige Direktzahlungen. Die Versichererdaten sind je nach Finanzierer beispielsweise nur aus KVG- oder UVG-Optik komplett und detailliert. Ausserdem handelt es sich bei den Datensammlungen der Tarifpartner nicht um Vollerhebungen, weshalb die mögliche Verwendung im Hinblick auf die Aufsicht durch das Bundesamt für Gesundheit nach KVG und jene des Bundesamtes für Statistik nach Bundesstatistikgesetz einer Klärung bedarf.
- Klassifikation – Nomenklatur: Es bestehen unterschiedliche Definitionen für die Grundgesamtheit der Leistungserbringergruppen. Diese Abgrenzungsfragen führen je nach Datenverwendung zu Einschränkungen (KVG-Definitionen entsprechen nicht dem Betriebs- und Unternehmensregister, Vollständigkeit, etc.).

Aufgrund dieser Überlegungen begrüßen wir eine Zusammenarbeit für ein Konzept zur statistischen Analyse der Tarmed-Daten. Es sollten aber folgende Punkte beachtet werden:

- Die Regelung der Verantwortlichkeiten bei der Zusammenarbeit muss geklärt sein. Die „Empfehlung 1 – Erlass von klaren Grundsätzen“ ist für die Definition der statistischen Aussagen Voraussetzung.
- Die Lieferung von Daten zu ambulanten Leistungen ans Bundesamt für Statistik soll explizit auch über indirekte Erhebungen möglich sein, um den Handlungsspielraum nicht einzuschränken.
- Die Belastung der Befragten soll auf ein Minimum reduziert sein.

Mit freundlichen Grüßen

Bundesamt für Statistik BFS



Dr. Jürg Marti
Direktor



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD
Preisüberwachung PUE

CH-3003 Bern, PUE

Eidgenössische Finanzkontrolle
Herr E. Sangra, Leiter Fachbereich
Monbijoustrasse 45
3003 Bern

Ihr Zeichen: 1.8381.316.00095.42
Unser Zeichen: File / Jun
Kontakt: M. Jung
Bern, 20. September 2010

Der Arzttarif Tarmed – Evaluation der EFK Stellungnahme der Preisüberwachung

Sehr geehrter Herr Sangra
Sehr geehrter Herr Courbat

Wir beziehen uns auf Ihr Schreiben vom 7. September 2010 samt Beilagen in vorgenannter Angelegenheit und nehmen zu Ihrer Evaluation im Rahmen der gewährten Frist gerne wie folgt Stellung:

Zum Bericht als solchem haben wir keine Bemerkungen mehr. Dasselbe gilt für die Teilberichte. Erlauben Sie uns bitte noch ein paar Anmerkungen zum Empfehlungsteil des Berichts (vgl. Kapitel 8):

Mit der Stossrichtung der vorliegenden Empfehlungen sind wir einverstanden. Wir hätten noch ein paar Änderungs- und Ergänzungsanträge zu den Empfehlungen 1, 2, 4 und 5 wie folgt (jeweils in roter Schrift):

Empfehlung 1

Mit der Empfehlung als solcher sind wir einverstanden. Wir schlagen folgende Ergänzungen vor:

1.3 Für kostspielige Technologien muss die Mindest-Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden. Es gilt zu verhindern, dass verschwenderisch kostspielige medizinische Technologien angeschafft werden.

Begründung: Mit dem Wort „Auslastung“ ist sicher die Mindest- oder Minimal-Auslastung gemeint. U.E. sollte die Formulierung jedoch so präzise wie möglich sein, weshalb wir vor-

Preisüberwachung PUE
Manuel Jung
Effingerstrasse 27, 3003 Bern
Tel. +41 31 322 21 01, Fax +41 31 322 21 08
manuel.jung@pue.admin.ch
www.preisueberwacher.ch

stehende Ergänzung vorschlagen. Erlauben Sie uns diesbezüglich noch den Hinweis, dass das von der aktuellen KVG-Rechtspraxis gestützte Modell zur Kalkulation stationärer Spitaltarife bereits heute eine Mindest- oder Soll-Auslastung für ganze Spitäler (von 85% oder 90%, je nach Spitaltyp) vorsieht, bei deren Nichterreichung die in Art. 49, Abs. 1 KVG (in seiner alten Version, welche noch bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung Anfang 2012 gilt) erwähnten Abzüge für „Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten“ gemacht werden müssen (gemäss einer genau vorgegebenen Formel).

Zu den anrechenbaren Kosten für medizintechnische Grossgeräte existiert zudem ein Bundesratsentscheid vom 10. Mai 2000 betreffend Schaffhauser MRT-Tarif 1999, welcher in dieselbe Richtung weist wie Ihre Empfehlung 1.3, indem der Bundesrat letztinstanzlich verfügte, dass für die Tarifberechnung der vorgeschlagenen MRT-*Mindestauslastung* des Preisüberwachers zu folgen sei¹.

1.4 Für Tarmed Sparten sollte die Mindest-Auslastung für die Berechnung der Vergütung bestimmt werden. Es gilt, diejenigen Faktoren zu identifizieren, welche eine effiziente Praxis ausmachen sowie Gemeinschaftspraxen zu fördern, wenn sich diese als kostengünstiger erweisen. Es gilt Fehlanreize für falsche Investitionen zu verhindern.

Begründung: Vgl. Punkt 1.3.

1.5 Gegebenenfalls und im Rahmen der Verfassungsinitiative « Ja zur Hausarztmedizin » sollten die Mittel zur Stärkung der Grundversorgung durchdacht werden. Der Bundesrat könnte Ziele zu Höhe der Einkommensunterschiede zwischen Ärzteguppen formulieren. Eine mögliche Massnahmen könnten sein, die Dignitätsskala oder die damalige Halbierung der Vergütung für die Position 00.0030 neu zu prüfen.

Begründung: Die Tarifposition 00.0030 (Konsultation, letzte 5 Minuten) entspricht der Entschädigung für die *angebrochenen* letzten 5 Minuten einer Konsultation. Die Tarifierung entspricht genau der Hälfte der Tarifpositionen 00.0010 (Konsultation, erste 5 Min.) und 00.0020 (Konsultation, jede weitere 5 Min.). Damit wird die Tarifposition 00.0030 genau wie eine Konsultation von 2.5 Minuten Dauer entschädigt. Dies ist logisch und sachlich richtig, da die *angebrochene* letzte 5-Minuteneinheit einer Konsultation im Durchschnitt immer 2.5 Minuten dauert (manchmal dauert sie effektiv z.B. 1 Minute, ein anderes mal 4 Minuten). Zudem sei noch der Hinweis erlaubt, dass auch Spezialärzte die Tarifposition 00.0030 verwenden (wenn auch weniger als Grundversorger), es sich somit nicht um eine besonders geeignete Tarifposition handelt, um eine zielgerichtete Förderung der Grundversorger zu betreiben.

1.6 (neuer Punkt): Die Tarifpflege hat permanent zu erfolgen und insbesondere den vorgenannten Tarifierungsgrundsätzen Rechnung zu tragen. Es gilt zu verhindern, dass ein Tarif jahrelang kaum gepflegt wird, was dann plötzlich eine aufwändige Gesamtrevision notwendig macht.

Begründung: U.E. ist die permanente Pflege einer Tarifstruktur ein wichtiger Grundsatz, damit diese die Wirtschaftlichkeits- und Zweckmässigkeitskriterien des KVG *ständig* erfüllt. Ansonsten würde man lieber mit einem reinen Zeittarif abrechnen (wie dies z.B. die Anwälte tun).

Empfehlung 2:

Mit der Empfehlung als solcher sind wir einverstanden. Wir schlagen folgende Ergänzung vor:

Die EFK schlägt sinngemäss vor, folgende Änderung des Art. 43 Abs.5, zweiter Satz, vorzunehmen: „*Wenn sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist oder wenn Leistungen nicht oder ohne wirtschaftliche Bemessung tarifiert werden, muss der Bundesrat Anpassungen festsetzen, die bis zur nächsten Einigung der Parteien gültig bleiben.*“. Die Tarifpartner setzen für den Bereich der ambulanten Arzttarife eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstruktur zuständig

¹ Vgl. RKUV 5/2001, S. 377: Einzelleistungstarif für die Magnetresonanztomographie (MRT): Festsetzung des Taxpunktwertes für MRT-Leistungen auf kantonaler Ebene, KV 179, als PDF-Dokument abrufbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02876/index.html?lang=de>

ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro Arztrechnung erhoben werden. Die Ärzte, Spitäler und Versicherer haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat vollständig dokumentiert zur Genehmigung unterbreitet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.

Begründung: Der Tarmed ist der kostenmässig gewichtigste Tarif, über welchen Leistungen zulasten der OKP abgerechnet werden (gut 7 Milliarden Franken pro Jahr). Es ist deshalb von grosser Bedeutung, dass dieser Tarif ständig gepflegt und à jour gehalten wird. Angesichts dessen Komplexität braucht es dazu ein professionell arbeitendes Büro, wie es mit dem Case Mix Office der Swiss DRG AG vor kurzem zur Pflege der Tarifstruktur(en) zur Abrechnung stationärer Spitalleistungen eingerichtet wurde (auf Basis der Bestimmung in Art. 49, Abs. 2 KVG). Dabei gilt es anzumerken, dass über die SwissDRG-Tarifstruktur ein *kleineres* Kostenvolumen zulasten der OKP abgerechnet wird als über den Tarmed (gut 5 Milliarden Franken). Es ist nicht einzusehen, dass das KVG die professionelle Pflege der Tarifstrukturen im Bereich der *stationären* Leistungen vorschreibt (und zur Finanzierung auch das Erheben eines Beitrags pro abgerechnetem Fall erlaubt, was pro Jahr rund 3 Millionen Franken zulasten der OKP ergibt), die Pflege der wichtigsten Tarifstruktur im ambulanten Bereich dagegen allein dem Gutdünken der Tarifpartner überlässt.

Zwar sieht Empfehlung 2 der EFK eine Interventionsmöglichkeit bei ungenügender Tarifpflege vor und Empfehlung 4 einen Beobachterstatus mit Vorschlagsrecht für die Preisüberwachung. Beides wird von uns zwar begrüsst. Das Büro von Tarmed Suisse ist jedoch eine freiwillige Einrichtung der Tarifpartner und offenbar von diesen bewusst derart schwach ausgestattet worden, dass eine professionelle Tarifpflege derzeit nicht möglich ist. Die Tarifpartner könnten aufgrund der heutigen Gesetzeslage das Büro von Tarmed Suisse auch über Nacht schliessen, da sie kein Gesetz zu dessen Aufrechterhaltung verpflichtet. Damit also die Empfehlungen 2 und 4 erfolgreich umgesetzt werden können, müssen u.E. die Tarifpartner zwingend durch eine KVG-Bestimmung dazu verpflichtet werden, ein professionell arbeitendes Büros zur Pflege des Tarmed zu unterhalten, dessen Finanzierung analog wie bei der SwissDRG AG über einen kleinen Beitrag pro Arztrechnung sichergestellt wird.

Empfehlung 4:

Wir beantragen eine kleine Änderung der Empfehlung wie folgt:

Empfehlung 4 – Neue Rolle für den die Preisüberwacher

Die EFK empfiehlt, dem Preisüberwacher den Status eines Beobachters in Tarmed Suisse zu gewähren. Im Fall von Nichteinigung der Tarifpartner auf einen festgesetzten Termin, soll sie er die problematischen Fälle dem Bundesrat zur vorläufigen Tarifierung weiterleiten.

Begründung: Mit der Änderung soll sichergestellt werden, dass nicht der Preisüberwacher als Person an den Sitzungen von Tarmed Suisse teilnehmen muss, sondern die Preisüberwachung als Amtsstelle frei ist, wen sie abdelegieren will: Erstens werden auch bei EFK-Empfehlungen, welche sich an andere Ämter richten, nicht deren Funktionsträger genannt, sondern das Amt als solches (so heisst es z.B. in Empfehlung 5, das „BAG“ solle ein statistisches Analysekonzept erarbeiten und nicht der „Leiter des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung“.) und zweitens würde dem Preisüberwacher selber zur Wahrnehmung der Beobachterrolle bei Tarmed Suisse schlicht die Zeit fehlen. Er müsste somit in jedem Fall jemanden abdelegieren. Der Preisüberwacher muss neben seinen vielfältigen Aufgaben bereits ad personam an den fast wöchentlichen Sitzungen der Wettbewerbskommission teilnehmen.

Zudem sei an dieser Stelle nochmals auf die vorstehenden Anmerkungen zu Empfehlung 2 verwiesen, wonach die Beobachterrolle der Preisüberwachung u.E. nur dann eine gute Wirkung entfalten kann, wenn Tarmed Suisse bezüglich Ressourcen professionell ausgestattet ist (was derzeit nicht der Fall ist). Dies bedingt u.E., dass Tarmed Suisse (analog zur

SwissDRG AG) durch eine Ergänzung des KVG der Status einer zwingend von den Tarifpartnern zu betreibenden Organisation zur Pflege des Tarmed erhält und die Finanzierung nicht durch die Tarifpartner, sondern durch eine kleine, kostendeckende Abgabe auf den Arztrechnungen erfolgt.

Empfehlung 5:

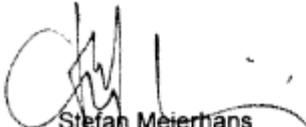
Mit der Empfehlung als solcher sind wir einverstanden. Wir schlagen folgende Streichung vor:

~~5.4 Das Konzept muss die notwendigen Ressourcen definieren, und sie unter den betroffenen Stellen verteilen.~~

Begründung: Die Preisüberwachung verfügt über keine Mittel, um sich finanziell an der Durchführung/Wirkungsanalyse anderer Gesetze zu beteiligen. Unsere sehr knappen Mittel für externe Gutachten (rund Fr. 30'000.- pro Jahr) benötigen wir für den Vollzug des eigenen Gesetzes. Zudem gehört die Preisüberwachung dem EVD an und nicht wie die beiden anderen vorgeschlagenen Bundes-Mitglieder der Arbeitsgruppe (BAG und BFS) dem EDI.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme sowie den Einbezug bei der Berichtserarbeitung und stehen Ihnen für allfällige Rückfragen oder ein Gespräch natürlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Stefan Meierhans
Preisüberwacher

Courbat Claude EFK

Von: Michael Jordi [michael.jordi@gdk-cds.ch]
Gesendet: Mittwoch, 11. August 2010 17:37
An: Courbat Claude EFK
Cc: michel.huissod@efk.admin.ch
Betreff: Stellungnahme GDK Evaluation TARMED durch EFK

Sehr geehrter Herr Courbat
Ihnen und dem Team der EFK danken wir für die Erstellung der verschiedenen Berichte zum TARMED und der Fallstudien. Die Präsentation vom 21. Juni 2010 der Resultate, ihrer Interpretation ... und deren Einschränkungen war verständlich und nachvollziehbar. Wir erachten den Bericht als gut strukturiert sowie breit und seriös abgestützt. Die heutigen Grenzen der Reformfähigkeit des Tarifwerks im Kontext der heutigen tarifvertraglichen Rahmenbedingungen und antagonistischen Interessenlagen der Tarifpartner wurden klar aufgezeigt. Es ist nun an der Politik und den Tarifpartnern die notwendigen Schlüsse daraus zu ziehen. Wir haben keine weiteren Bemerkungen zu den Berichtsfassungen anzubringen.
Freundliche Grüsse
Michael Jordi

UZ: 47.7_21_Evaluation/MJ

Michael Jordi
Zentralsekretär
Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
Haus der Kantone
Speichergasse 6
Postfach 684
CH-3000 Bern 7
Tel. +41 31 356 20 20
michael.jordi@gdk-cds.ch
<http://www.gdk-cds.ch>
