



Mise à jour de TARMED

Examen des processus et du rôle de
la Confédération

Annexe séparée au rapport d'évaluation Tarmed

Mise à jour de TARMED. Examen des processus et du rôle de la Confédération L'essentiel en bref

Alors qu'elle a joué un rôle initial important, la Confédération se montre peu active actuellement

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a joué un rôle déterminant durant la phase d'élaboration du premier tarif médical unifié au niveau suisse, notamment en imposant un objectif de neutralité des coûts. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), puis par la suite, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'est davantage cantonné dans un rôle de surveillance (ex-ante) et joue, d'après lui, essentiellement un rôle préventif dans le processus d'entretien de Tarmed. Toutefois, il s'est montré plus actif lors de la révision du chapitre de radiologie en 2007, au cours de laquelle des objectifs précis ont été fixés par le DFI. Actuellement, le Conseil fédéral intervient avant tout une fois que les partenaires se sont mis d'accord, mais rarement en cas de conflit.

Un processus laborieux de mise à jour du Tarmed pour un impact financier faible

Depuis l'adoption de la première version de Tarmed en septembre 2000, le CDF constate que le processus de mise à jour du tarif prend plus de temps que prévu. En un peu plus de huit ans, six versions se sont succédées qui, à l'exception d'une révision du supplément pour cas d'urgence, n'apportent que des modifications de détail et financièrement négligeables. L'estimation des impacts financiers est d'ailleurs peu documentée.

Un tarif négocié dont la mise à jour est quasiment bloquée

Les partenaires tarifaires soulignent tous la nécessité d'une révision plus fondamentale du tarif (projet Tarmed 2010), car les besoins primaires de modification n'ont pas pu être garantis à ce jour. Le CDF constate un blocage au niveau du processus de négociation entre les partenaires. Entant donné le droit de veto accordé à chacun des partenaires, chaque modification du tarif doit être approuvée à l'unanimité. Le manque de confiance actuel entre médecins et assureurs ralentit le processus et empêche tout progrès significatif. Couplé avec la possibilité de facturer par analogie autorisée par le Conseil fédéral malgré l'existence d'environ 4300 positions, ce blocage génère un risque d'obsolescence rapide du tarif qui a du mal à tenir compte des innovations et des modifications de pratiques dans le domaine médical.

Tarif administré pour les analyses de laboratoires : des révisions conséquentes, mais seulement au bout d'une quinzaine d'années

Entré en vigueur au début des années 1990, ce tarif est administré par la Confédération, contrairement au Tarmed. Malgré d'importantes évolutions technologiques, ce n'est qu'après une quinzaine d'années qu'a débuté la révision totale du tarif. Celle-ci succède à une coupe financière de 10% réalisée en 1997 sur les cinquante analyses les plus utilisées, ainsi qu'à une coupe financière linéaire de 10% sur la valeur du point en 2006. Le nouveau modèle tarifaire tient compte de manière différenciée des progrès technologiques et devrait permettre, selon l'OFSP, une économie de 200 millions de francs par année, par rapport à un milliard de francs de dépenses annuelles. Les progrès ont accru l'efficacité des processus de travail dans les laboratoires, processus en nombre limité et « facilement » modélisables par les experts par rapport à Tarmed. La révision de ce tarif administré par la Confédération s'est heurtée à de fortes résistances de la part des milieux médicaux. Le CDF juge que le processus de révision du tarif a manqué de transparence.

No de rapport CDF 8381.316.00095

Table des matières

1	Objectif de ce rapport	3
2	Evolution de Tarmed durant les années 2000 à 2009	4
3	Une mise à jour du tarif non fiable et non réalisée à temps	8
3.1	Tarmed Suisse	8
3.2	Le processus de révision (avant approbation par le Conseil fédéral)	10
3.3	Résultats des processus de révision	10
3.4	Le cas du supplément pour cas d'urgence demandé par la FMH	13
3.5	La possibilité de facturer par analogie : un grand risque de Tarmed	14
4	Le Conseil fédéral surveille les modifications formelles de Tarmed	16
4.1	Généralités	16
4.2	Aspects juridiques	17
4.3	L'Office fédéral de la santé publique	18
4.4	Le Surveillant des prix	19
5	Tarif des analyses de laboratoires : un Conseil fédéral qui décide, mais qui fait face à de fortes résistances	20
6	Appréciation du Contrôle fédéral des finances	24
7	Discussion finale	25

Annexes

Annexe 1 : Position des acteurs interrogés par le CDF en janvier 2009

Annexe 2 : modifications Tarmed, version 1.06 valable à partir du 1.3.2009

Annexe 3 : Tarmed 2010, geplantes Projekt von Tarmed Suisse

Annexe 4 : Liste des personnes interviewées

Annexe 5 : Bibliographie

1 Objectif de ce rapport

Le système de tarification Tarmed représente environ 6 milliards de francs qui sont mis chaque année à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Les prestations de services ambulatoires

s'élèvent à 17,124 milliards de francs en 2007¹. Les risques de non mise à jour de Tarmed, donc d'obsolescence de celui-ci, ainsi que le volume financier concerné peuvent, selon le CDF, justifier une intervention du Conseil fédéral dans ce domaine.

Le CDF a analysé la manière dont les partenaires tarifaires négocient, ainsi que le rôle de la Confédération, en examinant les processus, leurs résultats (importance des révisions effectuées jusqu'à aujourd'hui) et en comparant Tarmed qui est un tarif négocié avec un tarif administré, le tarif des analyses de laboratoire.

Dans le présent rapport, le CDF s'est concentré sur la mise à jour de Tarmed et a renoncé à évaluer le processus de négociation de la valeur du point tarifaire, qui est du ressort des cantons. Les valeurs cantonales du point ne font pas partie de la structure de Tarmed. Le rôle de la surveillance des prix est brièvement décrit au chapitre 4.4.

Le présent rapport a été établi conjointement par Emmanuel Sangra (responsable du centre de compétences évaluation), Claude Courbat (chef de projet) et Marcel Cornuz (collaborateur) et constitue une annexe séparée au chapitre 6 du rapport concernant l'évaluation du système de tarification Tarmed.

2 Evolution de Tarmed durant les années 2000 à 2009

Sur la base de documents mis à disposition par l'OFSP, l'évolution l'historique de Tarmed durant les années 1999 à 2009 se présente de la manière suivante.

Influence décisive du Conseil fédéral

Le 30 juin 2000, les partenaires tarifaires soumettent pour approbation au Conseil fédéral la version Alpha 3.0 du nouveau tarif médical (Tarmed). Celui-ci est valable conjointement pour les prestations ambulatoires des hôpitaux et des médecins. Cette première structure de Tarmed a été acceptée le 18 septembre 2000 par le Conseil fédéral. Celle-ci comporte 4'381 positions tarifaires, dont environ un tiers sont des prestations médicales hospitalières. L'approbation porte explicitement sur les prestations médicales remboursées par la LAMal dont la rémunération s'effectue sur la base d'un tarif à la prestation.

Cette décision du 18 septembre 2000 précisait que la neutralité des coûts devait être considérée comme une condition-cadre fondamentale pour l'introduction de Tarmed. Cette décision du Conseil fédéral a créé un blocage et une résistance importante de la part du monde médical, car celle-ci était synonyme de perte de revenus. Il était très difficile d'estimer l'influence de l'introduction de Tarmed sur l'évolution des coûts de santé. L'objectif du Conseil fédéral consistait à freiner toute augmentation des coûts de la santé liée à l'introduction de Tarmed. La stratégie de Madame la Conseillère fédérale Dreifuss consistait à maintenir la pression sur les partenaires tarifaires : en cas d'échec des négociations, le Conseil fédéral menaçait d'établir un tarif administré.

Pour débloquer la situation auprès du corps médical, le rôle de Madame la Conseillère fédérale Dreifuss a été de garder un contact permanent avec la direction de projet et de reconnaître une valorisation nécessaire des prestations intellectuelles pour les médecins. Le corps médical accep-

¹ Source : Office fédéral de la statistique, *coûts du système de santé en 2007*

tait ainsi, le 22 décembre 1999, la version Alpha 2.2, sous condition d'une seconde négociation avant l'entrée en vigueur de Tarmed.

Le 25 mai 2000, bien que la seconde phase de négociation n'ait pas eu lieu, les partenaires tarifaires signaient un précontrat concernant la version Alpha 3.0 avec le concept d'une introduction de Tarmed respectant la neutralité des coûts. Les partenaires s'étaient cependant mis d'accord que cette version Alpha 3.0 ne pourrait être introduite en l'état.

Cette version Alpha 3.0, ainsi que la version intermédiaire 1.0, n'ont jamais été appliquées. Le 30 août 2001, les partenaires tarifaires présentent une nouvelle version 1.1 (avec modifications matérielles concernant en particulier : dignités, branches, minutages) au Conseil fédéral.

Version 1.1

Le 30 septembre 2002, le Conseil fédéral approuve la révision de la structure tarifaire Tarmed (version 1.1 comportant 4'583 positions tarifaires) qui sera introduite sur le plan suisse le 1^{er} janvier 2004, ainsi que les deux conventions-cadre des partenaires tarifaires dans le domaine de l'assurance-maladie. Le Conseil fédéral précise que la convention sur la neutralité des coûts ne peut être examinée de manière définitive, car les valeurs du point devront encore être négociées et approuvées au niveau cantonal. La négociation sur les valeurs du point et par conséquent la définition des zones de neutralité des coûts se dérouleront de manière décentralisée. C'est pourquoi le Conseil fédéral explique que des adaptations de la structure tarifaire ne peuvent en principe intervenir que de manière très restrictive durant la phase de neutralité des coûts.

Dans ses recommandations du 30 septembre 2002 pour la mise en œuvre des conventions-cadre bilatérales, le Conseil fédéral mentionne que par la suite, toute adaptation de la structure doit être soumise au Conseil fédéral pour approbation et qu'un rapprochement des valeurs cantonales du point devra intervenir à moyen terme. Compte tenu de la portée d'une modification au niveau national de la tarification des prestations médicales et de ses effets sur les coûts de l'assurance-maladie sociale, le Conseil fédéral exige tant des gouvernements cantonaux que des partenaires tarifaires, qu'ils considèrent la neutralité des coûts comme un critère déterminant lors de la négociation et l'approbation des valeurs du point. En cas de litige en lien avec les conventions-cadre, les partenaires tarifaires peuvent faire appel auprès du tribunal cantonal compétent et, en dernière instance, au Tribunal fédéral des assurances.

Version 1.02

Le CDF indique que l'impact financier n'est pas connu et que cette version n'est jamais entrée en vigueur, puisque l'on est passé directement de la version 1.1 à la version 1.03.

Version 1.03

Le 21 décembre 2005, le Conseil fédéral approuve la version 1.03 (succédant à la version 1.1) en enjoignant les partenaires tarifaires d'établir un concept qui prévoit une refonte fondamentale du modèle tarifaire permettant de réduire la complexité de la structure aux nécessités actuelles (cas de la radiologie et opérations de la cataracte, par exemple).

Version 1.04

Dans le cadre d'une première prise de position concernant la version 1.04 de Tarmed, le Surveillant des prix constate une augmentation significative du nombre de positions correspondant à une augmentation des coûts d'environ 100 millions de francs. Le principe de neutralité des coûts n'est

pas respecté. Le Surveillant des prix recommande un regroupement des positions sous forme de paquets, engendrant une amélioration de la transparence au niveau de l'analyse des coûts, ainsi qu'une réduction conséquente du minutage dans le cadre de l'opération de la cataracte.

Le 18 septembre 2006, nouvelle prise de position du Surveillant des prix qui mentionne que les partenaires tarifaires n'ont pas rempli les conditions visant à réduire la complexité de la structure aux nécessités actuelles, ainsi qu'à réduire le minutage de l'opération de la cataracte et propose au Conseil fédéral de ne pas approuver la version 1.04 de Tarmed.

En août 2006, l'OFSP indique à Tarmed Suisse que l'estimation des coûts n'est pas plausible (environ 14,5 milliards de points tarifaires, alors que 7 milliards sont généralement décomptés annuellement à l'aide de Tarmed). Tarmed Suisse reconnaît que sa base de données ne correspond plus à la réalité et qu'une correction est nécessaire. Tarmed Suisse mentionne que la vérification et l'adaptation des données nécessite un travail important et que les partenaires tarifaires ne disposent pas encore de données fiables et reconnues.

Selon décision du Conseil fédéral du 22 novembre 2006, la version 1.04 est tout de même approuvée. Les partenaires tarifaires, ainsi que les cantons doivent cependant tenir compte de l'expansion du volume des points tarifaires lors du calcul de la valeur du point tarifaire, ainsi que présenter un concept jusqu'à fin 2007 qui vise à réduire la complexité de la structure tarifaire. L'OFSP considère la révision du chapitre radiologie comme une simplification de la structure de Tarmed, mais estime cependant que la simplification doit encore être poursuivie à l'avenir.

Version 1.05

Lors d'une table ronde en avril 2001, les partenaires tarifaires décident en présence de représentants des autorités cantonales et fédérales de procéder à un reengineering (RE I) de la version 1.0 de Tarmed. Cette décision concerne plusieurs domaines spécialisés, dont les prestations fournies par les cabinets et instituts privés de radiologie (hôpitaux privés et instituts publics non concernés). En effet, les radiologues privés utilisent des appareils techniques nécessitant des investissements importants et donc générant des coûts fixes très élevés. Un traitement particulier de ce domaine spécialisé est donc nécessaire à sa survie financière. Un projet de révision totale du chapitre « imagerie médicale » de Tarmed est donc décidé avec le soutien de SantéSuisse qui reconnaît la nécessité de mesures urgentes dans ce domaine.

Le projet de révision se révèle rapidement très complexe et nécessite plus de temps que prévu. Les partenaires décident donc de prolonger les négociations (RE II). Dans le but de soutenir financièrement les radiologues privés jusqu'à l'entrée en vigueur définitive de la version 1.05 de Tarmed, SantéSuisse et la FMH signent une convention portant sur des mesures urgentes pour la période du 1.7.2005 au 31.12.2007 et en particulier un tarif préférentiel pour ce domaine. Le remplacement intégral du chapitre 30 par un nouveau chapitre 39 « imagerie médicale » est soumis à la surveillance du Conseil fédéral qui impose que la révision soit neutre financièrement. Un groupe de travail paritaire est mis sur pied qui a pour tâche d'observer les effets financiers de la révision et ainsi permettre des corrections éventuelles ex-post.

Le 29 juin 2007, Tarmed Suisse soumet une demande au Conseil fédéral en vue d'approuver la version 1.05 de Tarmed, en rendant attentif au fait que Tarmed Suisse ne dispose pas des données permettant d'établir le volume de prestations décomptées. Le Surveillant des prix renonce à effectuer une recommandation, mais rend attentif au fait que l'effet exact d'une modification de la

structure pour le domaine des cabinets médicaux doit être contrôlé. Quant au domaine hospitalier ambulatoire, le Surveillant des prix relève qu'il n'existe malheureusement aucune convention relative à la neutralité des coûts. Par conséquent, il n'est pas possible de vérifier ex-post l'influence sur les coûts d'une modification de la structure tarifaire. Le 21 novembre 2007, la version 1.05 de Tarmed est approuvée par le Conseil fédéral. Celle-ci entre en vigueur le 1er janvier 2008 et inclut un nouveau chapitre pour la radiologie (RE III).

Version 1.06

Le Conseil fédéral a approuvé la révision de Tarmed (version 1.06) le 29 janvier 2009 qui comprend 13 nouvelles positions et des réévaluations de certaines positions, comme celle de « l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas de visite » qui représente un dédommagement supplémentaire d'environ 27 millions de francs (**voir annexe 2**) pour les visites qu'un médecin effectue à domicile. Les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence ont également été revues à la hausse.

Synthèse

Selon l'article 46 al. 4 LAMal, les partenaires tarifaires ne peuvent pas décider unilatéralement d'une modification de la structure de Tarmed, sans que celle-ci soit approuvée par le Conseil fédéral. L'approbation a pour effet de valider l'utilisation d'une nouvelle version de Tarmed.

En moyenne, il s'écoule environ 6 mois entre le dépôt d'une nouvelle version et l'acceptation de celle-ci par le Conseil fédéral. Les partenaires critiquent la lenteur de ce processus purement formel. Dans le cadre de l'acceptation de la version 1.07, trois mois se sont écoulés depuis le dépôt de la demande de Tarmed Suisse jusqu'à ce que l'OFSP dispose de la version électronique complète du nouveau tarif. Ensuite seulement, l'OFSP a pu effectuer les contrôles prévus qui se sont achevés avec l'approbation par le Conseil fédéral, environ deux mois et demi plus tard.

Figure 1a : temps écoulé entre le dépôt d'une nouvelle version par Tarmed Suisse et l'acceptation par le Conseil fédéral

Versions Tarmed	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	octobre	nov.	déc.	janvier
Alpha 3.0				30.6.00		18.9.00				
Version 1.1	22.4.02					30.9.02				
Version 1.03			31.5.05						21.12.05	
Version 1.04				3.7.06				22.11.06		
Version 1.05		1.5.07	29.6.07					21.11.07		
Version 1.06				23.7.08						29.1.09
Version 1.07				1.7.09					16.12.09	

Figure 1b : faible impact financier estimé des versions Tarmed

Versions Tarmed	Date d'entrée en vigueur	Estimation de l'impact financier en millions de francs
Alpha 3.0	jamais appliquée	
Version 1.1	01.01.2004	+ 89,2
Version 1.03	01.01.2006	- 116,5
Version 1.04	01.01.2007	+ 19,7
Version 1.05	01.01.2008	+ 8,3
Version 1.06	01.03.2009	+ 43,9
Version 1.07	01.04.2010	-26,7

Source : CDF sur la base d'informations fournies par Tarmed suisse à l'OFSP

3 Une mise à jour du tarif non fiable et non réalisée à temps

3.1 Tarmed Suisse

Tarmed Suisse est une organisation privée sise à Berne émanant de quatre partenaires tarifaires (FMH, Santésuisse, assureurs fédéraux, H+). L'objectif principal est le maintien et le développement de la structure des tarifs TARMED. Pour cela, diverses commissions et groupes de travail paritaires ont été créés qui soutiennent les travaux du Comité directeur (Leitungsgremium), c'est-à-dire des représentants des quatre partenaires tarifaires, ainsi que deux représentants de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS). La CDS est la porte-parole des cantons avec un statut d'observateur au sein de Tarmed Suisse.

Le budget 2008 de Tarmed Suisse s'est élevé à 470'000 francs, budget qui est financé essentiellement par les contributions des partenaires tarifaires. Deux personnes sont employées par Tarmed Suisse (le responsable du bureau de la société, ainsi qu'une assistante). Tarmed Suisse remplit essentiellement un rôle administratif, les initiatives provenant des partenaires tarifaires.

Les données (Datenpool) ainsi que les ressources principales en personnel sont restées chez les quatre partenaires. Une proposition intéressante (mais peu ambitieuse) de professionnalisation de Tarmed Suisse a été rejetée par le Comité directeur en 2008. Il s'agissait notamment d'accroître le budget annuel de fonctionnement de 700'000 francs pour atteindre environ 1'200'000 francs. Le Contrôle fédéral des finances constate également que quatre responsables administratifs différents ont été engagés en l'espace de quatre années.

Tarmed Suisse n'arrive pas à évoluer car les décisions concernant les révisions partielles (ou totales) doivent être prises à l'unanimité des partenaires. Cette situation favorise une situation de quasi statu quo. Le projet de révision « TARMED 2010 », initié par les partenaires tarifaires, est actuellement bloqué. Le CDF constate donc que la mise sur pied de la version 1.1 de Tarmed en-

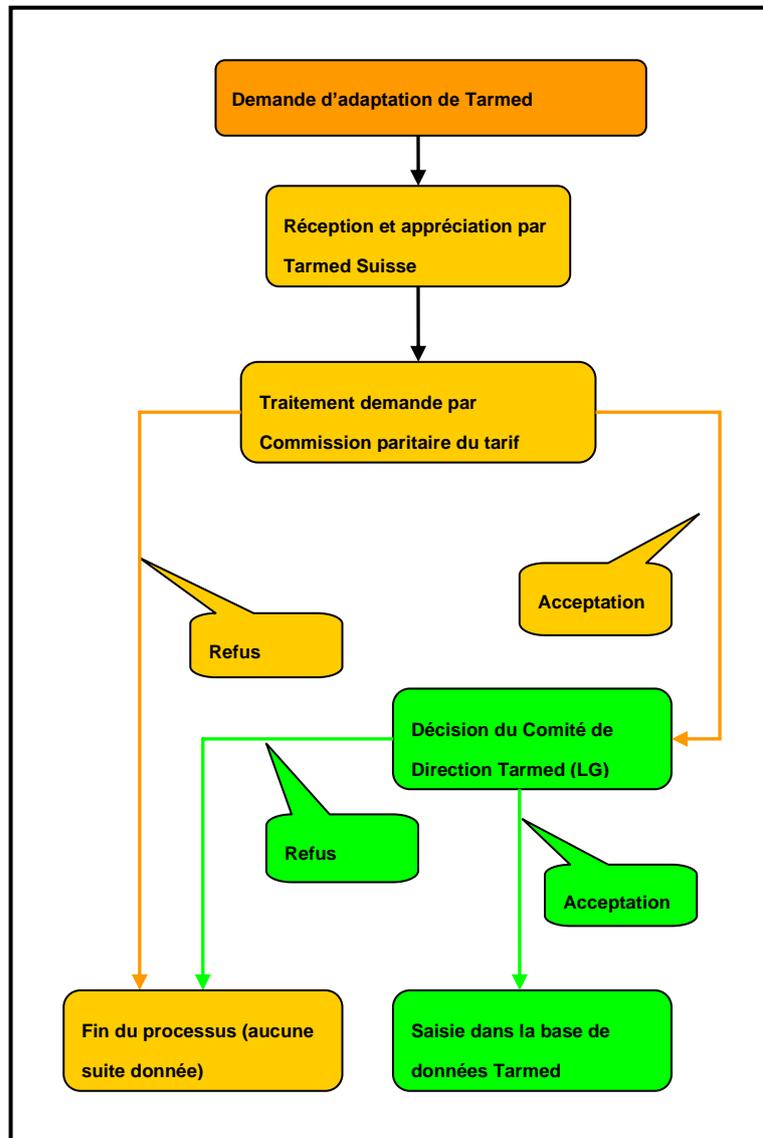
trée en vigueur le 1.1.2004 a nécessité la participation importante de l'OFAS (à l'époque), première version suivie par la suite de « modestes » adaptations annuelles. Le Conseil fédéral, en se basant sur la LAMal, a posé la condition (dans le cadre de l'introduction de la première version Tarmed) de la conclusion d'une convention de neutralité des coûts entre partenaires tarifaires. Cette convention devait lui être présentée dans les trois mois.

Trois commissions sont responsables du traitement des demandes d'adaptation du Tarmed à l'intention du Comité de direction de Tarmed suisse :

- **PaKoDig**: il s'agit de la commission paritaire pour les questions de dignité, de branches, etc.
- **CPI ou PIK**: il s'agit de la commission paritaire pour les questions d'interprétation du tarif. Elle est responsable de la définition des positions tarifaires au sein de la structure Tarmed.
- **CPT ou PTK**: il s'agit de la commission paritaire pour les modifications du tarif. Elle joue un rôle important, car si celle-ci refuse une demande d'adaptation de Tarmed, c'est la fin du processus et aucune suite n'est donnée. Le CDF mentionne que les décisions sont prises à l'unanimité. Ce droit de veto dont dispose chacun des quatre partenaires tarifaires peut donc faire échouer toute initiative ou proposition intéressante de mise à jour du tarif, sans que le Comité de Direction ne doive se prononcer.

3.2 Le processus de révision (avant approbation par le Conseil fédéral)

Le processus de mise à jour de Tarmed se présente de la manière suivante :



Source : Contrôle fédéral des finances

3.3 Résultats des processus de révision

25 positions tarifaires ont été modifiées pour l'année 2009 (réévaluations ou nouvelles positions), 44 pour 2008 et 80 en 2004. Quelques-unes disparaissent également chaque année dans le cadre la nouvelle version de Tarmed soumise pour approbation au Conseil fédéral. Le CDF constate donc une nette diminution (environ 30%) du nombre de modifications ou ajouts par rapport à la situation prévalant en 2004. Cette tendance est représentative de l'évolution des demandes acceptées par la Commission paritaire du tarif.

Figure 2a : demandes traitées et acceptées par la Commission paritaire du tarif (PTK)

	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Demandes acceptées (en pourcentage des demandes traitées)	80 (41%)	85 (64%)	52 (58%)	30 (45%)	31 (44%)	278 (50%)
Demandes refusées	29	26	15	5	10	85
Demandes retirées, remplacées ou en suspens	85	22	22	31	29	189
Total 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 listes fournies par Tarmed Suisse (PTK-Entscheide 2004-2008)

Constats principaux

- Suite à une baisse importante en 2005 et 2006, les demandes se sont stabilisées en 2007 et 2008.
- La moitié du total des demandes traitées sont acceptées.
- 50 % des demandes traitées proviennent de la FMH qui est largement le partenaire le plus actif.

Le CDF a effectué une analyse plus fine de l'origine des demandes, en établissant le tableau ci-après :

Figure 2b : demandes traitées par la Commission paritaire du tarif (PTK) – pourcentage des demandes acceptées

	2004	2005	2006	2007	2008	Total
acceptation demandes FMH/total en pourcentage	38/140 27%	28/42 66%	10/33 30%	10/34 30%	10/32 31%	96/281 34%
acceptation demandes Santésuisse/total en pourcentage	9/11 82%	14/27 52%	11/20 55%	7/9 78%	7/11 64%	48/78 61%
acceptation demandes H+/total en pourcentage	12/21 57%	16/21 76%	10/13 77%	2/3 66%	1/5 20%	41/63 65%
acceptation demandes PTK/total en pourcentage	3/4 75%	13/26 50%	1/2 50%	3/5 60%	0/0 -	20/37 54%
acceptation demandes MTK/total en pourcentage	16/16 100%	5/8 63%	17/18 94%	5/12 41%	6/14 42%	49/68 72%
acceptation demandes PIK, PAKODIG/total en pourcentage	2/2 100%	9/9 100%	3/3 100%	3/3 100%	7/8 87%	24/25 96%
Total demandes accep- tées/total en pourcentage	80/194 41%	85/133 64%	52/89 58%	30/66 45%	31/70 44%	278/552 50%

Source : CDF sur la base de listes fournies par Tarmed Suisse (PTK-Entscheide 2004-2008)

Constats principaux:

- Seul un tiers (environ) des demandes de la FMH sont acceptées.
- H+ est très peu actif depuis 2007.
- Les assureurs fédéraux (MTK) sont un partenaire actif dont les demandes sont généralement bien acceptées.
- La moitié des demandes totales sont acceptées.

Figure 2c : faible impact financier des décisions selon estimations de Tarmed Suisse

Impact financier des décisions (CHF)	Version 1.1	Version 1.03	Version 1.04	Version 1.05	Version 1.06	Total	%
> 5 millions	4	6	3	0	2	15	5
entre 1 million et 5 millions	9	2	5	5	4	25	8
< 1 million	85	29	34	23	2	173	57
en diminution	13	30	26	10	0	79	26
estimation pas possible	0	0	0	8	5	13	4
Total des décisions	111	67	68	46	13	305	100

Source : CDF sur la base de listes fournies par Tarmed Suisse (PTK-Entscheide 2004-2008)

Constat: seuls 13% des cas ont un impact financier supérieur à un million de francs.

3.4 Le cas du supplément pour cas d'urgence demandé par la FMH

Il s'agit de décrire le processus laborieux permettant la mise sur pied d'une nouvelle prestation dans le cadre de la version 1.06 de Tarmed (appréciation du processus, durée, transparence, détermination du nombre de points Tarmed). Le CDF s'est basé sur les documents fournis par Tarmed Suisse, en particulier les protocoles de la commission paritaire du tarif (PTK).

Sur la base de la demande déposée le 3 décembre 2007 (Anträge 7064, 7065, 7066) émanant de la FMH, celle-ci souhaite absolument améliorer la situation des médecins généralistes en vue de mieux rémunérer leur engagement pour les visites effectuées durant la nuit (les médecins sont très mécontents). La FMH propose de relever le forfait de 145 à 180 points pour les visites effectuées du lundi au dimanche entre 22h00 et 7h00 et créer un forfait (équivalent à 40 points) pour rendre plus attractives les visites à domicile, car celles-ci sont moins coûteuses par rapport au traitement hospitalier ambulatoire.

Cette demande a été traitée par la PTK en date du 18 décembre 2007. SantéSuisse objecte qu'il est souhaitable d'attendre avec cette proposition, car il existe un projet de « remaniement du tarif » pour les prestations de base (des médecins généralistes).

MTK souhaite de son côté que les visites d'urgence durant la nuit puissent continuer à être assurées par les médecins, afin d'éviter un engorgement des services d'urgence des hôpitaux.

La demande de la FMH est repoussée et ne sera rediscutée que lors de la séance PTK du 7 mai 2008. Le motif étant que cette thématique va être reprise dans le cadre du projet Tarmed 2010.

Dans le cadre de sa séance du 28 mai 2008, la PTK a invité un expert en médecine pour développer la demande 7065 (Besuch-Inkonvenienzpauschale). Celui-ci répète que pour les spécialistes les visites non planifiées à domicile ou dans des homes demeurent peu attractives financièrement. L'évaluation de la nouvelle prestation (40 points Tarmed) comprend le temps de déplacement et pas uniquement le temps en présence du patient. L'expert estime en moyenne entre 8 et 12 visites par semaine et par médecin. SantéSuisse insiste sur le fait qu'il s'agit d'une solution transitoire jusqu'à la mise en place du projet Tarmed 2010. La demande 7065 est donc acceptée et figure dans la version 1.06 de Tarmed (entrée en vigueur en 2009, voir **annexe 2**).

Le Contrôle fédéral des finances constate que les positions sont très marquées, voire contradictoires entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations. Par ailleurs, les conséquences financières sont estimées de façon sommaire. Le CDF constate qu'après une année de pratique, les partenaires tarifaires se sont mis d'accord pour compenser la baisse du volume total (TP) en réajustant les « Notfall Pauschale » à la hausse. Selon la FMH, ceci prouve que les partenaires tarifaires arrivent à gérer Tarmed de façon responsable et en tenant compte de l'évolution des coûts.

Le CDF constate que des adaptations tarifaires nécessaires sont reportées, notamment en raison du projet Tarmed 2010. De ce fait, des solutions transitoires sont mises en place de façon très laborieuse par les partenaires tarifaires. Le CDF mentionne que l'OFSP n'a pas été consulté dans le cadre de cet arrangement. En effet, les partenaires tarifaires ont décidé de prolonger le supplément d'urgence jusqu'à la fin de l'année 2010, sans consulter l'OFSP et avoir l'aval du Conseil fédéral.

La décision finale d'accepter ou refuser une demande est une tâche du Comité de Direction de Tarmed (LG). Mais en pratique, de nombreuses demandes sont déjà refusées au niveau de la Commission paritaire du tarif (PTK). Le rôle actuel très important de la PTK n'était pas prévu ainsi (initialement : faire des propositions, conseiller). Il s'agit d'un important blocage dû à la règle de l'unanimité. En plus, le CDF constate que certaines personnes sont à la fois membre de la Commission d'interprétation (PIK), de la Commission paritaire tarifaire (PTK) et du Comité de Direction (LG). Les partenaires tarifaires ont clairement affirmé qu'ils souhaitent conserver une autonomie complète dans le cadre de Tarmed Suisse, sans intervention de la Confédération. Les demandes de la FMH sont donc bloquées par Santésuisse qui craint des augmentations de coûts à charge de la LAMaI. Selon la figure 2a, la FMH est de loin le partenaire le plus actif avec 281 demandes sur un total de 552 demandes (soit environ 51%) pour la période 2004-2008.

3.5 La possibilité de facturer par analogie : un grand risque de Tarmed

L'absence de liste positive des prestations médicales prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire, ainsi que l'autonomie tarifaire impliquent que le Conseil fédéral autorise la facturation par analogie. Certaines prestations médicales, recommandées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes, restent non tarifées et sont donc tout de même prises en charge par analogie. En dernier lieu, les décisions du Conseil fédéral priment sur les recommandations de la Commission fédérale.

Il y a un risque important que les acteurs médicaux renoncent à faire des demandes d'approbation et de tarification pour des prestations qui peuvent être facturées par analogie, vu les risques de voir leur demande refusée. Le cas de la « Kapselendoscopie » est symptomatique, car autorisée dans l'OPAS (RS 832.112.31) mais non tarifée dans Tarmed:

Kapselendoskopie	Ja	Zur Abklärung des Dünndarms vom Ligamentum Treitz bis zur Ileozökal-klappe bei <ul style="list-style-type: none"> – Blutungen unbekannter Ursache – chronisch entzündlichen Erkrankungen des Dünndarms – nach vorgängig durchgeführter negativer Gastroskopie und Kolonoskopie. <p>Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.</p>	1.1.2004/ 1.1.2006
------------------	----	---	-----------------------

Quelle : Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

Santésuisse propose 400 points tarifaires pour cette prestation, alors que la FMH en propose 1'000. La différence provient essentiellement du pourcentage de prise en charge des frais des locaux : la FMH souhaite une prise en charge à 100% des coûts, alors que Santésuisse n'offre que 25%. De plus, Santésuisse propose de limiter l'utilisation de cette prestation médicale à cinq endroits (Standorte) en Suisse. Dans ce cas, les négociations entre partenaires tarifaires n'aboutissent pas, tant les avis divergent. Au mois de janvier 2010, Santésuisse a envoyé une lettre d'information à l'intention du Conseil fédéral concernant la position analogique « kapselendoscopie ». Cette lettre est accompagnée d'un rapport de 22 pages, ainsi qu'environ 150 annexes. L'OFSP, dans sa réponse du 25 février 2010, indique que le Conseil fédéral n'est pas compétent pour régler les divergences en la matière et qu'il incombe aux partenaires tarifaires de trouver une solution au niveau national.

Le CDF mentionne à titre d'exemple, deux autres prestations médicales autorisées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes, mais non tarifées par Tarmed V. 1.06 et par conséquent, facturées par analogie :

Prestation médicale	Prise en charge par la LAMal	Correspondance Tarmed	Commentaire de Santésuisse
1. Ballon-Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelkörperfrakturen	oui	manque	La position Tarmed pour ce nouveau traitement semble manquer dans Tarmed. Une position analogique semblable (du chapitre 06) est probablement utilisée pour la facturation.

2. Insulintherapie mit Infusionspumpe	? selon FMH, oui selon CDF	manque (aurait dû être intégré dans la version 1.06 de Tarmed, selon annexe 3)	Il n'existe pas de position Tarmed pour cette thérapie. Cette prestation est certainement facturée dans le cadre d'une consultation médicale ou éventuellement dans le cadre de la position 00.0610, Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 minutes.
--	-----------------------------------	--	--

Selon la FMH les deux prestations no 1 et 2 seraient facturées par analogie sous la même position tarifaire (00.0610). Santésuisse a émis des recommandations aux assureurs pour la facturation de la pompe à infusion elle-même.

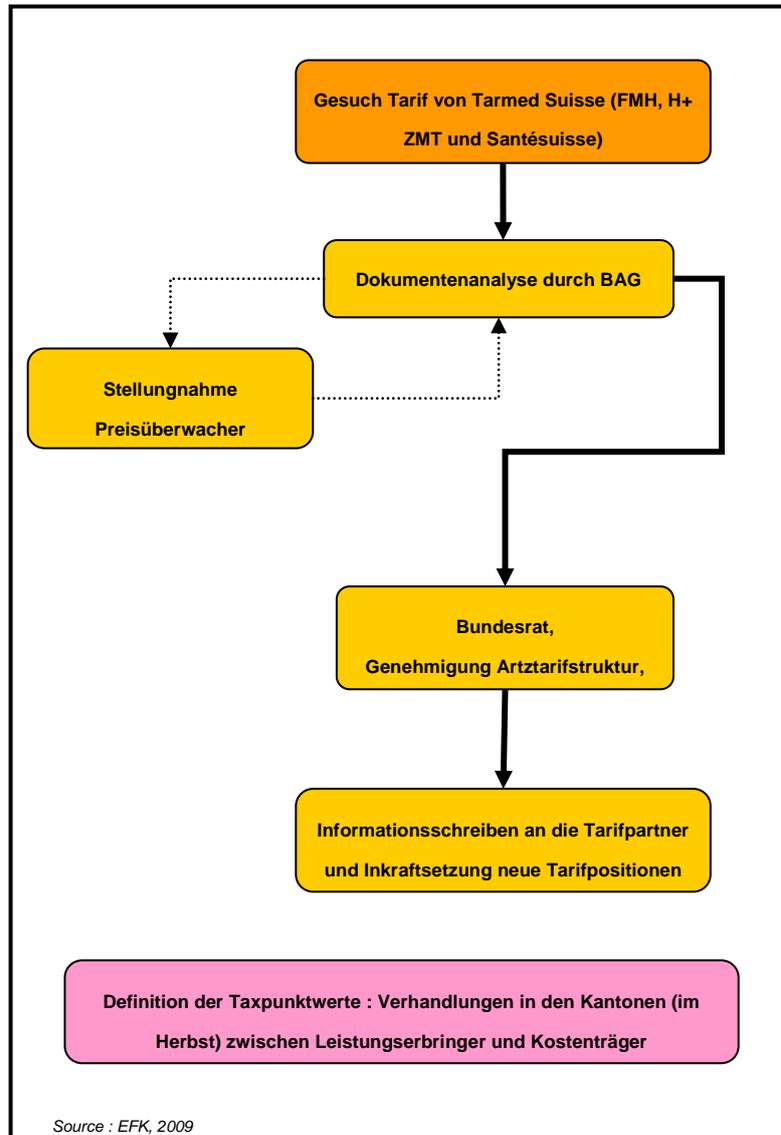
Le CDF indique que l'insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue est prise en charge par la LAMal à partir du 27 août 1987, respectivement 1^{er} janvier 2000 (sous médecine interne générale). Quant à la pompe à perfusion pour administration à domicile, ainsi que le forfait pour la première instruction, ceux-ci figurent dans la liste des moyens et appareils (LiMA) à partir du 1^{er} août 2007.

4 Le Conseil fédéral surveille les modifications formelles de Tarmed

4.1 Généralités

Le Conseil fédéral n'intervient que de façon limitée dans le processus d'entretien de Tarmed. Cela est notamment dû au fait que la portée des révisions soumises au Conseil fédéral est faible. Une nouvelle version du tarif ne parvient à l'OFSP que lorsque les partenaires tarifaires se sont mis d'accord entre eux. Jusqu'à présent, le Conseil fédéral a toujours donné son autorisation (excepté la révision du chapitre radiologie), même s'il ne s'agit que de petites modifications, avec un faible impact financier à charge de l'assurance obligatoire des soins. Tarmed est un tarif négocié entre partenaires privés (Santésuisse avec respectivement H+ et la FMH). Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral dispose des compétences nécessaires pour en fixer une, conformément à l'article 43, chiffre 5 LAMal.

Le schéma ci-dessous montre de manière simplifiée le processus d'autorisation de Tarmed par le Conseil fédéral :



4.2 Aspects juridiques

Assurance obligatoire des soins : absence de liste positive

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al.1 LAMal). A l'annexe 1 de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) figurent les prestations qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales de l'assurance-maladie. Il ne s'agit cependant en aucun cas d'une liste exhaustive des prestations fournies par les médecins, mais indique les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été exa-

minés ou sont en cours d'évaluation. Les prestations en matière de prévention figurant dans l'OPAS peuvent être considérées comme exhaustives. Celles-ci sont également tarifées dans Tarmed.

Conventions tarifaires entre partenaires

Conformément à l'article 46 al.4 LAMal, toute convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse (Tarmed), 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 deux conventions cadre Tarmed - entre Santésuisse et FMH, entre Santésuisse et H+ - ont donc été approuvées par le Conseil fédéral, et la structure tarifaire de Tarmed est définie comme partie de ces conventions. En plus, diverses conventions traitant principalement les différentes valeurs du point sont conclues au niveau des cantons. Le CDF précise qu'en septembre 2005, une convention-cadre nationale (concernant le monitoring et le pilotage des coûts médicaux ambulatoires) a été conclue par la FMH et Santésuisse, convention ensuite approuvée par le Conseil fédéral également. Cet exemple illustre la possibilité du Conseil fédéral à exiger des partenaires tarifaires une convention-cadre (succédant à la phase de neutralité des coûts).

Principes

Conformément à l'article 43 al.7 LAMal, le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

Le principe de neutralité des coûts signifie qu'une augmentation du volume total de points devrait être compensée par une réduction de la valeur du point dans le cadre des négociations tarifaires cantonales. Les valeurs cantonales du point ne font pas partie de la convention nationale Tarmed, l'OFSP n'est donc pas compétent dans ce domaine. C'est le Surveillant des prix qui se prononce sur ce sujet dans le cadre de recours éventuels auprès du Tribunal administratif fédéral.

Mesures urgentes (pas encore approuvées par le Parlement)

Le Conseil fédéral peut décider de modifications de la structure tarifaire, si les partenaires n'arrivent pas à s'entendre sur une révision et que la structure n'est plus adaptée.

4.3 L'Office fédéral de la santé publique

L'OFSP a notamment pour tâche de vérifier la conformité des nouvelles prestations médicales par rapport à la LAMal (en particulier, par rapport à l'annexe 1 de l'OPAS), ainsi que vérifier que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie. Ensuite, le DFI prépare les décisions du Conseil fédéral en collaboration avec l'OFSP, concernant le remboursement ou non des prestations médicales.

L'OFSP reçoit les estimations des coûts supplémentaires futurs réalisées par Tarmed suisse (nombre total de points supplémentaires par rapport à la version précédente de Tarmed). L'OFSP ne dispose ni de ses propres données, ni du détail du calcul des coûts. L'OFSP n'a pas proposé de changement matériel concernant la version 1.06 de Tarmed (voir détail à l'**annexe 2**). Mais le fait

de devoir se prononcer sur les nouvelles versions de Tarmed permet, selon l'OFSP, d'être informé et de jouer un rôle préventif vis-à-vis des partenaires tarifaires (éviter tout dérapage financier).

Quels sont les autres contrôles effectués par la section tarifs de l'OFSP ? L'OFSP travaille à l'aide d'une check-list relative à l'approbation des conventions tarifaires, ainsi que sur la base d'un processus « Tarifgenehmigung ». L'OFSP a comparé la version Tarmed 1.06 avec la précédente (1.05). En cas de modification de position ou de nouvelle position, l'OFSP vérifie la plausibilité des données et en cas de doute demande les explications nécessaires à Tarmed Suisse. La nouvelle version Tarmed 1.06 a été soumise au Conseil fédéral le 15 juillet 2008 déjà. Afin que les fournisseurs de prestations soient opérationnels le 1^{er} mars 2009 (modification des programmes informatiques), la nouvelle version Tarmed 1.06 a été publiée sur le site WEB de Tarmed Suisse le 1^{er} décembre 2008. Mais ce n'est qu'à fin janvier 2009 qu'est intervenue l'autorisation du Conseil fédéral, soit plus de cinq mois après le dépôt de la demande de Tarmed Suisse (le nouveau tarif n'est valable juridiquement qu'après autorisation du Conseil fédéral). L'OFSP explique n'avoir reçu que tardivement la prise de position de la SPO (Patientenschutz Organisation in Zürich) et qu'il avait d'autres priorités (dont la révision des tarifs des analyses de laboratoires et les modifications d'ordonnance concernant le financement des hôpitaux).

Le Surveillant des prix n'a pas estimé utile d'émettre de recommandation concernant la version 1.06 de Tarmed, notamment en raison de l'influence marginale des coûts supplémentaires décomptés à l'aide de Tarmed (accroissement d'environ 5 % par rapport à des dépenses d'environ 8 milliards de francs).

4.4 Le Surveillant des prix

Dans le cadre de sa mission de surveillance des prix (RS 942.20, article 14), cet office fédéral traite notamment des prix administrés et approuvés par les gouvernements cantonaux. En ce qui concerne Tarmed, il donne son avis et peut même recommander des baisses de prix jugés élevés et maintenus abusivement. Pour cela, il effectue des calculations approfondies des valeurs cantonales du point, ainsi que des comparaisons intercantionales.

Le Surveillant des prix reçoit chaque année l'ensemble des contrats négociés (valeur de point) au niveau de chaque canton, pour le domaine des cabinets médicaux, des hôpitaux publics et privés et effectue une analyse en fonction de l'importance des coûts mis à charge de la LAMal (contrôle de certains fournisseurs de soins uniquement). SantéSuisse publie les données relatives aux coûts mensuels (ex-post) pour chaque canton et par catégorie de prestataires (Datenpool). La valeur du point pour l'année 2009 est estimée en tenant compte de facteurs de renchérissements annuels. En cas de forte augmentation des coûts effectifs pour une année donnée, le Surveillant des prix recommandera une baisse de la valeur du point pour l'année suivante.

Si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à s'entendre (Verhandlungsprimat), c'est aux autorités cantonales d'intervenir en tenant compte des recommandations du Surveillant des prix. En général, les cabinets médicaux et les caisses-maladie arrivent à négocier avec succès, mais le Surveillant des prix a la possibilité de s'exprimer lorsqu'une affaire litigieuse aboutit au Tribunal administratif fédéral. Le problème réside dans le domaine hospitalier ambulatoire où le modèle d'estimation de la valeur du point est contesté : 6 recours sont encore pendants (situation janvier 2010) auprès du Tribunal administratif fédéral, autorité supérieure de recours à partir du 1^{er} janvier 2007. Selon le

Surveillant des prix, le domaine hospitalier ambulatoire souhaite obtenir plus que le renchérissement annuel prévu.

Le Surveillant indique qu'un accord conclu entre la FMH et Santésuisse vise à effectuer des recommandations en matière de valeur de point (Leikov) en essayant de tenir compte du principe du contrôle des coûts par assuré, mais aussi du vieillissement de la population, ainsi que d'autres facteurs qualitatifs. Cet accord prévoit des calculations précises en vue de fixer la valeur du point pour les cabinets médicaux, tout en surveillant l'évolution des quantités (Mengenentwicklung).

Le Surveillant des prix a surtout été actif dans le cadre de l'élaboration de la 1^{ère} version de Tarmed. En 1999, sur la base d'une analyse détaillée, le surveillant des prix a émis 16 recommandations dont certaines ont été suivies. Ses recommandations visaient à :

- Freiner la multiplication des actes médicaux grâce à une simplification du tarif en créant des forfaits (regroupement de positions tarifaires)
- Baisser le prix des actes médicaux, en agissant sur la valeur tarifaire du point.
- Réduire le minutage dans le cadre de l'opération de la cataracte ou ne pas accepter la révision du tarif.

Dans ce dernier cas, la recommandation du Surveillant des prix n'a pas été mise en œuvre et la révision tarifaire a tout de même été validée par le Conseil fédéral. Etant donné que les récentes révisions tarifaires n'ont eu qu'une faible importance financière, le Surveillant des prix a renoncé à prendre position sur ces dernières.

5 Tarif des analyses de laboratoires : un Conseil fédéral qui décide, mais qui fait face à de fortes résistances

Afin de mieux comprendre le système tarifaire Tarmed qui résulte d'une négociation entre partenaires privés, le CDF a décidé de comparer certaines caractéristiques (**voir figure 3 ci-après**) avec un tarif non négocié, c'est-à-dire administré par le Conseil fédéral : le tarif des analyses de laboratoires.

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles. Font partie de ses prestations, outre les examens et traitements médicaux, les analyses de laboratoires prescrites par un médecin (article 25 LAMal). Comme toutes prestations, les analyses doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Dans ce cadre administré, le Département fédéral de l'intérieur édicte une liste (positive) des analyses avec tarif (article 52 LAMal) qui figure à l'annexe 3 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins.

Sur la base des recommandations de la Commission fédérale des analyses (article 37f OAMal), le DFI décide de l'ajout de nouvelles analyses, ainsi que de leur tarif. Il n'y a pas de possibilité de recours, étant donné qu'il s'agit de la modification d'une ordonnance fédérale. La Commission fédérale des analyses a surtout un rôle consultatif et le DFI dispose d'une entière liberté pour prendre ses décisions.

L'annexe 3 de l'OPAS est une liste positive et n'indique pas par conséquent les analyses non prises en charge. L'OFSP ne dispose pas de chiffres concernant les demandes refusées.

Le Conseil fédéral décide une révision totale du tarif des analyses de laboratoires après quinze années d'existence. Celle-ci succède à une coupe financière de 10% réalisée en 1997 sur les cinquante analyses les plus utilisées, ainsi qu'à une coupe financière linéaire de 10% sur la valeur du point en 2006.

Dans le cas de l'introduction du nouveau tarif (révisé) pour laboratoires en juillet 2009, la Commission fédérale des analyses a pris position. Le DFI a décidé d'organiser une consultation, même si cela n'est pas prévu en cas de modification d'une ordonnance de département. Les travaux d'analyse et de comparaison tarifaires ont été confiés en partie à des consultants externes mandatés par l'OFSP qui, pour sa part, effectue la supervision globale.

L'ancien tarif d'analyses de laboratoires date du début des années 1990. Le premier essai de révision a débuté en 2006. Avec le nouveau tarif, les analyses les plus fréquentes seront moins rémunérées que précédemment, étant donné que celles-ci sont automatisées : le coût de l'analyse est donc plus faible. L'OFSP a défini différents groupes d'analyses allant des prestations de laboratoires hautement automatisées (comme les analyses de sang) aux prestations de laboratoires partiellement automatisées (comme la génétique humaine).

Le progrès technique a engendré des disparités importantes entre analyses automatisées (sur-tarifées) et analyses manuelles (sous-tarifées). Avec cette révision totale, le Conseil fédéral prévoit 200 millions de francs d'économie par année, par rapport à un milliard de francs de dépenses annuelles.

Le nouveau modèle tarifaire a donc pour objectif de rapprocher le tarif à la réalité des coûts. Le médecin continue de disposer d'un tarif qui couvre les coûts d'une ou plusieurs analyses effectuées dans son cabinet médical. Le médecin est cependant censé n'effectuer que les analyses raisonnables au sens thérapeutique et cela, en présence du patient. Le CDF souligne que le nouveau modèle tarifaire crée une incitation économique visant à éviter les structures de laboratoires trop coûteuses (le montant de la taxe est fonction du lieu où l'analyse de laboratoire est effectuée).

La FMH estimait judicieuse une révision du tarif, mais préférait cependant un tarif spécifique ou séparé pour les laboratoires de cabinets médicaux. En effet, dans le panel des experts, les laboratoires de cabinets médicaux n'étaient pas représentés, même s'ils représentaient un pourcentage de 30% des analyses totales effectuées. La FMH a contesté le nouveau modèle tarifaire, car elle juge que les laboratoires de cabinets médicaux ne sont plus rentables étant donné que les coûts complets ne sont plus couverts par le nouveau tarif. Les documents liés au calcul du nouveau tarif de laboratoires n'ont été mis à disposition de la FMH que neuf jours avant la décision du Chef du département de l'Intérieur (fin 2009). La principale critique de la FMH est que la définition du nouveau tarif se base essentiellement sur les laboratoires automatisés. Donc sur un modèle économique se basant sur une production de masse. Les données de base ayant été utilisées par l'OFSP n'ont jamais été mises à disposition de la FMH. La FMH juge également sa participation à la Commission fédérale d'étude (EAMGK) comme un simple exercice alibi, car ses remarques n'ont eu aucun effet et que finalement c'est une décision purement politique qui a été prise, décision contraire à la décision de la Commission fédérale. Le CDF précise que la FMH n'avait pas de droit de vote, car bénéficiant du statut d'expert « invité » et juge que le processus de révision du tarif de laboratoires a manqué de transparence.

La Commission de gestion du Conseil national est arrivée à la conclusion que le processus pour la fixation du nouveau tarif pour laboratoires s'est déroulé correctement, dans le cadre légal. Cependant, celle-ci recommande d'améliorer les points suivants (résumés par le CDF)² :

- Le Conseil fédéral veille à ce que la Commission extra-parlementaire des analyses, moyens et appareils (EAMGK) dispose de tous les documents essentiels pour prendre une décision. En effet, la Commission n'était pas en possession des documents ayant servi de base à l'élaboration du nouveau tarif pour laboratoires.
- Le DFI ne prend pas de décision avant de disposer de tous les procès-verbaux de la Commission. En effet, le DFI n'était pas en possession du dernier procès-verbal de la Commission.
- Le DFI établit un concept permettant d'assumer sa fonction de conduite stratégique et de surveillance. Le CDF mentionne que la Commission de gestion du Conseil national (GPK) souhaite suivre l'évolution du monitoring du DFI mis en place et vérifier si le nouveau tarif s'avère économique (wirtschaftlich), conformément à la LAMal.
- Le DFI s'assure que la section de l'OFSP responsable du tarif pour laboratoires dispose de ressources suffisantes pour remplir sa mission.
- Le Conseil fédéral veille à ce que la Commission EAMGK soit dotée des ressources adéquates.

² Source : rapport du 5 juin 2009 de la Commission de gestion du Conseil national (inspection concernant la détermination du nouveau tarif pour laboratoires)

Figure 3 : Caractéristiques comparées de Tarmed et du tarif des analyses médicales de laboratoires

Critères	Tarmed	Tarif des analyses médicales de laboratoires
Type de tarif	Négocié	Administré
Chiffre d'affaires annuel	7 milliards de francs, dont 6 LAMAL	1 milliard de francs
Nombre de positions tarifaires	4'300	1'600
Complexité	Élevée, très difficile de délimiter les prestations.	Plus faible
Organisation, acteurs	Bureau Tarmed Suisse avec des commissions paritaires en dehors de l'OFSP.	Il existe une Commission fédérale des analyses (article 37 f OAMal). Rôle de conseil auprès du DFI.
Compétences décisionnelles	Le Conseil fédéral autorise chaque nouvelle version annuelle de Tarmed. Il intervient par exemple en cas de nécessité (cas de la révision du chapitre radiologie). Le Tribunal administratif fédéral est l'instance de recours en cas de litige entre partenaires contractuels.	Pas de recours possible, car il s'agit d'une ordonnance de département (DFI). Cependant, en cas de contestation, les acteurs font pression sur le Conseil fédéral (lobbies).
Structure, ressources	Budget de Tarmed Suisse (500'000 francs) ainsi que plusieurs dizaines de personnes au sein des organisations partenaires OFSP : 1,0 poste	La révision a nécessité 4 personnes durant une année (OFSP), ainsi qu'un million de francs pour la réalisation de mandats externes.
Gestion des données	Gestion paritaire des données entre partenaires tarifaires. L'OFSP a accès au Datenpool et à l'avenir au Tarifpool à des fins statistiques et de surveillance. Cependant, l'OFSP ne dispose pas des données de base complètes ayant servi au calcul de Tarmed.	Mise sur pied d'un monitoring des coûts par l'OFSP.
Révision de la structure du tarif et entretien du tarif	Les positions divergentes des partenaires ralentissent le processus de révision (les bases de calcul datent des années 1990). Accord sur le besoin d'une révision (projet Tarmed 2010), mais situation bloquée actuellement.	Après 15 ans d'existence, le DFI a réalisé une révision totale du tarif succédant à une coupe financière de 10% sur tout le tarif en 2006, ainsi qu'une coupe financière linéaire de 10% sur la valeur du point en 2007.
Revenu de référence du médecin utilisé pour le modèle de calcul	207'000 francs.	Le nouveau tarif reprend le revenu de référence de TARMED 1990, soit 207'000 francs.

6 Appréciation du Contrôle fédéral des finances

La mise à jour du tarif n'est pas fiable

Les besoins primaires de modification de Tarmed ne sont pas garantis, en tous les cas pour les demandes importantes de modifications. Selon information reçue de la FMH (en février 2009), environ 40 prestations médicales ne sont pas encore tarifées officiellement dans Tarmed. Certaines prestations sont donc facturées par analogie avec d'anciens paramètres.

Les demandes de nouvelles positions (en diminution selon figures 2a et 2b) ne sont pas documentées systématiquement en ce qui concerne l'impact financier. De plus, le CDF a appris dans le cadre de ses entretiens que certaines positions sont devenues obsolètes et n'ont pas été supprimées du tarif. Le fait que les acteurs jugent nécessaire une révision totale, déjà après 5 ans d'application de Tarmed, montre que le processus de mise à jour est inadapté.

La mise à jour n'est pas réalisée à temps

Le processus paritaire d'entretien du tarif et de négociation est laborieux. La méfiance règne entre les deux principaux partenaires. La FMH défend une expansion des prestations, une meilleure technologie médicale ainsi qu'une meilleure rémunération. Santésuisse, de son côté, privilégie un contrôle étroit des coûts (économicité). Le consensus est quasi impossible, le système de prise de décision à l'unanimité bloquant le processus (les partenaires disposent de facto d'un droit de veto).

Le secrétariat de Tarmed Suisse n'a pas reçu le mandat de piloter une révision du tarif. Le secrétariat ne dispose d'ailleurs ni des ressources en personnel, ni d'une structure professionnelle adéquate. La position inconfortable de Tarmed Suisse résulte notamment du fait que les partenaires tarifaires n'ont jamais œuvré pour que Tarmed suisse dispose d'une structure professionnelle, ainsi que des données nécessaires. Ceux-ci ont préféré conserver précieusement leurs propres données.

Les partenaires tarifaires n'arrivent pas à se mettre d'accord sur les étapes d'un processus de révision. L'**annexe 1** présente les positions des différents acteurs interrogés en janvier 2009 et l'**annexe 3** les objectifs qui pourraient être imposés à une révision générale :

- H+ et la FMH souhaitent d'abord effectuer la révision tarifaire et ensuite définir une convention de pilotage des coûts.
- Santésuisse souhaite le contraire, c'est-à-dire conclure une convention de pilotage des coûts, puis effectuer la révision tarifaire.

Accroissement des prestations facturées

Le CDF constate que le système actuel de rémunération à l'acte engendre un accroissement des prestations factur es³. Le peu d'empressement ou de volonté des fournisseurs de soins à réviser la situation tarifaire est significative. L'action du Surveillant des prix consiste donc avant tout à faire baisser la valeur tarifaire du point dans les cantons, afin d'enrayer la hausse des dépenses de santé.

³ Voir à ce sujet, l'analyse statistique réalisée par le CDF (T. Bauer)

Un processus d'examen long et malgré tout une documentation incomplète

L'OFSP utilise en moyenne six mois pour examiner une nouvelle version. Le CDF estime que cet examen est trop long par rapport aux résultats obtenus. Le document exigé par l'OFSP (voir **annexe 2**) n'est qu'une estimation faite par Tarmed Suisse et l'OFSP ne disposait pas des données nécessaires (Tarifpool de Santésuisse) pour valider (ex-post) les informations reçues. Par conséquent, le processus d'autorisation par le Conseil fédéral ne permet pas, en l'état actuel, de contrôler de manière fiable la gestion saine, économique et structurée de l'assurance-maladie obligatoire.

L'OFSP est d'avis que son examen joue un rôle préventif par rapport à des demandes exagérées émanant des partenaires tarifaires, permet un transfert de connaissances pour être à même de remplir sa mission légale et garantit la sécurité du droit à travers la validation officielle de nouvelles versions de Tarmed.

7 Discussion finale

Les principaux constats de ce rapport, ainsi que l'appréciation du CDF ont été présentés le 26 novembre 2009 à Madame Sandra Schneider (Cheffe de division prestations de l'OFSP, Direction assurance maladie et accidents), Monsieur Bruno Fuhrer (Chef de section tarifs et fournisseurs de prestations), en présence de Messieurs Emmanuel Sangra, Claude Courbat et Marcel Cornuz pour le CDF.

Beilage 1: Hauptpositionen der Akteure zu den Fragen der Tarifpflege - Übersicht

	Notwendigkeit einer Totalrevision	Einzelleistungstarif	Kostenneutralität	Kostensteuerung
FMH	Betriebsw. Neuberechnung der Eckwerte der Modelle GRAT und INFRA notwendig.	Ein schweizweiter Einzelleistungstarif Garant für Gleichbehandlung der LE (Vertragsfreiheit).	Die betriebswirtschaftliche Bemessung zentral, der Tarif muss kostendeckend sein.	Leikov für die Arztpraxen in fast allen Kantonen. Für Spitalambulatorien fehlend.
Santésuisse	Ja, aber Gefahr einer Kosten- und Prämienexplosion muss eingedämmt werden.	1'500 Positionen im Tarmed würden genügen, Pauschalisierungen notwendig.	Ja. Das Prämienwachstum muss in Grenzen gehalten werden.	Keine Revision ohne vorgängige Vereinbarung.
H+	H+ und die Spitäler prüfen Alternativen zu Tarmed.	Ja, aber neue Tarifförsung für Spitalambulatorien notwendig.	Wurde für Spitalambulatorien verhandelt, nicht monitorisiert.	Keine Leikov für Spitäler etabliert. Swiss DRG hat Priorität.
ZMT	Führt z.T. in eigener Regie Revisionsarbeiten durch.	Verhandelt eigene Lösungen mit Leistungserbringern, z.T. Pauschalen.	Vereinbarung über Taxpunktwert und Fallkosten-Stabilisierung.	Eigenes Kostenmonitoring ist aufgebaut.
Preisüberwacher	Nicht ausgesprochen.	Ja, aber Anhänger einer Vereinfachung und von Pauschalisierungen.	Anhänger der Kostenneutralität und der Kosteneinsparungen.	Hat ein eigenes Kostenmonitoring als Grundlage für Empfehlungen betreffend TPW aufgebaut.
BAG	Längerfristig wird Einzelleistungstarif durch alternatives Tarifsysteem (versch. Pauschalen) ersetzt werden.	Ja, aber Anhänger einer Vereinfachung und von Pauschlierungen.	Im Gegenteil zu FMH, beurteilt das BAG die gesetzliche Lage als genügend.	Ja, das BAG hat Leikov befürwortet und macht Druck für gleichwertige Lösung in Spitälern.
Tarmed Suisse	Ja.	Projekt Tarmed 2010 stellt Einzelleistungstarif als System nicht in Frage.	Kostenkorridor für Tarmed 2010 war definiert, aber Einigkeit für Umsetzung fehlt.	Tarmed-Suisse hat kein Mandat in dieser Beziehung.
GDK	Ja.	Ja	-	-

Quelle: EFK

Annexe 2 : modifications Tarmed, version 1.06 valable à partir du 1.3.2009

PTK-Antrag	Text	Auswirkung Taxpunkte (Häufigkeit x Menge)	Bemerkung	Stand
7'065	Besuchs-Inkonvenienzpauschale	27'600'000	-	Adaptation
8'053	Notfall-Inkonvenienzpauschale B	5'413'435	-	Adaptation
8'006	Notfall-Inkonvenienzpauschale C	45'360	-	Adaptation
8042.1	Psychosomatische Einzeltherapie	-	keine Angabe möglich	Nouveau
8008.2	Entwicklungspädiatrische Untersuchung	-	Senkung des Kostenvolumens	Nouveau
7008.4	Messung ausgeatmetes Stickstoffmonoxid	8'960'490	-	Nouveau
7056.1	Aponeuektomie + Zuschlag	-	Senkung des Kostenvolumens	Nouveau
8017.2	Arthrografie	-	keine Angabe möglich	Nouveau
8046.1	Mammographie	-	nicht abzurechnende Pauschale	Nouveau
8035	Ultraschalluntersuchung der Mamma + Sonografie	1'959'000	-	Adaptation
	Totale Auswirkung Taxpunkte (TP)	43'978'285		

Source : Tarmed Suisse

Annexe 3 : Tarmed 2010, geplantes Projekt von Tarmed Suisse

Ausgangslage

TARMED bedarf einer gründlichen Revision. Die einzelnen Module des Tarifs wurden seit der Inkraftsetzung gar nicht (Rechnungsmodelle und deren Inhalte für die Spitäler und die Praxen) resp. wenig (Anpassungen von Minutagen und Dignitäten an den medizinischen Fortschritt) auf den aktuellen Stand gebracht. Dies rührt insbesondere daher, weil die gegenseitigen Abhängigkeiten aufgrund der Komplexität des Regelwerks sehr gross sind. Deshalb können einzelne Parameter nicht isoliert revidiert werden.

Ziele für das Gesamtprojekt

- Der Glaube an das grundsätzliche Funktionieren von TARMED wird verstärkt.
- Die von einzelnen Tarifpartnern empfundenen „Systemverzerrungen“ werden gemildert resp. eliminiert.

Muss-Ziele (Restriktionen)

- Die Veränderung des durch die Krankenversicherer getragenen Gesamtkostenvolumens im KV-Bereich resp. die durch die SUVA, Militärversicherung und Invalidenversicherung getragenen durchschnittlichen Jahresheilkosten darf sich in einer Bandbreite von plus / minus 4 % bewegen. Basis für die Berechnung bildet die Periode vom April 2006 bis März 2007.
- Die Grundstruktur des Arzttarifs als Einzelleistungskatalog soll erhalten bleiben.
- Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit müssen gegeben sein. Es gelten die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen.

Leistungsziele

- Im Tarif soll ein Instrument geschaffen werden, um das Mengengerüst (Anzahl abgerechneter Tarifpositionen und Taxpunkte) periodisch überprüfen und aktualisieren zu können.
- Die Nomenklatur soll vereinfacht und gestrafft werden. Der Informationsgehalt soll erhalten bleiben.
- Eine Besserstellung / Stärkung der Grundversorgung ist anzustreben.
- Die Modelle müssen einfach, transparent und nachvollziehbar sein.
- Die Komplexität in der Anwendung der Verrechnung und der Rechnungskontrolle soll reduziert werden.

Vorgehensziele

- Die Resultate sollen mit einem möglichst geringen Aufwand erarbeitet werden.
- Die Resultate müssen transparent dargestellt sein.

Teile des Projektes bilden

- die Überarbeitung des ambulanten Modells für die Spitäler INFRA
- der Ersatz des ambulanten Modells für die Praxen KOREG
- die Überarbeitung der Minutagen von noch zu bestimmenden Leistungen
- die Überprüfung des Konzepts der qualitativen und quantitativen Dignitäten
- die Vereinfachung der Nomenklatur des Tarifes

NICHT Teile des Projektes bilden

- die Grundstruktur des Arzttarifes als Einzelleistungskatalog
- die Struktur der quantitativen Dignitäten
- die Berechnung des Referenzeinkommens der Ärzte

Kriterien für die Projektergebnisse

- Alle gesetzlichen Vorgaben müssen berücksichtigt werden.
- Die Pflichtleistungen gemäss den Vorgaben des EDI müssen berücksichtigt werden.
- Eine Leistung kann jeweils mit beiden Modellen berechnet werden. Die Tarifierung wird anschliessend nur in einem Modell erfolgen.

Kriterien für das Vorgehen im Projekt

- Während der Phase der Revisionsarbeiten sollen innerhalb der einzelnen Teilprojekte keine Überlegungen betreffend die Gesamtkostenfolgen der im Konsens gefundenen Lösungen gemacht werden.
- Die Koordination wird durch den Projektleiter sichergestellt.

Das Projekt TARMED 2010 besteht aus folgenden vier Teilprojekten:

Teilprojekt 1 Modell ambulante Spitalleistungen:

Das Modell INFRA wird überarbeitet und die darin enthaltenden Daten werden aktualisiert.

Teilprojekt 2 Modell ambulante Praxisleistungen:

Das Modell KOREG wird durch ein neues Modell auf empirischer Basis abgelöst.

Teilprojekt 3 Minutagen und Dignitäten:

Die Minutagen werden flächendeckend überarbeitet. Die Arbeitsweise wird mit einem Pilotkapitel getestet und verfeinert. Anschliessend wird nach Wichtigkeit der Kapitel die Bearbeitung weitergeführt. Die operative Umsetzung des aktuellen Dignitätskonzeptes wird analysiert. Es wird eine Neugestaltung des Konzeptes angestrebt.

Teilprojekt 4 Vereinfachung Nomenklatur:

Es soll eine neue Struktur für das Kapitel 00 Leistungen der Basisversorgung und für das Kapitel 01 Allgemeine Leistungen der spezialärztliche Versorgung geschaffen werden.

Annexe 4 : Liste des personnes contactées par écrit, par téléphone ou interviewées

Margrit	Bärtsch	Tarmedspezialistin bei Santésuisse und Mitglied Paritätische Kommission für Tarifeneuerungen und Tarifänderungen Tarmed Suisse
Beat	Bumbacher	Leiter des Tarifiedienstes der FMH
Maira	Fierri	Gesundheitsökonomin beim Preisüberwacher, Departement für Volkswirtschaft
Bruno	Fuhrer	Responsable Section Tarifs et fournisseurs de prestations, Office fédéral de la santé publique
Ernst	Gähler	Mitglied des Zentralvorstands FMH
Walter	Häuptli	Tarifexperte Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin
Michael	Jordi	Stellvertreter Zentralsekretär der Gesundheitsdirektoren Konferenz, Gesundheitökonomie
Manuel	Jung	Leiter Gesundheit beim Preisüberwacher, Departement für Volkswirtschaft
Hanspeter	Kuhn	Fürsprecher und Stellvertreter Generalsekretär FMH
Stefan	Mesmer	Président suppléant de la Chambre 1, cour III, Tribunal fédéral administratif
Michael	Peterli-Caruel	Juge cour III, santé et assurances sociales, Tribunal fédéral administratif
Jürg	Pfammatter	Fachreferent Gesundheit und Soziales, Generalsekretariat EDI
Caroline	Piana	Leiterin Bereich Tarife, Statistik, eHealth, H+
Anton	Prantl	Direktor der Ärztekasse
Juerg	Reust	Leiter Ambulante Versorgungen, Santésuisse
Khadir	Senouci	Oekonom, Sektion Tarife und Leistungserbringer, Bundesamt für Gesundheit
Dr. Bernhard	Wegmüller	Direktor H+
René	Wirz	Geschäftsführer Tarmed Suisse
Dr. Franziska	Zogg	Vorstandmitglied Hausärzte Schweiz ⁴ und Vizepräsidentin Schweizerische Gesellschaft für allgemeine Medizin
Dr. Maya	Züllig	Leiterin Sektion Medizinische Leistungen, Bundesamt für Gesundheit

Annexe 5 Bibliographie

Concurrence dans le domaine de la santé , Commission pour les questions conjoncturelles, expertise Jürg Sommer (Université de Bâle) à l'intention du SECO (377ème bulletin)
Caractère efficace, approprié et économique dans la LAMal , article du Professeur Gustavo Scartazzini dans cahiers genevois et romands de la sécurité sociale, no 36-2006
Surveillance dans l'assurance-maladie , Robert Nyffeler (OFSP) dans Sécurité sociale CHSS 3/2006
Rapports annuels Tarmed Suisse , années 2005 à 2008
Pour une santé de qualité en Suisse , Antoine Bailly, Martin Bernhardt, Mauro Gabella, Economica 2006
The Swiss and the Dutch health care systems compared , Nomos 2008

⁴ Depuis le 17 septembre 2009, les sociétés de médecine générale, de médecine interne et de pédiatrie ont fondé ensemble l'association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse.