

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.
 1. La facturation au moyen de positions par analogie doit être interdite. Des tarifications provisoires doivent être trouvées rapidement.
 2. 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.
3. Le Conseil fédéral doit faire établir un concept pour l'analyse statistique des prestations médicales facturées et remboursées.
4. 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. 6, 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