ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48
www.fr.ch/ce

Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Document PDF et Word à :
Abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Fribourg, le 19 juin 2017

Consultation du DFI sur la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier du 22 mars 2017 de Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset. Nous avons pris bonne note du projet et souhaitons vous faire part des observations suivantes.

Sur le principe, nous saluons clairement l'intervention du Conseil fédéral. La LAMal accorde des droits et des obligations aux partenaires tarifaires qui doivent notamment déterminer ensemble les structures tarifaires. Vu que les partenaires tarifaires n'ont pu s'entendre sur une révision commune des tarifs TARMED et de physiothérapie, le Conseil fédéral a décidé en toute logique d'adapter lui-même ces tarifs en faisant usage de sa compétence subsidiaire.

TARMED

Sur le principe, nous saluons également une correction de la structure tarifaire TARMED dans le sens d'une diminution de la rémunération de certaines prestations dont la sur-rémunération a pu être démontrée sur la base de principes d'économie d'entreprise objectifs et mesurables, notamment dans les domaines où le progrès technologique a permis une diminution des coûts.

Nous tenons toutefois à mettre en exergue les points suivants qui nous semblent problématiques et qui parlent, à notre avis, en faveur d'une adaptation plus modérée du tarif, du moins dans un premier temps :

Le progrès technologique ne se traduit pas systématiquement par une baisse des coûts

Il a été relevé par les représentants de certaines spécialités médicales, qui sont certes partie prenante dans les négociations tarifaires, que parfois une technologie plus pointue permet une prise en charge plus efficace, moins invasive et plus sûre pour le patient, permettant aussi une convalescence plus rapide des patients et une réinsertion plus rapide dans la vie professionnelle et sociale, sans pour

autant être moins chère. Le cas échéant, le progrès technologique permet des économies au niveau macroéconomique, mais peut se montrer plus onéreux au niveau de l'acte médical.

Ainsi, lorsque cela se justifie, il s'agit également de corriger la rémunération à la hausse, car une attention particulière doit être portée à une rémunération correcte des prestations pour éviter des effets indésirables au niveau de la qualité de la prise en charge des patients.

Risque de pénalisation injustifiée

Selon le rapport explicatif, certaines corrections se basent avant tout sur des observations faites par les assureurs-maladie. Cela est le cas notamment pour l'abaissement de minutages trop élevés pour un certain nombre de positions tarifaires, où « les *indices* parlant pour un abaissement des minutages proviennent en majorité d'assureurs qui ont vérifié la plausibilité de leurs estimations avec leurs médecins-conseils » (page 11 rapport explicatif), ou encore pour la transformation des prestations à l'acte avant « examen par le spécialiste » en prestation en temps où « de *l'avis des assureurs*, les prestations citées dans l'interprétation de ces positions tarifaires ne sont pas toujours toutes fournies » (page 11 rapport explicatif).

Il ne faut pas perdre de vue que les assureurs-maladie sont eux aussi partie prenante aux négociations tarifaires et qu'une telle baisse systématique de la rémunération du tarif est clairement dans leur intérêt. Par contre, elle est clairement au désavantage des fournisseurs de prestations. Par conséquent une vérification critique des allégations des assureurs-maladie par l'OFPS s'impose et les corrections de la structure tarifaire doivent être limitées aux prestations pour lesquelles ces allégations ont objectivement été vérifiées.

La situation est encore plus délicate lorsque les corrections se basent sur une intuition que certains fournisseurs de prestations indélicats facturent des prestations qui n'ont pas été réalisées. La correction ou la sanction des fautes que commet une minorité de fournisseurs de prestations ne saurait en aucun cas pénaliser la majorité qui facture correctement les prestations fournies. Si seule une minorité facture incorrectement, une correction de la structure tarifaire touchant l'ensemble des fournisseurs de prestations fausse le système de rémunération. Il s'agit de renoncer à la correction de la structure tarifaire afin d'éviter une punition collective par ce biais. Les fournisseurs de prestations coupables doivent être identifiés par les assureurs-maladie dans le cadre de la vérification de la facturation et sanctionnés individuellement.

Risque de transfert de l'ambulatoire sous-rémunéré vers les hôpitaux publics et le domaine stationnaire

Les représentants de nombreuses spécialités médicales craignent que les modifications tarifaires péjorent la rémunération de leurs prestations à tel point que, rapidement, les spécialistes en cabinet indépendants ou les médecins agréés des cliniques privées ne les fourniront plus.

Le risque est dès lors patent que ces prestations soient transférées vers une prise en charge ambulatoire des hôpitaux publics où la fourniture de prestations ambulatoires non rentables se cumulera tout comme les pertes financières qui y sont liées ; ce qui pose deux problème majeurs : d'une part les hôpitaux publics qui doivent assurer la prise en charge de tous les patients vont cumuler les déficits dans le domaine ambulatoire alors qu'ils ont déjà été pénalisés une première fois avec la modification du TARMED en 2014 et, d'autre part, en raison de cette perte les hôpitaux ne seront plus en mesure de garantir les investissements futurs nécessaires, ou alors cette perte sera reportée sur les cantons qui se verront contraints de soutenir le domaine ambulatoire de ces établissements, ce qui est contraire à la LAMal.

Le fait que la rémunération de l'ambulatoire est insuffisante pour de nombreux hôpitaux publics est connu. Dans le canton de Fribourg par exemple, l'Etat a calculé en 2013, en tenant compte des principes de gestion d'entreprise et sur la base des données de la comptabilité analytique des hôpitaux, que la VPT des hôpitaux devrait être de CHF 1.03 au moins alors qu'elle était encore de CHF 0.85 pour la majorité des assureurs-maladie. Entretemps, le Tribunal administratif fédéral a soutenu une hausse de la VPT à CHF 0.90 dans le cadre du recours contre la VPT fixée par le Conseil d'Etat.

Ainsi, une correction de la structure tarifaire, qui baisserait encore la rémunération des prestations ambulatoires, aurait des conséquences financières sérieuses pour les cantons que ceux-ci ne peuvent plus accepter. Les seuls hôpitaux publics fribourgeois tablent sur une baisse des revenus ambulatoires estimée à une dizaine de millions par année suite à la correction de la structure tarifaire au 1er janvier 2018, alors que le manque à gagner découlant de la correction de 2014 est nettement inférieur.

Par ailleurs, si la rémunération pour les prestations fournies en ambulatoire devient insuffisante, il se peut que celles-ci soient transférées vers le domaine stationnaire pour des raisons de structure tarifaire et de rémunération plus élevée alors que la prise en charge optimale au niveau médical serait ambulatoire, moins invasive.

Ainsi la révision de la structure tarifaire pourrait avoir un effet contraire à celui espéré : la diminution des coûts ambulatoires serait surcompensée par une augmentation plus forte encore des coûts du domaine stationnaire, si bien que les effets négatifs dépasseraient les effets positifs escomptés. Au pire, si ce transfert devait se faire à grande échelle, il pourrait même y avoir des problèmes d'infrastructure et de personnel insuffisant ainsi que des délais d'attente plus longs dans le domaine stationnaire.

Compte tenu de ce qui précède, nous préconisons ce qui suit pour le domaine ambulatoire des hôpitaux : les modifications de la structure tarifaire qui vont au-delà de la correction d'une rémunération excédentaire démontrée objectivement et qui ont un effet baissier sur la rémunération doivent en tout cas partiellement être compensées par la revalorisation d'autres prestations ou par l'attribution d'une position supplémentaire en faveur des hôpitaux publics, à l'instar par exemple de la position supplémentaire de 10 points accordée en 2014 pour les groupes de fournisseurs de prestations « médecine interne générale », « praticiens » et « pédiatrie au cabinet médical », position qui n'avait pas été accordée aux hôpitaux, quand bien même ceux-ci sont amenés à prendre en charge de tels cas en nombre.

Par ailleurs, nous sommes d'avis qu'une introduction de manière échelonnée de la modification des valeurs intrinsèques parait plus judicieuse, ceci en vue notamment de pouvoir surveiller dans le cadre d'un monitoring l'effet sur les prestations et leur transfert entre le domaine ambulatoire et stationnaire etc. Aussi proposons-nous dans une première phase, au lieu d'une uniformisation des valeurs intrinsèques, un ajustement progressif en deux phases et une phase d'observation sur 3 ou 4 années avant de passer à une uniformisation complète si cela s'avère utile le moment venu.

Autres points

Il nous semble impératif de compenser les mesures entrainant des réductions dans le domaine de la pédiatrie dont le taux de couverture des coûts dans les soins hospitaliers est aujourd'hui déjà particulièrement insatisfaisant.

Nous relevons encore que, en ce qui concerne les consultations gériatriques, les limitations prévues de la durée pénalisent fortement ce domaine et notamment les patients dont les capacités cognitives sont diminuées. Il y a un risque de dégradation de la qualité des soins fournis pour ces patients, alors même que cette activité vise en priorité à retarder leur perte d'autonomie et donc à limiter les coûts de la santé. Une levée des limitations prescrites pour les personnes âgées de plus de 75 ans permettrait de maintenir la qualité de prise en charge.

Nous partageons par ailleurs l'avis de la CDS concernant la psychiatrie, notamment la suggestion de supprimer les limitations pour les séjours répétés dans les cliniques de jour liées aux hôpitaux.

PHYSIOTHERAPIE

Sur le principe, nous saluons la fixation de la structure tarifaire pour la physiothérapie au 1er janvier 2018.

Néanmoins, en ce qui concerne la définition de la durée des séances et la notion de temps attribuée à la position (remarque liminaire 5 et positions tarifaires concernées), nous sommes d'avis qu'une définition précise de la durée de traitement, restrictive pour la liberté thérapeutique, ne s'impose pas à l'heure actuelle. Nous proposons de ne pas l'introduire et de maintenir encore la pratique actuelle, en se fiant à la déontologie professionnelle de la grande majorité des thérapeutes.

En vous remerciant de prendre bonne note de ce qui précède, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Maurice Ropraz
Président

CONSEIL D'ETAT · CANTON DE FRIBOURG

Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat