

Département fédéral de l'intérieur
Office fédéral de la santé publique
Division des prestations
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Berne

Division Médecine et tarifs ambulatoires
tarife.ambulant@fmh.ch
031 359 12 30

Olten, le 20 juin 2017

Prise de position relative à la consultation sur l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions de l'invitation à donner notre avis sur le projet d'ordonnance susmentionné.
Voici donc notre prise de position:

Remarques générales

- Nous constatons que presque toutes les mesures proposées par le Conseil fédéral entraînent une diminution de la rémunération des prestations TARMED. Beaucoup de mesures ont notamment pour effet un **abaissement disproportionné de la prestation médicale (PM) par rapport à la prestation technique (PT)**.
- **Les mesures en vue de corriger les prestations sous-tarifées, et donc devenues inappropriées, qui permettraient une revalorisation de la prestation TARMED font défaut.** Par exemple, la suppression de la division par deux du taux de coûts des 5 dernières minutes (position 00.0030) ou l'introduction d'une indemnité forfaitaire de dérangement durant la consultation.
- Dans leur ensemble, les mesures proposées mènent à un **net affaiblissement de la médecine ambulatoire**, elles ne créent **aucun incitatif à fournir** des prestations dans le **domaine ambulatoire, nettement moins cher** et plus efficace, et elles menacent la prise en charge ambulatoire déjà problématique dans les zones périphériques, éloignées des agglomérations.
- Ainsi, **les mesures sont en contradiction avec la stratégie «Santé 2020» du Conseil fédéral**, qui vise à favoriser des soins de qualité élevée, efficaces et appropriés.

- De plus, les mesures prévues sapent les objectifs des stratégies et programmes fédéraux en cours, tels que la stratégie en matière de soins palliatifs, la stratégie MNT, la stratégie nationale en matière de démence, la stratégie Addictions, etc., et rendent leur mise en œuvre impossible.
- En affaiblissant la médecine ambulatoire par des mesures correctives, **l'intervention tarifaire contredit également le principe de l'«ambulatoire avant stationnaire»**.
- **Le cumul et la combinaison** de différentes mesures **entraînent** en plus, pour certaines positions tarifaires, **des abaissements disproportionnés et injustifiés** (de nombreuses interventions opératoires sont touchées par plusieurs mesures radicales, p. ex. la prestation «05.2410 – Décompression et neurolyse du nerf médian et/ou cubital (tunnel carpien ou loge de Guyon)» dont la «prestation médicale» est fortement abaissée en raison de la réduction de la valeur intrinsèque et de l'augmentation de la «productivité médicale» et dont la «prestation technique» est en outre également diminuée de 10%: plusieurs points pour lesquels le principe d'adéquation n'a pas été respecté.
- L'impact des mesures de corrections engendre un **déséquilibre encore plus important dans le tarif TARMED** et sont ainsi en contradiction avec l'exigence légale qui prescrit un tarif approprié et conforme à la gestion d'entreprise. Les prestations uniquement facturées selon un tarif horaire (p. ex. les consultations en psychiatrie) sont aussi abaissées, bien que cela ne corresponde pas aux buts de l'intervention.
- Les **limitations additionnelles concernant les prestations en l'absence du patient vont à l'opposé des efforts en cours en matière de qualité** (p. ex. saisies dans des registres, interprofessionnalité) et **touchent les patients les plus faibles (enfants, personnes atteintes de démence, malades psychiques)** de façon disproportionnée.

1 Situation initiale

Pour la FMH et les organisations représentées à la Chambre médicale, le besoin de révision de la structure tarifaire ambulatoire nationale TARMED introduite en 2004 est incontesté. Cependant, la FMH refuse clairement des interventions ponctuelles dans la structure tarifaire existante, car elles y introduisent de nouveaux déséquilibres et la rendent inappropriée.

Après le rejet de la première proposition de révision lors de la votation générale en juin 2016, la FMH a lancé avec une large approbation des organes de décision le projet de révision TARCO, en vue d'apporter des améliorations. Le but poursuivi par le TARCO est une tarification appropriée et conforme à l'économie de toutes les prestations médicales ambulatoires. Car, du point de vue du corps médical, une révision tarifaire globale avec toutes les organisations de médecins et les partenaires tarifaires est la seule voie pertinente à suivre.

La FMH et les organisations de médecins affiliées veulent achever entièrement les travaux d'amélioration d'ici fin 2017, puis s'adresser à leurs partenaires tarifaires afin de négocier une structure tarifaire consensuelle et commune et de la présenter au Conseil fédéral pour approbation.

2 Manque d'adéquation de l'intervention tarifaire

Appréciation de l'arrêt du Tribunal arbitral du canton de Lucerne concernant l'intervention tarifaire 2014 et le projet d'intervention 2018

L'analyse des motifs de l'arrêt - SG 15 2, 2017 III Nr. [11](#) selon LAMal 89 du Tribunal arbitral du canton de Lucerne du 29 mai 2017 laisse apparaître de manière complète et détaillée les conditions, générales et fondamentales, requises pour une intervention subsidiaire. Aussi bien la limite du contrôle des ordonnances fédérales par les tribunaux que les bases de calcul concrètes d'un tarif TARMED contre lequel personne n'a fait recours ont été prises entièrement en compte, ce qui renforce la signification de l'arrêt et des considérants dont il faut tenir compte ici. Ces considérants ont été examinés indépendamment du fait de savoir si le dispositif du jugement entrera en force et conservent leur validité même sans avoir été consacrés par la jurisprudence, et devraient donc être pris en compte dans un Etat de droit.

Les parallèles entre l'intervention subsidiaire de 2014 et celle prévue sont évidentes. La situation initiale actuelle stipule une économie de 700 millions avec une réduction linéaire de différentes positions TARMED. L'intervention repose exclusivement sur les propositions des assureurs ce qui exclut d'emblée le caractère approprié exigé par la loi. Lors de la première intervention tarifaire, le Conseil fédéral avait au moins suivi les réflexions fondamentales du TARMED, à savoir donner plus de poids aux prestations intellectuelles du médecin par rapport aux prestations techniques et renforcer ainsi la médecine de premier recours. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. De la sorte, certaines prestations font encore l'objet d'une évaluation erronée. C'est pourquoi une dépréciation linéaire devrait être motivée par des règles de gestion applicables à l'entreprise. La limitation dans le temps de l'intervention n'enlève rien à ce qui précède. Comme rien n'a été changé dans le volume des prestations, l'adaptation, c.-à-d. l'intervention tarifaire au sens de l'art. 43. al. 6 en lien avec l'art. 46 al. 4 LAMal, ne doit pas engendrer de coûts supplémentaires (principe de neutralité des coûts). A contrario, elle ne peut pas non plus viser l'inverse, à savoir être seulement basée sur des économies, même si des motifs de gestion économique le justifiaient.

Selon les considérants de l'arrêt du tribunal qui, en définitive, résumant la situation légale et objective, l'intervention subsidiaire prévue dans le tarif ne sera pas appropriée non plus et ne débouchera donc pas sur une structure tarifaire qui dans l'ensemble serait plus appropriée. Cela tient principalement au fait que les modifications de l'annexe de l'ordonnance d'adaptation devraient être fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise – et non d'après une estimation unilatérale des assureurs – ce qui par conséquent ne peut pas aboutir à une structure appropriée (cf. art. 43 al. 4 LAMal) des positions tarifaires. De la même manière, l'intervention tarifaire ne se réfère à aucun résultat d'une analyse des structures tarifaires. Il est tout à fait arbitraire que l'intervention se concentre exclusivement sur la mise en œuvre d'un objectif visé pour économiser un montant particulier. Enfin, une base de données cohérente et probante fait ici aussi défaut pour justifier l'intervention. Une base légale existe déjà pour la collecte de données et le tribunal estime que des bases supplémentaires ne sont pas nécessaires.

De ce fait, le principe d'équité est lui aussi remis en question. Cela se laisse facilement reconnaître par le fait que l'intervention s'attaque à plusieurs niveaux à la fois. Par exemple, le taux des unités fonctionnelles est réduit n'importe comment sur la base d'un argument (durée d'exploitation trop

courte) sans même mentionner d'autre part les conséquences économiques et matérielles (entretien plus élevé, dotation en personnel plus élevée et coûts supplémentaires d'un travail en équipes).

De même, l'arrêt montre, et ce totalement à raison et de manière claire, qu'une réduction linéaire ne peut pas être appropriée, et qu'elle ne le sera pas non plus si par hasard quelques positions l'étaient. Cela vient du fait que certaines prestations nouvellement tarifées ne sont toujours pas évaluées correctement. C'est pourquoi une réduction linéaire devrait suivre les principes de l'économie d'entreprise, les bases de données et de faits devraient avoir été collectées et analysées afin que la mise en œuvre puisse être appropriée et objective.¹

Comme l'intervention subsidiaire prévue dans le tarif ne permet d'obtenir ni de manière concrète ni de manière générale un tarif approprié, cette intervention ne respecte pas la LAMal et ne devrait pas être mise en œuvre.

3 Remarques concernant les diverses mesures

3.1 Valeur intrinsèque unique pour toutes les prestations

La «valeur intrinsèque quantitative» permet une compensation de la durée de formation postgraduée et continue (notamment celle liée à une réduction de la durée de la vie professionnelle) par spécialité. Pour pouvoir fournir des prestations avec une «valeur intrinsèque quantitative» plus élevée, il fallait accepter une rémunération inférieure sur une durée plus longue à l'hôpital.

Pour la FMH, il est incontesté que les salaires des médecins-assistants et chefs de clinique ont augmenté depuis l'introduction du TARMED et que ces médecins sont depuis 2005 assujettis à la loi sur le travail et ont de ce fait un horaire maximal de travail de 50 heures par semaine. Néanmoins, ce qui est encore déterminant aujourd'hui, pour le revenu perçu sur l'ensemble de la vie, c'est le temps que le médecin doit investir dans sa formation postgraduée et continue: si pour un titre de «médecin praticien» il faut trois ans de formation postgraduée, pour tous les autres titres, il faut au moins 5 ou 6 ans. Le Conseil fédéral a déjà pris en considération cette différence de la durée de formation sous la forme d'une réduction de 6% pour les médecins praticiens, mais il n'en a pas tenu compte pour les prestations qui exigent 6 ans ou plus de formation.

L'abaissement général pour toutes les disciplines avec un facteur de valeur intrinsèque en-dessous de 1.0 n'est pas compréhensible pour la FMH, car il est en contradiction avec le principe de l'équité et provoque de fait une réduction de la rémunération de 3,2%.

La nouvelle interprétation générale IG 52 («médecin praticien») est floue et demande à être précisée. Elle décrit la *facturation* des prestations par les médecins détenteurs du seul titre de «médecin praticien». Pourtant, ce n'est pas la facturation qui importe, mais la fourniture de la prestation (exécution).

Selon la FMH, il faut aussi entreprendre d'autres différenciations de la valeur intrinsèque quantitative, car de nombreuses prestations demandent, pour pouvoir être fournies, d'acquérir d'autres titres de formation postgraduée ou un deuxième titre de spécialiste. Si l'on souhaite maintenir la fourniture de prestations spécialisées demandant beaucoup d'expérience, il est important de pouvoir compenser les différences de «revenu durant la vie active» dues à des périodes de formation postgraduée plus

¹https://gerichte.lu.ch/recht_sprechung/lgve/Ajax?EnId=10575

longues. A ce sujet, la FMH a élaboré, d'entente avec les associations faïtières affiliées, un concept approprié et conforme à l'économie d'entreprise, que nous vous présenterons volontiers en détail.

3.2 Augmentation de la «productivité médicale» dans les unités fonctionnelles opératoires

La «productivité médicale» doit compenser le temps pour lequel un médecin ne peut pas appliquer directement un tarif dans le cadre de ses activités relevant du TARMED, autrement dit, où la facturation de positions du TARMED n'est pas possible. Dans le domaine opératoire notamment, l'opérateur est parfois confronté à de longs moments d'attente durant lesquels il ne peut fournir d'autres prestations. En outre, la «productivité médicale» prend en compte aujourd'hui les prestations qui ne peuvent pas être directement facturées au patient, par ex. le «sign-in», le «sign-out», les temps de changement, les réunions d'équipe ou les rapports et les préparatifs d'opération en présence de l'opérateur (p. ex. surveillance du positionnement du patient). D'où la baisse de la productivité en salle d'op.

Dans le projet de révision que la FMH a commencé avec ses partenaires tarifaires H+, CTM et curafutura, le domaine opératoire a été révisé et le nouveau chapitre RQ «Prestations générales en salle d'opération OP» a été créé. Dans ce chapitre, les «prestations médicales» qui, jusque-là, étaient prises en compte dans la productivité, comme la planification opératoire, le «sign-in», le positionnement du patient, la préparation de l'opérateur, le «time-out» de sécurité du patient, les mesures interventionnelles en fin d'opération ainsi que le suivi postopératoire, ont été tarifées comme positions tarifaires séparées. Pour cette raison, la «productivité médicale» pour les unités opératoires a été relevée.

Avant que ces facteurs, qui ne figurent ni dans le tarif actuel en vigueur ni dans la proposition du Conseil fédéral, soient pris en considération (p. ex. dans la révision globale), la «productivité médicale» du domaine opératoire doit être laissée à son niveau initial. Sans prendre en compte les prestations fournies par l'opérateur (indemnisées jusqu'ici par une productivité plus basse) dans la structure tarifaire, une baisse n'est pas appropriée ni conforme à l'économie d'entreprise!

3.3 Abaissement des taux des coûts dans certaines unités fonctionnelles

Même si les bases de calcul de la «prestation technique», qui comprend les frais d'infrastructure et de personnel non médical, dataient déjà de plusieurs années lors de l'introduction du TARMED en 2004, elles sont encore utilisées telles quelles aujourd'hui. Entretemps, il y a pourtant eu des changements concernant les coûts. Alors que, notamment dans le domaine des appareils, les frais d'infrastructure ont baissé, les frais de personnel ont nettement augmenté. Avec les progrès techniques et les nombreux nouveaux procédés, les dépenses de personnel ont considérablement augmenté (p. ex. salle d'opération hybride). Les estimations de la Caisse des médecins et de la FMH basées sur les chiffres de l'enquête permanente sur les coûts (RoKo) présument que, ces dernières années, l'ensemble des coûts a augmenté de près de 30%. Le fait que le Conseil fédéral propose maintenant d'entreprendre unilatéralement une baisse sur les points tarifaires de la «prestation technique», sans tenir compte des facteurs de coûts, est d'autant moins compréhensible. Pour le corps médical, il est important que la «prestation technique» soit tarifée correctement, car c'est le seul moyen d'offrir des salaires compétitifs aussi au personnel non médical. Aujourd'hui déjà, les tarifs PT parfois trop bas sont subventionnés transversalement par la PM.

Par ailleurs, la FMH s'oppose résolument à toute réduction concernant les salles d'exams et de traitement. Nos calculs se fondent sur les données de l'enquête permanente sur les coûts réalisées par les sociétés cantonales de médecine en collaboration avec la Caisse des médecins. L'Institut d'économie de la santé de la ZHAW, à Winterthur, a attesté la grande représentativité de cette

enquête. La FMH et la Caisse des médecins sont tout à fait disposés à présenter en détail le modèle de coûts KOREG aux experts tarifaires de l'Office fédéral de la santé publique.

3.4 Adaptation du minutage pour la rédaction de rapports d'examens par CT et IRM

A propos de la réduction du minutage de la «prestation médicale», il convient de prendre en compte trois particularités tarifaires de la radiologie.

- Au contraire de tous les médecins ayant une activité clinique, le radiologue travaille avec des patient qui lui ont été adressés, ce qui génère des processus de travail qui sont indispensables et doivent être pris en compte dans le tarif.
- Dans le tarif actuel en vigueur, les spécialistes en radiologie n'ont aucun accès aux prestations de base.
- La «productivité médicale» des unités IRM et CT a été fixée à 85% et est donc plus élevée que dans toutes les autres unités fonctionnelles.

Ces trois particularités ont pour conséquence que les «prestations médicales» du spécialiste en radiologie doivent entièrement être indemnisées via la prestation au sens restreint des positions tarifaires concernées et via le rapport d'interprétation des résultats. Une facturation des positions de consultation ou de la «prestation en l'absence du patient» n'est pas possible.

La présence d'une technicienne en radiologie médicale (TRM) ou d'un assistant en radiologie est indispensable pour chaque examen. Lors de l'examen, le médecin n'est présent qu'une partie du temps, car il effectue une part des travaux en arrière-plan, sans contact direct avec la patiente ou le patient.

Les activités médicales en radiologie consistent notamment dans les phases de travail suivantes:

- Planification de l'examen (étude du dossier, questions au médecin adressant, définition de la manière de procéder pour l'examen).
- Préparation de l'examen en présence du patient (vérification de l'indication juste avant l'examen planifié, information du patient, explication des risques et réponses aux questions du patient avant l'examen).
- Prestations durant l'examen (évaluation des premières images acquises et adaptation du protocole de l'examen, présence en cas d'application d'un produit de contraste (risque de réaction allergique avec anaphylaxie au produit de contraste), réalisation de l'examen, discussion si nécessaire avec le médecin adressant lorsque les questions de celui-ci ne sont pas suffisamment clarifiées, information et prise de congé avec le patient).

De plus, la radiologie est chargée de la mise en œuvre des audits cliniques, tels que définis par l'ordonnance sur la radioprotection (ORaP), et de la vérification de la dosimétrie et, dans ce contexte, elle est en relation étroite avec un physicien médical.

Pour la FMH, vu la situation spéciale de la radiologie, une suppression de la «prestation médicale» n'est pas appropriée et largement éloignée du principe d'économicité. Le travail et la responsabilité du radiologue s'étendent bien au-delà de l'interprétation des résultats.

3.5 Abaissement des minutages pour un certain nombre de positions tarifaires

L'ordonnance prévoit d'abaisser les minutages de la prestation au sens restreint pour certaines positions tarifaires. La FMH ne comprend pas cette réduction et montre ci-après, pour les quatre domaines de prestation concernés, pourquoi cet abaissement n'est pas approprié.

Cataracte

En raison de l'effet cumulatif de trois différentes mesures, à savoir l'abaissement drastique et inapproprié du minutage, la réduction de la «valeur intrinsèque quantitative» et l'augmentation incompréhensible de la «productivité médicale» dans l'unité OP1, l'opération de la cataracte est nettement sous-tarifée. L'intervention est aussi très souvent effectuée en dehors des structures hospitalières normales, dans des centres de chirurgie de jour ou des institutions ambulatoires. A cause de cette baisse disproportionnée et massive de la PM comme de la PT, cette intervention ne pourra plus être fournie au prix coûtant dans ces institutions. L'offre sera par conséquent nettement réduite, ce qui entraînera une détérioration de l'approvisionnement en soins et un allongement de la liste d'attente.

Coloscopies

La hausse du nombre de coloscopies observée ces dernières années est intentionnelle et elle fait suite au fait que les coloscopies de dépistage sont remboursées depuis juin 2013. A long terme, la hausse du volume de prestations est économique, efficace et appropriée pour la santé de la population. Au fil des années, les coloscopies ont pris de plus en plus de temps aussi bien concernant la durée de l'examen que la préparation des appareils (normes d'hygiène). Le côlon doit être examiné en entier, afin de trouver si possible tous les polypes et de pouvoir les éliminer.

Pour garantir cela, il faut:

- prévoir au moins 45 minutes par examen;
- acheter et utiliser les tout derniers processeurs vidéo et des appareils hauts de gamme flexibles;
- effectuer des processus de nettoyage standardisés et des contrôles microbiologiques et
- accomplir les formations théoriques et techniques structurées des gastroentérologues.

Les baisses massives concernant la coloscopie ne tiennent pas compte de tous ces aspects. La réduction disproportionnée du minutage (seulement 20 min pour la prestation au sens restreint) et la rémunération médicale qu'elle implique (PM désormais 53.34 points) est diamétralement opposée aux efforts réalisés en matière de qualité.

ECG d'effort et ECG Holter

La FMH regrette les adaptations des minutages pour l'ECG d'effort et l'ECG Holter (baisse de la prestation au sens restreint de 32 à 25 min pour l'ECG d'effort, et de 30 à 25 min pour l'évaluation d'un ECG Holter). La mesure ne pénalise que les médecins et ne correspond en aucune manière à une «good clinical practice» ni au standard actuel dans ce domaine spécifique. Pour ces deux prestations, les minutages actuels sont déjà à la limite inférieure du raisonnable et ne devraient en aucun cas être encore abaissés. Actuellement, l'ECG au repos effectué avant l'ECG d'effort est inclus dans la même position tarifaire. Avec la Société suisse de cardiologie (SSC) et dans le cadre du projet de révision TARVISION/ats-tms, la FMH a seulement abaissé les minutages de l'ECG d'effort parce qu'elle a tarifé séparément les deux prestations ECG au repos et ECG d'effort.

Radiothérapie stéréotaxique

La FMH rejette également l'abaissement des minutages de la radiothérapie stéréotaxique. Dans le domaine de la radiothérapie, il a été possible ces dernières années d'abaisser les minutages de façon incontestée. Cela dit, ces économies de temps sont dues en premier lieu à l'emploi d'appareils plus efficaces et à plus de personnel non médical, surtout davantage qualifié. La réduction des minutages va donc de pair avec l'augmentation des frais de personnel et des coûts d'utilisation des immobilisations. La baisse unilatérale des minutages, telles qu'elle est proposée, est pour cette raison inappropriée.

3.6 Conversion de prestation à l'acte «Examen par le spécialiste» en prestation au temps

La conversion des prestations à l'acte en prestations au temps pour différents examens par le spécialiste est compréhensible si l'on considère les raisons invoquées par le Conseil fédéral. Toutefois, nous estimons inopportun d'étendre l'application des restrictions de facturation aussi aux spécialistes facturant par voie électronique! Ce qui est choquant ici c'est moins la limitation par séance que la limitation pour une période de temps de p. ex. trois mois, comme dans le cas de la prestation «22.0015 Examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique, par période de 5 min». D'un point de vue médical, il doit être possible d'examiner à plusieurs reprises le patient au cours d'un trimestre, par rapport aux conditions mentionnées dans l'interprétation médicale.

De plus, la FMH ne peut pas comprendre comment le Conseil fédéral peut, au nom de la transparence, exiger que le fournisseur de prestations note désormais de façon encore plus détaillée dans le dossier du patient quel examen partiel il a fait exactement et qu'en même temps (voir ci-après) il limite les prestations en l'absence du patient. Ce semblant de transparence conduit simplement à plus de bureaucratie, sans valeur ajoutée pour le patient.

3.7 Application des limitations de facturation

Pour la FMH, l'application de limitations de facturation est extrêmement problématique. Selon la FMH, avec de telles limitations, des groupes de patients importants seront sérieusement désavantagés, voire menacés. Il s'agit notamment des patients atteints de maladies rares, des enfants, des patients âgés et polymorbides, des patients souffrant de troubles psychiques ainsi que des migrants. En outre, ces restrictions sont très clairement en contradiction avec les stratégies et programmes fédéraux actuels (notamment Santé 2020, la stratégie en matière de soins palliatifs, la stratégie MNT, la stratégie nationale en matière de démence, la stratégie Addictions). Avec ces restrictions, les buts des stratégies fédérales précitées sont non seulement menacés, mais il ne sera de facto plus possible de les réaliser.

Permettez-nous d'illustrer ci-après la problématique de la limitation, à l'aide de trois exemples choisis:

02.0060 Consultation téléphonique par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 min

Dans la psychiatrie moderne, les téléphones ou les séances en ligne font partie d'un traitement psychiatrique. Dans des situations de crise, ils durent souvent plus de 20 minutes et permettent une intervention thérapeutique rapide et efficace. La consultation téléphonique est un élément essentiel de la thérapie, notamment aussi pour la réintégration professionnelle des travailleurs, l'intégration scolaire des enfants ou chez les patients âgés; la limitation à 20 minutes toucherait fortement ces groupes de patient.

00.0050 «Entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique, par période de 5 min», limité désormais à 6 fois par cas

Le gynécologue utilise cette position tarifaire p. ex. pour les entretiens d'information préopératoires avant une opération de cancer du sein. L'entretien d'information préopératoire est très complexe et dure bien plus de 30 minutes par cas. Il comprend:

- Discussion et prise de décision concernant le recours à une opération conservatrice ou non;
- Information relative à la radiothérapie et à la restriction concernant les interventions plastiques ultérieures, si une opération conservatrice est effectuée;
- Information relative à une éventuelle collaboration avec le chirurgien plasticien, en cas d'option d'une reconstruction primaire.
- Diagnostic des ganglions lymphatiques (ganglion sentinelle, curage axillaire);
- Information relative aux risques et complications (hémorragies, infections, changement attendu de la forme du sein, pesée des risques et documentation lors d'une éventuelle reconstruction, avantages et désavantages de diverses méthodes de reconstruction);
- Information relative aux éventuels effets secondaires d'une chimiothérapie postopératoire;
- Information relative aux post-traitements auxquels il faut s'attendre à court, moyen et long terme;
- Exécution et discussion d'un test BRCA1/2 dans le cas de risques familiaux.

Dans le contexte de la discussion portant sur les interventions inutiles, il n'est pas pertinent de restreindre la durée et le nombre de ces moments qui sont indispensables aussi dans la cadre d'un processus de prise de décision partagé.

Médecine des migrations

Les limitations non appropriées imposées aux prestations contredisent le programme national «Migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique. Les migrants ont en effet besoin d'un temps d'explication et de discussion plus long étant donné les barrières linguistiques parfois présentes.

La FMH encourage fortement le Conseil fédéral à vérifier de cas en cas les limitations avec les experts correspondants de la FMH.

3.8 Différenciation des «prestations en l'absence du patient»

Die FMH salue la subdivision de la prestation en l'absence du patient en de nouvelles positions tarifaires (00.0141, 00.0142, 00.0143, 00.0144, 00.0145, 00.0146, 00.0147) et de nouvelles positions correspondantes dans le domaine de la psychiatrie.

La FMH estime cependant qu'il manque une position pour les charges spéciales engendrées par l'assureur et allant au-delà de la rédaction de rapports ou d'expertises, ainsi qu'une position pour un conseil d'experts médical (tumor board ou vascular board). La FMH demande par conséquent l'introduction des positions 00.0148 «Travail en l'absence du patient suite à une demande du garant ou des autorités» et 00.0149 «Conseil d'experts médical en l'absence du patient, par période de 5 min».

De plus, la FMH n'est pas d'accord avec la limitation de ces nouvelles positions par le biais des groupes de prestations correspondants. Les prestations en l'absence du patient augmentent continuellement, ainsi p. ex. les entretiens avec les proches, les enseignants, etc. de patients en pédiatrie ou les entretiens dans le milieu social dans les cas de démence. Vu le nombre de patients polymorbides à la complexité croissante, le temps consacré à l'étude du dossier et la coordination

nécessaire dans le milieu des patients augmente continuellement. Il faut aussi faire face au défi de réintégrer le plus vite possible les patients malades ou accidentés dans le processus de travail, afin de réduire aussi les cas de rentes. A cet effet, des discussions avec l'employeur d'entente avec le patient sont bien entendu nécessaires. Là non plus, une limitation n'a pas de sens.

Il faudra pouvoir continuer à facturer ces prestations correctement à l'avenir. Une limitation signifie en fin de compte un rationnement implicite des prestations et est non seulement inappropriée, mais ne correspond pas à la réalité dans la pratique privée ou à l'hôpital. En outre, comme les prestations en l'absence du patient contribuent à la baisse de fréquence des consultations, la FMH demande la suppression pure et simple de la limitation pour ces prestations.

3.9 Suppression des indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence pour les institutions visées à l'art. 36a LAMal

En supprimant les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence pour les institutions relevant de l'art. 36a LAMal, le Conseil fédéral menace la sécurité de l'offre de soins à la population et risque le transfert des cas d'urgence dans des secteurs plus chers, avec une hausse des coûts. Par cette mesure, on prive les services d'urgence ambulatoires de leur base économique. La garantie de soins médicaux d'urgence ambulatoires est d'une grande importance pour le patient et a une priorité élevée pour le corps médical ambulatoire. C'est pourquoi, ces dernières années, les sociétés cantonales de médecine ont développé de nouveaux modèles et structures d'organisation, afin de garantir à l'avenir des soins d'urgence ambulatoires peu coûteux. L'intervention tarifaire rend cette stratégie impossible et la conséquence en sera que les services d'urgence bien plus chers des hôpitaux devront combler les lacunes ainsi formées. Cette mesure est en totale contradiction avec la stratégie «Santé 2020» du Conseil fédéral qui vise à encourager des soins ambulatoires peu coûteux.

Il convient soit d'annuler la suppression des indemnités forfaitaires ou au moins, éventuellement, d'autoriser des forfaits d'admission dans les services d'urgence reconnus (position 35.0610) aussi pour les institutions ambulatoires axées sur les urgences selon l'art. 36a LAMal.

3.10 Adaptation de l'interprétation concernant la ponction et la prise de sang par du personnel non médical (00.0715 et 00.0716)

Jusqu'ici, une prise de sang ne pouvait être effectuée par l'assistante médicale que dans le cadre d'un diagnostic en présence du patient. Une prise de sang à l'intention d'un laboratoire mandaté ne pouvait par contre pas être facturée. Le corps médical déplorait l'absence de cette possibilité de facturation pour la prise de sang tant dans la Liste des analyses (comme c'est le cas pour les laboratoires d'hôpitaux ou les pharmacies d'officine) que dans le TARMED. Les propositions de la FMH à ce sujet, remises tant à la CFAMA-LA qu'à la commission tarifaire paritaire, ont été rejetées. Grâce à la suppression de la restriction liée au diagnostic en présence du patient, l'assistante pourra désormais faire la prise de sang pour l'envoi à un laboratoire mandaté, ce que le corps médical salue vivement.

3.11 Suppression du supplément de 10% sur le matériel à usage courant et sur les implants

Le supplément de 10% sur le prix d'achat permet d'indemniser les frais de manutention. La FMH est d'accord avec le Conseil fédéral sur le fait qu'il est en principe problématique de définir dans le tarif un supplément en pourcentage, car celui-ci peut créer de faux incitatifs. Mais nous estimons que la suppression totale de ce supplément n'est pas appropriée, car alors la manutention (commande, préparation, entreposage, etc.) n'est plus indemnisée. Si l'on souhaite éliminer l'indemnisation en

pourcent, alors la solution la meilleure et la plus adéquate serait un montant de base (indemnité forfaitaire).

3.12 Suppression de positions tarifaires pour les prestations hospitalières et pour les prestations de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance militaire, ainsi que de tous les renvois à la loi

Les conséquences pour les autres assurances sociales (AA/AM/AI) qui facturent également via le TARMED n'ont pas été prises en compte dans le projet d'ordonnance. Dès 2018, il pourra en résulter des situations de facturation manquant de clarté.

3.13 Modifications dans les groupes de prestations

Comme le Conseil fédéral a aussi prévu des modifications dans les groupes et les blocs de prestations, nous aimerions saisir l'occasion pour signaler une erreur. Le bloc de prestations 02 «Bilan de santé pédiatrique» doit impérativement aussi pouvoir être combiné avec le sous-chapitre 01.01, car c'est seulement ainsi que la position 00.0015 peut aussi être ajoutée au bilan de santé.

4 Conclusions

- Avec son projet d'ordonnance, le Conseil fédéral **n'a pas fait valoir correctement sa compétence subsidiaire**. En effet, celle-ci est là pour permettre au Conseil fédéral de corriger un manque d'adéquation et non pour accentuer les déséquilibres et péjorer la structure tarifaire.
- L'intervention tarifaire répond à une **motivation politique et sert à baisser les coûts de manière unilatérale**. Ces dernières années, la spécialisation du personnel non médical a engendré dans les cabinets médicaux et les hôpitaux une forte hausse des coûts, qui, aujourd'hui déjà, doit être subventionnée de façon transversale par la «prestation médicale» et n'est pas suffisamment prise en compte dans les données périmées du modèle de coûts (voir aussi 2.3 dans cette prise de position).
- Une structure tarifaire a la tâche légale de reproduire les coûts inhérents à la fourniture des prestations médicales de manière appropriée et conforme à la gestion d'entreprise. Selon la FMH, les interventions du Conseil fédéral dans la structure tarifaire TARMED **ne permettent plus de remplir le mandat légal d'une structure tarifaire appropriée et conforme à l'économie**.
- Il est inacceptable – et c'est contraire à la LAMal – qu'**un abaissement disproportionné de certaines positions** ne permette plus, faute de couverture des coûts, de proposer en médecine ambulatoire des prestations obligatoires incontestées alors que celle-ci est efficace et bon marché.
- Dans l'ensemble, l'intervention tarifaire ne cadre pas avec le paysage actuel en politique de la santé, où règne un consensus visant à renforcer la médecine ambulatoire. Avec cette **mesure**, le Conseil fédéral **contredit** son propre **agenda «Santé 2020»**.
- Les limitations de la durée des consultations, des visites à domicile et des travaux en l'absence du patient désavantagent systématiquement les groupes de patients les plus vulnérables.
- Les incitatifs changent avec chaque intervention tarifaire. Dans le cas présent, il faut par exemple s'attendre à un transfert vers **le domaine hospitalier** des prestations qui ne peuvent plus être fournies à prix coûtant dans le domaine ambulatoire. Mais cela entraînerait une importante **hausse des coûts** qui annulerait les économies réalisées dans le domaine ambulatoire.

- La FMH maintient donc sa position selon laquelle **une révision globale** du TARMED en concertation avec toutes les organisations **médicales** et les partenaires tarifaires, constitue la **seule voie pertinente** à suivre afin de rendre son caractère approprié et conforme aux règles applicables en économie d'entreprise à la structure tarifaire.

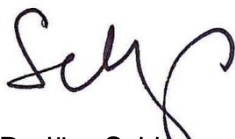
5 Demandes de la FMH

La FMH demande au Conseil fédéral d'examiner avec attention les modifications suggérées et elle demeure à disposition, avec ses sociétés affiliées, pour participer à un groupe d'experts.

Dans ce contexte, la FMH demande aussi à pouvoir consulter l'étude INFRAS d'octobre 2016 («Kosten und Rentabilität von kostenintensiven Infrastrukturen, Geräten und Einrichtungen sowie damit verbundenen Leistungen in der ambulanten Medizin») et prie le Conseil fédéral de lui remettre les documents en question.

Pour terminer, nous demandons au Conseil fédéral de bien vouloir fixer clairement dans son ordonnance la durée de son intervention prévue dans la structure tarifaire TARMED, jusqu'à ce que la structure tarifaire TARMED révisée par la FMH et les partenaires tarifaires, conforme à la loi et approuvée par le Conseil fédéral entre en vigueur.

Nous vous remercions d'ores et déjà de l'attention que vous porterez à nos propositions et vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.



Dr Jürg Schlup
Président de la FMH
Responsable du département Politique et communication



Dr Urs Stoffel
Membre du Comité central de la FMH
Responsable du département Médecine et tarifs ambulatoires