

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) du 7 mars 2024 à l'intention de la CSSS-E

« Limitation du volume de points facturable par journée de travail avec la structure tarifaire ambulatoire »

1 Mandat

Lors de la séance du 30 janvier 2024 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E), l'administration fédérale a été chargée de rédiger un court rapport concernant une proposition de limiter le volume de points facturable par journée de travail dans la structure tarifaire ambulatoire nationale. Le rapport ne devrait pas se concentrer sur la voie choisie (disposition transitoire) mais discuter du contenu. Le présent rapport répond à ce mandat. Il présente la proposition au point 2 et ses implications au point 3.

2 Présentation de la proposition

2.1 Objet de la proposition

La proposition vise à modifier les dispositions transitoires du projet 22.062 LAMal. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 2^e volet), par l'introduction d'un nouvel alinéa 6 qui charge le Conseil fédéral de modifier la **structure tarifaire ambulatoire nationale** de manière à **plafonner le volume de points** facturable par journée de travail. Cette intervention devrait intervenir après consultation des partenaires tarifaires, **pour le 1^{er} janvier 2025**.

Le développement de la proposition ainsi que les cinq exemples de factures qui l'accompagnent visent la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires TARMED et pas les structures tarifaires nationales appliquées pour d'autres types de prestations ambulatoires.¹ De ce fait, on peut partir de l'idée que c'est TARMED qui est visé par l'alinéa 6.

Comme l'alinéa 6 se trouve dans les dispositions transitoires et prévoit une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025, il permet une intervention immédiate et unique dans TARMED.

2.2 Quelques explications concernant le volume de points de TARMED

À l'heure actuelle, TARMED n'établit pas de norme concernant le volume de points qui devrait être facturé par journée de travail ou par année. Celui-ci varie en fonction des caractéristiques attribuées aux positions des prestations qui ont été fournies ; notamment les durées et les taux de coûts par minute calculés pour couvrir les ressources nécessaires notamment en personnel médical et non-médical ainsi qu'en infrastructure. Plus les durées et/ou les taux des coûts des prestations seront élevés, plus élevé sera le nombre de points tarifaires par prestation et donc le volume de points facturé dans l'ensemble, toutes choses égales par ailleurs.

Pour les *positions au temps*, la durée est décomptée sur la base de la durée effective de la prestation. Pour les *positions tarifaires à l'acte*, la durée est établie sous forme de minutage ; c'est-à-dire une durée préétablie qui s'apparente à la durée moyenne de la prestation. Pour les positions à l'acte, la durée facturée peut donc différer de la durée effective de la prestation, l'idée

¹ Les logopédistes, les pharmaciens, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les chiropraticiens, des sage-femmes et les dentistes facturent également leurs prestations avec de tarifs à la prestations fondées sur des structures tarifaires uniformes sur le plan suisse, conformément à l'art. 43, al. 5, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10).

étant que ces différences se compensent en moyenne. Toutefois, le manque de révision de TARMED a accentué les écarts entre les minutages et les durées effectives des prestations. Et les taux de coûts par minutes ne sont plus adaptés aux réalités actuelles. Certaines positions tarifaires sont désormais surévaluées et d'autres sous-évaluées. Par ailleurs, comme TARMED est une structure tarifaire à la prestation, la possibilité de "surfacturation" est réelle en raison des possibilités de cumuler les positions tarifaires sur une même facture.

Seule une révision complète de TARMED pourrait permettre de revenir à un tarif approprié. Le point 3.3 présentera les implications qu'auraient une intervention du Conseil fédéral dans TARMED, dans ce contexte.

3 Implications de la proposition

3.1 Concernant le plafonnement du volume de points par journée de travail

La proposition vise à plafonner le volume des points facturés pour tous les traitements effectués en une journée de travail. Ce plafond devrait donc être défini au niveau du fournisseur de prestation (et non pas du patient). Lorsque les prestations sont fournies par un médecin exerçant dans un cabinet individuel, le fournisseur de prestations équivaut au médecin en question. Et lorsque les prestations sont effectuées dans les hôpitaux ou dans les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins au sens de l'art. 35, al. 2, let. n, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) ; elles peuvent avoir été fournies par plusieurs médecins. Pour ces cas, il faudrait trouver une définition et une limitation appropriée à leur endroit. Ceci combiné aux caractéristiques de TARMED évoquées au point 2.2 (notamment : nombre de points tarifaires différencié selon les prestations et caractère inapproprié) compliquent l'estimation du volume de points (maximal) qui devrait être facturé par journée de travail. Sans compter que le caractère unique de l'intervention du Conseil fédéral (voir point 2.1) cadre peu avec le besoin d'ajuster régulièrement la limitation aux évolutions légitimes du domaine médical ambulatoire.

La correction des problématiques posées par TARMED ne peut être atteinte qu'avec une révision complète englobant les durées et les taux de coûts prévus dans la structure tarifaire ainsi que de bonnes règles de facturation. Le tout doit être encadré par un contrôle du principe d'économie par l'autorité compétente (art. 46, al. 4, LAMal) et par le monitoring prévu à l'art. 47c LAMal². Cet article qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024 demande notamment aux assureurs et aux fournisseurs de prestations de prévoir un monitoring commun de l'évolution des quantités, des volumes et des coûts ainsi que des mesures de correction en cas d'évolution inexplicable. Par ailleurs, l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023 des dispositions visant à promouvoir les forfaits ambulatoires³ devrait à terme, atténuer la place des structures tarifaires à la prestation et le problème du cumul des positions tarifaires évoqué au point 2.2.

3.2 Concernant le contrôle du respect de la limitation du volume de points

3.2.1 Implications pour l'assureur-maladie

L'AOS prend en charge les coûts des prestations efficaces, appropriées et économiques (art. 32, al. 1, LAMal). Et il revient avant tout aux assureurs-maladie de contrôler que le tarif ait été

² Nouvel art. 47c, LAMal adopté par le Parlement le 30 septembre 2022 dans le cadre du volet 1b des mesures visant à freiner la hausse des coûts et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024 (RO 2023 630; FF 2019 5765).

³ Nouvelle teneur de l'art. 43, al. 5, LAMal et nouvel art. 43, al. 5^{ter}, LAMal ; tous deux adoptés par le Parlement le 18 juin 2021 dans le cadre du volet 1a des mesures visant à freiner la hausse des coûts et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023 (RO 2021 837 ; 2022 808 ; FF 2019 5765).

appliqué correctement ainsi que le caractère économique des prestations facturées à la charge de l'AOS. L'assureur-maladie peut ainsi refuser le remboursement de prestations qui dépassent la mesure de ce qui est dans l'intérêt des assurés et nécessaire au but du traitement ou demander au fournisseur de prestations de restituer les sommes reçues à tort (art. 56, al. 1 et 2, LAMal).

Les assureurs-maladie mettent déjà en commun les données relatives aux prestations qui ont été facturées à la charge de l'AOS ; principalement pour pouvoir effectuer ensemble le contrôle de l'économicité des fournisseurs de prestations et dans certains cas pour contrôler la façon dont les tarifs sont appliqués (p. ex. via le tarifcontrolling de Tarifsuisse). Une analyse transversale des factures établies par journée de travail pour identifier les fournisseurs de prestations qui contreviendraient à la limitation du volume de points serait donc en principe possible. Avec la proposition, les assureurs devraient toutefois faire systématiquement le contrôle des factures "ensemble". Etant donné que les fournisseurs de prestations ont jusqu'à cinq ans à compter de la date du traitement pour facturer les prestations, certains contrevenants à la limitation ne seraient toutefois identifiés qu'après plusieurs mois, voire années. Le seul problème non résolu reste celui des factures en tiers garant qui ne sont pas soumises aux assureurs et qui ne pourraient ainsi pas être intégrée dans le contrôle.

3.2.2 Implications pour le fournisseur de prestations

Une fois que la limitation du volume de points aurait été introduite, elle serait partie intégrante de la structure tarifaire TARMED. Compte tenu de la protection tarifaire prévue par la loi, les fournisseurs de prestations seraient tenus de la respecter ; ils ne pourraient pas exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies dans le cadre de l'AOS (art. 44, al. 1, LAMal).

Les fournisseurs de prestations ne seraient plus incités à traiter des patients une fois que la limitation du volume de points pouvant être facturé au cours de la journée aurait été atteinte, même lorsque ces traitements seraient nécessaires. Un plafonnement du volume de points autorisé par jour pourrait par ailleurs s'avérer contre-productif, dans le sens où la limite maximale définie pourrait être prise comme niveau référence à atteindre pour les fournisseurs de prestations qui ne l'atteignent pas encore.

3.2.3 Implications pour l'assuré

La limitation du volume de points par journée de travail a pour objectif de limiter les augmentations des coûts à la charge de l'AOS, ce qui serait favorable à l'assuré en ce qui concerne les primes à payer. Mais bien que l'assuré reçoive la facture ou une copie de celle-ci (art. 42, al. 1 à 3, LAMal) afin de vérifier que les prestations facturées correspondent au traitement qui a été fourni, il serait dans l'incapacité de contrôler si la limitation du volume de points par journée travaillée a été respectée étant donné qu'il ne voit pas toutes les factures émises par le fournisseur de prestations. Et au moment de prendre un rendez-vous médical ou de s'y rendre, l'assuré serait aussi confronté à l'incertitude de savoir si son médecin traitant a atteint la limite de volume de points autorisé par journée de travail.

3.3 Concernant la possibilité d'une intervention du Conseil fédéral

La proposition charge le Conseil fédéral de faire une intervention dans la structure tarifaire ambulatoire nationale. Si on occulte le fait que ce mandat revêtirait un caractère unique, il s'apparente fortement à la compétence subsidiaire que détient déjà le Conseil fédéral qui lui permet d'adapter la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure (art. 43, al. 5^{bis}, LAMal).

Le Conseil fédéral a déjà fait usage de cette compétence à deux reprises sur TARMED ; la première fois en 2014 pour promouvoir la médecine de premier recours et la seconde fois en

2018 notamment pour corriger certains minutages trop élevés et pour réduire les incitations indésirables à accroître les quantités facturées. Bien que ces interventions aient atteints leurs objectifs, l'expérience a aussi montré que leurs effets sont limités dans le temps. C'est la raison pour laquelle il convient de favoriser un cadre permettant la révision de TARMED et l'adaptation continue aux réalités actuelles. Toutes deux devraient être conduites par les partenaires tarifaires, car ils détiennent les données nécessaires.

Au vu de cela, le Parlement a adopté le 18 juin 2021 (sur proposition du Conseil fédéral), l'art. 47a, LAMal⁴ qui oblige les partenaires tarifaires à instaurer ensemble une organisation tarifaire nationale chargée des structures tarifaires du domaine médical ambulatoire. La nouvelle organisation appelée « Organisation tarifs médicaux ambulatoires » (OTMA) a ainsi été créée par les partenaires tarifaires, le 15 novembre 2022 et elle a officiellement démarré ses activités opérationnelles le 3 janvier 2024. De ce fait et alors que les demandes d'approbation de TARDOC et des forfaits ambulatoires qui ont été soumises au Conseil fédéral par les partenaires tarifaires en décembre 2023 sont en cours d'examen, charger le Conseil fédéral d'adapter immédiatement TARMED pourrait envoyer un mauvais signal aux partenaires tarifaires et empiéter de manière inopportune sur la mise en activité de l'OTMA.

3.4 Concernant l'horizon temporel

Au mieux, le Conseil fédéral ne pourrait intervenir qu'après l'entrée en vigueur de la modification légale en cours d'examen au Parlement. Et il faudrait aussi compter plusieurs mois pour que les fournisseurs de prestations mettent en place la modification dans les systèmes de facturation et pour que les assureurs-maladie adaptent leurs systèmes de contrôle des factures. S'ajoute à cela le fait que l'intervention devrait prendre la forme d'une ordonnance du Conseil fédéral, ce qui implique une consultation de trois mois auprès des milieux intéressés. L'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025 ne semble dès lors pas réalisable.

4 Conclusion

La proposition poursuit le but important de limiter l'augmentation des coûts à la charge de l'AOS. Toutefois, plafonner le volume de points par journée de travail pourrait s'avérer difficile à mettre en œuvre. Sans compter qu'une intervention immédiate du Conseil fédéral dans TARMED serait un mauvais signal pour les partenaires tarifaires et inopportune pour la mise en activité de l'OTMA. Son caractère non-renouvelable irait aussi à l'encontre de la nécessité d'instaurer un cadre permettant l'adaptation continue du tarif médical aux évolutions légitimes du domaine médical ambulatoire. En fait, la correction des problématiques posées par TARMED ne peut être atteinte qu'avec une révision complète englobant les durées (minutages) et les taux de coûts prévus dans la structure tarifaire, de bonnes règles de facturation et des forfaits ambulatoires. Le tout doit être encadré par un contrôle du principe d'économie par l'autorité compétente (art. 46, al. 4, LAMal) et par le monitoring prévu à l'art. 47c LAMal.

⁴ Nouvel art. 47a, LAMal introduit par le Parlement le 18 juin 2021 dans le cadre du volet 1a des mesures visant à freiner la hausse des coûts et en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 837; FF 2019 5765).