



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



Faits 22.08.2016

Intervention du Conseil fédéral au niveau du TARMED

En 2014, le Conseil fédéral a adapté par voie d'ordonnance le tarif médical ambulatoire TARMED afin de revaloriser la médecine de famille et la pédiatrie. Concrètement, il s'agissait de transférer 200 millions de francs de la médecine spécialisée vers la médecine de premier recours. Aujourd'hui, soit deux ans après cette intervention, il est l'heure de dresser un premier bilan.

En 2012, le conseiller fédéral Alain Berset a annoncé vouloir prendre des mesures concrètes pour résoudre les problèmes auxquels était confrontée la médecine de famille, notamment en améliorant la situation financière des médecins de premier recours. Il a alors lancé le Masterplan «Médecine de famille et médecine de base», qui a abouti au retrait de l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille». Il s'agissait d'aborder les problèmes identifiés en matière de formation et de recherche et de mieux rémunérer les activités liées à la médecine de famille. En outre, une révision générale du tarif médical ambulatoire TARMED était envisagée, avec pour objectif d'introduire un chapitre distinct pour les médecins de premier recours, notamment la médecine de famille.

Deux ans plus tard, alors que les partenaires tarifaires n'avaient pas réussi à unir leurs vues sur une nouvelle structure tarifaire, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence subsidiaire et est intervenu de manière décisive en octobre 2014 au niveau du TARMED. L'objectif de l'ordonnance édictée était d'améliorer rapidement et de manière concrète la position de la médecine de premier recours. Pour y parvenir en respectant la neutralité des coûts, c'est-à-dire sans entraîner de surcoûts pour les assurés, les évaluations techniques de certaines prestations spécialisées ont été réduites d'un montant total de 200 millions de francs et, en contrepartie, une position prévoyant un supplément de près de 9 francs a été introduite pour la consultation de base normale. Cette position peut être facturée par les médecins de famille et les pédiatres lorsque des prestations de médecine de famille sont fournies. Les services ambulatoires des hôpitaux ne sont pas concernés.

Qu'en est-il résulté?

Aujourd'hui, soit près de deux ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, il est temps de dresser un premier bilan. Les 200 millions de francs que le Conseil fédéral souhaitait redistribuer en 2014 ont-ils été atteints? L'ordonnance est-elle implémentée en respectant la neutralité des coûts, c'est-à-dire sans entraîner de surcoûts pour les assurés? Les «médecins de premier recours» ont-ils vraiment bénéficié du supplément prévu par la nouvelle position? Les décomptes de prestations médicales spécialisées concernés ont-ils été modifiés? Pour répondre à ces questions, la période de décompte d'octobre 2014 à septembre 2015 a été analysée*.

Un bénéfice pour les médecins de premier recours

Au cours de la première année de décompte avec la nouvelle structure tarifaire, 178 millions de francs ont été facturés aux assureurs au titre de la nouvelle position prévoyant un supplément pour prestations de médecine de famille. Les factures qui n'ont pas été soumises aux assureurs ou qui ont été payées directement par les patients n'ont pas été prises en compte.

Dans 91% des cas, les médecins de premier recours, à savoir les spécialistes en médecine interne et générale, les



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

médecins généralistes ainsi que les pédiatres en ont bénéficié. 7% du volume est revenu aux cabinets de groupe. Le reste a été réparti entre d'autres groupes de spécialistes tels que les rhumatologues, les cardiologues, etc. L'ordonnance prévoit explicitement que les détenteurs d'un double titre puissent également bénéficier de cette position.

Redistribution à la charge des spécialistes

La baisse de 8,5% visant à réduire les prestations techniques a été répercutée, conformément à l'ordonnance, dans 13 chapitres spécialisés du TARMED. Durant la première année d'application de l'ordonnance, la baisse a porté sur un total de 238 millions de francs. Près de la moitié de ce montant a été assumée par les hôpitaux dans le domaine ambulatoire. Les réductions les plus importantes ont impacté les chapitres dévolus à la radiologie, à l'ophtalmologie et à la salle d'opération. Les médecins de premier recours ont eux aussi facturé des prestations mentionnées dans les chapitres spécialisés concernés par cette réduction. La baisse de recettes s'est élevée pour eux à quelque 11 millions de francs.

La manière de décompter a-t-elle changé?

Pour se faire une idée générale de la situation, curafutura a examiné en détail la manière dont les spécialistes concernés par les réductions sur les prestations ont effectué leur décompte. L'évolution des douze positions tarifaires les plus fréquentes a alors été comparée avant et après l'introduction de la nouvelle ordonnance.

Pour les décomptes de prestations hospitalières ambulatoires, les positions tarifaires «Consultation, par période de 5 minutes en plus» et «Prestation en l'absence du patient» étaient concernées. Celles-ci ont été plus souvent décomptées par rapport à la position typique d'une consultation que ce que l'on aurait pu escompter au vu de la hausse au cours des années précédentes. La différence se monte à 18 millions de francs environ. En gastroentérologie, la position «Prise en charge, suivi et surveillance au cabinet médical» a été significativement facturée plus souvent. Une légère prolongation des consultations est aussi observée chez les ophtalmologues. Dans l'ensemble, ces estimations auprès des spécialistes concernés aboutissent à un volume de près de 20 millions de francs facturés de manière différente que ce qui était attendu considérant les observations des années précédentes.

Bilan

L'intervention du Conseil fédéral au niveau du TARMED a amélioré de manière prépondérante la position des médecins de premier recours, sans que les assurés doivent en assumer de manière générale des surcoûts. Le volume de 200 millions de francs a été atteint grosso modo, car les montants des factures réglées par les patients eux-mêmes doivent être pris en considération.

La part modeste des positions supplémentaires facturées par les spécialistes est le signe que l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie a été mise en œuvre de manière assez précise. Les règles de décompte introduites par les assureurs-maladie pour la position supplémentaire semblent porter leurs fruits, bien qu'elles ne soient pas respectées par tous les fournisseurs de prestations. La charge de travail pour le



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

renvoi des décomptes injustifiés ne doit pas non plus être sous-estimée.

* Source: SASIS SA, pool tarifaire, données mensuelles mai 2016; prestations brutes selon la date de traitement, projection selon le degré de couverture de SASIS SA. Évaluation par curafutura.

Berne, août 2016