

# Projet d'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie

Consultation publique du 16 décembre 2013 au 3 février 2014

*Position de la fmCh*

16 janvier 2013



foederatio medicorum chirurgicorum helvetica  
Rue de la Gare 20 / 22  
CH-2502 Bienne

Monsieur le Conseiller fédéral  
Alain Berset  
Chef du Département fédéral  
de l'intérieur (DFI)  
Inselgasse 1  
CH-3003 Berne

Bienne, le 31 janvier 2014

Monsieur le Conseiller fédéral,

Faisant référence à notre courrier du 20 décembre 2013, nous déplorons que la fmCh ne figure pas sur la liste des destinataires de la consultation et que les délais de cette procédure n'aient pas été raisonnablement prolongés.

Monsieur le Directeur Strupler nous a assuré avec courrier du 15 janvier 2014 que notre prise de position serait acceptée avec plaisir. Vous la trouverez ci-après.

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez poursuivre la discussion, nous restons à votre entière disposition et à celle de l'Office fédéral de la santé publique.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de nos salutations distinguées.

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Pr Urban Laffer  
Président



Dr Markus Trutmann  
Secrétaire général

Copie : M. le Directeur Pascal Strupler, OFSP, 3003 Berne

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Résumé</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Procédure de consultation</b>	<b>3</b>
2.1	Destinataires . . . . .	3
2.2	Délai . . . . .	3
<b>3</b>	<b>Conditions juridiques préalables</b>	<b>3</b>
3.1	Adéquation de la structure tarifaire . . . . .	4
3.2	Divergence d'opinions entre les partenaires tarifaires . . . . .	5
3.3	Conclusion . . . . .	6
<b>4</b>	<b>Une intervention contraire au droit</b>	<b>6</b>
4.1	Position additionnelle . . . . .	6
4.2	Réduction des prestations techniques . . . . .	7
4.3	Sélection des chapitres de TARMED . . . . .	8
4.4	Inégalité de traitement entre médecins de famille et hôpitaux . . . . .	9
<b>5</b>	<b>Une intervention inappropriée</b>	<b>9</b>
5.1	Amélioration de la rétribution (200 millions de francs) . . . . .	10
5.2	Harmonisation des écarts de revenus . . . . .	10
5.3	Revalorisation de l'activité intellectuelle . . . . .	13
<b>6</b>	<b>Les incidences négatives sur les assurés et les patients</b>	<b>14</b>
6.1	Forfaits versés aux cabinets . . . . .	14
6.2	Transfert vers le secteur stationnaire . . . . .	15
<b>7</b>	<b>Incidences négatives sur l'autonomie tarifaire et la qualité des systèmes tarifaires</b>	<b>15</b>
7.1	Autonomie tarifaire . . . . .	15
7.2	Danger pour les autres structures tarifaires . . . . .	15
<b>8</b>	<b>Discrimination négative des spécialistes</b>	<b>16</b>
<b>9</b>	<b>Ce qu'il conviendrait de faire</b>	<b>16</b>
9.1	Révision de l'ensemble de la structure tarifaire . . . . .	16
9.2	Prix subventionnés . . . . .	17
9.3	Contre-projet à l'initiative des médecins de famille . . . . .	17
<b>10</b>	<b>Conclusion</b>	<b>17</b>
<b>A</b>	<b>Annexe : Charte Tarvision</b>	<b>19</b>

# 1 Résumé

La fmCh rejette le présent projet d'ordonnance.

Les exigences juridiques conditionnant le recours du Conseil fédéral à la compétence subsidiaire ne sont pas remplies :

- Le Conseil fédéral n'est pas en mesure de prouver l'inadéquation de la structure tarifaire.
- Il n'existe pas de divergence d'opinions entre les partenaires tarifaires au sens de l'art. 43 al. 5bis LAMal.

L'intervention tarifaire prévue est contraire au droit :

- La position additionnelle n'est pas appropriée.
- La réduction linéaire de 9 pour cent des points tarifaires des prestations techniques (PT) n'est pas appropriée.
- La sélection des prestations techniques devant être réduites est arbitraire et inappropriée.
- L'inégalité de traitement entre les cabinets de médecins de famille et les hôpitaux est inappropriée.

L'intervention prévue ne permettra pas au Conseil fédéral d'atteindre convenablement ses objectifs.

La modification tarifaire prévue présente de graves inconvénients pour les assurés et les patients.

Elle met en danger l'autonomie tarifaire et la qualité des autres structures tarifaires.

Le présent projet d'ordonnance trahit une attitude discriminatoire négative vis-à-vis des médecins spécialistes.

La fmCh recommande au Conseil fédéral de renoncer à sa compétence subsidiaire et de remettre la structure tarifaire entre les mains des partenaires tarifaires en vue d'une révision globale conforme à la loi. Le subventionnement de la médecine de famille, souhaité par le Conseil fédéral, ne doit pas passer par une révision tarifaire, mais par le prix, à savoir par la valeur du point tarifaire. La revalorisation de la situation des médecins de famille doit se faire sur la base de l'article 117a « Soins médicaux de base » de la Constitution fédérale, voté par le Parlement, à condition que l'électorat suisse approuve cet article.

## 2 Procédure de consultation

### 2.1 Destinataires

Nous sommes étonnés et contrariés de constater que la fmCh ne figure pas sur la liste des destinataires de la consultation, contrairement à la FMH et à d'autres organisations faîtières qui lui sont associées. Nous vous en avons informé dans notre courrier du 20 décembre 2013, en vous demandant de bien vouloir compléter cette liste en conséquence. Malheureusement notre lettre est restée sans réponse à ce jour<sup>1</sup>. Cette ordonnance concerne la fmCh et ses membres plus que toute autre organisation. C'est notamment ce qui ressort de la réponse que vous avez donnée à la question de Monsieur le Conseiller national Gmür dans le cadre de l'heure des questions du 2 décembre 2013 :

« L'objectif des mesures tarifaires est avant tout de contribuer à une compensation équitable des écarts de revenus, donc de promouvoir l'attractivité des disciplines médicales qui en découle. Pour certains spécialistes, elles aboutiront donc à une diminution des recettes. »

L'objectif d'une consultation est avant tout que les milieux concernés par une ordonnance puissent prendre position. C'est pourquoi nous pouvons considérer l'absence de la fmCh sur la liste des destinataires de la consultation comme un vice de procédure. Elle trahit aussi un certain mépris vis-à-vis des spécialistes et de leur importance pour les soins médicaux apportés à la population.

### 2.2 Délai

La consultation a débuté le 16 décembre 2013. Les réponses sont exigées avant le 3 février 2014. A notre avis, ce délai est excessivement court. Sans compter qu'il tombe au beau milieu des fêtes. Dans notre courrier du 20 décembre 2013, nous vous avons demandé une prolongation raisonnable du délai. Or à ce jour, vous ne vous êtes pas non plus prononcé sur cette demande<sup>2</sup>.

## 3 Conditions juridiques préalables

D'après l'art. 43, al. 5bis de la LAMal, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 (Recueil officiel 2012 4085, FF 2011 7385 7393), « le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure ». Pour que le Conseil fédéral puisse recourir à cette compétence subsidiaire, les deux conditions doivent être réunies. D'une part il doit pouvoir prouver que la structure tarifaire n'est plus appropriée. D'autre part, il doit être certain que les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une révision. Ajoutons qu'il ne peut

1. La présente prise de position a été rédigée le 16 janvier 2014. Le courrier du Directeur de l'OFSP, M. Strupler, dans lequel il conteste le vice de procédure et refuse sans justification la prolongation de délai, n'est arrivé à nos bureaux que le 20 janvier 2014.

2. A ce sujet, même constatation que ci-dessus, dans la note de bas de page n° 1.

bien sûr s'agir que d'une révision conforme à la loi, à savoir respectant les exigences de la LAMal. Aucune autre possibilité de révision n'existe.

La fmCh conteste que ces deux conditions juridiques soient réunies pour adapter la structure tarifaire et justifie cet avis ci-après.

### 3.1 Adéquation de la structure tarifaire

Le 15 juin 2012, le Conseil fédéral a approuvé la version 1.08 (actuellement en vigueur) de la structure tarifaire des prestations médicales ambulatoires (TAR-MED), convenue entre santésuisse (l'association faîtière des assureurs-maladie suisses), H+ (Les Hôpitaux de Suisse) et la FMH (Fédération des médecins suisses). Il a en même temps établi que la structure tarifaire était appropriée et respectait les exigences de la LAMal. Sinon, il n'aurait pas pu valider la version 1.08. Si le Conseil fédéral est d'un autre avis aujourd'hui, il doit expliquer sur la base de quelles connaissances il arrive à cette conclusion. Mais s'il ne dispose d'aucun résultat nouveau, il ne peut établir l'inadéquation et n'est pas autorisé à avoir recours à la compétence subsidiaire. Il peut aussi constater que sa décision du 15 juin 2012 était erronée, car la structure tarifaire n'était déjà pas appropriée à cette date. Mais dans ce cas aussi, il doit expliquer sur la base de quels résultats il juge rétrospectivement que l'ancienne décision n'était pas correcte. S'il ne fournit pas ces informations, le Conseil fédéral ne peut en aucun cas justifier de façon claire comment les mesures prévues rétabliront l'adéquation de la structure tarifaire.

Or, dans son commentaire sur l'ordonnance, le Conseil fédéral se contente d'avancer des hypothèses, sans présenter d'éléments concrets. Il emploie les termes suivants (la mise en italique est notre choix) :

« Les données sur lesquelles on s'est basé pour établir la structure tarifaire sont *vraisemblablement* dépassées aujourd'hui. »

Puis, plus loin :

« Les progrès médicaux et techniques *devraient* depuis avoir entraîné des mouvements dans la structure, modifiant la relation entre certaines prestations. »

En d'autres termes : le Conseil fédéral n'est pas en mesure d'établir l'inadéquation de la structure tarifaire, mais peut tout au plus énoncer de vagues hypothèses. Il l'avoue d'ailleurs avec une sincérité surprenante :

« Les données dont le Conseil fédéral dispose ne lui permettent pas d'effectuer des interventions différenciées sur les positions individuelles des prestations. »

Il en résulte clairement que la première condition préalable au recours à la compétence subsidiaire n'est pas remplie.

Les mesures prévues sont tout aussi floues que les suppositions du Conseil fédéral. On ne peut s'empêcher de sourire quand on lit, dans le commentaire sur l'ordonnance :

« Une réduction linéaire devrait porter atteinte le moins possible à la structure tarifaire. »

Cette phrase révèle tout le désarroi de l'intervention tarifaire envisagée. La compétence subsidiaire du Conseil fédéral est censée servir à rétablir l'adéquation de la structure tarifaire quand celle-ci devient inadaptée, non à introduire des imprécisions supplémentaires, qui devront plus tard être corrigées. C'est pourtant bien ce que prévoit le Conseil fédéral, comme le prouve le commentaire ci-après :

« Les partenaires tarifaires sont donc appelés à livrer les données qui permettent une réévaluation différenciée dans le cadre d'une révision TARMED ou dans le cadre d'une nouvelle intervention du Conseil fédéral. »

Avec sa démarche, le Conseil fédéral aboutit à rendre absurde la disposition législative de l'article 43, al. 5bis LAMal. C'est pourquoi le commentaire du Conseil fédéral n'est pas très convaincant quand il prétend qu'il « ne règle que ce qui est nécessaire en tenant compte autant que possible de la primauté de l'autonomie tarifaire ». On a plutôt l'impression que le Conseil fédéral a l'intention d'étatiser définitivement TARMED. Si c'est effectivement le cas, il devrait l'annoncer franchement.

### **3.2 Divergence d'opinions entre les partenaires tarifaires**

Dans le cadre du plan directeur (« Masterplan »), les partenaires tarifaires ont été invités à présenter des propositions en vue d'améliorer la situation des médecins de premier recours, avec un montant de 200 millions de francs. La condition fixée était une mise en œuvre neutre en termes de coûts, grâce à un contre-financement au sein de TARMED. Malgré tous leurs efforts, les partenaires tarifaires ne sont pas parvenus à se mettre d'accord sur une proposition commune. Ils l'ont annoncé au Conseil fédéral dans un courrier daté du 23 septembre 2013. Le Conseil fédéral a interprété cette réponse comme une impossibilité de s'entendre des partenaires tarifaires, au sens de l'article 43, al. 5bis LAMal. Ainsi, de son point de vue, la deuxième condition était remplie pour avoir recours à la compétence subsidiaire.

La fmCh estime clairement que le mandat du Conseil fédéral portant sur la répartition de ce montant de 200 millions de francs au sein de la structure tarifaire TARMED n'est pas à rapprocher des dispositions de la LAMal. Une divergence d'opinions des partenaires tarifaires sur une procédure qui, d'emblée, ne peut être appliquée conformément à la législation, ne peut être assimilée à un manque d'entente au sens de l'art. 43, al. 5bis LAMal. Il est difficile de comprendre pourquoi les partenaires tarifaires se sont laissé entraîner dans cet exercice au lieu de faire référence aux dispositions légales. Mais cela n'a guère d'importance pour l'évaluation du projet d'ordonnance. Ce qui est avant tout déterminant, c'est le fait que l'article 43, al. 5bis LAMal, fait exclusivement référence à une révision

de la structure tarifaire au sens de la LAMal. Mais la LAMal exige une structure tarifaire appropriée. Le Conseil fédéral écrit lui-même dans son commentaire ce qu'il faut entendre par là :

« Une structure peut être considérée comme appropriée si elle repose sur un modèle tarifaire cohérent basé sur des paramètres mesurés en termes d'économie d'entreprise [...]. »

Les partenaires tarifaires avaient donc pour mission d'appliquer deux directives répondant à des objectifs contradictoires. La LAMal exige une structure tarifaire appropriée, ce qui implique que chacune des 4500 positions tarifaires de TAR-MED soit évaluée suivant les mêmes principes. C'est la seule manière de garantir la cohérence tarifaire. Mais cela implique que chaque révision de la structure tarifaire suive une procédure ouverte quant aux résultats (« ergebnisoffen »). En revanche, si l'effet visé par la révision est établi d'emblée (dans le cas présent l'incidence sur les revenus des médecins de famille), logiquement cette procédure ne peut plus être définie comme ouverte quant aux résultats. Elle est au contraire déterminée en fonction d'un résultat précis. Par conséquent, pour remplir la mission que leur avait confiée le Conseil fédéral, les partenaires tarifaires ne pouvaient ni éviter les contradictions ni respecter la loi. La conséquence logique de cette situation est que les partenaires tarifaires n'ont effectivement trouvé aucune solution commune. Mais il ne faut pas pour autant en déduire qu'ils n'auraient pas pu s'entendre sur la façon d'envisager une révision conforme à la loi. Il serait profondément injuste d'en arriver à cette conclusion. Il n'y a donc aucune divergence d'opinions entre les partenaires tarifaires sur une révision de la structure tarifaire conforme à la loi. La deuxième condition préalable au recours de la compétence subsidiaire n'est donc pas remplie non plus.

### **3.3 Conclusion**

Il découle clairement des points 3.1 et 3.2 qu'aucune des deux conditions préalables au recours à la compétence subsidiaire du Conseil fédéral n'est remplie pour lui permettre d'adapter la structure tarifaire. Cette intervention tarifaire prévue manque donc de fondement juridique.

## **4 Une intervention contraire au droit**

### **4.1 Position additionnelle**

Le Conseil fédéral prévoit d'introduire une position additionnelle de 11 points tarifaires pour la consultation d'un médecin de famille. D'après les dispositions de la LAMal, il devrait justifier cette mesure avec des arguments relevant de l'économie d'entreprise. Il devrait donc prouver concrètement que de cette façon la médecine de famille sera représentée de façon plus appropriée que jusqu'à maintenant et que ce supplément de 11 points tarifaires permet une facturation couvrant les coûts. Or le Conseil fédéral ne fournit pas cette preuve. La justification avancée est plutôt qu'un revenu supplémentaire total de 200 millions de CHF par



an sera versé aux médecins de famille. Il est donc clair que l'intervention envisagée ne sert pas à rétablir l'adéquation de la structure tarifaire. Pourtant, l'article 43, al. 5bis LAMal, auquel se réfère le Conseil fédéral, permet uniquement une intervention dans cette optique, et dans aucune autre. Quand il déclare clairement que cette intervention tarifaire doit aboutir à une amélioration notable du revenu des médecins de familles, il est manifeste que le Conseil fédéral prévoit de subventionner la médecine de famille. Bien sûr, il a tout à fait le droit de poursuivre cet objectif éminemment politique. Mais il ne peut pas pour cela utiliser la structure tarifaire. Il existe d'autres façons de le faire, comme nous l'expliquons ci-après. Sans aucun doute, les adaptations de la structure tarifaire ne sont pas le bon moyen. Telle qu'elle est justifiée, l'intervention tarifaire n'est manifestement pas conforme à la LAMal et est contraire au droit.

## 4.2 Réduction des prestations techniques

De plus, le Conseil fédéral prévoit une réduction linéaire des points tarifaires des prestations techniques (PT) de 9 pour cent dans les chapitres suivants de TAR-MED :

- 4 Peau, parties molles
- 5 Système nerveux central et périphérique
- 8 Œil
- 15 Diagnostic et traitement non chirurgical des voies respiratoires inférieures, y compris l'étude du sommeil
- 17 Diagnostic et traitement non chirurgical du cœur et des vaisseaux
- 19 Diagnostic et traitement non chirurgical du tractus gastro-intestinal
- 21 Diagnostic et traitement des reins et des voies urinaires ainsi que des organes génitaux masculins
- 24 Diagnostic et traitement de l'appareil locomoteur
- 29 Traitement de la douleur
- 31 Médecine nucléaire
- 32 Radio-oncologie, radiothérapie
- 35 Salle d'opération, salle de réveil, clinique de jour
- 37 Pathologie clinique (autopsie, histologie, cytologie) et médecine légale
- 39 Imagerie médicale

Conformément aux dispositions de la LAMal, là encore le Conseil fédéral devrait prouver que toutes les prestations réduites de 9 pour cent dans ces chapitres sont surévaluées et que ces réductions rétabliront l'adéquation. Il devrait de plus justifier que ces prestations techniques ne sont plus appropriées uniquement dans les chapitres cités, mais qu'elles le restent dans tous les autres chapitres. Or le Conseil fédéral n'est pas en mesure d'apporter ces preuves. Il lui manque pour cela les bases de données nécessaires. Même si ces données étaient à sa disposition, il est tout à fait improbable qu'il puisse apporter la preuve des conditions à respecter pour l'intervention tarifaire prévue. Toutes les prestations de ces chapitres seraient exactement surévaluées de 9 pour cent, et toutes celles des

autres chapitres continueraient d'être appropriées ? On serait là devant un cas d'exception aussi rare qu'une singularité astrophysique. Cette configuration est raisonnablement tout à fait improbable. Le Conseil fédéral le reconnaît d'ailleurs implicitement lorsqu'il écrit :

« Une telle réduction de 9 pour cent des points des prestations techniques (PT) pour les positions tarifaires de 14 chapitres doit être comprise comme une mesure transitoire jusqu'à une révision totale du modèle tarifaire. »

Or la LAMal ne prévoit aucune mesure transitoire tolérant des adaptations de la structure tarifaire contraires au droit. C'est pourquoi l'intervention tarifaire envisagée est clairement contraire au droit, en ce qui concerne les réductions aussi.

### **4.3 Sélection des chapitres de TARMED**

Enfin, force est de constater que le choix des chapitres de TARMED dont les prestations doivent être réduites n'est pas approprié et qu'il est donc lui aussi contraire à la loi.

Entre 2009 et 2012, les points tarifaires des prestations médicales (PM) et des prestations techniques (PT) ont augmenté en volume. Mais cette hausse n'a pas été aussi forte dans tous les chapitres de TARMED. Dans certains, l'évolution a même été négative. En fonction des ces volumes, le Conseil fédéral a établi un classement décroissant des chapitres TARMED. Il a pris les 17 premiers chapitres de la liste pour appliquer les réductions des points tarifaires des prestations techniques dont il est question ici. Le Conseil fédéral veut ainsi contribuer à « donner plus de poids aux prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques ».

Mais arrive justement en première place de la liste le chapitre 00, à savoir celui des soins de base. C'est dans ce chapitre que les médecins de famille facturent la majeure partie de leurs prestations. Si le Conseil fédéral réduisait de 9 pour cent les prestations techniques dans ce chapitre, ce qui serait logique, les médecins de famille seraient précisément les premiers à être désavantagés. Ne voulant pas défavoriser les médecins de famille, mais souhaitant au contraire améliorer leur situation, le Conseil fédéral a préféré supprimer purement et simplement le chapitre 00, au lieu de revoir le critère de choix qui manifestement donne un résultat à contre-sens. Pas moins surprenant, on trouve à la troisième place du classement le chapitre 02 Psychiatrie. Mais ici aussi, le Conseil fédéral a supprimé ce chapitre du classement après coup, invoquant que les prestations de ce chapitre pouvaient être considérées comme des soins de base élargis. On se demande alors pourquoi les psychiatres ne bénéficient pas eux aussi des 11 points tarifaires de supplément par consultation. Avec la meilleure volonté possible, on ne comprend pas la logique sur ce point.

Enfin, le chapitre 28 Anesthésie a été lui aussi rayé de la liste. Cette décision ne s'appuie malheureusement sur aucune justification et ne peut donc être jugée. Il convient aussi de noter que le chapitre 29 Traitement de la douleur, a été fondamentalement remanié il y a à peine deux ans et qu'il est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2012. Il n'est pas approprié d'avancer qu'en aussi peu de temps il existe déjà des données cohérentes et comparables, justifiant aujourd'hui une réduction.

Ainsi, sur les 17 chapitres initialement sélectionnés, il n'en reste plus que 14 dans lesquels les points tarifaires des prestations techniques doivent être réduits de 9 pour cent. Il est évident que le critère de sélection « Augmentation du volume des points tarifaires des prestations techniques » n'est pas approprié pour donner plus de poids aux prestations intellectuelles. Sans compter qu'il aboutit à un choix arbitraire des prestations. Il ne permet pas de rétablir l'adéquation de la structure tarifaire mais la perturbe plutôt. Ajoutons qu'il porte donc atteinte à la cohérence de la structure tarifaire, également exigée par loi. Pour toutes ces raisons, le choix des prestations soumises à réduction n'est pas conforme à la loi.

#### **4.4 Inégalité de traitement entre médecins de famille et hôpitaux**

La position additionnelle prévue vaut exclusivement pour les prestations des médecins de famille en cabinet médical. Les hôpitaux et les cliniques sont explicitement exclus de cette revalorisation. Cela équivaut à une inégalité de traitement qui n'est pas appropriée, car les hôpitaux fournissent d'importantes prestations en matière de soins de base. La proposition du Conseil fédéral contrevient au principe de politique tarifaire qu'il défend, à savoir que les mêmes prestations doivent être indemnisées équitablement, indépendamment du lieu où elles sont fournies et de la structure du prestataire.

Nous renvoyons à la prise de position de H+ Les Hôpitaux de Suisse pour une discussion approfondie de cette question.

## **5 Une intervention inappropriée**

Avec la présente ordonnance, le Conseil fédéral poursuit les objectifs suivants :

- Amélioration du revenu des médecins de famille, grâce à un montant de 200 millions de francs par an ;
- Harmonisation des différences entre les revenus ;
- Hausse de l'attractivité de la médecine de famille ;
- Résolution de la question du manque de médecins de famille ;
- Revalorisation des prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques et de manipulation des appareils.

## 5.1 Amélioration de la rétribution (200 millions de francs)

Indépendamment du fait que l'objectif d'une redistribution de 200 millions n'est pas conforme à la loi, une directive de ce type n'est judicieuse ni pour l'économie de la santé, ni du point de vue de la technique tarifaire. La réalisation de cet objectif n'est pas garantie par l'introduction d'une position additionnelle. Il s'agit ici d'un objectif budgétaire qui ne peut en fin de compte être respecté qu'avec une limitation du volume des prestations. Or, rien de tel n'est prévu. On peut donc s'attendre à ce que l'objectif budgétaire ne soit pas respecté et à ce que les médecins de famille génèrent plus de 200 millions de francs de revenus supplémentaires. Dans un tel cas, il faudrait prévoir une deuxième étape de correction du prix, à savoir de la valeur du point tarifaire. Or une réduction de la valeur du point tarifaire sanctionnerait tous les médecins, les médecins de famille censés être soutenus comme les spécialistes qui doivent déjà supporter des réductions. Il faudrait donc prévoir une troisième étape, pour procéder de nouveau à une adaptation de la structure tarifaire visant à corriger l'évolution inadéquate. On peut par conséquent prévoir l'apparition d'un cercle vicieux de régulations. Le résultat serait un système tarifaire rapidement inutilisable. Que ce soit sur le principe ou dans ce cas concret, il convient donc de rejeter les objectifs budgétaires dans le cadre des révisions de la structure tarifaire.

## 5.2 Harmonisation des écarts de revenus

Une enquête, réalisée par le bureau d'études BASS pour le compte de la FMH et portant sur les revenus relevant de l'AVS, touchés par les médecins qui exercent principalement dans le secteur ambulatoire ou stationnaire (médecins agréés compris) aboutit aux conclusions suivantes<sup>3</sup>

Revenus significativement plus élevés que ceux de la catégorie de médecine générale soumise à comparaison :

- Angiologie
- Dermatologie et vénéréologie
- Gastroentérologie
- Gynécologie
- Cardiologie
- Oncologie médicale
- Neurochirurgie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Chirurgie plastique
- Radiologie

Revenus n'affichant pas de différence significative par rapport à ceux de la catégorie de médecine générale soumise à comparaison :

- Allergologie / Immunologie
- Anesthésiologie
- Chirurgie
- Endocrinologie / diabétologie
- Chirurgie de la main
- Soins intensifs
- Néphrologie
- Neurologie

3. Künzi K, Strub S. Schweizerische Ärztezeitung 2012;93(38) :1371-5.

- 
- Chirurgie orthopédique
    - Médecine physique et réadaptation
    - Pneumologie
    - Rhumatologie
    - Autres disciplines chirurgicales spécialisées :
      - Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique
      - Chirurgie pédiatrique
      - Chirurgie orale et maxillo-faciale
    - Autres disciplines spécialisées, non chirurgicales :
  - Hématologie
    - Infectiologie
    - Neuropathologie
    - Médecine tropicale et médecine de voyages
    - Autres disciplines spécialisées :
      - Médecine du travail
      - Pharmacologie clinique
      - Médecine nucléaire
      - Pathologie
      - Médecine pharmaceutique
      - Prévention en santé publique
      - Radio-oncologie / radiothérapie

Revenus significativement plus faibles que ceux de la catégorie de médecine générale soumise à comparaison :

- Psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
- Psychiatrie et psychothérapie
  - Médecin praticien

Le principal objectif visé par le Conseil fédéral avec l'intervention tarifaire prévue est d'améliorer la situation financière des médecins de famille. Cela donne l'impression que ces derniers se trouvent dans la catégorie des revenus les plus bas du corps médical et qu'ils sont fortement défavorisés financièrement par rapport à tous les spécialistes. Or, comme le montrent les résultats présentés ci-dessus, ce n'est pas le cas. Certes, les médecins de famille ne font pas partie de ceux qui gagnent le plus. Mais leur revenu est au même niveau que celui de la grande majorité des spécialistes. Ainsi, la rémunération de la catégorie de médecine générale soumise à comparaison n'est pas significativement plus faible que celle constatée dans la chirurgie et la chirurgie orthopédique.

Etant donné ces résultats, il convient sinon de contester, au moins de relativiser la nécessité de cette tentative d'améliorer les revenus des médecins de famille. Dans tous les cas, il n'y a aucune raison de supposer que certains spécialistes soumis à l'AOS touchent avec TARMED des revenus tellement exagérés, que l'on peut assurément considérer cela comme un non-respect de l'équité (art. 4, al. 6 LA-Mal). En outre, une comparaison entre les pays révèle que partout les spécialistes gagnent plus. Sur la base des relevés de l'Office fédéral de la santé publique<sup>4</sup>, en 2004 une enquête de l'OCDE montrait que le revenu moyen des médecins de premier recours et des spécialistes de Suisse se situait dans la moyenne. Les différences n'étaient plus faibles qu'en Islande et en République tchèque. Dans tous les autres pays, l'étude de l'OCDE affichait des écarts de revenus plus élevés entre les médecins de premier recours et les spécialistes. En haut de la liste se

---

4. Bundesamt für Gesundheit. Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung. Bericht des Bundesrates; 26.10.2010. S. 25 ff., S. 30 ff.

---

trouvaient les Pays-Bas, où le revenu moyen des spécialistes était 2,4 fois plus élevé que celui des médecins de premier recours. Une autre étude démontrait qu'en parité de pouvoir d'achat, à l'échelle internationale, le revenu moyen des médecins de premier recours suisses comptait parmi les plus élevés.

Se pose alors la question (loin d'être négligeable) de savoir dans quelle mesure on peut établir un lien de cause à effet entre le revenu et le manque de relève dans la médecine de premier recours. Si ce lien est confirmé, le Conseil fédéral pourra alors s'inquiéter également d'un éventuel manque de relève dans les spécialités médicales. En termes de soins médicaux apportés à la population, une telle carence s'avérerait particulièrement problématique, dans la mesure où les prestations des spécialistes ne peuvent être fournies que par eux et qu'aucun autre groupe professionnel ne peut remplacer ce type de médecins.

L'étude sur les revenus de la FMH montre que seuls les psychiatres ont un revenu nettement plus faible que tous les autres spécialistes. On peut donc se demander pourquoi la rémunération des psychiatres n'a pas été en priorité alignée sur celle des autres groupes de disciplines. Cette question est d'autant plus légitime que le Conseil fédéral considère la psychiatrie comme des soins de base élargis et qu'il accorde dans la stratégie « Santé2020 » une grande importance à la protection de la santé psychique et à l'amélioration de la prévention et du diagnostic précoce des maladies psychiques.

Enfin, il faut noter que les importantes différences entre les revenus des médecins de famille et ceux de certains spécialistes ne relèvent pas des recettes liées à l'assurance obligatoire des soins (AOS) mais de celles de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). C'est ce qu'a implicitement admis le Conseil fédéral dans sa réponse à la question du Conseiller national Mörgeli, le 9 décembre 2013 :

« Les mesures prévues dans le domaine TARMED s'appliquent uniquement aux revenus des spécialistes dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins et ne doivent donc en aucun cas compromettre l'existence des cabinets de spécialistes. »

Sur cette base, la tentative d'ajuster les revenus des médecins de famille et des spécialistes avec une redistribution au sein de TARMED, donc d'un tarif AOS, peut être considérée comme non appropriée et non opportune. Une mesure beaucoup plus pertinente consisterait à permettre aux médecins de famille de facturer des prestations couvertes par l'assurance complémentaire, conformément à la LCA.

Enfin, il faut aussi noter qu'une importante partie des revenus de certains médecins ayant une activité chirurgicale, les chirurgiens plasticiens, provient des autopayeurs et non des patients des caisses. La représentation de l'ensemble des revenus est donc faussée. Les positions tarifaires de la chirurgie plastique sont parfois très mauvaises dans le secteur stationnaire, mais elles ne sont pas non plus spécialement bonnes en ambulatoire dans TARMED.

### 5.3 Revalorisation de l'activité intellectuelle

Il est erroné de croire qu'une revalorisation des prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques permettrait d'améliorer spécifiquement la situation des médecins de premier recours. Naturellement, une revalorisation des prestations intellectuelles aboutirait à faire progresser la condition de *toutes* les disciplines. Aucune prestation médicale ne peut être fournie sans prestation intellectuelle.

**Parenthèse :** La revendication suivant laquelle les prestations intellectuelles devraient être mieux valorisées que les prestations techniques présente deux failles. Tout d'abord, il n'existe pas de définition claire de ce que sont prestations intellectuelles et prestations techniques. Parle-t-on de prestation intellectuelle lorsque, au lieu de l'ausculter, un médecin de famille envoie le patient passer une IRM ? Doit-on considérer comme une prestation technique le geste du spécialiste qui examine la jambe et vérifie la stabilité du genou ? Ensuite, la situation des médecins de famille est justement aussi mauvaise parce que les prestations techniques qu'ils fournissent régulièrement, comme celles des laboratoires des cabinets, ont été dévalorisées, notamment suite à une ordonnance des autorités fédérales compétentes. Même au XXI<sup>e</sup> siècle, de nombreux médecins de famille continueront d'avoir recours aux prestations techniques, et ils seront pénalisés si ces dernières subissent encore des réductions, sauf à ne pas respecter le principe d'égalité de traitement et à décider arbitrairement que seules les prestations techniques des spécialistes seront arbitrairement réduites. Mais pourquoi un électrocardiogramme (ECG) serait-il évalué différemment suivant l'endroit où il est passé, chez un médecin de famille ou dans le cabinet d'un cardiologue ? Il convient de rappeler que le principe d'égalité de traitement est très solidement ancré dans tout le droit des assurances sociales. Si, sur décision arbitraire, les consultations des médecins de famille étaient mieux rémunérées que celles des spécialistes, ce principe serait transgressé.

La revalorisation des médecins de premier recours devrait plutôt passer par une représentation correcte de la *spécificité* des prestations de ces derniers dans la structure tarifaire. Cette spécificité a été parfaitement décrite par les représentants de « Médecins de famille Suisse », le Dr Marc Müller et le Dr Franziska Zogg, dans une circulaire destinée à l'Assemblée des délégués de la FMH du 21 mars 2013 :

« La spécificité de ces prestations résulte en premier lieu du contexte dans lequel elles sont fournies. L'absence de sélection préalable des patients, les premiers contacts, qui sont souvent lieu à un stade précoce et non spécifique de la maladie, la vaste palette des symptômes et maladies présentés dans le cadre d'une consultation et au fur et à mesure du temps entraînent une complexité manifestement plus grande du travail médical et exigent entre autres une gestion professionnelle

---

du doute, ainsi que de l'imagination et de la flexibilité. Le suivi sur une longue période de temps est une autre fonction, très importante. »

Une représentation la plus spécifique possible de l'activité de médecin de famille est le moyen le plus sûr de la réévaluer durablement. La promotion de la médecine de famille devrait avoir pour objectif de rétribuer de façon correcte ces prestations essentielles à notre système de santé et non d'assurer un maintien de structures. En d'autres termes, ce ne sont pas les médecins de famille en tant que groupe professionnel mais les prestations de la médecine de famille qui doivent être soutenues.

Le supplément de onze points tarifaires par consultation, prévu par le Conseil fédéral, n'est pas un moyen approprié de réévaluer les prestations de la médecine de famille. Ce supplément par consultation ne correspond ni à un tarif horaire, ni à un tarif à la prestation, mais représente seulement un tarif au volume. Ce ne sont ni le temps ni la prestation qui sont rémunérés, mais le nombre de patients.

## **6 Les incidences négatives sur les assurés et les patients**

### **6.1 Forfaits versés aux cabinets**

Le supplément de 11 points tarifaires par consultation, attribué aux prestations de médecine de famille, représente, suivant la valeur cantonale du point tarifaire, un forfait par cabinet allant de 8,80 (canton de Zoug) à 10,70 francs (canton du Jura). Les assurés devant participer aux coûts des prestations médicales avec une quote-part supplémentaire de 10 pour cent qui vient compléter ce qu'on appelle la franchise, il est clair qu'ils devront supporter la charge principale que représente cette amélioration de la situation des médecins de famille souhaitée par le Conseil fédéral. Les assurances n'auront à en financer qu'une petite partie. En revanche, elles seront immédiatement soulagées par les réductions des prestations des spécialistes. Par conséquent, l'intervention tarifaire prévue n'améliorera pas seulement la situation des médecins de famille, mais aussi celles des assurances maladie.

Si l'amélioration financière des médecins de famille est obtenue de cette façon, cela correspondra à un renchérissement artificiel de la consultation de médecine de famille. A ces forfaits supplémentaires versés aux cabinets médicaux, les patients ne recevront en contrepartie pas la moindre valeur ajoutée. L'image des médecins de famille, qui aiment à se présenter comme les garants de soins peu onéreux, en souffrira probablement. Ces forfaits versés aux cabinets pourraient tout à fait encourager à *ne pas* aller consulter le médecin de famille en cas de doute. L'amélioration tarifaire destinée aux médecins de famille serait alors en grande partie réduite à néant. En conclusion, verser des forfaits aux cabinets médicaux n'est pas un moyen approprié et durable d'améliorer la situation financière des médecins de famille.



## **6.2 Transfert vers le secteur stationnaire**

Les prestations des spécialistes qui ne pourront plus être fournies de façon rentable à cause de la réduction tarifaire seront probablement transférées vers le secteur stationnaire, voire ne seront plus du tout fournies. Dans tous les cas, nul ne peut forcer les spécialistes à travailler à perte. Cela augmentera les files d'attente, ce qui revient à une forme de rationnement des soins. Le retour vers le secteur stationnaire des prestations assurées jusque-là en ambulatoire fera augmenter le coût global des soins médicaux. Et la tendance à assurer les interventions en ambulatoire sera freinée, voire inversée. Cela irait diamétralement à l'encontre du progrès médical et réduirait sensiblement la qualité des soins. Pourtant, l'amélioration de la situation financière des médecins de premier recours devrait entraîner une amélioration et non une dégradation des soins. Or l'intervention tarifaire prévue prend le risque de la détérioration. C'est pourquoi elle n'est pas appropriée.

# **7 Incidences négatives sur l'autonomie tarifaire et la qualité des systèmes tarifaires**

## **7.1 Autonomie tarifaire**

L'autonomie tarifaire est une composante importante et efficace de notre système de santé. L'intervention prévue affaiblit sensiblement cette institution. L'intérêt des partenaires tarifaires à trouver une solution commune disparaît si le Conseil fédéral prend l'habitude d'imposer des mesures en ignorant ces mêmes partenaires et en ayant recours à l'instrument (mal approprié) de la révision tarifaire. Il convient de prévenir cette évolution malsaine.

## **7.2 Danger pour les autres structures tarifaires**

Si elle était appliquée comme prévu, l'intervention sur la structure tarifaire de l'AOS pourrait servir de modèle pour d'autres interventions inappropriées et de même nature (à savoir basées sur des motivations politiques) sur la structure d'autres tarifs de l'AOS. La principale structure tarifaire de l'AOS dans le secteur stationnaire est le catalogue des groupes de cas, établi et mis à jour tous les ans par SwissDRG SA pour les hospitalisations somatiques aiguës. Le catalogue des groupes de cas est un exemple typique de structure tarifaire évolutive, régie par des règles et fonctionnant à partir de données. Ceci est dû au fait que le système tarifaire SwissDRG a pu rester jusqu'à ce jour à l'abri des influences politiques. Mais s'il est possible d'influencer la structure tarifaire grâce à un lobbying ciblé, et que cela fait école, il ne faudra pas attendre longtemps avant que certains hôpitaux imitent cet exemple et exigent des groupes de cas spécifiques pour certaines catégories d'hôpitaux. Ces hôpitaux se feraient alors eux aussi entendre au niveau politique. Ce serait la fin du Nouveau Financement Hospitalier, la réforme la plus importante du système de santé depuis l'introduction de la LAMal.

Pour éviter ces dérives, il est essentiel que soient rejetées avec fermeté les interventions tarifaires basées sur des motivations politiques mais inappropriées, donc non conformes à la loi et envisagées comme l'est la présente ordonnance.

## 8 Discrimination négative des spécialistes

Le commentaire sur le projet d'ordonnance, les réponses données par le Conseil fédéral dans le cadre de l'heure des questions du parlement, l'absence de la fmCh sur la liste des destinataires et le silence opposé à sa demande de prolongation de délai pourraient laisser penser que le Conseil fédéral ne reconnaît pas à sa juste mesure l'importance des prestations des spécialistes dans les soins fournis à la population.

Une déclaration tendancieuse comme

« Pour donner plus de poids aux prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques et améliorer ainsi la situation des médecins de premier recours, [...] »

peut même être interprétée comme une discrimination négative à l'encontre des spécialistes. Ce n'est pourtant pas la mission du Conseil fédéral de soutenir certains groupes professionnels au détriment d'autres qui se trouvent de ce fait discriminés. Les spécialistes ne réclament aucuns privilèges, mais se voient tout à fait dans leur droit de refuser résolument la discrimination de leur groupe professionnel.

## 9 Ce qu'il conviendrait de faire

### 9.1 Révision de l'ensemble de la structure tarifaire

Le seul moyen de représenter correctement les prestations spécifiques des médecins de famille dans la structure tarifaire, donc de respecter les directives de la LAMal relatives à l'adéquation et à la cohérence de la structure tarifaire, serait de réexaminer les 4500 positions de TARMED, en fonction de critères homogènes relevant de l'économie d'entreprise, et de créer un chapitre propre aux médecins de famille. La FMH et la fmCh ont été les premières à se mettre d'accord sur cette procédure en 2011. Elles ont consigné cette position dans la Charte Tarvision<sup>5</sup> (voir annexe). La plupart des sociétés de discipline médicale ont suivi cet exemple et ont signé la Charte Tarvision. Il est donc clair que, face aux revendications des médecins de famille, nous ne tenons pas de vains propos mais faisons des déclarations fiables et vérifiables. H+ et la CTM se sont rangés à cet avis et sont prêts à rejoindre la Charte Tarvision au vu de l'état actuel des connaissances. Les principes de la révision tarifaire figurant dans la LAMal et étant appliqués de façon systématique dans le secteur stationnaire de la structure tarifaire de l'AOS,

5. cf. [www.fmch.ch](http://www.fmch.ch) → Dossiers → Tarmed ([Hyperlink](#))

on peut s'attendre à ce que les assurances maladie adhèrent elles aussi à cette démarche. Le Conseil fédéral serait donc bien avisé de la soutenir. Il devrait renoncer à des interventions tarifaires précipitées et non fondées qui viennent au contraire perturber ce processus.

## 9.2 Prix subventionnés

Bien sûr, le Conseil fédéral a le droit de soutenir financièrement la médecine de famille, si cela correspond à sa volonté politique. La fmCh ne s'élève pas contre cette intention mais contre l'utilisation de la révision tarifaire comme instrument de mise en œuvre. Il est certain que ce n'est pas le bon outil. Une structure tarifaire est censée représenter les prestations médicales fournies, de façon actuelle, détaillée et appropriée. La structure TARMED n'a pas été conçue pour les redistributions et les subventionnements. Il ne faut pas confondre prix et structure tarifaire. Le prix, c'est la valeur du point tarifaire, qui est négociée, comme n'importe quel prix. Ce sont les partenaires tarifaires qui gèrent cette négociation. Du point de vue de la réglementation politique, la négociation de la valeur du point tarifaire est l'étape appropriée pour aborder les aspects de la rémunération qui ne peuvent être pris en compte dans la structure tarifaire. Un subventionnement motivé par des raisons politiques, comme c'est le cas ici avec la médecine de famille, doit intervenir au niveau de ces négociations de la valeur du point tarifaire. Ceci n'a rien d'extraordinaire mais est, au contraire, la règle. Il est courant que d'autres groupes professionnels et d'autres branches soient aussi subventionnés par l'intermédiaire du prix.

## 9.3 Contre-projet à l'initiative des médecins de famille

Le Parlement a adopté un contre-projet à l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille ». Les médecins de famille ayant entre-temps retiré leur initiative, seul l'article constitutionnel 117a « Soins médicaux de base » sera soumis au vote. L'article 117a, alinéa 2bis est le suivant : « La Confédération légifère sur la rémunération appropriée des prestations de la médecine de famille. » Dans ce contexte, on ne comprend pas pourquoi le Conseil fédéral n'attend pas le résultat de la votation pour envisager, en cas d'acceptation de l'article constitutionnel, une mise en œuvre de ce dernier qui soit correcte et conforme à la loi. Cela fournirait à l'amélioration financière des médecins de famille une base beaucoup plus solide. Le présent projet d'ordonnance a été au contraire élaboré à la va-vite et dans un certain sens désavoue le Parlement. C'est une raison supplémentaire pour rejeter le projet d'ordonnance.

## 10 Conclusion

Dans cette prise de position, nous avons apporté la preuve que les conditions juridiques nécessaires n'étaient pas réunies pour que le Conseil fédéral ait recours à la compétence subsidiaire. Le Conseil fédéral n'est pas en mesure de justifier

le manque d'adéquation de la structure tarifaire ni d'une divergence d'opinions entre les partenaires tarifaires au sens de l'art. 43 al.5bis LAMal.

Nous avons ensuite démontré que l'intervention tarifaire envisagée était contraire au droit. Ni la position additionnelle ni les réductions linéaires ne sont appropriées. Elles ne concordent donc pas avec la loi. De plus, le choix des prestations techniques à réduire est arbitraire, donc lui aussi inadéquat.

Nous avons expliqué pourquoi les objectifs du Conseil fédéral ne pouvaient pas être convenablement atteints avec l'intervention prévue. Nous avons ensuite souligné les graves inconvénients pour les assurés et les patients. Nous estimons que l'intervention tarifaire planifiée est dangereuse pour l'autonomie tarifaire et pour les autres structures tarifaires. Enfin, nous déplorons l'attitude de discrimination négative vis-à-vis des spécialistes que trahit le présent projet d'ordonnance.

Pour toutes ces raisons, la fmCh rejette le projet d'ordonnance.

La fmCh recommande au Conseil fédéral de renoncer à sa compétence subsidiaire et de remettre la structure tarifaire entre les mains des partenaires tarifaires en vue d'une révision globale conforme à la loi. Le subventionnement des médecins de famille, souhaité par le Conseil fédéral, ne doit pas passer par une révision tarifaire, mais par le prix, à savoir par la valeur du point tarifaire. La revalorisation des médecins de famille doit être régie sur la base de l'article 117a « Soins médicaux de base » de la constitution fédérale, voté par le Parlement, à condition que l'électorat suisse approuve cet article.

**Adresse de contact :**

Pr Urban Laffer, Président

Dr Markus Trutmann, Secrétaire général

fmCh

Rue de la Gare 20/22

CH-2502 Bienne

Tél. : 032 329 50 00

Fax : 032 329 50 01

Courriel : [sekretariat@fmch.ch](mailto:sekretariat@fmch.ch)



## **A Annexe : Charte Tarvision**

Voir aussi : [www.fmch.ch](http://www.fmch.ch) → Dossiers → Tarmed ([Hyperlink](#))

