

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

Madame, Monsieur,

Le courrier du 16 décembre 2013 du Département fédéral de l'intérieur (DFI) portant sur l'objet cité en titre nous est bien parvenu. Nous vous remercions de nous consulter sur ce sujet sensible qu'est le financement des prestations ambulatoires selon la structure tarifaire TARMED.

En préambule, nous regrettons que les partenaires tarifaires n'aient pas réussi à s'entendre sur la révision de cette structure tarifaire de manière à revaloriser la médecine de premier recours qui est notoirement sous-rémunérée par rapport à d'autres spécialités médicales. Dans ce sens, l'intervention de la Confédération et l'adaptation de la structure tarifaire TARMED par voie d'ordonnance nous paraissent importantes et constituent un signal fort pour les partenaires tarifaires. Nous soutenons ainsi pleinement la démarche et souhaitons que l'intervention de l'Etat pousse les partenaires tarifaires à chercher et trouver un terrain d'entente dans les meilleurs délais. Par ailleurs, les objectifs recherchés par cette révision en matière de santé publique qui sont de garantir le maintien, voire de développer la médecine de premier recours, et partant surtout d'assurer la couverture des besoins médicaux de base de la population, sont entièrement partagés par notre autorité. Dans son ensemble, ce projet d'ordonnance nous paraît donc tout à fait pertinent. Il n'en demeure pas moins qu'il suscite quelques remarques, qui rejoignent en grande partie celles formulées dans la prise de position de la Conférence des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS), dont nous vous savons d'avance gré de tenir compte:

- La nouvelle position additionnelle intitulée "Supplément pour prestations de médecine de famille en cabinet médical" ne peut pas être facturée par les hôpitaux. Or, de plus en plus d'hôpitaux recourent aux services de médecins généralistes dans le but de désengorger les urgences hospitalières tout en assurant des prestations de qualité et appropriées. Les hôpitaux doivent en outre, dans certaines régions du pays, pallier de plus en plus le manque de médecins de premier recours, ce qui rend cette offre encore plus pertinente. Le fait de ne pas autoriser les hôpitaux à facturer ce supplément risquerait de mettre en danger ce type d'organisation, qui fait pourtant ses preuves, et de créer de nouvelles inégalités que la révision qui est proposée vise justement à éviter. Dans ce contexte, nous proposons de ne pas exclure les hôpitaux de la liste des fournisseurs autorisés à facturer le supplément en question, pour autant que la fourniture des prestations repose sur une organisation et une prise en charge reposant spécifiquement sur la médecine de premier recours.
- La baisse linéaire de 9% des prestations techniques de certaines positions du TARMED n'est pas une approche idéale dans la mesure où elle ne pose pas la question de la pertinence de la structure tarifaire pour chacune des spécialités médicales concernées. De plus, la structure révisée ne représenterait pas les coûts de la fourniture des prestations médicales de manière réaliste et correcte sur le plan économique, ce en contradiction avec les exigences de l'art. 43 LAMal. Nous sommes cependant bien conscients qu'il est difficile, voire impossible, pour une autorité politique de proposer une solution plus nuancée. Partant, nous proposons de trouver une solution qui incite tant les assureurs-maladie que les médecins/hôpitaux à se remettre autour de la table et à renégocier la structure tarifaire TARMED. En

l'occurrence, la solution proposée dans l'ordonnance ne semble poser des incitatifs en ce sens que pour les seconds, mais pas pour les premiers qui se reposent derrière le principe de neutralité des coûts.

- Pourtant, nous considérons qu'en plus de ne pas être neutres, les effets sur l'assurance obligatoire des soins d'une révision de la structure tarifaire TARMED dans le sens préconisé par le Conseil fédéral seront même probablement positifs. En effet, les prestations fournies par les médecins de premier recours entrent plus régulièrement dans le cadre de la franchise du patient que les prestations spécialisées. Ainsi, la revalorisation des prestations de médecine de premier recours devrait avoir des conséquences financières avant tout pour les patients-assurés, mais peu sur les assurances-maladie. A l'inverse, la baisse des coûts pour les prestations spécialisées bénéficiera en grande partie à l'assurance obligatoire des soins. A relever que cette baisse, qui est estimée à 200 millions de francs par le DFI dans son commentaire à l'appui du projet d'ordonnance, nous paraît sous-évaluée. En effet, si l'on considère le seul Hôpital neuchâtelois, qui représente environ un tiers de la facturation TARMED pour les hôpitaux de notre canton, la diminution de ses recettes ambulatoires liée à la réduction de la rémunération des prestations spécialisées devrait s'élever à 2.4 millions de francs, selon l'estimation réalisée par cet établissement sur la base des données de facturation 2013, en application des nouvelles règles proposées. Extrapolée à l'ensemble des hôpitaux neuchâtelois, et donc à l'échelle du canton, cette diminution devrait se monter à plus de 7 millions de francs, soit 3.5% de l'effet national envisagé, alors que, selon la statistique du datenpool de santé suisse s'agissant des factureurs, le canton de Neuchâtel ne représente qu'environ 2.5% de la facturation nationale. Nous craignons dès lors que les hôpitaux soient les grands perdants de cette révision alors que les assureurs-maladie en seraient les gagnants.
- Fort de ce qui précède, il nous paraîtrait pertinent de réduire la valorisation des prestations techniques de 5% au lieu de 9%, limitant les effets positifs pour les assureurs-maladie et augmentant de fait la pression sur les deux parties en vue d'une renégociation de la structure tarifaire. Si nous sommes conscients que cette proposition ne permettrait en théorie pas d'atteindre l'objectif de neutralité des coûts fixé par le Conseil fédéral, elle nous paraît cependant adéquate, tenant compte notamment des arguments précités et sachant que la structure tarifaire TARMED devrait être révisée d'ici 2015.
- Par ailleurs, les hôpitaux privilégient, notamment pour le confort du patient, les prises en charge ambulatoires plutôt que stationnaires lorsque les deux modes de prise en charge peuvent être proposés. Cependant, l'impact sur leurs revenus de la revalorisation à la baisse de certaines prestations ambulatoires pourrait être suffisamment important pour pousser ces institutions à revoir leur mode de prise en charge. Cette situation pourrait faire augmenter les coûts de la santé en général, et ceux à charge de l'Etat en particulier, même si ceux à charge de l'AOS diminueraient. Le canton serait finalement appelé à financer la revalorisation de la médecine de premier recours dans le cadre de l'AOS, ce qui n'est ni souhaitable, ni acceptable.

En conclusion et fort de ce qui précède, nous soutenons le projet d'ordonnance du DFI dans son objectif général et moyennant quelques adaptations, à savoir: l'autorisation pour les hôpitaux de facturer la nouvelle position tarifaire proposée dans l'ordonnance et la diminution de la valorisation des prestations techniques limitée à 5% plutôt que 9%.

En vous priant de prendre bonne note de ce qui précède et en vous remerciant de nous avoir donné la possibilité de nous prononcer sur votre projet d'ordonnance, nous vous présentons, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Neuchâtel, le 5 février 2014

Au nom du Conseil d'Etat:

| | |
|----------------------|------------------------|
| <i>Le président,</i> | <i>La chancelière,</i> |
| L. KURTH | S. DESPLAND |