

Synthèse de la prise de position de la FMH

Examen de plausibilité des forfaits ambulatoires

Pertinence des forfaits pour des prestations médicales homogènes et bien délimitées

La FMH reconnaît la pertinence de créer des forfaits pour les prestations médicales homogènes et bien délimitées et souligne une fois encore leur nécessité du fait qu'ils sont prévus par la loi depuis le 1^{er} janvier 2022. La nouvelle version (v 0.3) des forfaits ambulatoires publiée fin 2022 par solutions tarifaires suisses SA sur son site internet a été mise en consultation entre début février et la fin mars 2023. Comme la FMH et les sociétés de discipline médicale n'avaient pas été directement associées au développement de ce catalogue de forfaits - et qu'elles n'ont pas pu y participer - elles se devaient d'accorder la plus grande priorité à cette procédure de consultation, afin de faire valoir le point de vue des médecins et les conditions exigées pour des forfaits ambulatoires appropriés et adaptés à la pratique.

Avec le soutien de la FMCH, la FMH a mis sur pied une task force sur les forfaits ambulatoires réunissant toutes les sociétés de discipline médicale. Cette task force a pour mission de définir la stratégie commune, d'assurer la circulation de l'information et de garantir la coordination des prochaines étapes. Au cours des dernières semaines, les expert-e-s de la FMH ont analysé de manière différenciée les forfaits ambulatoires en collaboration avec les délégué-e-s des sociétés de discipline médicale concernées, ils en ont vérifié la plausibilité et chaque société a rédigé une prise de position concernant sa discipline à l'intention de sts SA. De son côté, la FMH a également rédigé une prise de position détaillée et complète portant sur les aspects et les questions génériques des forfaits ambulatoires. Approuvée conjointement lors d'une réunion de la task force, cette prise de position a également été soumise au Comité central de la FMH pour approbation et la FMH l'a remise dans les délais à sts SA.

Prise de position de la FMH sur les forfaits ambulatoires

Du point de vue du corps médical, les forfaits peuvent être utilisés lorsqu'un ensemble de prestations est standardisable ou fourni de manière constante dans toute la Suisse, qu'il peut être délimité de manière pertinente et claire et que le temps nécessaire à la fourniture des prestations présente un faible taux de dispersion (homogénéité élevée). La fréquence de ces prestations devraient être élevée afin de disposer de données suffisamment solides pour le calcul des coûts. Selon nous, c'est notamment le cas dans le domaine opératoire ainsi que pour des interventions et des procédures clairement définies et délimitées. En outre, aucun concept de négociation des prix (baserates) n'est inclut à la version 0.3, ni aucune définition par qui et sur quelle base (de coûts) les prix doivent être négociés. Or, c'est essentiel pour que la tarification (structure et prix) soit appropriée et conforme à la LAMal et aux principes de l'économie d'entreprise pour tous les fournisseurs de prestations appliquant les forfaits. La FMH est prête à continuer d'améliorer le système de forfaits actuel en collaboration avec les partenaires tarifaires et les sociétés de discipline médicale.

Pour la FMH, les points suivants sont primordiaux :

- Manque de coopération avec les sociétés de discipline médicale : le système des forfaits ambulatoires se fonde sur des données. Comme cette base est incomplète (les données des cabinets font complètement défaut), il faut que les sociétés de discipline médicale vérifient la plausibilité des forfaits proposés. La question se pose notamment de savoir quels traitements se prêtent à des forfaits médicalement appropriés (p. ex. en raison de la fréquence, de l'homogénéité, etc.). Il est donc indispensable d'avoir le point de vue médical.

- Base de données lacunaire** : les données des médecins installés n'y sont pas incluses ; dans la mesure où les informations disponibles permettent une estimation à ce sujet, seules les données REKOLE de 27 hôpitaux ont été utilisées pour alimenter les modèles de coûts des forfaits ambulatoires. Or, les données des hôpitaux sont estimées être peu fournies ; comparé au grand nombre de contacts avec les patients du secteur ambulatoire, le nombre de cas administratifs pris en compte dans les calculs est plutôt faible. De même, le nombre de fichiers de données par groupe de cas est parfois très faible, ce qui remet en question l'exactitude des calculs. On ne sait toujours pas dans quelle mesure la délimitation des données REKOLE fonctionne pour le domaine ambulatoire et dans quelle mesure ces données peuvent servir de base aux forfaits ambulatoires.
- Absence de miroir de données** : un forfait comprend souvent un volet pathologique et un volet radiologique auxquels s'ajoutent l'anesthésie, le laboratoire, le matériel à usage courant et les médicaments. Il est donc indispensable de connaître la répartition de chacun d'eux. Le miroir de données actuel ne répond pas à ces critères.
- Analyse d'impact sur les coûts et monitoring** : pour la FMH, il manque toujours un concept efficace de neutralité des coûts. Le matériel à usage courant, les médicaments et le laboratoire ont un impact sur les tarifs des forfaits. De ce fait, leurs volumes doivent être pris en compte dans le monitoring en vue d'une transition neutre en termes de coûts. Parallèlement, il est fort probable que l'initiative sur les soins infirmiers impacte les coûts. Si les soins infirmiers sont désormais pris en compte dans les forfaits, l'augmentation de volume attendue ne doit pas se faire au détriment des autres fournisseurs de prestations. Par ailleurs, la FMH estime que pour garantir la neutralité des coûts, les composantes structurelles et tarifaires ne peuvent pas être laissées de côté. Les documents dont elle dispose ne précisent rien sur la composante du prix (baserate). Le concept de neutralité des coûts ne peut donc pas être considéré comme un concept complet et global tel qu'il en existe un pour le TARDOC. De même, il n'existe aucune analyse d'impact permettant de montrer comment les prix réels se répercutent sur un traitement donné et quel est leur montant comparé au TARMED ou au TARDOC. L'impact sur la pédiatrie doit notamment être mis en évidence. Dans l'ensemble, les informations à disposition ne permettent pas d'évaluer si les forfaits basés sur les données REKOLE n'engendreront pas une hausse des coûts.
- Absence de concept pour la négociation à venir du baserate** : le coût relatif (cost weight) des forfaits est aux côtés du prix de base (baserate) une valeur primordiale pour évaluer l'impact des forfaits ambulatoires sur les médecins installés mais aussi sur les différentes disciplines médicales. Aucun concept n'a été établi sur la manière de fixer le prix de base.
- Absence de concepts pour préserver la qualité médicale** : pour garantir la qualité, l'indemnisation des forfaits ambulatoires devrait dépendre - comme c'est le cas pour le TARDOC - de la formation prégraduée, postgraduée ou continue des fournisseurs de prestations (valeurs intrinsèques qualitatives). Pour la FMH, il est absolument indispensable d'attribuer des valeurs intrinsèques qualitatives à chaque forfait.
- Prise en compte insuffisante de la pédiatrie** : dans le catalogue actuel, l'âge du patient est un critère de séparation des coûts pour sept forfaits (sur 483). Il est donc à craindre que l'introduction des forfaits pénalise excessivement les pédiatres et les hôpitaux pédiatriques en raison du faible nombre de forfaits pédiatriques. La FMH demande à solutions tarifaires suisses SA de répondre à ces craintes par des évaluations et des analyses appropriées et de montrer que les fournisseurs de prestations exerçant en pédiatrie, dont le collectif de patients est homogène mais tendanciellement plus cher, ne pâtiront pas trop de la forfaitisation des prestations et que les sept critères de séparation des coûts basés sur l'âge sont suffisants.

Dans l'ensemble, la FMH se félicite des grands progrès réalisés et reconnaît l'importance d'une forfaitisation partielle des prestations médicales ambulatoires. En conclusion, elle tient à relever que la version 0.3 du système de forfaits n'est pas encore arrivée à maturité et que, dans l'ensemble, elle peut encore être clairement allégée. Les premières analyses présentées ici et les incitatifs négatifs indiquent que dans un premier temps, il serait préférable de se concentrer sur les seules prestations de la liste de l'ambulatoire avant le stationnaire.

Prochaines étapes

Sur base des prises de position reçues, sts SA élaborera la version 1.0 du système de forfait qu'elle déposera pour approbation. C'est à elle toutefois qu'il appartient de décider ce qu'elle reprendra ou pas de la consultation. Elle doit avoir finalisé les travaux d'ici fin juin 2023 afin que les organes respectifs des partenaires tarifaires puissent ensuite se prononcer. Pour la FMH, la décision sera prise par l'Assemblée des délégués de septembre 2023.

Dans le cadre de ses possibilités mais aussi des processus convenus et des travaux à venir au sein de l'OTMA SA, la FMH s'engagera pour que le TARDOC soit remis au Conseil fédéral pour approbation avec un ensemble de forfaits ambulatoires, adaptés à une introduction pratique, et que le système tarifaire ambulatoire puisse ensuite être développé progressivement sous l'égide de l'OTMA SA. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre la coopération engagée de la FMH et des sociétés de discipline médicale lors de la consultation qui vient de s'achever sur la version 0.3 du système de forfaits ambulatoires.

La version finale du TARDOC est prête

Les partenaires tarifaires d'ats-tms SA ont élaboré des concepts permettant de combler les lacunes matérielles relevées dans le TARDOC par le Conseil fédéral (décision du 3 juin 2022). Ces concepts détaillent la manière dont elles peuvent être corrigées au cours des années suivant l'entrée en vigueur. Conformément à la lettre du Conseil fédéral du 3 juin 2022, le TARDOC est donc matériellement susceptible d'être approuvé. Concrètement, il s'agit des concepts suivants :

- Concept temps de travail / revenu de référence
- Concept de révision des modèles de coûts et du taux des SUK
- Concept de révision de l'indice d'efficacité tarifaire
- Concept du relevé des minutages
- Concept de monitoring à long terme (sans conséquences correctives)

En parallèle, curafutura et la FMH ont négocié l'adaptation du concept de neutralité des coûts. Le principe de base a été conservé et seules des adaptations liées aux exigences du Conseil fédéral ont été effectuées.

Les erreurs évidentes (adaptations rédactionnelles) dans le TARDOC ont été corrigées et les adaptations apportées à quelques positions tarifaires l'ont toujours été en concertation avec les sociétés de discipline médicale concernées (p. ex. l'urologie et l'ophtalmologie).

Début février 2023, les partenaires tarifaires du TARDOC ont remis la version 1.3.1 à OTMA SA pour information. Ainsi, tous les partenaires tarifaires (santésuisse et H+) disposent désormais de tous les documents relevant de la nouvelle version du TARDOC. Les travaux du TARDOC sont donc terminés et le TARDOC est prêt à être remis une nouvelle fois au Conseil fédéral pour approbation. D'après les accords convenus, ce sera à l'automne par tous les partenaires tarifaires. D'ici là, les concepts élaborés et les éventuelles divergences avec l'autorité d'approbation doivent être discutés dans le cadre d'une procédure de dialogue mise en place avec l'OFSP.

Interlocuteurs

FMH
Division Médecine et tarifs ambulatoires
Baslerstrasse 47
4600 Olten

tarife.ambulant@fmh.ch