



RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL

sur le Postulat Werner Riesen et consorts –

Pour un bon compromis suisse autour de la valeur du point tarifaire (VPT)

Rappel du postulat

Dans le canton de Vaud aussi, les coûts de l'assurance-maladie augmentent de manière démesurée. De plus en plus de familles et de personnes âgées sont contraintes de demander des prestations complémentaires pour les primes d'assurance-maladie. En conséquence, les services administratifs qui s'en occupent ne cessent de se développer. Mais la réduction des primes ne s'attaque qu'aux symptômes ; le mal n'est pas traité à la racine ! En plus de la croissance notoire du volume des prestations dans les hôpitaux et dans les cabinets médicaux, les valeurs des points tarifaires (VPT) sont supérieures (0.95) à la moyenne et font aussi grimper les coûts de santé dans notre canton. Seules celles en vigueur dans les cantons de Genève (0.96) et du Jura (0.97) sont légèrement plus élevées. Dans le canton de Berne, dont les structures sont comparables aux nôtres, la VPT s'élève à 0.86.

Il est vrai que tous les cantons ne sont pas comparables : dans certains d'entre eux, les médecins délivrent des médicaments, augmentant ainsi leur revenu. Cette pratique est interdite dans notre canton, raison pour laquelle j'ai suggéré en vain une solution favorable aux médecins et aux patients lors de la révision de 2014 de la Loi sur la santé publique (Exposé des motifs et projet de loi n° 119) : l'introduction de la propharmacie restrictive. Il s'agit d'un système dont dispose notamment le canton de Berne.

C'est pourquoi il serait excessif de demander à nos médecins d'employer la VPT la plus basse, celle en vigueur dans le canton du Valais par exemple. En préconisant d'appliquer la valeur moyenne suisse (0.89) aux médecins libres praticiens, tout comme aux services hospitaliers ambulatoires, une solution pragmatique est proposée. La VPT serait d'environ 6% inférieure à celle actuellement en vigueur, mais néanmoins d'à peu près 8% supérieure aux VPT les plus basses (Lucerne, Valais, Zoug). Après une hausse des coûts de 106% dans le canton de Vaud entre 1997 et 2016 au niveau des médecins en libre pratique et des services hospitaliers ambulatoires, une correction modérée est souhaitable ! Par ailleurs, un monitoring ciblé devrait permettre d'identifier à temps si les nouvelles mesures prises sont contournées par une augmentation du volume des prestations.

En conséquence, j'ai le privilège d'inviter le Conseil d'Etat, dans le cadre de ses compétences en matière de conventions tarifaires ambulatoires applicables aux médecins en libre pratique et aux services hospitaliers ambulatoires, et dans un délai de trois ans au plus après la transmission de cette motion :

- a. à faire baisser progressivement les valeurs excessives dans notre canton, sauf pour la médecine de famille ;*
- b. à mettre en place un monitoring permettant de contrôler que les mesures ne sont pas contournées par une hausse du volume des prestations.*

Rapport du Conseil d'Etat

1. POINT DE SITUATION

Tarifs

La valeur du point tarifaire (VPT) Tarmed *pour les médecins indépendants en cabinet* se situe actuellement à CHF 0.95 dans le canton de Vaud contre CHF 0.87 en moyenne suisse (2020). Les cantons sans propharmacie¹, dont Vaud fait partie, ont généralement un point tarifaire plus haut que les cantons avec propharmacie. Dans les cantons sans propharmacie, la VPT moyenne des médecins indépendants était de CHF 0.93 (2020).

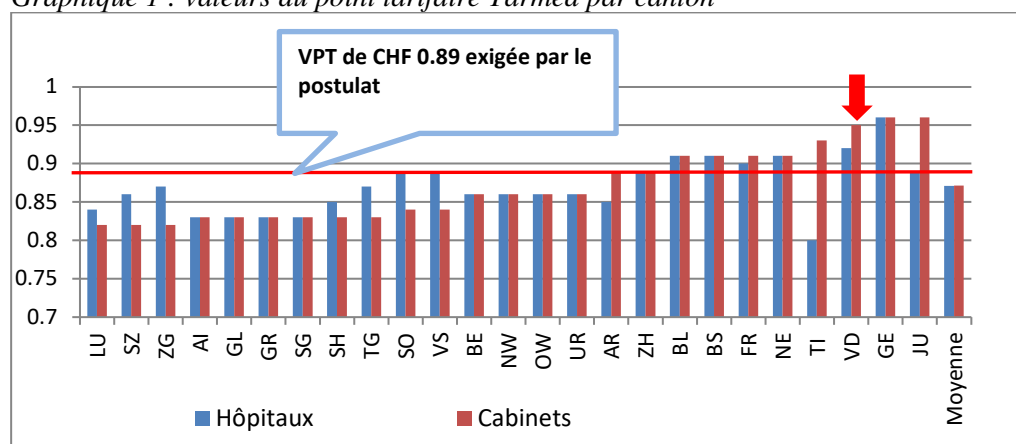
Consulté à ce sujet par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), le Surveillant des Prix a recommandé une VPT pour les médecins indépendants vaudois de CHF 0.89 portant sur l'année 2018. Interpellé à nouveau par le DSAS fin 2020, il a considéré début 2021 que la VPT Tarmed vaudoise de CHF 0.95 pour les médecins était trop élevée selon des critères pragmatiques² qui s'appliqueraient en absence de données relatives aux coûts des cabinets (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-446/2018 consid. 6.3). Quant aux assureurs maladie, ils ont confirmé, en janvier 2021, ne pas disposer de données relatives aux coûts des cabinets pour établir un tarif.

En revanche, la VPT vaudoise *pour l'ambulatoire hospitalier* de CHF 0.92 en 2020 se trouve proche du tarif moyen des cantons avec hôpital universitaire de CHF 0.91 (en moyenne suisse, elle était de CHF 0.87 en 2020). En outre, la transparence sur les coûts est meilleure dans ce domaine, car la majorité des hôpitaux vaudois fournissent toutes les informations relatives à leurs coûts comme base pour les négociations tarifaires.

En 2019, l'année la plus récente pour laquelle des données des coûts sont disponibles, les tarifs vaudois étaient au même niveau qu'en 2020, sauf pour la valeur du point tarifaire convenue entre l'assureur-maladie CSS et les médecins indépendants de CHF 0.96.

Depuis l'introduction du Tarmed en 2004, la valeur du point vaudoise a été augmentée de CHF 0.92 à 0.98 fin 2004. Après une hausse à CHF 0.99 en 2008, la valeur du point a ensuite été baissée à CHF 0.98 en 2012, à CHF 0.96 en 2013 et à CHF 0.95 en 2018 (tarifsuisse et HSK) et 2020 (CSS).

Graphique 1 : valeurs du point tarifaire Tarmed par canton



Source: préparé sur la base de l'Enquête TARMED valeurs de point 2020 de la CDS, tarifsuisse.

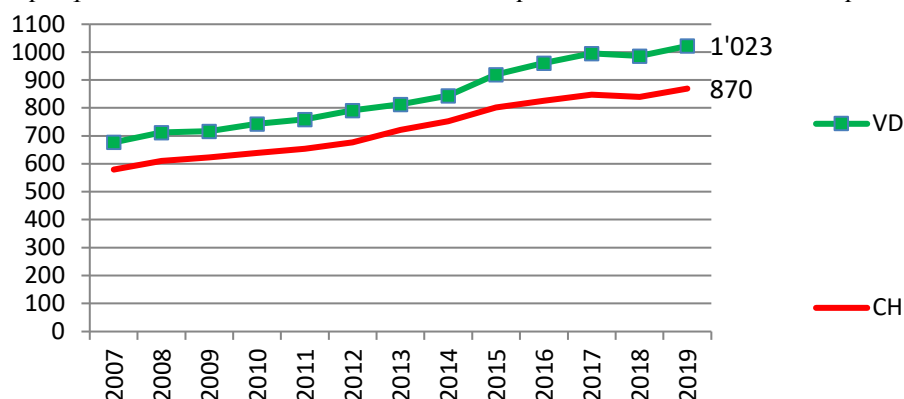
¹ La propharmacie est la dispensation directe de médicaments par les médecins. Elle est interdite dans les cantons AG, BS, FR, NE, TI, VD, GE et JU.

² Tarif par analogie (comparaison à la VPT vaudoise de l'ambulatoire hospitalier qui s'élève à CHF 0.92), évolution des coûts AOS de 7% entre 2016-2019 considérée comme élevée, une valeur de benchmark des VPTs d'autres cantons de CHF 0.83 (avec un critère d'efficacité établi au 20ème percentile).

Médecins indépendants : coûts et prestations

Les coûts bruts AOS¹ des traitements² Tarmed des médecins indépendants vaudois par assuré ont augmenté de 678 francs (2007) à 1'023 francs (2019).³ En 2019, les coûts des médecins indépendants vaudois étaient de 17.6% supérieurs à la moyenne suisse (graphique 2). A partir de 2014, la croissance des coûts des médecins indépendants s'est accélérée dans le Canton de Vaud alors qu'elle a ralenti en moyenne suisse par rapport à la période 2007-2013. L'augmentation moyenne annuelle dans le Canton de Vaud a crû de 3.1% (2007-2013) à 3.9% (2014-2019). En moyenne suisse, l'augmentation moyenne annuelle a baissé de 3.7% (2007-2013) à 2.9% (2014-2019).

Graphique 2 : Traitements des médecins indépendants : coûts bruts AOS par assuré



Source : Obsan/SASIS

Médecins généralistes indépendants

La densité des médecins généralistes indépendants (pédiatrie incluse) actifs dans le Canton de Vaud se situe dans la moyenne suisse avec 0.95 médecins par 1'000 habitants en 2017 contre 0.94 en moyenne suisse. Cette densité a légèrement augmenté depuis 2010 où elle s'élevait à 0.91 dans le Canton de Vaud et à 0.89 en moyenne suisse (Obsan).

Les coûts bruts de l'AOS des traitements⁴ Tarmed des médecins généralistes⁵ indépendants vaudois par assuré ont augmenté de 272 francs (2007) à 352 francs (2019) et étaient proches de la moyenne suisse (voir graphique 3). A partir de 2014, la croissance des coûts des médecins généralistes indépendants s'est accélérée dans le Canton de Vaud et en moyenne suisse par rapport à la période 2007-2013. L'augmentation moyenne annuelle dans le Canton de Vaud est passée de 1.9% (2007-2013) à 2.8% (2014-2019). En moyenne suisse, l'augmentation moyenne annuelle est passée de 3.1% (2007-2013) à 3.9% (2014-2019).

¹ Coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

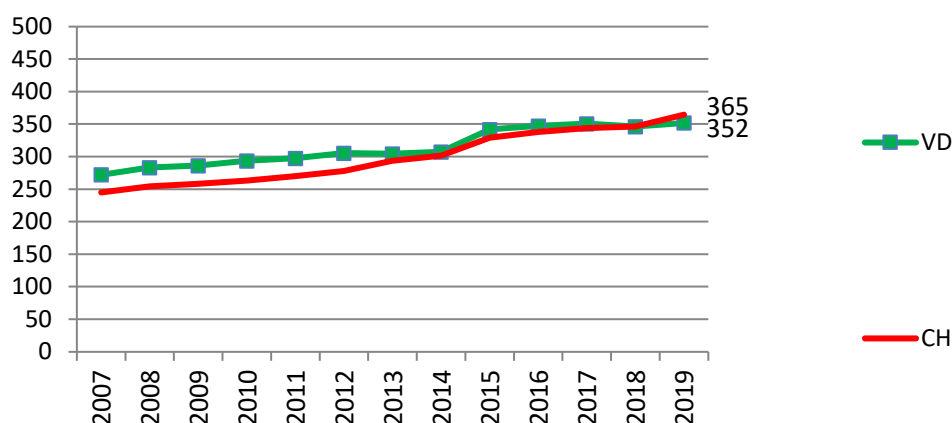
² Pour une meilleure comparabilité intercantonale, étant donné les différences au niveau de la propharmacie, seul le coût des traitements Tarmed est comparé, sans les médicaments dispensés et sans les coûts de laboratoire.

³ Les coûts des traitements fournis par des médecins installés dans le Canton de Vaud sont rapportés au nombre d'assurés vaudois sans prendre en compte les flux des patients intercantonaux.

⁴ Pour une meilleure comparabilité intercantonale, étant donné les différences au niveau de la propharmacie, seul le coût des traitements Tarmed est comparé, sans les médicaments dispensés et sans les coûts de laboratoire.

⁵ Comprend les catégories médecine générale, médecine interne, médecine interne générale, médecin praticien, cabinets de groupe et pédiatrie.

Graphique 3 : Traitements facturés Tarmed des médecins généralistes (pédiatrie incluse) : coûts bruts AOS par assuré



Source : Obsan/SASIS

En 2019, le coût des traitements dispensés par les médecins généralistes vaudois par assuré était de 3.5% inférieur à la moyenne suisse (voir graphique 3). Le niveau des coûts dans le Canton de Vaud est le produit d'un tarif vaudois supérieur à la moyenne suisse (CHF 0.95 VD vs. CHF 0.87 en moyenne CH) et d'un nombre de points Tarmed¹ par assuré facturé par les médecins généralistes vaudois de 9.0% inférieur à la moyenne suisse en 2017.²

Médecins spécialistes indépendants

La densité de médecins spécialistes indépendants actifs dans le Canton de Vaud est restée relativement stable avec 1.41 médecins pour 1'000 habitants en 2010 et 1.43 en 2017. En 2017, Vaud affichait une densité 15.3%³ plus élevée qu'en moyenne suisse (4^e rang de Suisse). Cet écart s'est réduit par rapport à 2010 où la densité vaudoise était encore de 23.7% plus élevée qu'en moyenne suisse (Obsan).

Les coûts bruts AOS des traitements⁴ Tarmed des médecins spécialistes⁵ indépendants vaudois par assuré ont augmenté de 406 francs (2007) à 671 francs (2019). A partir de 2014, la croissance des coûts des médecins spécialistes indépendants s'est accélérée dans le Canton de Vaud alors qu'elle a ralenti en moyenne suisse par rapport à la période 2007-2013. L'augmentation moyenne annuelle dans le Canton de Vaud a crû de 3.9% (2007-2013) à 4.5% (2014-2019). En moyenne suisse, l'augmentation moyenne annuelle a baissé de 4.1% (2007-2013) à 2.3% (2014-2019). Ainsi, Vaud affiche une augmentation des coûts des médecins spécialistes supérieure à la moyenne suisse. Puisque la valeur du point vaudoise a baissé durant la phase sous revue⁶, cette augmentation des coûts reflète une croissance de la quantité de prestations par assuré.⁷

Graphique 4 : Traitements facturés Tarmed des médecins spécialistes : coûts bruts AOS par assuré

¹ Pour éviter un biais par la pharmacie autorisée que dans une partie des cantons, uniquement les traitements Tarmed sont comparés ici.

² Obsan/SASIS.

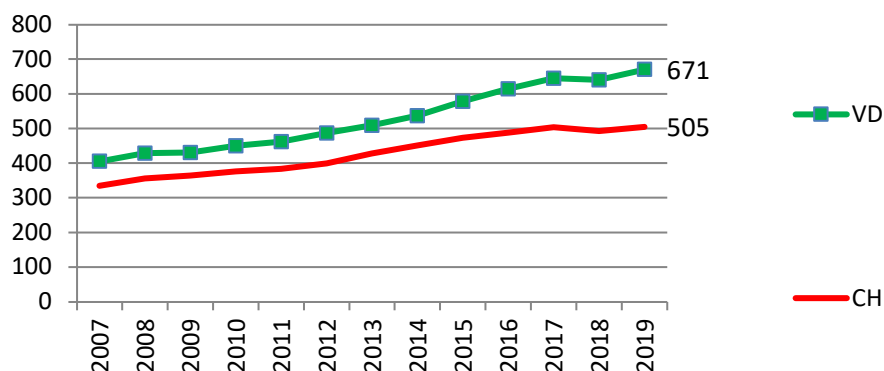
³ En 2017, VD avait 14.3 médecins spécialistes pour 10'000 habitants contre 12.4 en moyenne CH (Obsan).

⁴ Pour une meilleure comparabilité des cantons avec et sans pharmacie, uniquement le coût des traitements Tarmed est comparé sans les médicaments dispensés et sans les coûts de laboratoire.

⁵ Comprend les médecins de toutes les spécialités sauf les catégories médecine générale, médecine interne, médecine interne générale, médecin praticien, cabinets de groupe et pédiatrie.

⁶ Après une hausse de CHF 0.98 à CHF 0.99 en 2008, la valeur du point a été baissée à CHF 0.96 en 2013 et à CHF 0.95 en 2018 (tarifsuisse et HSK) et en 2020 (CSS).

⁷ Le transfert du stationnaire vers l'ambulatorio pourrait avoir contribué à cette croissance de la quantité de prestations, cependant, ce transfert concerne qu'une très petite partie de toutes les prestations fournies en cabinet.



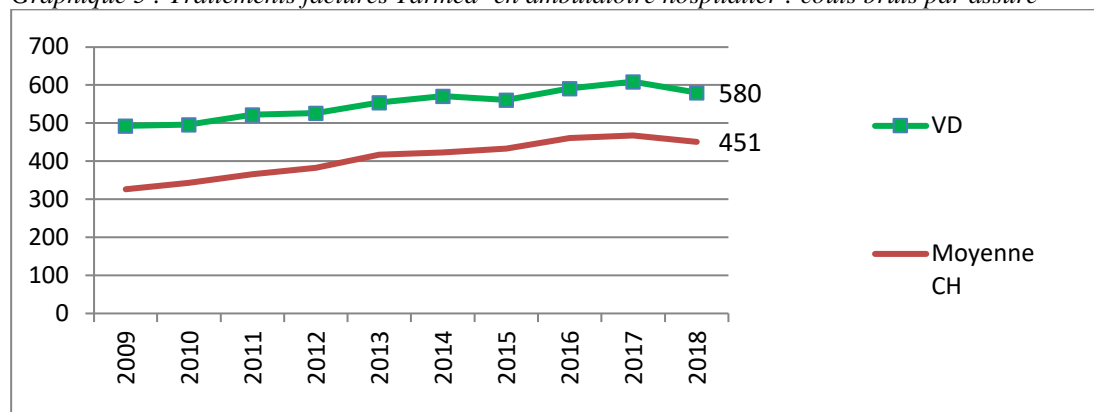
Source : Obsan/SASIS

En 2019, le coût des traitements des médecins spécialistes vaudois par assuré était de 32.8% supérieur à la moyenne suisse (voir graphique 4). L'écart du coût par assuré s'explique par le tarif vaudois supérieur à la moyenne suisse (CHF 0.95 VD vs. CHF 0.87 en moyenne CH) ainsi que par une quantité de prestations Tarmed (nombre de points tarifaires par assuré) de 15.2% supérieure à la moyenne suisse en 2017.¹

Ambulatoire hospitalier : coûts et prestations

Les coûts bruts AOS des prestations Tarmed des hôpitaux vaudois par assuré ont augmenté de 493 francs (2009) à 580 francs (2018), voir graphique 5. Ceci correspond à une évolution moyenne annuelle 2009-2018 de +1.8% (vs. +3.6% CH). L'écart entre les coûts du Canton de VD et la moyenne suisse s'élevait à 28.6% en 2018 et s'explique par un tarif supérieur à la moyenne suisse (VD : CHF 0.92 ; moyenne suisse : CHF 0.87 ; moyenne hôpitaux universitaires CH : CHF 0.91) et par la quantité de prestations délivrées. En revanche, le taux d'hospitalisation en soins aigus du Canton de Vaud est bas en comparaison intercantonale (131,7 pour 1000 habitants vs. 144,9 en moyenne suisse en 2019).² Ainsi, le volume de prestations ambulatoires hospitalières comparativement élevé du Canton de Vaud pourrait refléter un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire plus avancé qu'en moyenne suisse.

Graphique 5 : Traitements facturés Tarmed³ en ambulatoire hospitalier : coûts bruts par assuré



Source : Obsan/SASIS

2. MESURES DÉJÀ MISES EN ŒUVRE AUX NIVEAUX CANTONAL ET FÉDÉRAL

¹ Obsan/SASIS.

² Indicateurs Obsan.

³ Coûts des traitements facturés Tarmed sans médicaments, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.

Différentes mesures ont déjà été entreprises aux niveaux cantonal et fédéral pour maîtriser l'évolution des coûts des prestations ambulatoires. Il s'agit particulièrement des mesures suivantes :

Mesures mises en œuvre par le Conseil d'Etat

Valeur du point tarifaire (VPT) Tarmed : depuis 2018, le Conseil d'Etat a approuvé les valeurs de point tarifaires Tarmed pour les cabinets médicaux en s'assurant de limiter la durée d'application à un an afin d'augmenter sa marge de manœuvre en gardant une possibilité d'intervenir si nécessaire.

Pilotage du volume des prestations ambulatoires : le Conseil d'Etat du Canton de Vaud est intervenu à plusieurs reprises en 2018 et 2019 auprès des partenaires tarifaires pour les inviter à mettre en place des mécanismes contraignants de maîtrise de l'activité ambulatoire, en prévoyant par exemple des mécanismes de tarifs dégressifs à partir d'un certain volume. Les partenaires tarifaires ont donné peu de réponses concrètes¹, en évoquant l'absence de base légale permettant une telle intervention du Conseil d'Etat et certains ont considéré cette demande comme une ingérence dans le processus de négociations tarifaires.

Régulation des équipements médico-techniques lourds : le décret sur la régulation des équipements médico-techniques lourds adopté le 29 septembre 2015 pour une durée initiale de cinq ans, prolongée de 5 ans le 24 novembre 2020, permet de limiter l'installation de nouveaux équipements lourds (IRM, CT-scan, PET, SPECT, etc.) sur le territoire cantonal et, partant, d'agir sur l'évolution des coûts, y compris ceux de la médecine ambulatoire.

Limitation de l'installation de nouveaux médecins : en application du droit fédéral (art. 55a LAMal), le Canton de Vaud limite depuis 2002 l'installation de nouveaux médecins pouvant pratiquer à charge de l'AOS, pour assurer que l'offre n'excède pas les besoins des patients. Une base légale fédérale adoptée le 19 juin 2020 (nouvel art. 55a LAMal) et qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2021 permettra de pérenniser, voire de renforcer le pilotage de l'offre médicale ambulatoire selon les critères fixés par le Conseil fédéral.

Mesures mises en œuvre au niveau fédéral

Adaptations de la structure tarifaire Tarmed : le Conseil fédéral a adapté la structure tarifaire Tarmed en 2014, puis en 2018, dans le but de corriger la rémunération de certaines prestations techniques et de rééquilibrer la rémunération entre les différentes spécialités médicales en faveur des médecins de premier recours. Le Conseil fédéral avait estimé le potentiel d'économies au niveau national à 470 millions de francs. Cet objectif a été atteint en 2018.²

Refonte de la structure tarifaire Tarmed : la Fédération des médecins suisses (FMH) et les assureurs représentés au sein de la faîtière curafutura ont soumis une nouvelle structure tarifaire ambulatoire (Tardoc) au Conseil fédéral en 2019. Il s'agit d'un tarif à la prestation construit sur la base de données actuelles qui prend en compte les progrès de la médecine et les frais du personnel non médical. En juin 2020, des compléments ont été soumis au Conseil fédéral. Avec Swica, les assureurs qui adhèrent au Tardoc représentent désormais une majorité des assurés. En outre, un accord sur les règles pour assurer la neutralité des coûts lors de la mise en œuvre a été trouvé. Ainsi, les conditions pour une approbation de cette structure tarifaire semblent réunies.

¹ Une convention entre la SVM et la HSK et une entre la CSS et le CHUV prévoyaient de tels mécanismes.

² Communiqué du Conseil fédéral du 6 décembre 2019.

Selon l’art. 59c, al. 1, let. C, OAMal, un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires (« neutralité des coûts »). Lors de l’introduction de la structure tarifaire Tarmed en 2004, des corrections de la VPT ont été effectuées de manière symétrique (baisses et hausses). Selon un rapport du Contrôle fédéral des finances (2010), la neutralité des coûts lors de l’introduction du Tarmed aurait conduit au maintien du statu quo [au niveau des coûts] par canton et domaine de fournisseurs de prestations.¹ Si la rémunération globale dans un canton est maintenue au même niveau lors d’un passage à une nouvelle structure tarifaire, une VPT trop élevée sous l’ancienne structure tarifaire est répercutée sur la VPT sous la nouvelle structure tarifaire. Bien que l’optimisation de la structure soit essentielle pour une meilleure maîtrise des coûts, une structure tarifaire optimisée telle que le Tardoc ne résoudra donc pas automatiquement le problème d’une VPT trop élevée.

3. RÉVISIONS LÉGISLATIVES EN COURS

En acceptant la motion transformée en postulat, le Grand Conseil a donné un signal fort en faveur d’une meilleure maîtrise des coûts de l’ambulatoire à charge de l’AOS tout en tenant compte du fait que le canton ne peut agir sur le tarif que de manière indirecte dans le cadre de la procédure d’approbation. Plusieurs révisions de la loi fédérale sur l’assurance-maladie (LAMal) en cours vont dans le sens du postulat en visant un renfort des instruments de maîtrise des coûts. Le Conseil d’Etat propose dès lors de donner un soutien optimal à ces révisions et aux modifications suivantes en particulier :

En mars 2018, le Conseil fédéral a adopté un programme de maîtrise des coûts qui a ensuite été divisé en deux volets.

1er volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts

En août 2019, le Conseil fédéral a adopté le message concernant la modification de la LAMal relative au premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, avant de le transmettre aux Chambres fédérales.

Volet 1a des mesures visant à freiner la hausse des coûts

Dans ce volet 1a, les dispositions concernant les tarifs et les forfaits ambulatoires vont dans le sens du postulat. Ce volet 1a est en phase d’élimination des divergences. En mars 2021, les deux Chambres se sont mises d’accord pour encourager les forfaits dans le domaine ambulatoire.

Forfaits ambulatoires : le premier volet des mesures de maîtrise des coûts propose des forfaits ambulatoires qui se baseraient sur une structure tarifaire uniforme afin d’augmenter la transparence et de maîtriser les coûts (cf. art. 43, al. 5, 1re phrase, et 5ter P-LAMal). Au lieu de facturer chaque acte médical séparément, une sélection d’opérations et traitements seront facturés plus simplement et de manière uniformisée par un montant forfaitaire. Avec un forfait, les incitations à accroître les prestations sont réduites.

Organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires : l’art. 47a P-LAMal du premier volet des mesures de maîtrise des coûts introduit une organisation nationale chargée des structures tarifaires pour les traitements médicaux ambulatoires. Le Conseil d’Etat est intervenu au niveau fédéral pour demander que les cantons soient représentés dans cette organisation.

¹ Contrôle fédéral des finances (2010). « Tarmed - le tarif des prestations médicales ambulatoires Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération ». Berne, 11/2010., p. 74.

Volet 1b des mesures visant à freiner la hausse des coûts

Dans ce volet 1b, les mesures concernant le pilotage des coûts et la transmission de données pour vérifier le tarif vont dans le sens du postulat. Par contre, la disposition sur les rabais négocié est considérée contraire à l'objectif visé. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats est entrée en matière sur le projet à l'unanimité le 15 avril 2021.

Mécanisme de gestion des coûts obligatoire : selon l'art. 47c P-LAMal du premier volet des mesures de maîtrise des coûts, les assureurs et les fournisseurs de prestations, ou leurs fédérations respectives, doivent prévoir des mesures de gestion des coûts approuvées par le Conseil fédéral. Le Conseil fédéral a une compétence subsidiaire pour fixer ces mesures si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre. Le Conseil d'Etat est intervenu à plusieurs reprises au niveau fédéral pour demander que ces instruments ne soient pas seulement prévus au niveau national, mais qu'ils puissent aussi l'être au niveau cantonal. La réalité de l'évolution des coûts est en effet très différente d'un canton à l'autre. De plus, le Conseil d'Etat aurait ainsi la possibilité de se prononcer sur ces mécanismes dans le cadre de la procédure d'approbation des conventions tarifaires. Toutefois, ces propositions n'ont en l'état pas été retenues.

Obligation de communiquer aux cantons les données pour vérifier le tarif : l'art. 47b P-LAMal du premier volet de mesures de maîtrise des coûts oblige les partenaires tarifaires à communiquer les données nécessaires pour l'approbation des conventions tarifaires et la fixation du tarif aux cantons. Sur cette base, les cantons seraient mieux outillés pour vérifier et contester la valeur du point tarifaire dans le cadre de l'approbation des tarifs ambulatoires tel que demandé par le présent postulat.¹ Dans ce contexte, il serait également utile que les cantons puissent recevoir une plus grande partie des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS) relevé par l'Office fédéral de la statistique (OFS) au lieu de l'accès très limité actuel.

Rabais négociés : proposé par la CSSS-N, l'art 44a P-LAMal a été validé par le Conseil national en octobre 2020. Cette disposition veut permettre aux partenaires tarifaires de négocier des rabais sur les tarifs à tout moment, en restituant 75% des économies réalisées à l'assuré, les 25% restant étant à la libre disposition de l'assureur. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) rejette fermement cette proposition du Conseil national visant à lever l'interdiction pour les caisses d'assurance-maladie de réaliser des bénéfices dans l'assurance de base. L'article 44a P-LAMal donne par ailleurs de fausses incitations et génère des tarifs opaques et excessifs dans le domaine de la santé ; les cantons se verraient quant à eux confrontés à des coûts supplémentaires.

2e volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts

Ce deuxième volet comprend l'introduction d'un objectif de maîtrise des coûts dans l'assurance obligatoire des soins qui va également dans le sens du postulat. La consultation de l'avant-projet de loi s'est terminée le 19 novembre 2020.

Valeur-cible pour l'augmentation des coûts de l'AOS : l'art. 54b AP-LAMal permet aux cantons de fixer des objectifs cantonaux en matière de coûts en respectant l'objectif global cantonal que le Conseil fédéral a prescrit, compte tenu de la marge de tolérance. Sur cette base, les cantons seraient pleinement légitimés et mieux à même de vérifier et contester la VPT dans le cadre de l'approbation des tarifs ambulatoires tel que demandé par le présent postulat. Le 2^e volet permet même aux cantons d'adopter des correctifs, si les limites fixées sont dépassées par les fournisseurs de prestations. Selon l'art. 54d AP-LAMal, le canton peut² prendre des mesures en cas de dépassement des objectifs en matière de coûts (fixer des tarifs plus bas, des baisses de tarif en fonction du volume de prestations ou des tarifs échelonnés en fonction de la spécialité et du type de fournisseur de prestations pour les prestations médicales ambulatoires fournies en dehors d'un hôpital).

¹ Un véritable benchmarking national des coûts ambulatoires demanderait toutefois l'introduction de standards comptables contraignants afin d'assurer la comparabilité des coûts.

² Variante ad art. 54d : disposition contraignante au lieu d'une disposition potestative.

Financement moniste des prestations de soins

Cette initiative parlementaire demande un financement uniforme des prestations de soins. A l'heure actuelle, les prestations ambulatoires sont entièrement financées par l'assurance-maladie tandis que le financement des prestations hospitalières est assuré à 55 % au moins par les cantons et à 45 % au plus par l'assurance-maladie. Cette différence peut diminuer l'incitation à effectuer des interventions en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire. En outre, un financement uniforme stabiliserait les parts financées par les primes et celles financées par les impôts et favoriserait une tarification adéquate.

Financement uniforme (monisme) : selon le projet de loi transmis au parlement début 2019, les caisses-maladie devront désormais rembourser tous les traitements ambulatoires et stationnaires à hauteur de 77.4 % au moins des coûts bruts (art. 60 P-LAMal). Entre temps, les cantons ont demandé d'inclure les soins de longue durée dans le financement uniforme. En tant que cofinanceurs du domaine ambulatoire, les cantons seraient encore davantage légitimés à participer au pilotage de ce domaine. Toutefois, les instruments dans ce sens font actuellement défaut dans le projet et le Conseil d'Etat, d'entente avec la CDS, est intervenu auprès des Chambres fédérales pour obtenir que ce soit le cas. Le financement uniforme est traité par le Conseil national et la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats a tenu des auditions le 14 avril 2021. A cette occasion, la CDS a été invitée par cette commission à faire entendre la voix des cantons, voix portée par la cheffe du département de la santé et de l'action sociale en tant que vice-présidente de la CDS.

4. ACTIONS PROPOSÉES EN RÉPONSE AU POSTULAT

Baisse de la valeur du point tarifaire

L'autorité cantonale a cherché le dialogue avec les partenaires tarifaires à plusieurs reprises afin de faire baisser la valeur du point tarifaire (VPT) des médecins en cabinet. Ce dialogue a permis d'aboutir à des baisses successives de la VPT de CHF 0.98 à CHF 0.96, puis CHF 0.95. Il semble cependant peu réaliste d'obtenir une nouvelle baisse tarifaire par le dialogue. Des négociations récentes entre assureurs et fournisseurs de prestations, visant une baisse de la VPT à CHF 0.94 en 2022, ont abouti à un échec faute d'accord entre les partenaires tarifaires. En outre, les demandes écrites du Conseil d'Etat auprès de la Société Vaudoise de Médecine (SVM) et des assureurs de mettre en place de mécanismes correctifs qui baisseraient à terme la VPT (ou la rémunération) en cas d'augmentation du volume ont donné peu de résultats.

Dans l'objectif d'une convergence des tarifs ambulatoires vaudois et sur la base des recommandations du Surveillant des prix, le Conseil d'Etat entend soutenir une baisse progressive de la VPT pour tous les médecins indépendants jusqu'à CHF 0.92, et ce dès l'année 2022. Quant à l'impact d'une baisse de la VPT sur les coûts, on ne peut pas exclure que des médecins essaient de compenser cette baisse par une hausse du volume des prestations, ce qui réduirait l'économie attendue.

Le postulat demande une baisse de la VPT uniquement pour les médecins spécialistes. Même si le niveau et l'évolution des prestations diffèrent entre médecins spécialistes et médecins généralistes (voir analyse ci-dessus), une différenciation de la VPT par spécialité médicale est contraire à la logique du Tarmed¹.

¹ La structure tarifaire Tarmed a été conçue de façon à prendre en compte les différences entre spécialités médicales. Il n'y a jamais eu des VPT différentes entre spécialités médicales.

En outre, une telle différenciation n'est pas prévue par la loi¹ et contraire à la jurisprudence². Un rééquilibrage de la rémunération des spécialités médicales en faveur des médecins de premier recours a été effectué par le Conseil fédéral en 2014 et 2018 (adaptation de la structure tarifaire Tarmed) et une refonte de la structure tarifaire ambulatoire (Tardoc) est en cours. Pour ces raisons, le Conseil d'Etat estime qu'une différenciation de la VPT par spécialité médicale n'est pas opportune.

Par ailleurs, le postulat demande de baisser la VPT également pour les médecins spécialistes exerçant en milieu ambulatoire hospitalier. Le Conseil d'Etat considère qu'une baisse du tarif ambulatoire hospitalier n'est pas indiquée, pour plusieurs raisons :

- Le tarif vaudois de CHF 0.92 est déjà proche de la VPT moyenne des cantons avec hôpital universitaire de CHF 0.91.
- L'évolution des coûts des traitements ambulatoires hospitaliers dans le Canton de Vaud était de +1.8% en moyenne annuelle (2007-2019), ce qui est nettement inférieur à l'augmentation en moyenne suisse de +3.6%.
- Le Canton de Vaud affichait un taux d'hospitalisation en soins aigus bas en comparaison intercantonale en 2019 (Obsan). Ainsi, le volume de prestations ambulatoires hospitalières comparativement élevé du Canton de Vaud pourrait refléter un transfert du stationnaire vers l'ambulatoire plus avancé qu'en moyenne suisse.
- Le contexte actuel ne semble pas idéal pour tenter de forcer une baisse de la VPT Tarmed pour l'hospitalier ambulatoire. La VPT actuelle ne couvre déjà pas les coûts ambulatoires des hôpitaux et il serait contradictoire de la part de l'Etat de soutenir une diminution de celle-ci au moment où les hôpitaux doivent faire face tant à une baisse de revenus en raison du Covid-19 qu'à une augmentation de certaines charges, notamment en lien avec la revalorisation des salaires du secteur de la Convention collective de travail (CCT) du secteur sanitaire parapublic par rapport à ceux de la CCT de l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC).

Monitoring

Le postulat demande un monitoring permettant de contrôler que les mesures ne sont pas contournées par une hausse du volume des prestations. Le Conseil d'Etat considère qu'il est effectivement judicieux de monitorer le volume des prestations ambulatoires. Ceci est par ailleurs indispensable pour le pilotage des admissions de nouveaux médecins. Cependant, à partir des données dont le canton dispose actuellement, il est difficile de savoir si une hausse des prestations par assuré répond à une hausse du besoin en soins ou s'il s'agit de prestations médicalement non indiquées fournies pour des motifs économiques. L'utilisation qui peut être faite de ces données est donc limitée en l'état.

En revanche, l'autorité cantonale ne dispose actuellement pas de bases légales suffisantes pour introduire un monitoring du volume de prestations ambulatoires avec des mesures correctives contraignantes où un dépassement du volume serait sanctionné par une baisse de la rémunération. Concernant les médecins indépendants, le canton ne dispose pas de la base légale suffisante pour introduire des mesures correctives. Pour l'ambulatoire hospitalier, une telle mesure pourrait se fonder sur l'article 51 LAMal et sur le fait que, sur la base de cette disposition légale, le système de l'enveloppe budgétaire pour l'ambulatoire hospitalier était déjà pratiqué avec un certain succès entre 1980 et 2007 dans le Canton de Vaud. Cependant, il ne semble pas utile d'introduire des mesures correctives uniquement pour une partie du domaine ambulatoire, car les prestations pourraient alors simplement être transférées.

¹ Dans le cadre de la révision LAMal, notamment dans le 2e volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts de l'AOS, une compétence subsidiaire cantonale pour différencier le tarif selon la spécialité médicale est proposée (cf. l'art. 54d, al. 2 lit. c AP-LAMal). Selon les explications orales de l'OFSP, il s'agirait cependant d'un instrument de dernier recours pour sanctionner temporairement une augmentation non justifiée du volume de prestations dans une spécialité médicale dans un canton spécifique par une baisse de la VPT durant l'année suivante.

² Dans son arrêt du 13 juin 2017 (C-3175/2013 consid. 10.2), le TAF s'est exprimé comme suit : « En effet, même s'il est incontesté que TARMED est en partie désuet et présente des lacunes, le TAF a noté à plusieurs reprises que les défauts d'une structure tarifaire ne peuvent pas être corrigés par le biais des tarifs, mais par une révision de la structure elle-même (extrait d'un avis du Surveillant des prix du 20 janvier 2021).

Ainsi, le Conseil d'Etat recommande d'attendre l'entrée en vigueur des révisions de la LAMal en cours concernant le pilotage des coûts (cf. révisions législatives en cours).

Échéances de l'approbation des conventions tarifaires par le Conseil d'Etat

Depuis 2018, le Conseil d'Etat a approuvé les valeurs de point tarifaires pour les cabinets médicaux pour une durée limitée d'un an afin d'augmenter sa marge de manœuvre. Ceci s'applique déjà aux conventions entre tarifsuisse et la SVM et CSS et la SVM. En outre, vu l'échec des négociations pour 2021, la VPT convenue en 2020 entre la SVM et HSK, à hauteur de CHF 0.95, a été reconduite par le Conseil d'Etat pour 2021.

Dans la perspective où le Conseil d'Etat entendrait ne pas ratifier la prolongation d'une convention tarifaire précédemment limitée dans le temps lors d'une approbation antérieure, il conviendrait que le DSAS le communique aux partenaires tarifaires dans un délai utile afin que les parties aient le temps d'organiser de nouvelles négociations tarifaires.

5. APPRÉCIATION JURIDIQUE

La loi fédérale sur l'assurance-maladie prévoit que le tarif (VPT) est négocié par les partenaires tarifaires et approuvé par le gouvernement cantonal compétent, ou fixée par ce dernier en cas d'échec des négociations. L'autorité cantonale peut refuser l'approbation du tarif convenu entre partenaires tarifaires. Tout refus d'approbation par l'autorité doit pouvoir se fonder sur le non-respect des articles 46, al. 4 LAMal et 59c OAMal selon lesquels un tarif doit couvrir au plus les coûts des prestations justifiés de manière transparente et les coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations.

Or, le Conseil d'Etat ne dispose actuellement pas de données suffisantes pour vérifier si le tarif des médecins en cabinet est justifié par leurs coûts et correspond à une prise en charge efficace (cf. art. 46, al. 4 LAMal, art. 59c OAMal). Le Conseil d'Etat a demandé ces données aux partenaires tarifaires, mais sans succès (voir ses courriers du 17 janvier et du 4 juillet 2018 à la SVM, tarifsuisse et HSK) et le DSAS a redemandé récemment les données relatives aux coûts des médecins dans le cadre de la préparation de la réponse à ce postulat, toujours en vain. Les bases légales permettant d'exiger les données nécessaires à la vérification du tarif sont en l'état faibles.¹ La révision LAMal en cours prévoit justement d'obliger les partenaires tarifaires à communiquer toutes les données nécessaires à cet égard (art. 47b P-LAMal).

En l'absence de données sur les coûts d'exploitation des cabinets médicaux, la jurisprudence (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-446/2018 consid. 6.3) confirme l'application de critères pragmatiques dont la convergence entre la VPT des médecins indépendants et celle de l'ambulatorio hospitalier dans un même canton.² Le Surveillant des prix retient aussi d'autres critères tels que l'évolution des coûts AOS par assuré ou la comparaison avec les autres valeurs du point tarifaire (VPT) Tarmed (benchmarking des prix). Il ressort clairement de la jurisprudence que les tribunaux doivent tenir compte de l'avis du Surveillant des prix et qu'ils prennent aussi en considération l'argument de la convergence des tarifs ambulatoires (« il n'existe aucune raison valable pour laquelle la rémunération des prestations ambulatoires des hôpitaux devrait diverger de celle des médecins en pratique privée »³).

¹ Selon le Surveillant des prix, il n'existe à ce jour aucune exigence légale sur la détermination uniforme des coûts et l'enregistrement des prestations pour les activités des médecins indépendants (comptabilité analytique). Il ne serait pas possible aujourd'hui de définir les coûts d'exploitation conformes à la LAMal des médecins indépendants et de réaliser un examen de l'économicité qui sont à la base de calcul des tarifs (réponse écrite du Surveillant des prix du 20.1.2021).

² Si la détermination de la VPT Tarmed conforme à la LAMal ne peut pas être faite sur la base des données de coûts et prestations effectives des fournisseurs de prestations, le tarif doit être établi selon les considérants du TAF sur la base de critères pragmatiques (C-446/2018 consid. 6.3).

³ L'arrêt C-2422/2014 E. 9.6.3 du 9 janvier 2017 cite les décisions suivantes : « Le Tribunal de céans a ainsi relevé dans de précédents arrêts (C-6229/2011 du 5 mai 2014 consid. 11.6 et C-1220/2012 du 22 septembre 2015 consid. 7.8.3) qu'il n'existe aucune raison valable pour laquelle la rémunération des prestations ambulatoires des hôpitaux devrait diverger de celles des médecins en pratique privée ».

En l'absence de nouvelles données sur les coûts des médecins fournies par les partenaires tarifaires, l'issue d'une éventuelle procédure judiciaire est incertaine, la décision des tribunaux en cas de recours s'appuyant pour l'essentiel sur leur pouvoir d'appréciation et dépendant du poids que la justice donnera aux différents éléments mis à sa disposition.

6. ESTIMATION DES CONSÉQUENCES FINANCIÈRES SUR LES COÛTS AOS

Si la valeur du point tarifaire (VPT) des médecins indépendants dans le Canton de Vaud était baissée de CHF 0.95 à CHF 0.92, l'économie s'élèverait à CHF 25.5 millions de francs en 2019 (3,2% du coût des traitements ambulatoires en cabinet).¹ En pourcentage du total des prestations brutes de l'AOS des assurés vaudois, l'économie s'élèverait à 0.74%.

Il ne faut en outre pas perdre de vue que, selon toute éventualité, des médecins essaieraient alors de compenser la baisse de la VPT par une hausse du volume de leurs prestations, ce qui réduirait l'économie attendue. De ce fait, l'impact sur les primes est difficile à évaluer mais devrait se situer légèrement en dessous de 1%.² L'économie sur les subsides des primes LAMal se situerait entre 4 et 5 millions de francs.

7. CONCLUSION

Le Conseil d'Etat est conscient de la problématique soulevée par le postulat et a entrepris plusieurs actions allant dans le sens de ce dernier par le passé. Il entend continuer à utiliser toute la marge de manœuvre à sa disposition, y compris la non-ratification d'une valeur du point tarifaire (VPT) des cabinets médicaux, pour assurer la conformité du tarif aux exigences de la LAMal en termes d'économicité et éviter toute augmentation injustifiée des coûts impactant le niveau des primes. A cet effet, le Conseil d'Etat propose de défendre une baisse du tarif ambulatoire des cabinets médicaux pour atteindre un tarif ambulatoire unique de CHF 0.92 centimes maximum dans le Canton de Vaud.

Dans ce contexte, il est certain que les révisions légales en cours dans le cadre de la LAMal sont d'une importance capitale pour permettre aux cantons de disposer des outils adéquats pour effectuer un réel contrôle de l'évolution des valeurs du point tarifaires dans le domaine ambulatoire en particulier et de l'autre une limitation du volume globale des prestations ou du nombre de prestataires de soins sans quoi l'effet prix pourrait être contrebalancé en partie par un effet quantité.

En conséquence, pour les raisons exposées, le Conseil d'Etat ne prévoit aucune baisse de la VPT dans le domaine ambulatoire hospitalier à l'heure actuelle, ni de différenciation de la VPT entre médecine de premier recours et spécialités médicales telle que demandée par le postulat.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 12 mai 2021.

La présidente :

N. Gorrite

Le chancelier :

V. Grandjean

¹ Les coûts bruts des traitements des médecins en cabinet installés dans le Canton de Vaud s'élevaient à CHF 1023 par assuré en 2019 (voir graphique 2 supra). Sur la base d'une valeur du point de CHF 0.92, les coûts bruts des traitements s'élèveraient à 991 par assuré $(1023/0.95) \times 0.92 = \text{CHF } 991$. Ainsi, l'économie s'élèverait à CHF 32 par assuré (= 3.2% du coût actuel). Pour l'ensemble des assurés vaudois (788'515, pool de données SASIS), l'économie s'élève à CHF 26 millions par an. Une économie de CHF 32 par assuré vaudois correspond à 0.74% du total des prestations brutes AOS en francs par assuré vaudois de 4'379 francs en 2019 (statistique AOS de l'OFSP, T 2.26).

² Estimation effectuée sur la base des données 2019.