

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

**Motion Werner Riesen et consorts - Pour un bon compromis suisse autour de la valeur du point
tarifaire (VPT)**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 31 août 2018.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper, Sonya Butera, Carole Dubois, Florence Gross, Jessica Jaccoud, Léonore Porchet, Graziella Schaller, Marion Wahlen (en remplacement d'Alain Bovay). MM. Jean-Luc Chollet, Thierry Dubois, Nicolas Suter (en remplacement de Christelle Luisier Bordard), Vassilis Venizelos (présidence), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier. Excusé-e-s : Mmes Rebecca Joly, Christelle Luisier Bordard. M. Alain Bovay.

Représentants du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : MM. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Olivier Linder, Expert financier, Institutions de santé, Service de la santé publique.

2. POSITION DU MOTIONNAIRE

Le TARMED est une structure tarifaire nationale pour les prestations médicales qui s'applique exclusivement aux prestations ambulatoires fournies dans les cabinets médicaux, les cliniques et les hôpitaux. La valeur du point TARMED n'est pas fixée par les cantons mais elle est négociée entre les partenaires (assureurs et médecins). Dans ce processus, le rôle de l'Etat consiste à ratifier les tarifs conclus.

Le motionnaire rappelle que la Valeur du Point Tarifaire (VPT) correspond à une valeur historique. Le Tribunal administratif fédéral (TAF) a d'ailleurs plusieurs fois affirmé dans ses jugements que l'on ne peut admettre des différences de valeur entre cantons que si celles-ci sont basées sur des données. Or, ces données (coûts de production) n'existent pas encore, car les médecins n'admettent pas, selon le motionnaire, une certaine transparence. Personne ne connaît donc réellement la véritable VPT cantonale. La VPT relève en conséquence d'une décision purement politique. Ainsi, tout le système de tarification repose sur des considérations qui, selon le motionnaire, sont complètement dépassées.

Le motionnaire rappelle qu'il existe de grandes disparités entre les cantons. Il considère que les valeurs observées dans le canton de Vaud sont excessives et mériteraient d'être corrigées. Alors que, dans le canton de Berne, les charges des médecins en cabinet sont comparables aux charges existantes dans le canton de Vaud, la VPT est de 0.86 à Berne contre 0.95 dans le canton de Vaud. En prenant en considération l'ensemble du domaine ambulatoire, médecine de famille incluse, le motionnaire estime que l'économie potentielle serait de l'ordre de 43,7 millions. Cette économie serait de l'ordre 73,4 millions si la VPT bernoise était appliquée dans le canton de Vaud. En excluant la médecine de famille (pédiatrie, médecine interne ou générale) du rééquilibrage, l'économie potentielle se monterait à 55,7 millions en appliquant la VPT bernoise et à 33,2 millions en appliquant la VPT de 0.89 envisagée par la motion, sauf pour la médecine de famille.

Le motionnaire précise que le rééquilibrage proposé ne toucherait pas la médecine de famille. Il estime qu'il est nécessaire d'encourager les jeunes médecins à opter pour une carrière en médecine générale ou interne, disciplines pour lesquelles notre canton connaît une pénurie de praticiens. Si l'on veut garantir une qualité de soins pour les personnes âgées afin de les maintenir le plus longtemps possible à domicile, le motionnaire estime qu'il est indispensable de miser sur des médecins de famille qui, par leur pratique de proximité, permettent de limiter les coûts de la santé et la surcharge des urgences hospitalières.

Dans le même temps, le motionnaire souhaite la mise en place d'un monitoring permettant de contrôler que les mesures envisagées ne soient pas contournées par une hausse du volume des prestations.

3. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le chef du DSAS souligne l'utilité de ce débat et met en relief les éléments qui suivent :

- Marge de manœuvre de l'Etat : en vertu de la LAMal, la fixation de la VPT relève d'un accord entre les partenaires tarifaires, à savoir les prestataires de soins (représentés par les sociétés médicales) et les assureurs. Dans ce cadre, le Conseil d'Etat n'a que pour seule compétence de ratifier ou non l'accord conclu. Si un accord tarifaire existe et qu'il déplaît au Conseil d'Etat, ce dernier ne peut alors que refuser de ratifier l'accord et fixer une VPT provisoire, la dernière VPT en vigueur.
- Impact des VPT sur les coûts de la santé : parmi les cantons suisses, le canton de Vaud se place au cinquième rang concernant les coûts par assuré à charge de la LAMal, et à la sixième position pour les coûts par assuré à charge de la LAMal concernant spécifiquement la médecine ambulatoire. Le canton de Zürich présente des coûts de la médecine ambulatoire plus élevés que le canton de Vaud et passe donc devant dans le classement, alors même que la VPT zurichoise est inférieure à celle que connaît le canton de Vaud ! En conséquence, même si les cantons avec une VPT élevée présentent tendanciellement des coûts par assuré plus élevés, la relation entre VPT et coûts par assuré n'apparaît pas univoque, d'autres facteurs entrant en ligne de compte (propharmacie ou non, volume des prestations fournies...).
- Clause du besoin : la forte croissance des coûts de la médecine en cabinet (+20%) observée dans le canton de Vaud entre 2013 et 2016 n'est pas imputable à la VPT, restée stable, mais à la suspension temporaire de la clause fédérale du besoin relative à l'installation des nouveaux médecins. Plus que la VPT, le nombre de praticiens en exercice constitue ainsi le facteur principal de coûts. Supprimer la clause du besoin reviendrait à faire exploser le système.
- Baisse de la VPT dans le canton de Vaud : le chef du DSAS rappelle qu'une baisse de la VPT a été décidée pour 2018 dans le canton de Vaud. La Société vaudoise de médecine (SVM) s'est en effet engagée à une baisse de 0.01 franc de la VPT sur 2 ans. Toutefois, dans l'optique d'une évaluation de la mesure, le Conseil d'Etat n'a ratifié l'accord que pour un an seulement. En cas d'inefficacité de la mesure, il n'est pas exclu qu'il soit suggéré aux partenaires tarifaires d'envisager une nouvelle baisse de la VPT. Dans cette perspective, il serait important de distinguer la médecine générale (à soutenir car moins coûteuse) de la médecine spécialisée. On pourrait par exemple tester une VPT différente pour les généralistes et les spécialistes.
- Compensation par augmentation du volume : lors de baisses linéaires de tarif, le risque subsiste que certains compensent leur manque à gagner par une augmentation du volume de prestations facturées. Aussi, un travail de conviction est mené auprès de la SVM en vue de la possible introduction d'enveloppes avec des VPT mobiles (tarif dégressif pour le volume de prestations dépassant un niveau convenu). Les sociétés médicales seraient légitimées à procéder de la sorte ainsi qu'aux contrôles en lien, dans la mesure où les VPT négociées par ces sociétés médicales sont valables pour tous leurs membres et où les exagérations de facturation de certains entraînent des baisses linéaires de tarif au détriment de l'ensemble du collectif considéré.
- Surveillance des prix : lors de la signature d'une convention entre partenaires tarifaires, la Surveillance fédérale des prix privilégie l'accord conclu et renonce donc à se prononcer sur les tarifs établis. En l'occurrence, le Conseil d'Etat a, cette année, expressément demandé à la Surveillance des prix de donner son avis. Pour 2018, la Surveillance des prix préconise une VPT cantonale s'élevant au maximum à 0.89. En situation de rupture des négociations conventionnelles, la

recommandation de la Surveillance des prix deviendrait prépondérante. Le chef du DSAS considère de plus que le Conseil d'Etat a tenu compte de la recommandation dans la mesure où le Conseil d'Etat a ratifié la légère baisse de la VPT sur un an plutôt que deux.

- Monitoring : l'avis de la Surveillance des prix est aussi un des éléments qui a poussé le Conseil d'Etat à demander aux partenaires tarifaires de mettre en place un monitoring, dans l'optique éventuelle d'un système d'adaptation automatique de la VPT en cas de dépassement d'un volume donné de prestations.

4. DISCUSSION GÉNÉRALE

Transformation en postulat ? Plusieurs commissaires estiment que l'action du motionnaire va dans le bon sens et qu'il convient de donner une impulsion utile au Conseil d'Etat. Compte tenu de la nature des compétences du Conseil d'Etat dans le cadre des négociations tarifaires, il conviendrait cependant de transformer la motion en postulat.

Des différences cantonales difficilement compréhensibles : pour plusieurs commissaires, les charges d'entretien par exemple du matériel sophistiqué en cabinet sont comparables dans toute la Suisse et ne peuvent justifier des VPT différentes d'un canton à l'autre. Le médecin exerçant à Moutier verra, en raison du seul transfert de la ville du canton de Berne au canton du Jura, son revenu augmenter notablement compte tenu de la différence de VPT entre les deux cantons considérés, alors même que les prestations délivrées sont rigoureusement identiques. Il en va de même pour le médecin valaisan pratiquant à l'Hôpital Riviera-Chablais.

Sans nier la problématique des primes qui explosent, plusieurs autres commissaires manifestent leur désaccord concernant la motion. Ils mettent en avant les éléments qui suivent :

- La motion manque sa cible dans la mesure où le Conseil d'Etat n'a que des compétences très restreintes en matière de convention tarifaire dans le domaine ambulatoire.
- Une baisse marquée de la VPT conduirait à une situation catastrophique pour les cabinets comme pour les hôpitaux. Les charges en cabinet (70% environ du chiffre d'affaires) s'avèrent incompressibles, sauf à procéder à des licenciements (celui de la secrétaire par exemple). La fermeture de nombreux cabinets entraînerait un report de la prise en charge des patients sur les urgences hospitalières.
- La structure tarifaire elle-même pose problème. Les prestations effectivement délivrées, dans un contexte où le praticien doit assumer des décisions complexes, dépassent ainsi souvent ce qui est prévu par la structure tarifaire. Dès lors, les médecins, généralistes tout particulièrement, travaillent souvent gratuitement. Il n'est en conséquence pas correct de prétendre que les médecins s'enrichissent en ne faisant rien.
- La VPT spécifique à l'ambulatoire hospitalier (0.92 au lieu de 0.95) pose problème pour les médecins hospitaliers qui traitent une clientèle privée à l'hôpital, des tarifs différents étant alors appliqués pour des prestations pourtant identiques délivrées par le même praticien. Pour certains commissaires, la VPT plus basse pour l'ambulatoire hospitalier se justifie, les frais fixes en cabinet se montrant proportionnellement plus élevés que dans l'ambulatoire hospitalier.
- Dans le canton, un transfert de la médecine en cabinet s'effectue indéniablement en direction de l'ambulatoire hospitalier, notamment à travers un usage accru des urgences hospitalières par la population. Or, la prise en charge en urgences hospitalières par, généralement, des médecins assistants qui multiplient par prudence les examens coûte plus cher. Il convient en ces circonstances de renforcer la médecine de premier recours exercée par les praticiens installés. Sans action volontariste en ce sens, cas échéant de la part de l'Etat, la médecine libérale continuera de perdre des parts de marché.
- Les mécanismes en vigueur prévoient que les baisses de coûts observées soient reportées sur les primes. Or, les assureurs n'en font rien. Et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) approuve les primes présentées par les assureurs, alors même que le ministre de tutelle de l'OFSP a demandé à ces derniers que le tassement des coûts soit répercuté sur les primes ! La maîtrise du système n'est

absolument pas assurée, et toute impulsion parlementaire pour tenter de remédier à cette faillite s'avère dès lors la bienvenue. Dans cette perspective, il convient de maîtriser le volume des prestations délivrées, des baisses linéaires de tarif ne constituant à elles seules qu'une solution de facilité.

Selon le motionnaire, le système se montre totalement aberrant. Tout le monde clame qu'il importe de le corriger mais personne n'agit, les différents lobbies impliqués bloquant tout changement. Même si le problème est multifactoriel, le Canton de Vaud doit, selon lui, donner une impulsion et émettre un signal en direction des personnes/entités qui disposent des compétences pour changer les choses, notamment au niveau fédéral. Au demeurant, la motion se montre mesurée en ménageant la médecine de famille, en ne faisant que suggérer la VPT à atteindre et en proposant d'y parvenir progressivement. Enfin, un postulat ne présenterait pas un caractère suffisamment contraignant, compte tenu de l'urgence de l'action à mener.

5. CONCLUSION

Il est rappelé que le droit fédéral ne donne aucune prérogative aux parlements cantonaux en la matière et le Conseil d'Etat ne dispose pas de la compétence d'imposer une VPT.

Le président rappelle en outre que, à la teneur de l'art. 120 de la loi sur le Grand Conseil (LGC), la motion charge le Conseil d'Etat ou une commission parlementaire de présenter un projet de loi ou de décret. Quant au postulat (art. 118 LGC), il charge le Conseil d'Etat d'étudier l'opportunité de prendre une mesure ou de légiférer dans un domaine particulier, et de dresser un rapport. De plus, pour le président, le postulat présenterait l'avantage d'engager le Conseil d'Etat à une réponse qui élargisse la problématique en évitant de pointer du doigt une seule catégorie d'acteurs dans un dossier où les responsabilités sont multiples.

Compte tenu de la discussion, le motionnaire transforme sa motion en postulat.

6. VOTE DE LA COMMISSION

Par 7 voix contre 6 et 0 abstention, la commission recommande au Grand Conseil de ne pas prendre en considération la motion transformée en postulat.

Yverdon-les-Bains, le 19 février 2019

*Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos*