

Conseiller fédéral Alain Berset
Département fédéral de l'intérieur
3003 Berne

Envoyer par e-mail à:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch,
gever@bag.admin.ch

Lieu, le 0 mois 0000

Consultation sur la modification de l'ordonnance sur la détermination et l'adaptation des structures tarifaires dans l'assurance-maladie: adaptation de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames et Messieurs,

Par lettre du 16 août 2023, le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation relative à la modification de l'ordonnance susmentionnée. Nous vous remercions de l'invitation à participer à cette consultation. C'est avec plaisir que nous vous informons par la présente de l'avis de Physioswiss. Nous allons démontrer que l'intervention dans la structure tarifaire n'est ni pertinente d'un point de vue tarifaire, ni nécessaire à l'heure actuelle. Les objectifs visés par le Conseil fédéral ne pourront pas être atteints par le biais de cette intervention tarifaire.

1. Nécessité d'une révision et négociations dans le domaine de la physiothérapie

La structure tarifaire dans le domaine de la physiothérapie ambulatoire doit être révisée depuis déjà un bon moment. Elle n'est plus conforme à la physiothérapie moderne caractérisée par des traitements de pointe fondés sur des données probantes. Par conséquent, les physiothérapeutes se démènent depuis des années en vue d'obtenir une structure tarifaire actualisée. Le modèle de coûts sous-jacent est obsolète et la rémunération des soins de physiothérapie n'est plus suffisante en raison du renchérissement et de l'augmentation des coûts salariaux. Les nouvelles méthodes thérapeutiques et les nouvelles normes telles que les entretiens interprofessionnels en sont exclues. La charge administrative occasionnée par les réponses aux assurances-maladie augmente sans cesse et n'est pas correctement prise en compte. Près d'un quart des prestations en dehors du traitement ne peuvent pas être facturées.

Les négociations relatives à la structure tarifaire sont en cours depuis 2016, sans résultat. En raison de la pandémie de coronavirus, les discussions avec les assureurs-maladie au sujet de la

révision tarifaire n'ont repris qu'en 2021. Entretemps, les conditions-cadres régissant la procédure de négociation concrète ont été définies avec les partenaires tarifaires. L'adaptation de la structure tarifaire voulue par le Conseil fédéral doit maintenant avoir lieu à un moment où Physioswiss a consenti d'importants efforts financiers et en termes de personnel pour mettre à disposition toutes les bases de données nécessaires et prescrites par la loi en vue des négociations. Depuis deux ans, Physioswiss s'efforce de faire avancer rapidement les négociations. Or, sur cette période, il apparaît clairement que les associations d'assureurs-maladie ont fait de l'obstruction pour ne pas compromettre l'intervention tarifaire envisagée. L'intervention tarifaire du Conseil fédéral aujourd'hui soumise à consultation est donc totalement inopportune dans la situation de négociation actuelle, laquelle n'est en rien bloquée.

L'intervention tarifaire a lieu au mauvais moment. La structure tarifaire de la physiothérapie doit être révisée conjointement par les différents partenaires impliqués. Les jalons nécessaires à cet effet ont été posés: la rédaction d'une déclaration d'intention est en cours de finalisation. Le Conseil fédéral devrait exercer son devoir de surveillance et exhorter les associations d'assureurs-maladie à respecter la loi et à s'asseoir à la table des négociations sans plus attendre.

2. Objet de la consultation

Dans le cadre de la procédure de consultation, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sollicite des avis sur les adaptations proposées (variantes 1 et 2 de l'annexe 3), ainsi que sur le rapport explicatif.

- L'indemnisation forfaitaire des traitements est supprimée afin d'introduire des durées de séance différentes pour les deux positions principales.
- Dans la variante 2, le tarif par minute pour la séance longue est en outre réduit au niveau de la séance générale.
- Le Conseil fédéral fixe une nouvelle unité de temps de «5 minutes maximum» pour le changement de patient-e-s, l'accueil/le départ, la préparation des locaux et la tenue du dossier des patient-e-s.
- Le setting pour la facturation des cas complexes et coûteux (pages 10 et 11) est modifié.

Cette intervention se fait sans mise à jour du modèle de coûts obsolète datant d'une trentaine d'années et sans avoir impliqué l'association Physioswiss afin de pouvoir prendre en compte les données actuelles (existantes) sur les coûts et les prestations.

3. Appréciation juridique

L'art. 43, al. 5bis LAMal octroie au Conseil fédéral la compétence nécessaire pour procéder à des adaptations de la structure tarifaire lorsque celle-ci s'avère «inappropriée» et que les parties ne parviennent pas s'entendre sur une révision. L'art. 43, al. 4 LAMal établit le principe selon lequel «il convient de veiller à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée». Ce principe légal de fixation des tarifs s'applique également dans le cadre d'une intervention du Conseil fédéral, c'est-à-dire que celui-ci est également tenu de garantir l'adéquation de la structure tarifaire et une tarification économique. Or, ces deux éléments font défaut dans ce cas précis. Dans ses explications, le Conseil fédéral explique qu'il a choisi de procéder à une adaptation minimale de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie, ce qui est manifestement faux. Le Conseil fédéral poursuit en ces termes: «L'absence de données suffisantes ne permettrait pas au

Conseil fédéral de procéder à une importante révision de la structure et à une refonte du modèle de coûts sous-jacent.»

L'intervention n'est ni appropriée, ni fondée sur des critères relevant de l'économie d'entreprise. Le Conseil fédéral ne dispose pas des bases de données nécessaires à cette fin. Avant le début de la procédure de consultation, il a renoncé à consulter Physioswiss au sujet des dernières collectes de données sur les coûts et les prestations. Les faits indiquent que les prestations remboursées de manière forfaitaire sont effectivement fournies dans la fourchette temporelle, conformément au modèle des années 1990. Il n'est pas tenu compte du fait qu'aujourd'hui, non seulement des cas nettement plus complexes sont pris en charge en ambulatoire, mais que les tâches administratives sont nettement plus nombreuses. Les coûts de fonctionnement des cabinets de physiothérapie ont également augmenté.

Une intervention de cette ampleur dans la structure tarifaire non étayée par des données n'est ni appropriée, ni efficace.

4. Prise de position

4.1 Situation de la physiothérapie dans le contexte actuel

Avant d'aborder les différentes propositions, il est important de prendre connaissance de la position contextuelle plus large afin de comprendre la situation initiale des physiothérapeutes.

L'intervention tarifaire du Conseil fédéral va mettre encore plus en difficulté une branche déjà sous-financée. Les valeurs du point tarifaire de la physiothérapie n'ont pas été adaptées depuis 2016 et ne couvrent plus les charges des physiothérapeutes depuis longtemps.

Le renchérissement actuel, qui se traduit par une hausse des frais de personnel, une augmentation des prix d'achat et une hausse des coûts du capital, aggrave encore la situation. En Suisse, l'augmentation des coûts expose les cabinets de physiothérapie à des défis financiers de plus en plus criants.

Contrairement à d'autres secteurs, la physiothérapie ne peut pas répercuter l'inflation sur ses tarifs: les physiothérapeutes doivent financer leurs salaires en appliquant les tarifs en vigueur. Or, les bases de calcul des tarifs datent de presque 30 ans, alors que les coûts d'exploitation des cabinets ont augmenté d'environ 25% depuis 1994. En raison de ce déséquilibre financier, de nombreux cabinets de physiothérapie sont largement sous-financés, et de nombreux physiothérapeutes se retrouvent aujourd'hui déjà à la limite de leurs moyens d'existence.

En outre, la conjoncture actuelle, qui s'accompagne d'une augmentation considérable des coûts, pose de grands défis aux groupes professionnels libéraux dont les tarifs et les salaires sont bas. Par ailleurs, les dépenses professionnelles augmentent en moyenne plus fortement que l'inflation.

Les hausses de prix entraînent une baisse du salaire réel pour tous les groupes professionnels libéraux. La viabilité de l'activité de nombreux physiothérapeutes s'en trouve également menacée.

4.2 Prise de position détaillée

Potentiel d'économies

Pour Physioswiss, il est incompréhensible que le rapport explicatif fasse état d'un «effet modérateur sur les coûts» (page 12) en tant qu'objectif de l'intervention dans le domaine de la physiothérapie. Intervenir dans la structure tarifaire pour faire des économies en s'en prenant à la physiothérapie n'a pas de sens, sachant que celle-ci ne représente qu'environ 3,6% des coûts de santé et donc un montant proportionnellement peu important pour les primes. Il convient de souligner que l'extension des prestations de physiothérapie de ces dernières années reflète les besoins réels et devrait être saluée, car le travail des cabinets de physiothérapie permet de faire des économies de coûts.

Cet objectif est totalement incompréhensible si l'on se réfère au courrier de réponse de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) aux partenaires tarifaires daté du 17 mars 2023. Ce dernier stipule que «le projet de consultation ... ne vise ainsi pas à diminuer la rémunération des prestations...».

Physioswiss rejette résolument l'objectif de réduction des coûts, d'autant plus que le courrier de l'OFSP adressé à tous les partenaires tarifaires assure que l'intervention ne réduit pas la rémunération des prestations.

Proportionnalité grâce au changement du modèle tarifaire

Dans son rapport explicatif (page 6), le Conseil fédéral mentionne qu'il «*ne devrait en principe pas avoir à fixer une structure tarifaire entièrement nouvelle qui n'a jamais été appliquée*».

La structure tarifaire en vigueur repose principalement sur deux forfaits par séance qui devraient représenter au total environ 90% du volume total des prestations facturées en physiothérapie ambulatoire (page 7). Ces forfaits doivent désormais être assortis d'une durée (minimale) fonctionnant comme un tarif au temps passé. Le Conseil fédéral modifie ainsi le mécanisme d'application pour 90% de toutes les prestations et intervient ainsi massivement, et non pas de manière minimale, dans la logique de la structure tarifaire.

Le passage des forfaits à la séance à une facturation au temps passé au sein d'une structure tarifaire implique impérativement une adaptation et une actualisation du modèle de prestations et de coûts. Or, ce n'est pas le cas dans le projet de loi.

Lutte contre les abus

Le rapport explicatif sous-entend qu'aujourd'hui, la durée des séances est réduite en raison d'une incitation monétaire (page 7). Nos chiffres prouvent que les patient-e-s sont traité-e-s en moyenne aussi longtemps aujourd'hui que lors de l'introduction du tarif, il y a bientôt 30 ans. Le reproche caché fait à la branche de raccourcir les séances peut donc être réfuté. La durée de chaque thérapie dépend du diagnostic et de la situation thérapeutique; c'était vrai hier et ça le reste aujourd'hui. Une intervention justifiée de la sorte n'atteint pas son objectif, car elle repose manifestement sur des conjectures et considère les cas isolés comme une généralité. Il incombe aux assureurs-maladie de détecter et d'empêcher les éventuelles applications abusives du tarif lors de la facturation. Il n'est pas proportionné de modifier l'ensemble de la structure tarifaire en raison de quelques cas isolés envisageables.

Selon les chiffres recueillis par Physioswiss au niveau national, il n'existe aucune réduction de la durée de traitement moyenne. Il appartient aux assureurs-maladie de vérifier les factures des fournisseurs de prestations et de lutter contre les éventuels abus.

Dévalorisation de la position tarifaire 7311 dans la variante 2

Dans la variante 2, le taux de frais pour les traitements complexes baisse. Dans le taux de frais, il n'y a donc plus de différence entre le traitement complexe et le traitement général. La charge de travail accrue n'est prise en compte que par une possibilité de durée plus longue. Un-e physiothérapeute qui traite aujourd'hui un-e patient-e pendant 40 minutes recevra en 2025 6,5% de moins pour la même prestation. En moyenne, les physiothérapeutes consacrent environ 40 minutes à un traitement complexe. Nous nous opposons fermement à cette baisse tarifaire déguisée. Cette réduction massive de la prestation n'est aucunement mentionnée dans le rapport explicatif.

Une réduction du taux de frais pour la position tarifaire 7311 induite dans la variante 2 est inacceptable.

Prise en compte des séances plus longues

Les collectes de données sur les prestations réalisées par Physioswiss montrent que des traitements nettement plus longs ont été dispensés l'année dernière, par exemple dans le domaine de la pédiatrie, du drainage lymphatique, de la multimorbidité ou de la neurologie. Ceux-ci sont actuellement rémunérés au forfait via la position tarifaire 7311. Toutefois, les séances de physiothérapie générale durent elles aussi souvent bien plus que 30 minutes. Les deux variantes 1 et 2 proposées s'opposent au caractère forfaitaire des prestations et introduisent une composante temporelle. La variante 2 ne prévoit pas d'adaptation du taux de frais. La limitation semble arbitraire. Nous nous opposons à ces adaptations unilatérales. La prise en compte du temps passé doit être négociée par les partenaires tarifaires et reposer sur des données factuelles.

Les traitements plus longs déjà mal rémunérés dans la structure tarifaire actuelle doivent impérativement être pris en compte. Ils doivent s'inscrire dans la révision discutée entre les partenaires. La variante 1 omet totalement ces traitements plus longs.

Durée de séance minimale

Dans les deux variantes proposées, une séance courte d'une durée de 20 minutes est désormais introduite, avec un maximum de 5 minutes pour le changement de patient-e-s, la consultation et la tenue du dossier, ce qui laisse 15 minutes pour le traitement. Il n'est pas possible de réaliser un traitement approprié en 15 minutes. Une séance moyenne dure actuellement 30 minutes. Si la séance standard est fixée à 15 minutes, il faudra au moins deux fois plus de séances pour atteindre le succès thérapeutique. Et probablement encore plus, car les nombreuses interruptions dues à la durée très courte de chaque séance engendrent une thérapie moins efficace. Pour des raisons de qualité et de coûts, nous rejetons cette durée de traitement fixe de 15 minutes. Celle-ci ouvre la voie à une dégradation de la qualité des soins. Elle a en outre pour conséquence que les patient-e-s ont besoin plus rapidement et plus souvent d'une ordonnance de suivi. Les quatre premières ordonnances sont plus rapidement et plus souvent utilisées, sans que le succès thérapeutique ne soit au rendez-vous. Par conséquent, il faut davantage de garanties de prise en charge des coûts, lesquelles doivent être établies par le médecin conformément à l'OPAS5. Ce

surcroît de travail administratif inutile pour les médecins entraîne des coûts supplémentaires pour le système de santé qui ne sont pas acceptables.

La fixation d'une nouvelle durée de séance de 15 minutes est inacceptable pour des raisons de qualité et de coûts. Elle ouvre la voie à une dégradation de la qualité des soins.

Nouvelle unité de temps de «5 minutes maximum» en dehors du traitement proprement dit

Le Conseil fédéral fixe une nouvelle unité de temps de «5 minutes maximum» (pages 8 et 9) pour le changement de salle, l'accueil/le départ, la préparation des salles et la tenue du dossier des patients. Les formulations concrètes de cette description de prestation se contredisent dans le rapport explicatif et dans les descriptions de postes présentées dans les annexes. De quelles activités s'agit-il exactement?

Physioswiss a démontré qu'environ 10 minutes par traitement sont déjà consacrées aux quatre prestations les plus importantes en l'absence des patient-e-s («préparation des locaux du cabinet avant et après la séance», «gestion des dossiers», «planification des rendez-vous» et «changement de patient-e-s» (...)). Une durée de «5 minutes maximum» est donc largement insuffisante.

L'unité de temps proposée de «5 minutes maximum» pour les activités citées dans le rapport n'est pas formulée de manière suffisamment claire en termes de contenu et ne couvre pas la durée au moins deux fois supérieure nécessaire en dehors du traitement des patient-e-s. Nous rejetons la notion de «5 minutes maximum», car cette durée est insuffisante.

Forfaits avec composante temporelle

L'introduction unilatérale d'une composante temporelle dans une structure tarifaire qui repose sur des indemnités forfaitaires dans les deux positions principales n'a pas de sens. L'ajout d'une composante temporelle (minimale) fixée arbitrairement pour trois positions forfaitaires (dont une nouvelle), comme c'est le cas dans la variante 1, transforme les forfaits en rémunération au temps. Le sens et le but d'un forfait consistent à prodiguer les soins le plus efficacement possible. L'introduction d'une composante temporelle prédéfinie dans une logique forfaitaire supprime complètement cette marge de manœuvre.

La mention d'une durée de soins de 20, 30 ou 45 minutes minimum dans la variante 1 (pour le même taux horaire qu'auparavant) sous-entend d'une part qu'on estime que les soins qui prennent plus longtemps doivent être dispensés gratuitement. D'autre part, un-e patient-e peut insister pour prolonger son traitement alors que celui-ci est terminé car l'objectif thérapeutique est atteint. Cela n'a pas de sens et contrevient au principe actuel de la rémunération forfaitaire de soins efficaces.

L'introduction proposée dans la variante 1 de trois composantes temporelles minimales dans les forfaits de séance existants n'est pas acceptable. Elle conduit à des prolongements inutiles et inefficaces et contrevient à la notion même de forfait.

Transparence du tarif

En intervenant sur les tarifs, le Conseil fédéral veut «créer de la transparence (...) en premier lieu vis-à-vis des patient-e-s» (page 5). Physioswiss se prononce clairement en faveur de la transparence dans le traitement. Les patient-e-s sont au centre de la physiothérapie. Les physiothérapeutes traitent, soignent et conseillent l'ensemble des patient-e-s avec le même soin et la même transparence. Ils/elles choisissent une thérapie optimale en fonction de l'objectif

thérapeutique et veillent à ce que le traitement soit efficace, efficient et rentable. Ils/elles assurent un environnement de traitement adapté aux patient-e-s et aux thérapies, ainsi qu'un environnement hygiénique, et appliquent une gestion de la qualité.

Précisions sur la position tarifaire 7311

Deux adaptations textuelles de la position 7311 pour les traitements complexes sont introduites sur le dos des patient-e-s les plus vulnérables.

a) Introduction:

- *Ce chiffre peut être facturé en cas d'existence d'un des tableaux cliniques ou d'une des situations suivantes et si le traitement s'en trouve compliqué:*

L'ajout «*et si le traitement s'en trouve compliqué*» est nouveau. Le Conseil fédéral veut ainsi annuler sa propre amélioration introduite en 2018 pour le traitement de patient-e-s gravement malades ou présentant des tableaux cliniques complexes. Il accepte sciemment, par exemple, de réduire les traitements des jeunes enfants, des personnes handicapées, des personnes âgées, des patient-e-s multimorbides ou neurologiques et des victimes de brûlures. Chaque traitement de physiothérapie complexe avec un diagnostic médical clair doit désormais être justifié et examiné individuellement par l'assureur-maladie. Cela aurait donc dû être le cas plus de 6,5 millions de fois en 2022 (source: Tarifpool, Sasis AG). Cela ressemble à un moloch administratif qui renforce encore les inégalités de traitement par les caisses maladie, en fonction de l'endroit où la personne malade est assurée. Physioswiss s'oppose fermement à cette modification massive du mécanisme de facturation de cette position. La structure tarifaire devrait toujours permettre une application simple, associée à une facturation et à un contrôle des factures à la fois simples, transparents et compréhensibles - et non le contraire. Les éventuelles adaptations du contenu des tableaux cliniques et des situations doivent être négociées et motivées par l'expertise technique.

Physioswiss rejette fermement la modification des règles de facturation de la position tarifaire 7311. La formulation actuelle pour l'application de la position 7311 doit être conservée.

b) Liste des pathologies/situations:

- *d. Troubles du système vasculaire lymphatique nécessitant un traitement complexe*

Dans la structure tarifaire actuellement en vigueur, il est indiqué que le traitement de ces troubles est effectué par des physiothérapeutes spécialement formé-e-s à cet effet. La structure tarifaire ne mentionne cependant qu'une qualification générale et ne fait pas référence à une formation spécifique qui pourrait être vérifiée de manière uniforme (page 11).

La structure tarifaire ne peut pas être uniquement un instrument des assureurs-maladie pour effectuer des contrôles, sans tenir compte du fait qu'elle contient également des indications pour les utilisateurs. Le Conseil fédéral argumente qu'un contrôle des factures n'est pas possible en raison de l'absence d'un registre et supprime l'ajout. Cette suppression de la formation post-graduée spécifique aux troubles du système lymphatique, qui était jusqu'à présent nécessaire, entraîne une perte de qualité flagrante du traitement, directement perceptible pour les patient-e-s. Ce tableau clinique particulier exige des connaissances spécifiques de la part des physiothérapeutes que la formation de bachelor ne permet pas d'acquérir. Nous nous opposons catégoriquement à cette mesure.

4.3 Thématiques complémentaires relatives à la mise en œuvre

Absence de tarification des prestations supplémentaires

Le présent projet ne contient aucune modification susceptible d'améliorer véritablement la structure tarifaire des traitements physiothérapeutiques ambulatoires. Les lacunes existantes n'ont été ni étudiées, ni corrigées. Les hausses de coûts significatives pour le traitement des patients complexes, les échanges interprofessionnels et avec les proches, le renforcement des normes d'hygiène pendant une pandémie, la charge administrative accrue pour répondre aux caisses-maladie, etc. n'ont toujours pas été tarifées. Pour ce qui est de l'amélioration de la transparence en particulier, il convient de se pencher à nouveau sur les prestations manquantes.

Absence d'adaptation du modèle de coûts

Le présent projet n'intègre pas l'adaptation du modèle de coûts à la réalité des coûts actuels. En Suisse, l'augmentation des coûts expose les cabinets de physiothérapie à des défis financiers de plus en plus criants. Les membres de Physioswiss luttent depuis des années contre les difficultés financières. Par exemple, depuis le début de l'année 2021, outre les coûts énergétiques (entre 20 et 30%), les dépenses consacrées aux loyers (près de 5%), à l'infrastructure informatique (jusqu'à 30%), aux biens d'équipement comme les tables de soins ou les appareils (entre 20 et 25%) ou encore aux consommables comme les serviettes ou les gants (10%) sont en hausse.

Les coûts d'exploitation des cabinets ont augmenté d'environ 25% depuis 1994. En raison de ce déséquilibre financier, de nombreux cabinets de physiothérapie sont sous-financés et la viabilité de l'activité de nombreux physiothérapeutes s'en trouve également menacée.

Conclusion

Les modifications proposées ne sont pas fondées sur des données – comme le Conseil fédéral le reconnaît lui-même. Dans l'ensemble, ce projet d'ordonnance laisse entendre que les physiothérapeutes sont trop chers en tant qu'acteurs du système de santé, qu'ils devraient être encore moins valorisés à l'avenir et qu'ils devraient même, dans le meilleur des cas, s'engager pour leurs patient-e-s sans être payés. En outre, le projet s'accommode à bon compte d'un manque de soins ou du fait que les patient-e-s sont opérés ou traités par des médicaments au lieu d'être pris en charge par un-e physiothérapeute.

Par ailleurs, l'intervention unilatérale vise seulement à faire des économies sans améliorer la qualité des soins. La volonté de réduire le nombre de consultations physiothérapeutiques via une intervention tarifaire nuit à la garantie de soins de santé qualitatifs et adaptés dans le secteur ambulatoire. De fait, en plus de contrevenir à l'obligation légale prévue à l'article 42 al. 6 LAMal, elle s'oppose à la volonté de développer l'ambulatoire.

Physioswiss conclut donc qu'aucune des variantes et adaptations proposées n'est acceptable et rejette complètement le projet.

Nous demandons au Conseil fédéral de laisser Physioswiss poursuivre la révision de la structure tarifaire déjà amorcée et les négociations avec les assureurs-maladie, au lieu d'intervenir unilatéralement dans le tarif alors que les jalons nécessaires aux négociations ont déjà été posés. En 2022/2023, l'Association a consacré d'importants moyens financiers et humains à l'établissement des bases de données exigées par la loi en vue des négociations. Ces efforts sont réduits à néant par l'intervention unilatérale du Conseil fédéral.

La solution que nous proposons est la suivante: le Conseil fédéral et l'OFSP doivent veiller à ce que les associations d'assureurs-maladie surmontent leur attitude obstructive et s'asseyent rapidement à la table des négociations afin qu'une nouvelle structure tarifaire puisse être introduite dès 2026 pour les prestations de physiothérapie.

Sincères salutations,
Physioswiss