

RENCONTRE SMVS - RESPONSABLES STRATÉGIQUES DES ASSUREURS SUISSES ET VALAISANS – DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ VS / 20.6.2023

PRISE DE POSITION DE LA SMVS SUR LA VALEUR DU POINT TARMED VS

Nouveaux éléments depuis la décision du Conseil d'Etat du 21.12.2018 et de la décision du TAF 2022 (C-7336/2018 - C-100/2019 et C-7338/2018 - C-74/2089)

Remarque préliminaire : Dans ce document qui se veut servir de base pour nos discussions, différentes citations importantes de la décision du TAF 2022 sont reprises et mises en contexte par la SMVS pour essayer de résoudre la 'mission impossible' face à laquelle semble nous mettre la décision du TAF en rapport avec la détermination/ fixation de la VPT TARMED ambulatoire extrahospitalière valaisanne.

A. DISCUSSION DE PASSAGES CRITIQUES DE LA DÉCISION DU TAF

I. Prise en compte par le TAF des pièces produites par la SMVS

" Au cas d'espèce, seuls ne seront dès lors pris en considération (par le TAF) les faits survenus et les moyens de preuves produits jusqu'au 28 novembre 2017."

LE TAF N'A DONC PAS PRIS EN CONSIDÉRATION le document fourni par la SMVS au Conseil d'Etat VS le 27.2.2018 qui expliquait la représentativité des données RoKo.

Ce document démontrait une bonne couverture et représentativité suffisante des données RoKo ambulatoires utilisées, en comparaison avec l'enquête de l'Observatoire cantonal de 2014 (en se basant sur des critères semblables à ceux de Thomas Benesch cité par le TAF comme déterminant pour la « représentativité » d'un échantillon). Les données RoKo 2015/2016 couvraient 74.6% des « 296 » médecins répertoriés par l'OVS avec activité ambulatoire EXTRA-HOSPITALIÈRE dans le domaine défini comme « premier recours » par l'OVS et qui englobait de nombreuses spécialités comme la médecine interne, la pédiatrie, les médecins praticiens, les rhumatologues, la cardiologie, l'angiologie, l'endocrinologie, la diabétologie, la pneumologie, la gastroentérologie, la gynécologie, l'allergologie, l'immunologie, la médecine physique et réadaptation !

Le TAF n'a pas non plus tenu compte de l'explication donnée par rapport à la faible représentativité des ophtalmologues qui, même s'ils représentaient un nombre de 40, englobent de nombreux médecins à des taux d'occupation très bas (5-10% - et donc exclus de RoKo) ET du fait qu'une bonne partie des prestations d'instituts d'ophtalmologie facturent sous forfaits et donc pas avec notre VPT ambulatoire extrahospitalière valaisanne.

- ❖ **Nouvel élément: Le fait qu'en Valais différentes spécialités participent aussi assez largement à une prise en charge de la « médecine de premier recours ambulatoire » est démontré dans les données de l'OVS dans son **enquête sur les activités des médecins VS 2022** (dont il faut signaler 98% de taux de réponse!) : sur un nombre recensé de 870 médecins (mais CAVE possibilité de doublons suite à des doubles spécialités, selon indication OVS), avec une **activité ambulatoire facturée sur la VPT extrahospitalière en Valais, leur taux d'activité correspond à 492 EPT selon l'OVS et à 477 EPT** si on exclut les**

médecins qui ont un cabinet à l'hôpital (structure de charges facturée différemment). Sur **tous ces médecins avec activité ambulatoire 'extrahospitalière', 75% déclarent avoir une pratique de médecine de premier recours de PLUS DE 10%**. 60% de ces 75 % sont des médecins internistes ou méd. praticiens... donc 40% ont des spécialités différentes (pédiatrie, gynéco + différentes spécialités comme listé ci-dessus). 240 EPT correspondent à une activité ambulatoire hospitalière en 2022.

Dans ses développements sur la représentativité des chiffres 'RoKo' le TAF a omis toute réflexion par rapport à la proportion de médecins répertoriés par l'OVS actifs dans le milieu hospitalier ce qui impacte négativement la taille du collectif de comparaison et les conclusions tirées par le TAF par rapport à la représentativité 'RoKo'. D'autre part, le TAF a ignoré le fait que 40% de médecins participant à la prise en charge des patients de type 'premier recours' couvrent d'autres (12 !) spécialités que la médecine interne/ médecins praticiens et sont inclus dans le collectif pour lequel le TAF atteste une certaine représentativité plus tard dans ses développements.

II. POSSIBILITÉ D'ÉCHELONNER LA VPT DANS LE TEMPS

"Contrairement à ce que suggère le Conseil d'Etat, rien ne s'oppose à ce que les parties formulent des conclusions tendant au prononcé d'un tarif échelonné dans le temps, comme l'a fait à titre subsidiaire la SMVS (dans ce contexte, cf. TAF 2422/2014 du 9 janvier 2017 consid. O.h.)."

❖ **Nouvel élément : La SMVS propose une augmentation échelonnée entre 2017-2023 !**

III. LES CRITERES PRAGMATIQUES

"Lorsque les données existantes sont insuffisantes et qu'elles ne permettent pas sa fixation, le tarif doit exceptionnellement être établi selon des critères pragmatiques (TAF C-446/2018 précité consid. 6.1 et 6.3, TAF C- 3175/2013 précité consid. 11.4.5, C-4505/2013, C-4480/2013 précité consid. 7.3). Dans ce contexte, le Gouvernement peut se baser sur d'autres sources d'information (par exemple : statistiques et enquêtes de la Confédération (la SMVS a demandé à la Caisse des médecins de faire des calculs comparatifs avec les données MAS !); cf. ATAF 2014/18 consid. 5.7.3; TAF C-2422/2014 précité consid. 9.6.3, C-3175/2013 précité consid. 8.7, C-4505/2013, C-4480/2013 précité consid. 3.1.3 et 7.3, C-2380/2012 précité consid. 7.4, C-4303/2007 du 25 janvier 2010), opérer un rapprochement entre le tarif litigieux et un autre tarif représentatif (principe de convergence ou méthode de la parallélisation, TAF C-446/2018 précité consid. 6.3 et 11, C-3175/2013 précité consid. 11.4.6, C-2422/2014 précité consid. 9.6.3) ou encore faire intervenir des correctifs destinés à pondérer des données lacunaires ou incomplètes (TAF C-2422/2014 précité consid. 9.6.3 et avec références ; cf. en revanche TAF C-446/2018 précité consid. 9.10.2).

❖ **Sur demande de la SMVS par rapport à la représentativité des données RoKo VS, la 'caisse des médecins' a mandaté la Fachhochschule Nordwestschweiz : avec la méthode de « calage » (Prof. Schoch) utilisant les pondérations telles que l'OFS les utilise pour les analyses des données MAS, il a été démontré que l'influence des corrections liées à la représentativité soi-disant 'partielle' sur le calcul de la VPT SMVS est MINIME !**

NB : **Le relevé MAS** effectué par la Confédération (OFS) (Relevé obligatoire officiel de la Confédération des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires) couvre les informations sur l'offre et l'organisation des cabinets médicaux et des centres ambulatoires. Les données sont relevées à des fins statistiques et de surveillance légale du système de santé. Il a été lancé en 2015 et est exploitable depuis 2017.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sdapaz.html>

“Le recours à des critères pragmatiques n'en demeure pas moins subsidiaire et n'entre en ligne de compte que s'il n'est pas possible, en dépit de la mise en œuvre de la maxime inquisitoire, de déterminer le tarif sur la base des coûts concrets.”

- ❖ **D'avis de la SMVS, avec les compléments et nouveaux éléments amenés par la SMVS, la détermination du tarif sur la base de coûts concrets devrait néanmoins être possible.**

IV. DÉTERMINATION DE LA VPT EXTRA-HOSPITALIÈRE VS DE FAÇON PRAGMATIQUE PAR L'ÉTAT

*“Le Conseil d'Etat a retenu la nécessité de fixer le tarif litigieux selon une approche pragmatique. Considérant dans ce contexte qu'il n'existe pas de raison objective justifiant de différencier le tarif en fonction des fournisseurs de prestations à l'intérieur du canton, **le Gouvernement a tenu pour justifier de procéder au rapprochement de la VPT contestée et de celle arrêtée à CHF 0.89 pour les établissements hospitaliers valaisans, soit celle dont la fixation répond le mieux aux principes de tarification.***

Cela étant, le Gouvernement a exclu qu'une augmentation de la VPT litigieuse de CHF 0.07 et soit supportable au plan économique dans la mesure où cela aurait un impact sur l'AOS évalué à environ CHF 15.7 millions. De là, l'autorité précédente - « prenant en compte » également la teneur de l'art. 55 LAMal - a fixé à CHF 0.84 la VPT litigieuse, de manière à limiter l'augmentation à environ CHF 4.5 millions.”

- ❖ **Nouvel élément : L'Etat du VS a soutenu les salaires de l'HVS avec une allocation supplémentaire de CHF 7 mios en 2023 et prévoit CHF 15 mios en 2024 et CHF 20 mios en 2025 afin de soutenir les salaires du personnel soignant/EMS et être concurrentiel avec les salaires des cantons voisins.** La VPT TARMED ambulatoire hospitalière est à CHF 0.87 / 0.89 et sert aussi à couvrir les frais de personnel – qui avoisinent en moyenne 50% des frais de gestion d'un cabinet médical extrahospitalier.

A l'heure actuelle, les assistantes médicales (AM) formées dans les cabinets extrahospitaliers (!) « disparaissent » dans d'autres structures de soins qui peuvent payer des salaires de CHF 1000/mois plus élevés que cela n'est le cas dans les cabinets médicaux extrahospitaliers. A l'heure actuelle, ces derniers ne trouvent que difficilement du personnel qualifié ! Le salaire minimal des AM, recommandé par la SMVS, est passé de CHF 3'450 /mois (43 h/sem) en 2005 à CHF 3'805 /mois (42 h/sem) puis à CHF 4'163 /mois (42 h/sem) en 2023, soit une augmentation de + 9.4% depuis 2014 (à VPT 0.82) et + 20% depuis 2005 (date à laquelle la VPT aurait déjà dû être fixée à CHF 0.82 CHF si les choses avaient été faites correctement). Une enquête officielle, avec un taux de réponse de plus de 90%, a montré en 2018 qu'une majorité des cabinets médicaux payaient déjà des salaires plus élevés que le salaire maximal recommandé par la SMVS (CHF 5'275 /mois en 2018, selon une échelle progressive et années d'expérience).

- ❖ **ACTUELLEMENT, LA MÉDECINE AMBULATOIRE EXTRAHOSPITALIÈRE VALAISANNE N'EST PAS SEULEMENT PRÉCARISÉE PAR LE MANQUE DE RELÈVE DE MÉDECINS ET UNE COUVERTURE EN -DESSOUS DE LA MOYENNE SUISSE POUR 26/33 SPÉCIALITÉS MÉDICALES (!) (SELON LES DONNÉES OBSAN 2022), MAIS AUSSI PAR LA DIFFICULTÉ DE TROUVER DU PERSONNEL / ASSISTANTES MÉDICALES COMPÉTENTES À UN SALAIRE CORRECT – DIFFICILE AVEC UNE VPT BASÉE SUR UNE ÉCONOMIE D'ENTREPRISE AVEC DES SALAIRES DU SIÈCLE PASSÉ (années 90) !!**

Pour mémoire : le VS est le seul canton avec une VPT basse (CHF 0.82), SANS revenu accessoire possible via la dispensation médicamenteuse (pro-pharmacie) qui est admise dans les autres cantons à VPT basse – voir même à ZH qui a une VPT de CHF 0.89. Les cantons romands sans dispensation médicamenteuse ont tous une VPT à plus de CHF 0.91.

- ❖ Selon l'analyse Observatoire VS de la santé 2022 (response-rate 98% des médecins VS) : Sur 342 médecins avec activité dans la méd. de premier recours 146 (=43%) n'indiquent pas d'avoir des **problèmes de délais inadéquats lors d'adressage de leurs patients à un spécialiste en Valais. La majorité (57% !) rencontrent des problèmes** – 171 médecins par rapport à 1-12 disciplines (!), dont 90 pour 1-5 disciplines, 86 pour 6-12 disciplines. 20 médecins relatent des problèmes pour 13-27 disciplines...

EXTRAIT DE L'ANALYSE OFFICIELLE DE L' OVS: Part en % de médecins de premier recours par discipline médicale citée
Question de base: **Constatez-vous des problèmes pour adresser vos patients à différents spécialistes en Valais dans des délais raisonnables (urgence vitale exclue) ?**

Médecins de premier recours: médecins ayant indiqué avoir entre autres une activité de médecin praticien ou de médecine interne générale

Discipline médicale	Part des médecins de premier recours citant la discipline
Aucune discipline mentionnée	43%
Psychiatrie et psychothérapie	37%
Dermatologie et vénéréologie	32%
Neurologie	31%
Rhumatologie	31%
Endocrinologie / diabétologie	30%
Gastroentérologie	24%
Allergologie et immunologie clinique	22%
Oto-rhino-laryngologie	19%
Angiologie	19%
Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents	19%
Urologie	18%
Pneumologie	18%
Ophtalmologie	14%
Gynécologie et obstétrique	12%
Cardiologie	10%
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	8%
Médecine physique et réadaptation	6%
Chirurgie de la main	6%
Néphrologie	6%
Pédiatrie	6%
Chirurgie	5%
Chirurgie orale et maxillo-faciale	4%
Hématologie	3%
Chirurgie vasculaire	3%
Chirurgie pédiatrique	3%
Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique	2%
Infectiologie	2%
Médecine interne générale	2%

Neurochirurgie	2%
Génétique médicale	1%
Radiologie	1%
Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	1%
Oncologie médicale	1%
Anesthésiologie	1%
Chirurgie thoracique	1%
Médecine nucléaire	1%
Médecine tropicale et médecine des voyages	1%
Médecin praticien	0.3%
Médecine du travail	0.3%
Médecine légale	0.3%

➔ CELA SIGNIFIE QUE DE plus en plus de PATIENTS VALAISANS SONT ENVOYÉS HORS CANTON PAR LES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS : DES VPT DE 0.96 CHF ET 0.86 CHF SONT FACTURÉS POUR CES PRESTATIONS à la charge de nos primes maladies valaisannes !

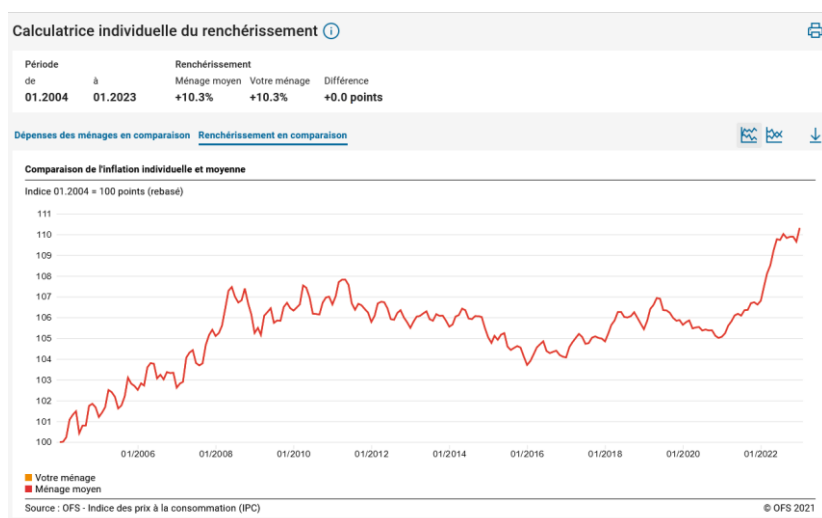
V. ANALYSE DU SURVEILLANT DES PRIX

“Admettant le défaut de données permettant d'évaluer le tarif contesté en fonction des coûts effectifs, la Surveillance des prix est d'avis que le rapprochement des VPT hospitalières et extrahospitalières ordonné par le Conseil d'Etat ne se justifiait pas pour autant, d'autant que la VPT pour les hôpitaux à partir de 2017 n'est pas encore exécutoire. En présence d'un renchérissement négatif entre 2014 (date de la dernière révision de la VPT) et 2016, l'autorité fédérale a recommandé de maintenir la VPT à Fr. 0.82 à partir de 2017”.

❖ NOUVEAUX ÉLÉMENTS :

1. La VPT ambulatoire VS pour les cliniques a été convenue à CHF 0.87 (fin 2022/début 2023), donc 'exécutoire' maintenant.

2. Suivant la même logique qui exigeait de ne pas augmenter la VPT SMVS à cause d'un renchérissement négatif entre 2014-2016, il faudrait une augmentation considérable au vu de l'évolution 2014-2023...et en tenant compte du fait que le renchérissement n'avait pas été pris en considération dans les années 1990 avant la fixation de la nouvelle VPT en 2004...



VI. QUELLE PRÉCISION / DÉTAIL EST-ON EN DROIT DE DEMANDER AUX MÉDECINS INDÉPENDANTS ?

"...il est vrai que les médecins consultés ne sont pour la plupart pas soumis à l'obligation de présenter des comptes, ni ne sont tenus - à l'image des hôpitaux - de disposer « d'instruments de gestion adéquats » (art. 49 al. 7 LAMal, consid. 5.4). En ce sens, on ne saurait formuler des exigences excessives quant à la preuve des coûts des prestations à apporter dans le cadre de l'art. 59c al. 1 let. a OAMal. Vu la jurisprudence développée en la matière (consid. 5.4.1), cette disposition n'en implique pas moins certaines conséquences pour les prestataires de soins, qui doivent s'organiser de façon à pouvoir justifier leurs charges au moyen d'une documentation fiable."

❖ **Nouvel élément :**

Vu que le TAF a questionné la pertinence du relevé RoKo qui était volontaire et PAS obligatoire en Valais, **la SMVS a chargé la Caisse des médecins de refaire les calculs sur les nouvelles données RoKo et avec un nouveau modèle basé sur les données du relevé MAS OBLIGATOIRE – utilisant les pondérations fournies par l'OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (OFS).** Suite à cette comparaison des données RoKo et des données MAS, la Caisse des médecins a démontré que la différence entre les données fournies VOLONTAIREMENT (RoKo) et celles fournies OBLIGATOIREMENT a un impact minime sur la VPT calculée qui reste nettement plus haute que la VPT de 0.82 actuelle ; selon son nouveau calcul la Caisse de médecins arrive même pour les années 2017-2020 à CHF 0.97 !

*Relevé 'RoKo': 'Rollende Kostenstudie' – des cabinets indépendants, séparé par cantons/régions comparable avec les données Suisses. Géré par la Caisse des Médecins, elle permet de donner un reflet fiable de la comptabilité des cabinets des médecins installés et leur évolution depuis 1990.
https://www.caisse-des-medecins.ch/media/roko_brosch_anleitung_f_web.pdf

RoKo contient:

- A1T : TOTAL DÉPENSES POUR LE MATÉRIEL+Médicaments
- A2T : TOTAL DÉPENSES DE PERSONNEL
- A3T : TOTAL DÉPENSES POUR LES LOCAUX
- A4T : TOTAL FRAIS DE CAPITALS
- A5T : TOTAL AMORTISSEMENTS
- A6T : TOTAL ASSURANCES / PRÉVOYANCE
- A7T : TOTAL DES AUTRES DÉPENSES
- AA : TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION
(Somme A1T– A7T)
- EE : TOTAL RECETTES (Somme E1T– E3T)
 - En plus, il a été rajouté la question sur le nombre d'heures travaillées par semaine.

VII. LA QUESTION DE LA REPRÉSENTATIVITÉ DES DONNÉES

*"Dans le même sens, on peut retenir que les coûts effectifs de l'activité ambulatoire extrahospitalière **soient valablement déterminés à la lumière d'un sous-ensemble de la branche.** Pour procéder de la sorte, il importe toutefois que l'échantillon en question soit **représentatif**, à savoir qu'il permette de tirer des conclusions aussi exactes et sûres que possible sur l'ensemble de la « population ». C'est le cas lorsque le relevé partiel contient dans les mêmes proportions les caractéristiques du groupe visé, dont il représente une image certes réduite, sinon fidèle à la réalité (Thomas BENESCH, Schlüsselkonzepte zur Statistik, 2013, p. 9-12)."*

❖ **Nouvel élément :**

Selon l'analyse du Prof. Schoch, Prof. de statistique de la FHNW, ce type de représentativité cité par Benesch représente un cas particulier. **L'analyse de 'représentativité' sur un collectif qui ne représente pas fidèlement la réalité peut se faire de façon qualitativement nettement plus pertinente par une approche d'analyse des déviations et des erreurs des données individuelles d'un collectif par rapport à son collectif de référence.**

"En ce sens, on ne saurait par exemple tirer de conclusion d'un échantillon n'englobant que les cabinets médicaux travaillant de manière particulièrement efficace, disposant de certaines infrastructures ou organisés d'une façon particulière (ATAF 2014/36 consid. 6.1)."

- ❖ **Nouvel élément :** La critique du TAF face au modèle RoKo utilisé dans l'argumentaire déposé par la SMVS est difficile à comprendre, car on nous demande justement (!) de **déterminer une VTP qui ne couvre que les frais d'une utilisation soi-disant « efficace et économique » d'un cabinet**. Cela justifierait à notre avis la sélection de l'échantillon en excluant les « cabinets inefficaces (à temps partiel...) ». **Sans la sélection d'un échantillon 'sélectif sous cet aspect', la VPT calculée s'élève à 0.97 CHF (sans échantillonnage par rapport à l'efficacité de l'utilisation des ressources)** (voir sous 'calculs Caisse des Médecins').

*"Cela étant, contrairement à ce que laisse entendre le Conseil d'Etat, il n'apparaît pas rédhibitoire - même si cela est de nature à en affecter la représentativité (ATAF 2014/36 consid. 4.3) - que le relevé « RoKo » repose uniquement sur quelques centaines de questionnaires récoltés sur trois années consécutives et **représentant environ 12 % du volume total** des prestations TARMED facturées en moyenne par année dans le canton du Valais (CE pee 4.1 a annexe 1)."*

En cela, il faut bien admettre que le relevé « RoKo » offre uniquement l'image d'un sous-ensemble spécifique du secteur de la médecine ambulatoire pratiquée en cabinet médical dans le canton du Valais. Il n'y change rien à cet égard que la démarche de la CdM visait à éviter de « fausser l'appréciation par rapport à un cabinet standard habituel » (ch. F.4 d du mémoire de recours de la SMVS)."

- ❖ **Nouvel élément:** LE TAF ADMET DONC QUE L'ANALYSE ROKO VALAIS OFFRE UNE IMAGE D'UN 'SOUS-ENSEMBLE' SPÉCIFIQUE DU SCTEUR DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE PRATiquÉE EN CABINET MÉDICAL DANS LE CANTON DU VALAIS et relève aussi que la Caisse des Médecins s'est efforcée à éviter de 'fausser l'appréciation par rapport à un cabinet standard valaisan habituel' – qui justement devrait servir de base pour une fixation d'une VPT cantonale d'un cabinet extrahospitalier ambulatoire 'habituel' en Valais...

VIII. CRITIQUE DE LA MÉTHODE ROKO

“En définitive, sans remettre en cause qu'elle a été effectuée sérieusement à la suite d'une large sollicitation des médecins concernés, la documentation « RoKo » ne suffit pas à établir de façon fiable et transparente le coût des prestations fournies par les médecins pratiquant en cabinet médical dans le canton du Valais.”

➔ **LE TAF ADMET DONC LE ‘SÉRIEUX’ DE LA DÉMARCHÉ DE LA SMVS ET DE ROKO, TOUT COMME LE FAIT QUE ROKO OFFRE UNE IMAGE D’UN « SOUS-ENSEMBLE » SPÉCIFIQUE DU SECTEUR DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE PRATiquÉE EN CABINET MÉDICAL DANS LE CANTON DU VALAIS, MAIS N’ADMET PAS UNE REPRÉSENTATIVITÉ SUFFISANTE POUR LES MÉDECINS PRATiquANT EN CABINET MÉDICAL DANS LE CANTON DU VALAIS.**

❖ NOUVEAUX ÉLÉMENTS FOURNIS PAR LA SMVS :

Suite à cela, la Caisse des médecins a amélioré le modèle de calcul RoKo (Version 1 utilisé pour le calcul de la VPT en VS en 2015/2016) et a fait faire des calculs sur la base des données MAS obtenues par la SMVS auprès de l’OFS justement dans le but de valider / comparer les calculs émanant des données RoKo et/ou MAS de façon fiable et transparente :

1. Roko : Preuve de la «Représentativité» des données RoKo par la FHNW
2. Nouvelles données Roko avec participation plus grande
3. Développement de deux nouveaux modèles basés sur les données MAS qui ont été ‘statistiquement épurées’ par la FHNW
4. Tous les résultats montrent un même ordre de grandeur de la VPT résultante

2.1 Modèles des coûts de revient : brève introduction



- Nouveaux modèles de génération 3 et 4
 - Modèle de données individuelles basé sur Roko
 - Modèle de données individuelles basé sur les chiffres MAS corrigés par la FHNW
 - Modèle de valeurs moyennes basé sur les chiffres MAS corrigés par la FHNW
 - Série chronologique disponible dans chaque cas
- Fonctionnement du modèle
 - Déduction des données financières de tous les éléments non attribués au tarif Tarmed
 - Laboratoire
 - Médicaments
 - Matériaux
 - Détermination du taux de frais du cabinet = $VPT = \frac{[coûts]}{[points\ tarifaires\ générés]}$
- Pour plus de détails, nous vous fournissons volontiers les descriptions techniques des modèles respectifs

- ❖ Pour évaluer d'éventuelles distorsions/ biais dans l'échantillon RoKo VS, les calculs ont été faits en appliquant les pondérations y relatives calculées par des experts externes de la FHNW et aussi comparés avec les données obligatoires MAS pour les années 2017-2020.
- ❖ Résultats des analyses refaites par la Caisse des médecins et les experts de la FHNW :

2.2 Modèles des coûts de revient : résultats



■ Résultats :

- | | | | |
|----------------------|---------------|----------|-----------------|
| ■ Modèle MAS MED : | (2017 - 2020) | CHF 0.97 | |
| ■ Modèle MAS MOY : | (2017 - 2020) | CHF 0.98 | |
| ■ Modèle Roko MED* : | (2017 - 2021) | CHF 0.95 | (* non pondéré) |

■ Appréciation :

- Les trois valeurs du point calculées sont largement supérieures à la valeur actuelle du point de CHF 0.82
- La VPT calculée par le modèle MAS se base sur la collecte et la pondération des données effectuées par l'OFS ainsi que sur une correction des données effectuée par la FHNW et peut donc être considérée comme «représentative».
- Même une réduction du taux de frais médicaux de 122.34 (2015) au taux Tarmed de 107.81 (2003) entraîne une réduction de la VPT calculée dans le modèle MAS à CHF 0.92, ce qui reste toutefois largement supérieur à la VPT actuelle.

Qualité – Total Survey Quality

Remarque préliminaire

- La qualité est évaluée au **niveau des variables et des caractéristiques** et non pour un échantillon complet.
- Un échantillon peut très bien être qualitativement insuffisant pour un aspect partiel, mais bien représenter la population pour tous les autres aspects.

Total Survey Quality/ Total Survey Error

- Une multitude d'erreurs peuvent apparaître. On peut distinguer **deux types** d'erreurs (Biemer & Lyberg, 2003, p. 36)
 - **erreurs aléatoires**
 - **erreurs systématiques** (nonresponse error, frame error, measurement error etc.)

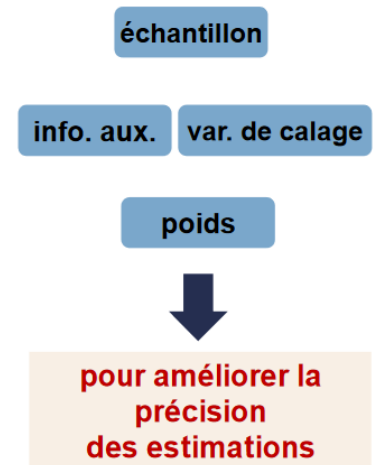
Les méthodes de calage (définition)

"Les méthodes de calage [...]

- permettent de **redresser un échantillon**,
- par **repondération** des individus,
- **en utilisant une information auxiliaire disponible** sur un certain nombre de variables, appelées variables de calage.

Les pondérations produites par ces méthodes assurent le calage de l'échantillon sur des totaux de variables quantitatives connus sur la population, et sur des effectifs de modalités de variables catégorielles connus sur la population. Elles permettent également **d'améliorer la précision des estimations** des totaux des variables d'intérêt bien corrélées aux variables de calage."

Source: O. Sautory (2018).
Les méthodes de calage,
INSEE



Conclusion

- Les méthodes de calage **permettent de redresser** l'étude RoKo.
- Les pondérations produites permettent également d'améliorer la précision des estimations des totaux des **variables d'intérêt bien corrélées aux variables de calage**.
- En passant, **l'Office fédéral de la statistique** a également utilisé les méthodes de calage pour redresser le "Relevé des données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires" (OFS, 2022).
- **L'effet du calage est très faible**. Il n'y a presque pas de différence si l'on calcule avec ou sans poids de calage.
- **L'enquête n'est pas biaisée**, comme le prétendent certaines institutions/acteurs.

 **Comment s'expliquer cette 'robustness' du modèle et des calculs par toutes ces différentes méthodes de calculs?**

Pourquoi la pondération a peu d'effet

- Un point de vue de technique tarifaire
 - Le taux de frais techniques des cabinets médicaux est homogénéisé par la structure tarifaire.
 - ergo également entre les spécialités
 - même si le Tarmed a pris de l'âge, ces relations ne changent pas si vite.
 - Le taux de coûts des prestations médicales est également homogénéisé, au moins depuis l'intervention du conseil fédéral en 2018.
 - Suppression de la valeur intrinsèque
 - Introduction du 00.0015

❖ Explication de la VPT valaisanne basse, vue par la CdM :

Mise en contexte de la VPT extrahospitalière VS actuelle



- La VPT actuelle
 - Correspond à un maintien du niveau de prix valaisan du siècle PASSÉ !
 - En vertu du principe de neutralité des coûts (directive du Conseil fédéral)
 - la valeur du point initial avait été simulée
 - pendant 12 mois, les coûts/assuré ont été comparés et la VPT régulée selon les principes de la neutralité des coûts.
 - Après la fin de la phase de neutralité des coûts, les sociétés cantonales ont été poussées vers la LeiKoV ('Leistungs-Kosten-Vereinbarung') (« volonté » politique).
 - LeiKoV était la poursuite d'une neutralité des coûts 'camouflée' et de la VPT qui y était calculée avec une évolution de croissance minimale (autour de 1%).
- CONCLUSION : La VPT Valaisanne actuelle n'est pas un pilier fiable sur lequel une nouvelle VPT devrait s'aligner - au contraire, la VPT actuelle n'a pas été déterminée selon des critères d'économie d'entreprise comme cela est exigé aujourd'hui (coûts de revient).

❖ Résumé de l'analyse des critiques du TAF contre le modèle Roko et réponses données par la Caisse des Médecins :

3. Analyse du Tribunal administratif fédéral



- ✓ Non représentatif (taux de participation trop faible en Valais : en général et aussi pour certaines spécialités) → Mandat à la FHNW
- ✓ Participation facultative
 - ✓ MAS : Participation obligatoire
 - ✓ RoKo : en Valais, participation facultative → La comparaison avec les résultats basés sur MAS montre que cela n'a eu qu'une influence minime et négligeable sur les résultats (et si c'est le cas, plutôt au détriment du corps médical)
- ✓ Auto-déclaration : qualité de la saisie non vérifiable
 - ✓ L'effet potentiel peut être négligé en utilisant des méthodes statistiques appropriées. En outre, il pourrait être vérifié au moyen d'un échantillon en publiant la comptabilisation de manière anonyme
- ✓ Pas de répartition des coûts selon la loi
 - ✓ Les modèles actuels se basent uniquement sur les revenus et les coûts de la LAMal (le reste est exclu)

De plus, MAS constitue aujourd'hui une deuxième source de données permettant de vérifier les résultats de RoKo

B. RAPPEL DE LA POSITION DE LA SMVS - CONCLUSIONS

nature

[Explore content](#) ▾

[About the journal](#) ▾

[Publish with us](#) ▾

[Subscribe](#)

[nature](#) > [comment](#) > article

COMMENT | 23 January 2018

Robust research needs many lines of evidence

Replication is not enough. Marcus R. Munafò and George Davey Smith state the case for triangulation.

[Marcus R. Munafò](#) & [George Davey Smith](#)

<https://www.youtube.com/watch?v=QvmeoY2XLqQ>

Convergence has other benefits.



- Multiple lines of evidence also help you find faulty lines of evidence.
- It is highly unlikely that different techniques from different disciplines would all reach the same flawed conclusion.



Afin d'éviter des biais par des erreurs méthodologiques, la SMVS a argumenté sur plus que 8 (!) argumentations indépendantes et de la part de leur méthodologie et au regard des bases de données utilisés, comme cela est recommandé dans des approches scientifiques « robustes ».

Bien que le TAF n'ait pas tenu compte de cet aspect fondamental et indispensable dans la situation actuelle où il est tout simplement impossible de « fixer correctement une VPT TARMED extrahospitalière ambulatoire valaisanne », sans aucune comparaison avec la VPT d'autres cantons ou de prestataires institutionnels du même canton, TOUTES les argumentations convergent vers le fait que la VPT extrahospitalière TARMED valaisanne devrait être à plus de 0.92 CHF.

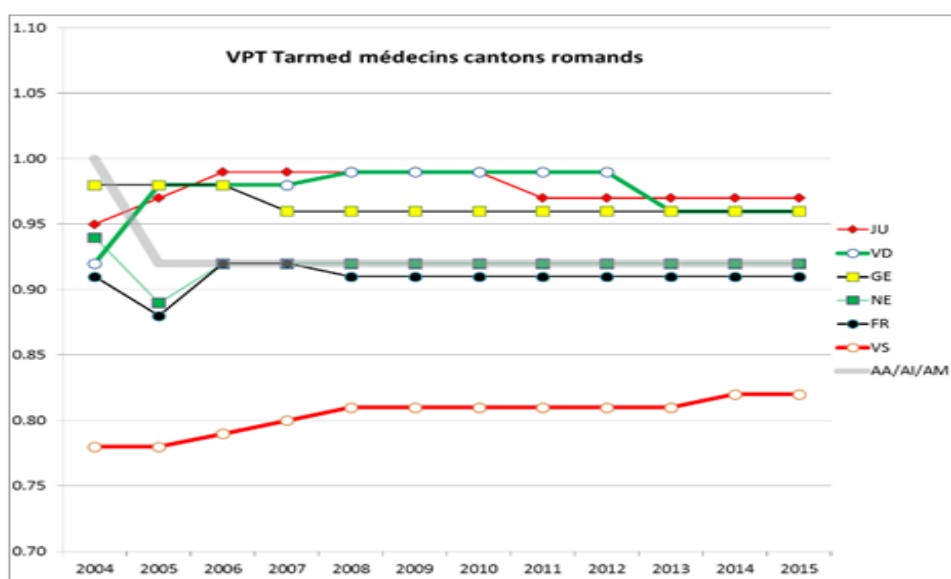
1) Erreur historique, dont le TAF ne tient pas compte, mais qui est connue quasiment de tous les partenaires contractuels :

Comme le fait remarquer la Caisse des médecins, la VPT valaisanne a été fixée trop basse en 2004/05 lors de l'introduction de TARMED qui visait à uniformiser les facturations ambulatoires en Suisse.

La VPT VS a été estimée initialement suite à une **expertise d'Ernst & Young en 2000**, basée sur des analyses qui ont duré 1 mois (52 médecins participant) comparant l'ancien GRAT au TARMED en 1999 (24.5.-21.6.1999). Les évaluations s'étaient faites sur une version différente de TARMED (version Beta 3). Par contre dans la version définitive TARMED introduite, les dernières 5 minutes ont été comptabilisées à 2.5 minutes au lieu des 5 minutes des versions précédentes. Sous 4.4 (p.10 du rapport final de février 2000) est écrit : 'Substituer systématiquement une des prestations de 5 minutes suivantes en dernières 5 minutes aurait augmenté la valeur de point. En substituant pour chaque visite une des prestations supplémentaires ... **la valeur moyenne du point serait de CH 0.819** (= CHF 0.82 !). Suite à des spéculations que l'introduction de TARMED aurait un « effet inflationniste », les experts ont néanmoins recommandé une VPT de départ de 68 ct seulement (en indiquant une fourchette de 68-77 ct) – qui a nécessité des négociations dures de la part de la SMVS pour partir à 0.78 CHF en 2004 ...

Il était aussi relevé sous point 7) Indexation : « **Etant donné que l'étude s'est déroulée en été 1999, le problème de l'indexation pour l'an 2000 ou 2001 devra encore être discutée entre les partenaires conventionnels** ».

Liée à la « Leikov » (Leisten-Kostenvereinbarung) qui analysait le renchérissement des prestations en pourcentage comparé à l'évolution CH partant d'un volume et une marge d'évolution des coûts définie, contrairement à la VPT ambulatoire hospitalière qui a été massivement corrigée en une seule année (de 12 ct de 2005 à 2006 !), la VPT extrahospitalière a été cimentée pendant quasiment 10 ans – et le « rattrapage » de médecins spécialistes dans les années suivantes ainsi que des transferts stationnaire-> ambulatoire, tout comme l'attribution de coûts de programmes de préventions cantonaux dans le pool tarifaire ambulatoire extrahospitalier valaisan ont retardé artificiellement une correction qui aurait dû avoir lieu dans les années 2006/7 déjà.



Cette « **anomalie** » valaisanne a prétérité le développement du domaine ambulatoire extrahospitalier au profit d'un développement majeur du secteur ambulatoire hospitalier durant les 10 dernières années – ce qui nuit à une balance équilibrée et importante entre le domaine privé et public et a contribué à la 'sous-couverture' médicale importante en Valais que l'OBSAN a mis en évidence en 2022.

Ambulatoire hospitalier RSV :

2005	2006	2007
0.77	0.89	0.90

Par contre, dans le même laps de temps, la VPT de l'ambulatoire extrahospitalier n'a été adaptée que très faiblement : en 2006 (+ CHF 0.01), en 2007 (+ CHF 0.01), en 2008 (+ CHF 0.01) et en 2014 (+ CHF 0.01).

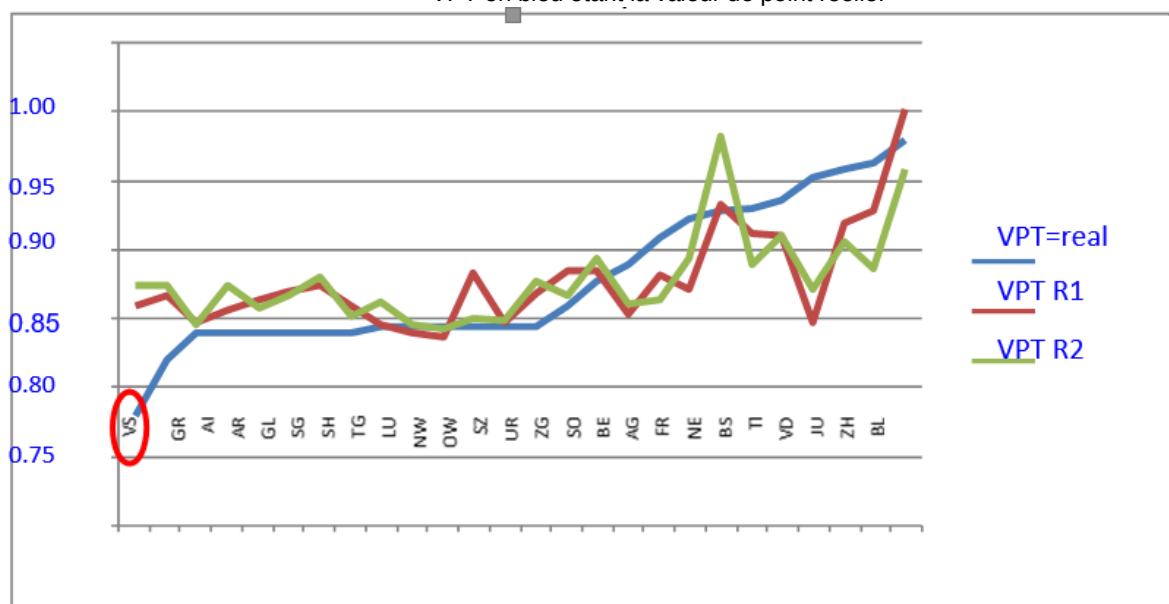
Ambulatoire extrahospitalier :

2005	2006	2007	2008
0.78	0.79	0.80	0.81

L'erreur manifeste de la VPT ambulatoire valaisanne trop basse a été documenté aussi de façon absolument indépendante par le **Contrôle Fédéral des Finances fédéral en 2010:**

Les calculs effectués dans ce cadre en 2010 déjà montraient que la VPT VS devait être de CHF 0.08 à CHF 0.09 plus haute qu'elle ne l'était soit CHF 0.86 voir CHF 0.87 en 2004 déjà! Voici un graphique tiré de la [pièce 17, p. 36](#) (voir notre argumentaire déposé en août 2017) montrant les résultats des calculs de régression effectués par rapport à la situation de 2004 :

- VPT R1 = calcul de la VPT par régression mathématique incluant la corrélation avec le coût par assuré de la période précédente.
- VPT R2 = Valeur de point calculée par régression en considérant la corrélation avec la densité médicale.
- VPT en bleu étant la valeur de point réelle.



2) Autres approches développées par la SMVS dans son argumentaire :

2. Méthode d'évaluation des coûts sous l'angle de la transparence RoKo
3. Méthode comparative : adéquation entre la VPT extrahospitalière et hospitalière.
4. Méthode comparative d'évaluation des coûts sous l'angle de l'efficacité (données NAKO – comparaison Suisse/ Suisse-Romande, charge de travail, nombre de patients traités ; vieillissement au-dessus de la moyenne CH des patients VS depuis 2015, qualité de survie tumeurs VS OVS...)

5. Méthode comparative : « benchmark » avec les autres cantons qui n'ont pas de dispensation médicamenteuse
6. Méthode comparative : « benchmark » avec les tarifs LAA / LAI
7. Méthode du renchérissement
8. Méthode prévue par la CPP/LeiKoV

Malgré les négociations bloquées, la pénurie médicale, le manque de reconnaissance, **les médecins valaisans se sont engagés à fond dans la gestion du COVID – centres d'investigations, mesures d'hygiène renforcée dans tous les cabinets, campagne de prévention, vaccinations des patients à risques...** Le VS était un des premiers cantons à vacciner dans les cabinets dès janvier 2021 (plus de 300 médecins participants !!) et un des seuls cantons où les médecins ont maintenu leur engagement au-dessus de la moyenne nationale (voir données OFS MAS 2020/2021). Cela a eu un fort impact sur une baisse des hospitalisations et les coûts dès mars 2021 – les personnes âgées pouvant sortir des EMS et recevoir des visites (2^e canton de Suisse, malgré la forte circulation du virus du COVID !). L'engagement des médecins VS a fortement contribué à éviter une montée des coûts de la santé en 2021/2022 en rapport avec le COVID qui ont augmenté moins que la moyenne Suisse alors que le VS était quasiment toujours entre les 3 -5 cantons les plus touchés par la pandémie en Suisse. Du temps de la LeiKoV, cela aurait été 'récompensé' par une augmentation de la VPT...

En mettant sur pied la **fondation HANOW dès juin 2022 dans le Haut-VS**, au coût de milliers d'heures de travail bénévole et non-rémunéré – qui a **économisé beaucoup d'argent aux assurances Haut-Valaisannes par rapport aux consultations aux urgences hospitalières...** alors que cette structure n'était pas finançable sous la gestion du SZO.



Malheureusement, aucun partenariat avec les assureurs n'a pu se faire – malgré de nombreux contacts mail/ rencontres, entre autres pour **promouvoir des projets de prévention communs – comme 'unis pour la santé' – qui aurait pu prévenir les urgences débordées et les nombreuses consultations médicales et personnes malades l'hiver passé et au-delà...**

Pour illustrer les économies qui auraient été possibles par une campagne forte commune visant à une modification solidaire du comportement des gens malades et de notre population 'post-COVID' :

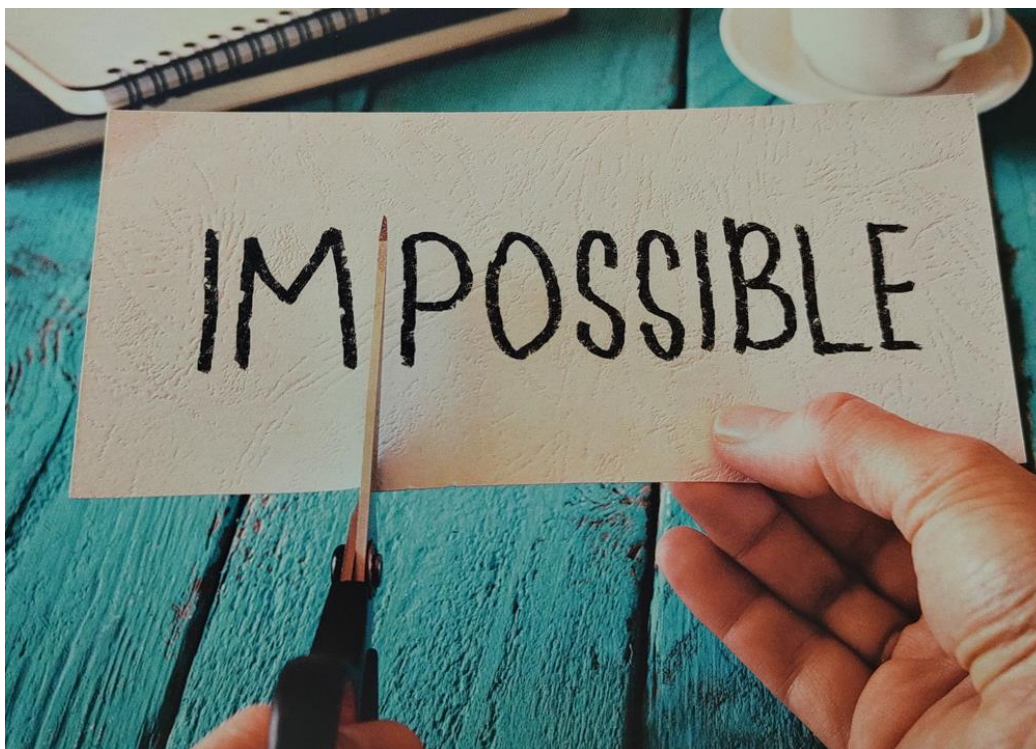
Urgences avec symptômes infectieux transmissibles (= qu'on pourrait prévenir en grande partie par des modifications de comportement simples) qui ont rempli non seulement les salles d'urgences mais aussi fait déborder de nombreux cabinets :

Au HANOW (Hausarztnotfall Oberwallis) du 01.11.2022 – 28.02.2023, donc sur 120 jours : 1120 sur 2777 consultations urgentes = 40.33% maladies infectieuses transmissibles sur tous les diagnostics dans ce laps de temps. Coûts directs

uniquement pour le HANOW: **179'126.43 CHF**. Vous pouvez aisément analyser et comparer les coûts 'infectieux' de ces derniers mois dans vos données de facturation et constater que **l'impact d'une campagne commune aurait été significatif pour empêcher l'augmentation des primes en discussion actuellement !**

Comme vous le savez, la SMVS a invité tous les assureurs-maladies à reprendre un partenariat constructif, pour développer des projets de collaboration interprofessionnelle et de prévention dans le cadre du masterplan pour la médecine ambulatoire (indépendante) en Valais qui bénéficie d'un **grand soutien politique** (Grand Conseil) et correspond à **un souhait de notre population qui a signé (>12000 signatures depuis mi-février 2022) la pétition y relative** <https://www.smvs.ch/fr/Politique-et-medias/Actualite/Petition/Petition-pour-des-soins-medicaux-ambulatoires-de-qualite-pour-tous/> **qui demande aussi une correction rapide**

de la VPT ambulatoire extrahospitalière au min. au niveau de la VPT ambulatoire hospitalière actuelle, mais en même temps la mise en route d'une nouvelle culture de littératie des données afin d'éviter des situations de blocages inutiles et délétères pour tous, comme ce que nous venons de vivre depuis 2017.



La SMVS vous invite donc, dans cette réunion de « pointe » de la dernière chance, d'accepter un compromis pour corriger rapidement la VPT ambulatoire VS à une valeur de CHF 0.87 qui se situe exactement au milieu entre CHF 0.82 et 0.92, malgré le fait que nous soyons convaincus que, sur la base des données elle devrait être nettement plus haute – d'autant plus dans la situation économique actuelle.

Permettons ainsi ensemble au Valais de lancer une étape importante dans son masterplan, par une correction indispensable d'une des mesures-cadres (entre autres à venir) :

- Préparer plus sereinement l'introduction d'une nouvelle structure tarifaire TARDOC en 2025 qui soit viable même en Valais
- Permettre une VPT qui facilite une relève de qualité dans le domaine ambulatoire extrahospitalier
- Permettre de valoriser le travail de notre personnel dans nos cabinets
- Permettre une collaboration avec participation financière des caisses-maladies à différents projets-qualité moyennant des pools communs en lieu et place de rétrocessions individuelles depuis 2017 (les médecins VS ont renoncé à des rétrocessions individuelles au bénéfice de tels pools communs pour p.ex. favoriser la digitalisation, formation des assistantes médicales, financement d'activités déléguées d'AM et projets communs p.ex. dans la prévention ostéoporose etc...).
- Développer une véritable culture et politique de la santé commune, partenariale, interprofessionnelle et basée sur la littératie des données qui implique la population et les patients en lieu et place d'une politique des coûts de la santé qui ne nous permettra pas d'anticiper et d'aborder les défis majeurs qui nous attendent.

Rendons ensemble cette mission impossible – possible – avec un peu de « data literacy », de bon-sens et de bonne volonté !

Au nom de la Société Médicale du Valais – MERCI !

Sion, le 18.6.202

Dr. med. Monique Lehky Hagen, Présidente SMVS
executive MBA focus healthcare

