

Rapport et décisions prises à la Chambre médicale extraordinaire du 2 février 2000

F.-X. Deschenaux, secrétaire général de la FMH

Cette séance extraordinaire de la Chambre médicale suisse a été consacrée exclusivement à discuter et trancher des propositions concernant la structure tarifaire TarMed, le tarif médical AA/AM/AI, ainsi que la procédure décisionnelle pour l'introduction de ladite structure dans les tarifs cantonaux de la LAMal.

La séance s'ouvre à 9h40, sitôt constaté que le quorum est atteint. *Le président, le Dr H. H. Brunner*, informe l'assemblée que deux invités assisteraient aux débats, le Dr M. Ganz, président de l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées (ASMI/SVBP), ainsi que Maître F. Bernath, secrétaire général de la Foederatio Medicorum Scrutantium (FMS). *Le président* obtient tacitement de la Chambre la permission pour ces deux invités de pouvoir prendre la parole. Il est par ailleurs fait état de ce que quelques propositions sont parvenues après le délai qui avait été imparti et qu'il n'a plus été possible de les faire figurer dans la documentation remise aux délégués; les discussions menées avec les auteurs de ces propositions ont permis de constater que soit elles se recoupaient avec d'autres propositions retenues qui nous étaient parvenues dans les délais soit qu'elles ne posaient pas de problèmes et pouvaient être intégrées dans la discussion. *Le président* prévient également à l'avance les délégués de ce que les opérations de vote sur la structure tarifaire alpha 2.2 prendront place au plus tard à 15h30, quel que soit le stade atteint par les délibérations.

Après qu'il fut procédé à la désignation des six scrutatrices et scrutateurs, on entre dans le vif du sujet.

1. Mise au point des conditions statutaires pour une éventuelle votation générale

Le président fait état de l'information écrite adressée aux délégués quant à la composition de cette Chambre médicale extraordinaire ainsi que sur l'éventuelle votation générale et, comme personne ne demande la parole sur cet objet, constate que ces explications écrites ne sont pas contestées et qu'elles peuvent donc être considérées comme tacitement acceptées.

2. Aperçu de l'état des négociations et de la situation politique

Le président rappelle que le second semestre de 1999 a été mis à profit essentiellement pour la transposition du document bêta 3 dans les versions «alpha» de la structure tarifaire (aujourd'hui la version «alpha 2.2»). C'est au cours de ces travaux de transposition que certaines des propositions du surveillant des prix ont été prises en considération par les partenaires à la négociation. Ces travaux ont mobilisé d'importantes ressources en personnel, moyens financiers et en temps, ce dernier aspect expliquant la raison pour laquelle il fallut renoncer à la tenue d'une séance de la Chambre médicale en décembre 1999, comme initialement prévu. Des discussions intensives furent menées entre les partenaires sur des questions aussi cruciales pour l'avenir du tarif que le concept de la valeur intrinsèque des prestations («Dignität»), de la future gestion du tarif («handling») et des futures conventions qui vont prendre appui sur et autour de la structure tarifaire (tarif AA/AM/AI; convention entre le Concordat et la FMH sur les conditions d'encadrement de l'introduction de la nouvelle structure tarifaire dans les cantons). La neutralité des coûts a naturellement aussi occupé les partenaires, la question centrale sur cet objet étant celle de la valeur du point au moment de l'entrée en vigueur de la structure tarifaire. Autre point important débattu: l'organisation devant prendre le relais du TarMed, lequel n'a plus de raison d'être après l'aboutissement de ses travaux.

Abordant ensuite la question des études de terrain («Feldstudien») et des essais-pilotes («Pilotstudien»), *le président* tient à apporter des précisions qui lui paraissent indispensables. La notion d'étude de terrain est relativement ouverte et s'applique à des situations où les prestataires de soins opèrent des facturations selon le nouveau tarif, l'ancien tarif restant toutefois le seul applicable. De telles études ont déjà été et sont encore menées et sont susceptibles de livrer quelques renseignements utiles. En revanche, les essais-pilotes consistent dans l'application du nouveau tarif dans un cadre temporel bien défini; de tels essais n'ont de sens que si tous les acteurs (médecins de ville, médecins hospitaliers, cantons) y participent. Il avait été initialement prévu d'en effectuer dans certains cantons (8), mais il a fallu y renoncer faute de volonté de toutes les entités concernées et/ou faute de moyens financiers. Le TarMed a dû constater que de tels essais-pilotes n'étaient pas praticables et il n'y a donc aucun sens de vouloir en exiger.

Le président poursuit son exposé liminaire aux délibérations en appelant à la compréhension des délégués pour le fait que le Comité central attend d'eux qu'ils indiquent quelles doivent être les *positions à défendre par la FMH sur les points adjacents à la structure tarifaire* tels que la neutralité des coûts, les contrats encore à conclure et la position à adopter, le cas échéant, vis-à-vis de certaines instances étatiques, sans disposer pour autant de textes déjà mûrs pour une décision définitive.

Il est ensuite fait état par le *président* de ce qu'une *évaluation interne* a été effectuée sur le résultat des derniers pourparlers entre partenaires; cette évaluation a joué un grand rôle pour la rédaction finale de la version «alpha 2.2». Une évaluation externe est également prévue dont les conclusions nous seront remises avant longtemps et qui pourront être utilisées déjà pour la ronde de révision 2000 en ce qui concerne les facteurs faisant partie intégrante de la prestation technique, en particulier dans le milieu hospitalier. Le mandat devrait être confié à un institut étranger spécialisé dans les questions économiques, tarifaires et de gestion hospitalière.

Le *président* conclut cet exposé liminaire en donnant à comprendre en toute clarté que la décision qui est attendue aujourd'hui de la Chambre médicale n'est pas un vote sur la neutralité des coûts mais un vote sur la nouvelle structure tarifaire. Ce vote devra être clair, l'alternative étant «oui» ou «non», car un «oui mais» sera considéré comme un «non». Il rappelle que les délais légaux sont depuis longtemps dépassés et que tous les contrats (tarif AA/AM/AI, conventions cantonales, catalogue des prestations hospitalières) sont dénoncés. Cela dit, il est répété une fois encore que le vote sur la structure tarifaire n'empêche en aucune façon que soient données au Comité central et à sa délégation aux pourparlers des indications quant aux positions à défendre sur les importantes questions adjacentes encore ouvertes (neutralité des coûts, convention-cadre, etc.).

3. Concepts et conventions complémentaires au sujet de la structure tarifaire version «alpha 2.2»

Avant de passer à la discussion sur le concept de neutralité des coûts, la Chambre est amenée à se pencher sur une proposition du *Dr R. Streit*, *président de la Société des médecins du canton de Berne*, (n° 1 aux tractandums 3, 5 et 6) dont le 3^e paragraphe, s'il était accepté, équivaldrait à un renvoi général des concepts et conventions proposés aux suffrages des délégués sous les chiffres 3.1 à 3.7 de ce point 3 de l'ordre du jour et aurait pour conséquence logique que l'on passe immédiatement à la discussion du point suivant.

Le *Dr R. Streit* déclare représenter l'avis de nombreux membres en plaidant pour le rejet de textes autour desquels on n'a pas encore fini de négocier. Plus de mille positions attendent une révision cette année, deux chapitres sont en remaniement, les rémunérations des prestations chirurgicales et interventionnelles doivent encore être revues. Comment se lier dans un tel faisceau d'incertitudes se demande l'intervenant qui estime proprement irresponsable d'envisager le lancement d'une votation générale sur la structure tarifaire alors que nous sommes sous l'épée de Damoclès de par la neutralité des coûts et que la question de la rémunération pour la distribution des médicaments indépendamment de la marge commerciale (MUMA) n'a pas encore trouvé de solution. Le proposant craint qu'une acceptation de la

structure tarifaire alpha 2.2. sous de tels auspices n'ouvre tout droit la voie, via un budget global dont le danger n'est nullement écarté, au rationnement des soins dont les patients seront les premiers à pâtir. Il en appelle au sens des responsabilités des délégués et les invite à ne pas se laisser mettre sous la pression du temps.

Le *président* rétorque que la version «alpha 2.2» n'est pas aussi ouverte que le préopinant le laisse entendre. La plus grande partie est fixée et il ne reste que quelques centaines de prestations à l'acte méritant encore des corrections. Il y aura en outre lieu, avant l'entrée en vigueur de la structure tarifaire, de revoir la nomenclature pour la gynécologie et de procéder à une révision économique des instituts de radiologie. Quant aux propositions de la FMS, elles seront examinées à la lumière des données de la structure tarifaire TarMed, ce qui signifie qu'une fois d'accord sur les principes, les calculs peuvent s'opérer en quelques minutes. Voyons maintenant les conséquences qui découleraient de l'acceptation de la proposition du *Dr Streit*: plus de possibilité de procéder à une ronde de révision; plus de modèle FMS et probablement plus rien d'autre, sinon l'attente des décisions des instances officielles. Par ailleurs, le Comité central s'est efforcé d'intégrer dans sa propre proposition les propositions supplémentaires qui nous sont parvenues, comme la lecture de ladite proposition permet à chacun de s'en rendre compte. Au surplus, nous ne nous trouvons pas dans une guerre de position mais dans une guerre de mouvement et donc dans un processus évolutif dans lequel des améliorations substantielles ont déjà été obtenues.

Dans la discussion générale qui se développe alors, le *Dr W. Grete*, *président de la Société zurichoise de médecine*, donne à comprendre que l'on est réuni aujourd'hui non pas pour approuver un tarif définitif mais pour manifester notre intention de continuer à négocier. Cela ne pourra néanmoins se faire que si nous disons aujourd'hui un «oui» très clair à la structure tarifaire. Il importe que nous donnions ce message de confiance de la part du corps médical. Le *Dr Th. Schweizer*, *BE*, pour sa part, reconnaît que le tarif GRAT est une bonne chose, mais il ne voit dans la question de la neutralité des coûts qu'un véritable virus que nous laisserions implanter dans le système et qui, via les politiciens, conduira tout droit au rationnement des soins que nous repoussons. On passe alors au vote sur le 3^e alinéa de la proposition du *Dr R. Streit* («Les concepts et conventions présentés aujourd'hui, largement immatures, surtout le concept de la neutralité des coûts, sont rejetés»). Cette proposition est rejetée à une majorité évidente.

3.1 Position de la FMH face à la neutralité des coûts / Concept d'introduction (y compris la mise en application de la proposition Ramstein)

Cette question fait encore l'objet de discussions intensives et les délégués ont été mis en possession d'un document donnant l'état du dossier au 30 janvier 2000. Le *président* fait observer qu'il serait faux d'envisager cette question d'une façon unilatérale,

puisque cette notion offre également une protection vers le bas et que, de ce point de vue, les assureurs sont également liés, notamment dans le domaine de la LAMal. Le refus de la part de la FMH de voir la neutralité des coûts utilisée pour introduire un budget global par la bande a été fermement affirmé. On ne peut plus parler d'un budget global, dès lors que la valeur centrale retenue sera celle du coût par assuré. A cela s'ajoute que l'on s'achemine vers la définition d'un temps d'observation «raisonnable». Les assureurs comprennent avec nous qu'il s'agit d'introduire les nouveaux tarifs de telle sorte qu'ils ne conduisent pas à une augmentation des coûts per capita ni, dans l'intérêt des patients, à un rationnement des soins.

Le Dr U. Nägeli, président de la Société de médecine du canton de Glaris, expose alors les motifs de sa proposition (n° 2 ad tractandum 3.1) demandant que «dans la mesure du possible, la FMH doit s'efforcer d'obtenir que la valeur du point tarifaire dans le domaine de la LAMal soit uniforme lors de l'introduction ou, plus précisément, qu'elle se situe dans la marge +/- 4 % décidée lors de la séance de la Chambre médicale du 8 avril 1999». Depuis le moment où sa proposition a été déposée, son auteur constate que l'on s'est écarté de plus en plus de cette décision d'avril dernier, sous les pressions exercées du côté politique. En exigeant la neutralité des coûts, on pervertit l'idée même d'un tarif construit sur l'analyse d'économie d'entreprise. Le proposant, qui dit craindre une perte de solidarité au sein du corps médical, s'en tient pour sa part au principe que le même travail mérite le même salaire. C'est à se demander si l'on aurait déjà perdu confiance dans les mécanismes de correction introduits dans le TarMed pour éliminer de trop grandes différences. Par ailleurs, de grandes incertitudes subsistent encore dans des domaines annexes (MUMA, liste des analyses, etc.).

Le Dr H. H. Brunner fait observer que c'est la technique de négociations qui a seule conduit à ce que certaines matières furent mises entre parenthèses. S'agissant de la MUMA, la FMH et le Concordat sont tombés d'accord pour prendre la MUMA comme position tarifaire à l'intérieur de la structure tarifaire. Le problème ne réside toutefois pas – une fois de plus – chez les partenaires contractuels mais au niveau des autorités fédérales, où l'on discute encore pour savoir si la question de la distribution des médicaments doit être réglée au niveau de la loi ou dans le cadre d'une révision d'ordonnance d'application de la LAMal. Les décisions à ce propos n'ont pas encore été prises et tout laisse penser qu'elles ne seront pas prises cette année encore. Le président tient à ce qu'il soit inscrit avec la dernière netteté au procès-verbal que le Comité central considéré comme impensable, en raison de considérations tenant à la neutralité des coûts, que l'introduction des nouveaux tarifs puisse être envisagée sans que la question de la MUMA soit réglée (dont acte).

Une lance est encore rompue en faveur de la proposition du Dr Nägeli par sa consœur, le Dr C. Hefti, GL, qui évoque les difficultés rencontrées aujourd'hui

déjà pour trouver des médecins suisses désireux de reprendre des cabinets médicaux favorablement situés dans son canton. Le TarMed ne devrait pas conduire à aggraver encore le manque d'attractivité des régions périphériques.

Le président constate que la proposition (n° 5 ad tractandum 3.1), déposée par le Dr F. Hasler, président de la Société de médecine du canton des Grisons, est très proche de la proposition du Dr Nägeli et suggère qu'elle soit donc traitée simultanément. Le Dr Hasler ne s'y oppose pas en relevant que sa propre proposition, comme celle du Dr Nägeli et celle du Comité central postulant une convergence à terme vont dans la même direction. Un autre motif plaidant pour un rétrécissement de la fourchette de la valeur du point, voire pour un tarif fédéral, est avancée par le Dr M. Röthlisberger, GR, qui évoque la fréquence avec laquelle les médecins d'un canton sont amenés à traiter des patients d'autres cantons.

C'est ensuite au tour du Dr Bl. Bourrit, président de l'Association des médecins du canton de Genève, de motiver sa proposition (n° 3 ad tractandum 3.1) demandant en substance que la Chambre médicale doit refuser le TarMed si le concept de neutralité des coûts devait être maintenu de façon à constituer un budget global. Le proposant comprend jusqu'à un certain point que les assureurs cherchent à éviter que l'introduction du tarif ne provoque une augmentation des coûts, mais c'est la neutralité à long terme ou en d'autres termes le maintien dans la durée d'une enveloppe contraignante qui fait problème. Si les Genevois sont prêts à accepter le TarMed en tant que structure tarifaire, ils refusent une neutralité des coûts, même sur cinq ans.

Le président H. H. Brunner est amené à fournir ici plusieurs précisions et considérations sur les subtilités d'une négociation complexe sur lesquelles il paraît nécessaire de garder une certaine discrétion dans le cadre de la présente recension. Relevons simplement que le concept de neutralité des coûts dans la version 5.0 qui avait été rejetée par la Chambre médicale en juin 1999 n'est plus d'actualité et que c'est sur un autre texte que l'on continue actuellement les discussions, non pas au sein du TarMed, mais sur un plan bilatéral, directement avec les assureurs et sur la base de la version 4.0.

La dernière proposition (n° 4 ad tractandum 3.1) sur la question de la neutralité des coûts émane du Dr E. Steinmann, président de la Société de médecine du canton de Lucerne, qui illustre son propos en séance sur la base de feuilles projetées. Dans sa proposition en 5 points, l'auteur demande que «dans un laps de temps de 5 ans, les valeurs du point tarifaire des tarifs TarMed devront être unifiées jusqu'au point où les différences régionales et cantonales encore existantes ne reposeront plus que sur des particularités économiques régionales et cantonales reconnues» (point 1). L'auteur prévoit à cet effet au point 2 de sa proposition que «dès l'introduction des structures tarifaires, la valeur du point des prestations techniques doit être fixée uniformément pour l'ensemble de la Suisse et n'être adaptée par la suite que dans la me-

sure où la situation économique l'exige d'un point de vue de gestion d'entreprise. Des modifications sont exclues dans le cadre de la neutralité des coûts». Les trois derniers points de la proposition préconisent une clause particulière pour les médecins ne pouvant facturer que la prestation médicale, l'étude de la faisabilité d'un «réseau» pour 14 à 16 cantons ayant une structure de coûts similaires et enfin, que la FMH soit chargée de veiller à ce que le principe d'une valeur du point uniforme soit appliqué à tous les domaines d'activité de la profession.

Le proposant est guidé tant par le souci que les trop grandes disparités de la valeur du point aux niveaux régional et cantonal ne torpillent l'idée initiale du GRAT que par celui de ménager un temps d'adaptation raisonnable jusqu'à ce que la convergence préconisée puisse se réaliser.

Le président H. H. Brunner fait observer qu'il serait sans doute irréaliste de vouloir réaliser la convergence au départ de l'introduction du tarif sauf à susciter des tensions majeures au sein du corps médical et de la FMH et à créer des problèmes insurmontables à nombre de caisses-maladie. Les oppositions politiques à une telle convergence sont aussi connues de tous, à tout le moins sur le court terme. Une concrétisation de cette idée à plus longue échéance est en revanche concevable. Il faudrait alors procéder à une redistribution par étapes et choisir si l'on veut opérer sur les composantes de la prestation technique ou de la prestation médicale. Tels sont les points à aborder dans la discussion, conclut-il.

La discussion générale est alors ouverte, d'abord par le Dr W. Grete, ZH, qui fait valoir que les solutions libérales, plus souples, sont à préférer à des solutions centralisatrices. Ce n'est ni à Berne ni à Soleure que se trouvent nos alliés, mais bien dans chacun de nos cantons, à commencer par les cantons eux-mêmes, en leur qualité de responsables du bon fonctionnement de leurs hôpitaux. Le président de la Société vaudoise de médecine, le Dr D. Laufer, soutient le précédent intervenant, faisant observer que les médecins sont les seuls à savoir ce qu'ils gagnent (et gagneront) alors que ce ne seront que des études de terrain détaillées qui seront à même de définir l'évolution des coûts dans l'avenir. Les coûts ne sont pas uniquement déterminés par les médecins, mais également par les hôpitaux, les polycliniques et le comportement des patients. Les choses doivent se régler, au début tout au moins, dans les cantons. Cela dit, l'intervenant soutient dans un deuxième temps l'initiative du Dr Steinmann pour que le Concordat puisse demander des explications rationnelles sur les différences de coûts persistantes d'un canton à l'autre; une période de 5 ans paraît raisonnable pour procéder à d'éventuelles adaptations, y compris pour trouver une solution au lancinant problème de la pharmacie.

Le Dr J. Ammann, de la Société suisse de chirurgie et président de la FMS, pense que la discussion devient oiseuse, dans la mesure où l'on dispose maintenant d'un avis de droit dont les conclusions ont été validées par d'éminents juristes. Ce sont bien les can-

tons qui, de lege lata, ont seuls la compétence d'approuver les conventions sur la valeur du point LAMal sur leur territoire. Le Dr H. H. Brunner n'ignore pas ces considérations mais fait remarquer que l'on ne peut pas liquider le problème aussi facilement, notamment parce que le Conseil fédéral a la compétence de se prononcer sur le fond en cas de procédure de recours dans un canton. Le Dr E. Steinmann, LU, en appelle une nouvelle fois à la solidarité, tandis que le Dr R. Streit, BE, voit dans les thèses qui s'affrontent ici un argument supplémentaire pour nourrir ses craintes précédemment exprimées. Il redoute en particulier que l'indispensable clause du «ceteris paribus» ne tombe si la phase d'introduction neutre devait être ramenée à un an comme le postule le Comité central au chiffre 3 de sa proposition n° 1 au point 3.1. Nous ne devons donc rien accepter sans possibilité d'apporter de correction. Pour le Dr A. Haefeli, président de la Société de médecine du canton d'Argovie, nous sommes placés devant le dilemme neutralité des coûts ou budget global. Ce dilemme ne peut être résolu que si la phase d'observation de la neutralité des coûts est aussi courte que possible et les instruments pour la mesurer raisonnables; c'est cela qui doit être l'objet de nos négociations avec les assureurs. Après avoir encore évoqué quelques arguments qui lui paraissent bien augurer d'une telle négociation, l'intervenant vient à la proposition du Dr Steinmann postulant la convergence des valeurs de points. En tant que président du groupe de travail des sociétés cantonales de médecine, le Dr Haefeli estime que la Chambre médicale ne devrait pas imposer aux organisations cantonales des injonctions qu'elles ne peuvent ni ne veulent suivre. Un délai de 5 ans paraît raisonnable sur le papier pour réaliser la convergence, mais cela signifierait pour nombre de confrères et consœurs, dans de nombreux cantons «chers» qui ne sont de loin pas tous sis au bord du Léman, un bouleversement des structures et des habitudes propre à engendrer une vraie révolution. Le Dr R. Nyffeler, président de la Société de médecine du canton de Fribourg, fait remarquer que la structure tarifaire unique inscrite dans la loi a surtout pour raison d'être de pouvoir contrôler les coûts. Nous devons donc être bien conscients que si nous n'avons pas la possibilité d'analyser nous-mêmes nos structures de coûts, nous serons dans l'impossibilité de négocier nos valeurs de points et justifier les coûts que nous engendrons.

La discussion générale étant terminée avec cette dernière intervention, le président H. H. Brunner procède maintenant à la liquidation des différentes propositions ayant trait à la proposition n° 1 du Comité central au point 3.1 avant de pouvoir voter sur ladite proposition. Il fait observer aux délégués que le Comité central s'est efforcé d'inclure dans sa propre proposition nombre de propositions déposées. Il attire particulièrement leur attention sur le chiffre 2 de la proposition du Comité central («La Chambre médicale déclare que la structure tarifaire TarMed – actuellement version alpha 2.2 – ne prendra effet dans les tarifs que lorsqu'un accord contractuel concernant la neutralité des coûts lors de l'introduction des tarifs

aura été trouvé entre les assureurs compétents, d'une part, et la FMH, d'autre part.») en faisant observer que la Chambre médicale ne saurait exiger aujourd'hui davantage. Le second point sur lequel la Chambre médicale devra se prononcer est celui de savoir si elle veut ou non la convergence selon la proposition du Dr Steinmann. Le président attire l'attention des délégués sur le fait qu'avec un délai de 5 ans, on pourrait bien devoir enregistrer l'entrée en vigueur des accords bilatéraux qui, avec la tendance uniformisatrice que l'on sait, pourrait conférer aux décisions que nous prenons aujourd'hui le caractère de pure maculature. On devrait donc demander s'il ne conviendrait pas à tout le moins d'étudier la possibilité d'une convergence, ce qui est également envisagé au point 3 de la proposition du Comité central. Point important à ajouter à la proposition du Comité central: celui de la rémunération pour les prestations ayant trait à la distribution des médicaments (MUMA). Sous ces conditions et pour autant que l'on ajoute, pour les cantons qui ne l'ont pas encore, la liste des analyses ainsi que le demande le Dr R. Nyffeler, FR, le Dr U. Nägeli, GL, se dit prêt à fonder sa proposition n° 2 ad tractandum 3.1 dans la proposition du Comité central, puisqu'on aurait ainsi la garantie que le Comité central s'efforcera de faire passer le principe de la convergence dans un certain laps de temps. Le Dr H. H. Brunner donne l'assurance qu'après étude de la question, celle-ci sera mise sur la table des négociations avec le Concordat. Le Dr F. Hasler, GR, se rallie pour sa part à l'idée exprimée par le Dr U. Nägeli pour ce qui concerne sa propre proposition n° 5 ad tractandum 3.1.

On passe alors au vote sur la proposition n° 3 ad tractandum n° 3.1 déposée par le Dr Bl. Bourrit, GE, et qui a été présentée ci-dessus. Ladite proposition est rejetée à une forte et évidente majorité.

La proposition n° 4 ad tractandum 3.1, déposée par le Dr E. Steinmann, LU, est ensuite mise au vote. Elle est également rejetée par 91 voix contre 54. Le président commente ce vote en disant que celui-ci revêtait une valeur indicative, mais que la question de la convergence reste encore sur la table, conformément à ce qui a été dit précédemment.

On passe ensuite au vote sur la proposition n° 1 ad tractandum 3.1 du Comité central sur la neutralité des coûts, enrichie des éléments apportés en cours de discussion en ce qui concerne la MUMA et la liste des analyses de laboratoire. Cette proposition est acceptée par 151 voix contre 9.

3.2 Mise en application de la valeur intrinsèque qualitative et

3.3 Révision 2000

La parole est donnée au Dr M. G. Schwöbel, de la Société suisse de chirurgie pédiatrique, pour exposer sa proposition n° 2 ad tractandum 3.2 qui demande que «la mention «chirurgie pédiatrique» doit figurer sous les prestations particulières effectuées par les chirurgiens pédiatriques». L'auteur de cette proposition est conscient de ce qu'elle peut apparaître à d'aucuns comme une question de détail, mais elle revêt une va-

leur fondamentale pour sa société de discipline. Il fait valoir que la valeur intrinsèque qualitative «chirurgie pédiatrique» ne figure que 4 fois parmi les 4000 positions, toutes les autres positions étant noyées dans une position commune qui n'est pas suffisante; en effet, de nombreuses interventions relèvent exclusivement de la chirurgie pédiatrique et ces prestations sont perdues si elles ne sont plus que mentionnées implicitement dans un préambule. Par conséquent, les chirurgiens pédiatriques demandent que la possibilité leur soit laissée de vérifier dans toutes les positions s'ils pratiquent de telles interventions et d'y ajouter alors la mention «chirurgie pédiatrique». Le Dr H. H. Brunner, anticipant sur la proposition suivante n° 3 ad tractandum 3.2 présentée par la même société de discipline (qui demande un remaniement rédactionnel du chiffre 77 des interprétations générales), estime que les cas soulevés par le proposant dans ses deux propositions relèvent avant tout de la technique de la nomenclature; on a en effet cherché à simplifier les choses car il y avait peu de sociétés de discipline à part celle des chirurgiens pédiatriques qui avaient autant de prestations dans tous les chapitres et qu'il n'aurait pas été pertinent d'introduire des limitations. Il serait faux de voir là une quelconque déconsidération de l'activité des chirurgiens pédiatriques. Il n'y aura donc pas d'opposition, ni de la part du Comité central ni de celle du TarMed pour accepter ces deux propositions dans le cadre de la ronde de révision 2000. Malgré ces explications, le Dr Schwöbel tient à obtenir un vote de la Chambre sur ses deux propositions, afin d'établir en toute clarté que les chirurgiens pédiatriques ont bien les mêmes droits que les autres sociétés de discipline de la FMH.

On passe alors au vote, séparément, sur les propositions n° 2 et 3 ad tractandum 3.2. Ces deux propositions sont acceptées l'une après l'autre, à la quasi-unanimité.

Le Dr M. Battaglia, co-président de l'ASMAC, estime que l'on peut bien prendre connaissance des concepts présentés mais qu'il serait prématuré de les accepter d'ores et déjà alors que l'occasion n'a pas encore été donnée de discuter sur des résultats concrets, en particulier sur la question des droits acquis et du statut des porteurs de titres FMH par rapport à ceux qui n'en ont pas. La mise en application du concept de valeur intrinsèque est aussi importante pour les jeunes médecins que l'est celui de la neutralité des coûts pour les médecins établis. L'ASMAC peut donner son accord à la structure tarifaire, elle accepte le système du «work in progress» mais ne saurait donner son aval à un concept qui en est au début de son évolution, ce que le président conteste tout en concédant qu'il y a encore des mesures à prendre, notamment à titre transitoire.

Le Dr L. Dubs, président de la Société suisse d'orthopédie, constate que les deux propositions qu'il avait déposées dans les délais à propos du tractandum 3.2 n'ont pas trouvé grâce dans le texte de la proposition du Comité central; il annonce qu'il reprendra les dites propositions dans le cadre de la discussion concernant la ronde de révision 2000, dès lors

que sont en jeu, notamment, des erreurs de systématique dans la mise en application de la valeur intrinsèque («Dignität»).

Après que le *président* ait tenu à préciser que toutes les fautes, corrigibles sans autre, ne procèdent pas nécessairement de quelconques machinations ou volonté d'arbitraire, on passe au vote sur la proposition du Comité central n° 1 ad tractandum 3.2. Cette proposition en trois points demande en substance à la Chambre de prendre connaissance du concept «Application de la valeur intrinsèque qualitative» du 23 décembre 1999 et de l'approuver sous réserve de la concrétisation des propositions transmises lors de la Conférence des présidents du 13 janvier 2000. Au surplus, le Comité central devra informer régulièrement la Chambre sur l'application de ce concept et veiller à une protection rigoureuse des données, en particulier à ce qu'aucune banque de données électroniques contenant des informations sur les membres ne tombe aux mains de tiers. Cette proposition est acceptée à une très forte majorité.

La proposition n° 1 au tractandum 3.3, déposée par le Dr R. A. Steiner, président de la Société suisse de gynécologie et obstétrique, demandant que l'on définisse, avec les sociétés de disciplines chirurgicales, un secteur «salle d'opération du cabinet médical» qui ne soit pas étranger à la pratique privée est acceptée à une majorité évidente, d'autant plus que le président H. H. Brunner l'avait acceptée au nom du Comité central.

On passe ensuite à la proposition n° 2 ad tractandum 3.3 déposée par le Prof. T. Ruedi, président de la Société suisse de chirurgie, et présentée en séance par le Dr J. Ammann. Cette proposition, appuyée par la FMS, demande en substance que l'on fixe contractuellement entre tous les partenaires que les résultats de la ronde de révision 2000 soient ajoutés à la structure tarifaire TarMed. L'intervenant voit dans l'acceptation de cette proposition une façon d'apaiser les craintes exprimées en début de séance par le Dr R. Streit. Le Dr H. H. Brunner, au nom du Comité central, accepte ladite proposition. Il signale que la ronde de révision 2000 fait partie de la structure tarifaire, que cela sera prévu dans le contrat-cadre avec le Concordat et qu'enfin le calendrier des négociations sera fixé, après cette séance, avec nos partenaires.

3.4 Structure de l'organisation qui succédera à la Commission TarMed

Le Dr P. Neidhart, de la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation, présente la proposition n° 2 ad tractandum 3.4 de son confrère le Dr Meister. Ladite proposition tend au rejet de «la convention TarMed (y compris les statuts et le règlement d'organisation de l'Association TarMed)». Les proposant estiment que la forme juridique de l'association ne se prête pas à une organisation telle que le «TarMed», car le membre d'une association peut toujours la quitter, que les rapports de voix risquent de s'opérer au détriment de la FMH et que l'on semble vouloir mélanger allègrement droit contractuel et droit des associations.

Le président déclare sans ambages qu'il devra s'opposer à cette proposition, car la formule qui a été retenue, après des mois de discussions, est la moins mauvaise, après que la forme d'une société simple ait dû être définitivement abandonnée. Par ailleurs, les décisions devant se prendre à l'unanimité, le danger d'une mise en minorité est tout relatif.

Après ces explications, la proposition n° 2 ad tractandum 3.4 est mise au vote et est rejetée à une grande majorité.

On passe alors à la proposition n° 3 aux tractandums 3.4, 3.5, 6 et 7 présentée par le Dr J. P. Jenny, de la Société suisse d'ophtalmologie, qui tend à modifier les statuts de la nouvelle organisation TarMed et le texte des conventions TarMed afin, d'une part, (a) qu'un membre de chaque discipline médicale concernée puisse siéger au comité aux côtés du délégué de la FMH et que, d'autre part, (b) le membre de la société de discipline médicale concernée par une question tarifaire puisse bénéficier du même droit de vote et des mêmes compétences que le membre de la FMH. Le proposant y verrait une garantie de plausibilité contre certaines aberrations comme sa discipline a dû en enregistrer au cours des négociations.

Le Dr H. H. Brunner pense que le volet (a) de la proposition n'est guère envisageable; il ne s'oppose en revanche pas au volet (b) concernant les délégations. Les délégués se rallient à cette façon de voir, puisqu'ils refusent à l'unanimité le volet (a) alors qu'ils acceptent à une forte majorité le volet (b).

On passe alors à la proposition du Comité central n° 1 ad tractandum 3.4 dont il convient de donner le libellé pour l'intelligence de ce qui va suivre.

- «1. La Chambre médicale prend connaissance de l'état des négociations concernant la nouvelle organisation TarMed et y donne son approbation.
2. Le CC est chargé d'appliquer dans les négociations en cours les décisions prises par la Chambre médicale concernant la nouvelle organisation TarMed. Il doit en particulier veiller à l'adoption du principe de la prise de décision à l'unanimité.
3. Les moyens nécessaires au financement de la nouvelle organisation TarMed doivent être définis entièrement et de manière exhaustive par la Chambre médicale dans le cadre des débats ordinaires sur le budget pour l'année suivante.
4. Sous réserve que les points 2 et 3 soient accomplis, le CC est investi du pouvoir de conclure les conventions nécessaires».

Le Dr R. Streit, BE, propose de supprimer le chiffre 4 ci-dessus, estimant que c'est au législatif et non pas à l'exécutif de conclure les conventions. Le président H. H. Brunner s'oppose à cette proposition, en faisant valoir que ces conventions sont pratiquement bouclées et que l'on attend plus que leurs annexes; il faut se garder, par un excès de méfiance, de freiner inutilement la constitution de la nouvelle organisation. Par ailleurs et à propos du chiffre 3 ci-dessus, il est précisé par la bouche du président au Dr F. Bossard, président de la Société suisse de radiologie médicale, que le budget pour la première année

devrait se situer entre 150 000 et 200 000 francs au maximum.

Après quelques escarmouches sur le bien-fondé d'une décision immédiate sur ce budget, *on passe au vote sur la proposition du Comité central*, en procédant en deux temps. Dans un *premier vote*, les délégués *rejetent la proposition du Dr R. Streit* (suppression du chiffre 4) à une majorité évidente. Dans un *second vote*, les délégués *acceptent* à une majorité évidente *la proposition intégrale du Comité central*.

3.5 Structure de la délégation de la FMH aux négociations et façon de procéder

La proposition en 4 points déposée par le *Comité central* (n° 1 ad tractandum 3.5) tend à faire avaliser par la Chambre le concept «Structure du Service tarifaire/délégation aux négociations» (1), elle prévoit (2) que «la délégation aux négociations chargée de la nouvelle tarification des prestations chirurgicales et interventionnelles selon le modèle de coûts FMS du 6.12.1999 sera composée comme suit:

- direction par le délégué du Comité central
- 7 membres nommés par la FMS
- 2 membres nommés par le Collège de médecine de premier recours (CMPR)
- 1 membre nommé par la Foederation Medicorum Curantium (FMC)».

La proposition demande au surplus (3) que «la révision 2000 soit transmise à la délégation aux négociations de la nouvelle organisation TarMed» et que «prennent part à toutes les négociations et mises au point, avec tous les droits et devoirs, au maximum trois délégués de la société de discipline médicale compétente/soumettant la proposition, à la charge de cette dernière» et prévoit (4) que les 10 membres du conseil consultatif des sociétés de discipline médicale seront élus à la Chambre médicale de juin 2000.

Le *Dr B. Meister, président de la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation*, se voit offrir l'occasion de présenter, en paroles et en graphiques, les causes profondes ayant conduit à l'élaboration du modèle de coûts FMS. Il illustre par des exemples parlant certaines des insuffisances de la structure TarMed et esquisse quels pourraient être les moyens d'y remédier et d'empêcher que les médecins agréés ne finissent tout simplement par disparaître, ce dont les patients ne tarderont pas non plus à pâtir. Le souci d'éviter une fracture au sein du corps médical postule pour que cette proposition soit acceptée, conclut l'intervenant.

Le *président* se réfère à des communications antérieures qui, déjà, faisaient ressortir que la rémunération et la pondération d'une partie des prestations interventionnelles et chirurgicales étaient tout sauf optimales, en particulier pour nombres d'interventions affectées d'un coefficient de valeur intrinsèque inférieur. Ce problème a été progressivement reconnu par les négociateurs et la volonté existe, chez les assureurs également, d'y apporter remède. Il convient de souligner que le modèle FMS offre une base valable pour procéder à ces corrections, notamment

parce qu'il opère avec des éléments de la structure TarMed, ce qui, techniquement, est un grand avantage. D'autre part, comme les médecins de premier recours demandent que, si la Chambre se décidait pour la variable du coefficient de valeur intrinsèque «1.2», cette solution soit limitée dans le temps et remplacée à terme par un autre modèle, cet autre modèle pourra (et même devra) être repris par la nouvelle pondération qui résultera des négociations sur le modèle FMS. Enfin on relèvera qu'il y a une volonté évidente de compenser un déséquilibre – identifié et défini – qui s'est introduit, au détriment de la pondération des prestations invasives et opératoires, au sein de la structure tarifaire. Le *Dr H. H. Brunner* estime devoir souligner ici qu'il ne faut pas confondre les notions de «prix de la prestation», d'une part, et de «diminution de revenu», d'autre part. La proposition du Comité central, si elle venait à être acceptée, fera partie intégrante de la proposition finale sur la structure tarifaire alpha 2.2; il est normal donc que la FMS soit représentée en force dans les négociations prévues qui devraient s'ouvrir sans délais.

Sur une remarque émanant du *Dr R. Nyffeler, FR*, souhaitant que l'on passe au plus vite aux «études de panier type» plutôt que de gloser sur des perspectives de pertes de revenus ici ou là, le *Dr H. H. Brunner* prend une dernière fois la parole sur ce chapitre. Il précise qu'en sa qualité d'«ingénieur» travaillant à ce projet, il a depuis longtemps signalé deux problèmes qui n'ont pu être résolus avant que les chiffres soient sur la table, faute de l'accord des répondants des coûts: celui qui réside dans le calcul de la rémunération des prestations techniques en milieu hospitalier (véritable «ceterum censeo» depuis trois ans!) et celui touchant au déséquilibre dans la structure tarifaire qui fait qu'il a de la compréhension pour la position de la FMS. Cela dit, l'intervenant se plaçant toujours dans son rôle d'«ingénieur» affirme que l'acceptation de cette proposition n'est pas de nature à entraîner des inconvénients pour les médecins non-interventionnistes.

On passe alors au vote sur la proposition du Comité central n°1 ad tractandum 3.5 qui fait ressortir une *grande majorité acceptante*.

N.B.: On passe alors à la discussion des propositions figurant sous point 3.9. On rappellera ici que la proposition du Dr R. Streit, BE, concernant les points 3.5 et 3.6 a déjà été traitée et que des propositions concernant les points 3.5, 3.6 et 3.7 déposées par les Drs J. Ammann, Société suisse de chirurgie, L. Dubs, Société suisse d'orthopédie, et G.-P. Jenny, Société suisse d'ophtalmologie, seront traitées ultérieurement en cours de séance, en liaison avec le point 5 (approbation de la version alpha 2.2).

3.9 Mise en application informatique

Deux propositions furent déposées à propos de ce tractandum qui traite un objet (transfert électronique des données et banques de données) dont le *Dr H. H. Brunner* souligne l'importance capitale pour l'avenir du corps médical.

La première proposition (n°1 ad tractandum 3.9) en 4 points présentée par le *Dr M. Müller-Friedli*,

président de la Société suisse de médecine générale, demande en substance que (1) «les modalités de facturation par voie électronique [soient] convenues aussi vite que possible avec les assureurs», que (2) la facturation par voie électronique ne soit pas le prétexte de «l'introduction du système du tiers payant dans un domaine où le système du tiers garant est appliqué aujourd'hui», que (3) la FMH soit mandatée pour créer avec les assureurs «des pools de données indépendants ... répondant aux exigences de la protection des données et de la personnalité des patients et des médecins» et que l'on renonce enfin (4) à toute limitation au sein de la structure tarifaire TarMed «jusqu'à ce que tous les médecins aient la possibilité de facturer par voie électronique». L'auteur de cette proposition estime de la plus haute importance que le corps médical formule lui-même les conditions auxquelles ces transferts de données doivent s'opérer, d'autant plus que conseillers et informaticiens multiplient à l'envi leurs offres.

Le Dr H. H. Brunner déclare que le Comité central ne s'oppose en aucune façon à cette proposition et celle-ci est acceptée tacitement par la Chambre.

La seconde proposition (n° 2 ad tractandum 3.9) émane du Dr P. Meyrat, de la Société médicale du canton de Soleure, demandant qu'«en cas de dissension entre répondant des coûts et fournisseur de prestations, ce dernier ait le droit de défendre son point de vue en présentant ses propres données statistiques».

Le Dr H. H. Brunner est en mesure de rassurer le proposant en indiquant que le contrat-cadre à passer entre la FMH et le Concordat fixera notamment, en ce qui concerne l'examen de l'économie, de l'adéquation et de l'efficacité des traitements, des critères d'appréciation convenus d'un commun accord. La proposition du Dr Meyrat peut donc être considérée comme tacitement acceptée.

N.B.: On saute le tractandum n° 4 (Résultat des études de panier-type/études de terrain) pour se pencher sur le point-phare de cette séance, soit sur

5. Approbation de la version alpha 2.2. de la structure tarifaire

Un long parcours sera nécessaire pour que l'on parvienne à la votation finale sur cet objet, puisqu'il s'agit de traiter au préalable une série de propositions déposées à son propos. La première (n° 5 ad tractandum 5) émane du Dr A. Steiner, président de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, qui demande, vu les très nombreuses incertitudes subsistantes quant au contenu de la structure tarifaire, de ne pas entrer en matière. Pour le proposant, les choses sont à ce point pas mûres que l'on ne peut dire aujourd'hui de façon sérieuse ni «oui» ni «non».

Le président se réfère à ses propos liminaires et invite la Chambre à réfléchir aux effets d'une non-entrée en matière. Cela sera considéré comme un «non» par nos partenaires au sein du TarMed et les conséquences que cela entraînerait aussi bien dans le

domaine du tarif AA/AM/AI que dans celui de la LAMal ont été exposées sans équivoque en début de séance, notamment le fait que le gouvernement, face à l'absence d'accord entre les parties, devra fixer la structure tarifaire. La perspective d'un revenu de référence réduit aux recommandations du surveillant des prix, avec un nombre d'heures sensiblement augmenté s'approcherait à grand pas. Il ne s'agit pas ici de menaces mais d'une présentation objective du scénario le plus vraisemblable.

La discussion sur cette proposition, résolument combattue par le Comité central, n'est pas demandée, si bien que l'on passe au vote immédiatement. La proposition du Dr R.A. Steiner est rejetée par 143 voix contre 19.

La Chambre est alors appelée à se pencher sur la proposition n° 6 ad tractandum 5, déposée par le Dr M. Schwöbel, de la Société suisse de chirurgie pédiatrique, dont le libellé lapidaire conclut au rejet de la version TarMed alpha 2.2. Le proposant estime, lui aussi, que nous faisons face à trop d'incertitudes. De plus, il dit avoir perdu confiance après avoir signalé depuis des années, sans effet apparent, de nombreuses erreurs et insuffisances du projet. Dans de telles conditions, si l'on ne peut dire que «oui» ou «non», il se sent obligé de dire «non». Le président H. H. Brunner ne disconvient pas du fait que les chirurgiens pédiatriques se soient heurtés à certaines difficultés, mais il fait remarquer que l'on s'est efforcé d'y porter remède.

Le Dr J. Ammann, FMS, apporte son soutien aux parents pauvres de la chirurgie que sont les chirurgiens pédiatriques et suggère à titre de compromis qu'on les mette entre parenthèses dans la structure tarifaire comme c'est le cas pour les gynécologues et les radiologues. Le président Brunner se voit contraint de rejeter cette suggestion en indiquant que le paquet de révision 2000 est déjà complet, mais que les chirurgiens pédiatriques pourront faire valoir certains de leurs desiderata dans le cadre du modèle FMS.

Une discussion se développe alors quant à la façon dont les négociations ont été conduites et quant à savoir si la base des sociétés de discipline a été ou non suffisamment impliquée dans ce processus, ce qui amène le président à mettre quelques points sur les «i» et Mme la Dresse C. Wehren, BS, à inviter la Chambre à voter enfin la structure TarMed alpha 2.2.

Notre invité, le Dr M. Ganz, président de l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées, prend alors la parole. Il remercie le Comité central d'avoir soutenu dans les colonnes de l'organe professionnel le système du médecin agréé et d'avoir plaidé pour que le médecin agréé ayant un taux d'activité normal à la charge de l'assurance sociale puisse voir son existence assurée par les nouveaux tarifs. Cela dit, il fait état des perspectives peu encourageantes ressortant d'une étude attentive de la version du TarMed alpha 2.2 effectuée au sein de sa société. Tout donne à penser que le médecin agréé, l'opérateur surtout, sera éliminé par le jeu du tarif, sinon immédiatement, du moins dans une période de 5 à 6 ans après son introduction. Par ailleurs, une partie essentielle des prestations opéra-

toires dans la médecine de premier recours ne pourra plus être pratiquée ailleurs que dans des hôpitaux subventionnés. Les cliniques non subventionnées devront y renoncer, si bien que les listes d'attente dans les hôpitaux publics sont d'ores et déjà programmées. Et l'on ne parlera pas de la qualité. Chose positive cependant et dont on peut remercier le Comité central: grâce à la garantie des droits acquis, les médecins ayant aujourd'hui une activité de médecin agréé auront le temps de se retourner.

Après une nouvelle passe d'armes entre les représentants de certaines sociétés de discipline et le président, le *Dr M. Schwöbel* prend une dernière fois la parole avant le vote sur sa proposition en soulignant que sa démarche n'est pas guidée par des considérations d'ordre pécuniaire mais par le souci de ne pas voir une société de discipline purement et simplement disparaître.

Il est alors temps de *passer au vote* sur la proposition n° 6 ad tractandum n 5. La Chambre rejette cette proposition par 135 voix contre 30.

On continue le toilettage du point 5 de l'ordre du jour. Le président constate, avec l'accord du *Dr B. Hanimann*, président de la Société suisse de chirurgie pédiatrique, que sa proposition n° 7 ad tractandum 5 est devenue sans objet.

Dans une proposition n° 8 ad tractandum 5, la Société suisse de gynécologie et obstétrique, par son président, le *Dr R. A. Steiner*, demande que les chapitres 22 «gynécologie et obstétrique» et 23 «positions gynécologiques importantes» soient exclues du vote concernant la structure tarifaire alpha 2.2. Le président *H. H. Brunner* demande à la Chambre, pour des raisons avant tout systémiques, de rejeter formellement cette proposition. On passe au vote, qui dégage une majorité rejetante évidente.

Vient le tour de la proposition n° 10 ad tractandum 5, présentée par le président de la Société suisse de médecine générale, le *Dr M. Müller-Friedli*. Une grande partie des postulats de cette proposition en 7 points principaux avait déjà été discutée à la Conférence des présidents et fut intégrée par la suite dans le texte de la proposition du Comité central. Le proposant rappelle que les médecins de premier recours n'ont pu accepter que sous réserve la revalorisation des prestations interventionnelles et opératoires telle qu'elle s'est opérée en passant de la version bêta 3 à la version alpha. La proposition de la SSMG équivaut donc à un soutien à la FMS, tout en demandant que l'on plausibilise dans l'espace des deux ans à venir toutes les prestations revalorisées. Le proposant demande également que l'on mette ces 2 prochaines années à profit pour rassembler des données permettant enfin de faire le départ entre les revenus du domaine de l'assurance sociale et ceux du secteur contractuel. Le proposant demande également que les médecins de premier recours (SSMG, SSMI, SSP) soient associés aux discussions d'experts sur le remaniement du chapitre «gynécologie et obstétrique» ainsi qu'à celles concernant les techniques d'imagerie médicale.

Le président annonce qu'il ne procédera aux opérations de vote sur cette volumineuse proposition que

sur les points faisant l'objet de contestation, les autres points pouvant être considérés comme acceptés. Ce mode de faire est tacitement accepté par les délégués.

Suite à une intervention de *Mme la Dresse A.-C. Froidevaux, GE*, qui s'interroge sur le bien-fondé de l'ingérence des médecins de premier recours qui dépendent à pouvoir s'asseoir à la table des négociations sur les prestations de certaines spécialités médicales, il est répondu par la bouche du président qu'il s'agit là d'une pratique qui s'est établie depuis des années lors des discussions d'experts et qui s'est souvent révélée positive dans la mesure où cela a permis souvent de dégager des consensus. Le *Dr R. A. Steiner*, président de la Société suisse de gynécologie et obstétrique, relayé dans la suite de la discussion par le *Prof. M. Litschgi*, fait état de la même difficulté à propos du point 2 de la proposition n° 10 des généralistes ad tractandum 5, redoutant un «diktat» extérieur sur des questions les concernant spécifiquement, ce d'autant plus qu'ils n'ont jamais pu bénéficier de la réciprocité dans les négociations des autres sociétés «voisines». Le *Dr Bl. Bourrit, GE*, s'exprimant in casu en sa qualité de gynécologue ne peut s'empêcher de relever que tout cela s'inscrit dans un contexte plus large si l'on pense au sort réservé l'année dernière au programme de formation postgraduée des gynécologues à la Chambre médicale. Quelques passes d'armes sont encore échangées avant que le *Dr J. de Haller, SSMG*, à qui le dernier mot est accordé sur cette controverse, déclare que la proposition de sa société est à considérer comme un tout que la SSMG n'accepte pas de voir démantelé.

On passe alors aux opérations de vote. Dans une première consultation, la Chambre refuse par 100 voix contre 45 de supprimer le point 2 de la proposition de la SSMG. Dans le vote final, la proposition intégrale de la SSMG est acceptée à une majorité évidente.

On passe ensuite à la proposition n° 11 ad tractandum 5, déposée par le *Prof. T. Rüedi*, de la Société suisse de chirurgie. Cette proposition, présentée en séance par le *Dr J. Amman, FMS*, demande que «les tarifs d'assurance sociale (AA/AM/AI et LAMal) doivent obligatoirement inclure, au plus tard lors de leur entrée en vigueur, le modèle tarifaire de la FMS pour le calcul des prestations invasives et chirurgicales». Ainsi que le fait remarquer le président, qui se réfère aux discussions antérieures à propos du Modèle des coûts FMS, le Comité central est conscient de ce que les négociations à ce propos doivent s'ouvrir immédiatement. La Chambre accepte tacitement la proposition du *Prof. T. Rüedi*, comme le demande le président.

Dans une proposition n° 9 ad tractandum 5, le *Dr F. Bossard*, de la Société suisse de radiologie médicale, demande que le chapitre «radiologie et procédés d'imagerie médicale, y compris médecine nucléaire» soit exclu du vote d'aujourd'hui sur la structure alpha 2.2. L'intervenant explique qu'il ne s'agit pour les radiologues pas seulement de la question de l'appréciation des prestations techniques du point de vue économique, mais bien davantage encore de ques-

tions fondamentales, à côté d'autres questions de détail. Il y a donc beaucoup de questions ouvertes qui sont juste évoquées implicitement mais pas nommément dans la proposition du Comité central n°1 ad tractandum 5, comme sa société l'avait demandé lors de la Conférence des présidents du 13 janvier 2000. Le président H. H. Brunner est prêt à reprendre l'intégralité du contenu des desiderata de la Société suisse de radiologie médicale dans le paquet de la ronde de révision 2000, rappelant au passage qu'il avait été le premier à mettre le doigt sur les erreurs et insuffisances dénoncées par les radiologues et à finir par le faire admettre aux assureurs. Cela étant précisé, il doit, pour des raisons formelles, s'opposer à cette proposition. Le Dr F. Bossard, fort des assurances reçues, retire sa proposition. Dont acte.

Une proposition (n° 12 ad tractandum 5) du Dr L. Dubs, Société suisse d'orthopédie, demande que l'on exige «que l'AM et l'AI se prononcent sur la structure alpha 2.2 avant la mise en vigueur du tarif AA/AM/AI». Pour utiliser le jargon parlementaire, il s'agit ici plutôt d'une interpellation que d'une proposition, explique le Dr H. H. Brunner. Il signale que la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) a pour sa part accepté la structure tarifaire dans une séance de décembre 1999 et qu'un certain flou subsiste sur la position définitive de l'AM et l'AI qui, comme on le sait, agissent dans la sphère d'influence du Département fédéral de l'intérieur. Celui-ci doit donc encore se prononcer. S'il tarde à le faire, on voudra bien ne pas mettre ce retard au débit de la FMH... Cette information étant donnée, il n'y a pas lieu de voter sur cette proposition.

La Chambre se penche ensuite sur la proposition n° 13 ad tractandum 5, déposée par le Prof. T. Rüedi et le Dr J. Ammann, de la Société suisse de chirurgie, et dont le libellé, pour être lapidaire, touche néanmoins une question fondamentale: «La structure tarifaire ne doit pas être soumise au Conseil fédéral pour approbation.» Au nom des proposants, Me F. Bernath, secrétaire général de la FMS, fait état des pressions répétées et constantes de la cheffe du DFI pour obtenir renseignements et documents de toutes sortes, à l'attention du Conseil fédéral, dans la perspective d'une approbation de la structure tarifaire par le gouvernement. L'intervenant a procédé à une étude fouillée de la question pour arriver à la conclusion que cette prétendue compétence du Conseil fédéral pour approuver la structure tarifaire n'existait pas. Une compétence du Conseil fédéral serait donnée en cas d'existence d'un tarif fédéral – ce qui est autre chose qu'une structure tarifaire – ou en cas de recours contre une décision d'un gouvernement cantonal approuvant un tarif concernant le domaine de la LAMal. Afin de conforter son avis, l'intervenant a soumis son mémoire, pour «second opinion», à trois éminents juristes des milieux de l'Université qui, tous trois, ont confirmé le bien-fondé de ses conclusions. Sous cette lumière, les pressions incessantes exercées par le DFI n'ont donc pas de raison d'être. Le président H. H. Brunner demande une modification de cette proposition. Il explique que nous avons depuis longtemps les

mêmes réserves que Me Bernath (cf. la publication de Me HP Kuhn dans le BMS n° 29/30/1999, intitulée *Structures de tarifs, conventions tarifaires et neutralité des coûts dans la LAMal*) et que nous avons demandé à répétition reprises au DFI, par oral et par écrit, de nous définir cette procédure d'approbation sur la forme et sur le fond. Nous n'avons jusqu'à cette date reçu aucune réponse, ce qui n'est pas nécessairement un hasard... L'intervenant fait état de ce qu'il a également toujours défendu cette position à l'intérieur du TarMed, sans être suivi.

Au terme de la discussion, la Chambre médicale accepte la proposition de la Société suisse de chirurgie et lui donne le libellé suivant: «Le Comité central est chargé d'exiger, au sens d'un ultimatum, les prises de position nécessaires et de renoncer à présenter la structure tarifaire au DFI et au Conseil fédéral avant que cette situation ne soit clarifiée.» Cette proposition, acceptée sous cette forme par Me Bernath au nom de ses mandants, ne doit pas empêcher la Chambre médicale de prendre aujourd'hui une décision définitive sur la structure tarifaire alpha 2.2 déclare le Dr H. H. Brunner en guise de conclusion sur ce point de l'ordre du jour.

Le Dr Chr. Ramstein, président de la Société de médecine du canton de Soleure, présente une proposition (n° 14 ad tractandum 5) en deux points dont le premier recoupe parfaitement le texte de la proposition du Comité central n° 1 ad tractandum 5 et dont le second point entend rappeler que «la condition essentielle à une application de la structure tarifaire au niveau suisse est non seulement la conclusion d'un contrat-cadre (convention tarifaire) entre la CTM/l'AI/l'OFAM et la FMH, d'une part, et le CAMS et la FMH, d'autre part, mais aussi la conclusion de conventions tarifaires entre les fédérations cantonales des assureurs-maladie et les sociétés cantonales de médecine». Le président H. H. Brunner fait valoir que l'essentiel de cette proposition est contenu dans celle (n°1 ad tractandum 5) du Comité central et qu'on peut dès lors considérer la proposition du Dr Ramstein comme englobée; l'intéressé donne son aval à cette façon de voir, si bien qu'il n'est pas nécessaire de voter sur sa proposition.

Il convient de revenir maintenant sur les questions de principe importantes soulevées par les 1^{er} et 2^e alinéas de la proposition (n° 1 aux tractandums 3, 5 et 6) du Dr R. Streit, BE, (le 3^e alinéa ayant déjà été rejeté en début de séance). En bref, le premier alinéa demande que la structure tarifaire alpha soit approuvée «pour une introduction à titre d'essai pendant une phase pilote d'une année dans le domaine AA/AM/AI» avec une valeur du point de Fr. 1.- et le second postule que l'on ne se prononce sur l'adoption définitive de la structure tarifaire, notamment dans le domaine LAMal, qu'une fois connus les résultats de la phase pilote dans le domaine AA/AM/AI. L'intervenant invite avec détermination la Chambre à soutenir son point de vue si elle ne veut pas que le corps médical «achète le chat dans le sac» et soit définitivement lié pour l'avenir; il conteste que cette façon de faire équivaille à un «non», ce qui ne serait

à son avis qu'une interprétation subjective. Tel n'est pas l'avis du *Dr H. H. Brunner* qui rappelle par ailleurs que nous nous sommes aménagé la possibilité de nous départir du contrat dans une courte échéance. *Le Dr J. Ammann, FMS*, apporte son soutien à la proposition du *Dr Streit*, car sans voter «non» à la structure tarifaire, il souhaiterait pouvoir bénéficier encore de certaines assurances avant une acceptation définitive. C'est la raison pour laquelle d'ailleurs la FMS préconise une votation générale non pas immédiatement après la décision de la Chambre médicale mais après un certain temps d'observation suivant la mise en vigueur de cette structure dans le «Tarif bleu», après que l'idée d'en organiser une après une année ait été rejetée (consultativement) par la Conférence des présidents.

Cette dernière intervention amène *le président* à commenter les propositions du Comité central n° 1 ad tractandum 1 et n° 1 ad tractandum 5. Les propositions du Comité central reprennent les suggestions essentielles en provenance des différents courants à l'intérieur de la FMH (modèle FMS, révision 2000) ainsi que les propositions de la Chambre concernant l'approbation de la structure. On remarquera que le point 4 de la proposition n° 1 du Comité central ad tractandum 5 reprend, en la renforçant, la proposition du *Dr Ramstein, SO*, et en la plaçant sur un terrain inattaquable. S'ajoute maintenant la question de la votation générale: il serait malavisé aussi bien de l'organiser immédiatement que de la reporter dans une année. Si le DFI veut (ou doit) vraiment prendre une décision, cela devrait intervenir en mars ou avril si l'on veut que les caisses-maladie puissent commencer à calculer leurs cotisations. Si les conditions que vient de décider la Chambre médicale ne pouvaient pas être remplies, la votation générale serait alors immédiatement stoppée. Cette façon de faire est communicable et nous garantit le maximum de marge de manœuvre. *Le président* conclut en invitant la Chambre à rejeter, pour des raisons formelles, la proposition du *Dr Streit*. La discussion n'étant plus demandée, *on passe au vote*.

Dans un *premier vote* la proposition du *Dr R. Streit* est soumise aux suffrages de la Chambre qui la *rejette* par 129 voix contre 33, avec quelques abstentions.

Dans un *second vote* la Chambre est appelée à se prononcer au préalable sur la question du vote aux bulletins secrets qui avait été demandé par trois délégués. Le vote aux bulletins secrets n'obtient pas le quart requis des voix, puisqu'il est *rejeté* par 129 voix contre 33 avec 6 abstentions.

Dans un *troisième vote*, la proposition du Comité central n° 1 ad tractandum 5, dont le libellé figure en extenso ci-dessous dans la perspective d'une votation générale, est *acceptée* par 144 voix contre 30, avec 3 abstentions.

Texte approuvé par la Chambre médicale du 2 février 2000

1. La Chambre médicale du 2 février 2000 approuve la version alpha 2.2 de la structure tarifaire TarMed calculée sur la base d'une valeur du point

tarifaire de Fr. 1.-, et ce exclusivement en vue de son introduction contractuelle dans les tarifs cantonaux selon la LAMal et dans le tarif AA/AM/AI et le catalogue des prestations hospitalières par les assureurs compétents et les organisations de fournisseurs de prestations.

2. Le «Severity Complexity Score» établi de manière générale à 1.2 pour les prestations chirurgicales et interventionnelles est limité à 2 ans au maximum. Celui-ci doit être remplacé par un nouveau mode de calcul se fondant sur le modèle des coûts de la FMS du 6 décembre 1999. Les négociations s'y rapportant doivent être engagées sans tarder avec les assureurs et achevées avant l'entrée en vigueur des conventions tarifaires basées sur la structure tarifaire TarMed.
3. La révision 2000 fait partie intégrante de l'approbation de la version alpha 2.2 de la structure tarifaire; l'approbation a lieu sous réserve du traitement, par les assureurs et les fournisseurs de prestations, des prestations et chapitres de la banque de données de la révision 2000 (en particulier gynécologie/obstétrique et les techniques d'imagerie médicale/radiologie).
4. L'introduction contractuelle selon le chiffre 1 comprend, comme condition sine qua non, une convention passée entre les fournisseurs de prestations et les assureurs compétents concernant la neutralité des coûts lors de l'introduction des tarifs. Cette convention doit inclure des dispositions obligatoires afin d'obtenir, sur le plan national, une convergence de la valeur du point tarifaire des prestations médicales et des prestations techniques pour les domaines «cabinet médical» et «hôpital ambulatoire» sur une durée de 5 ans, de façon à atteindre une variance conforme à la gestion d'entreprise, mais d'au maximum +/- 4% autour d'une valeur moyenne pondérée.
5. Le Comité central soumettra d'ici à la prochaine séance de la Chambre médicale, mais au plus tard lors de la séance de juin 2000, un rapport et une proposition se rapportant aux points 2 à 4.

On en arrive alors à la *question de la votation générale* à propos de laquelle le *secrétaire général* fournit quelques indications d'ordre pratique. *Le Dr L. Dubs, Société suisse d'orthopédie*, retire sa proposition (n° 1 ad tractandum 5.2) en faisant observer que son acceptation conduirait à retarder par trop la procédure. Dont acte. Quelques remarques et observations sont encore émises, notamment par certains qui souhaitent qu'un certain temps soit mis à disposition pour l'information de la base ou pour être fixés sur la portée de cette consultation. La question est également posée de savoir de quelle documentation nos membres pourront disposer. *Le président* précise, aux uns que la votation générale servira à confirmer ou à infirmer la décision que la Chambre vient de prendre et qui est à considérer comme un paquet ficelé à approuver ou rejeter et rappelle, aux autres, que les cours d'instructions spécifiques sur la structure alpha 2.2 ont déjà commencé et vont se pour-

suivre et qu'une importante information est accessible sur «Internet» et le sera aussi sous forme de CD-Rom. L'alternative «Gutenberg» pèse 7,5 kilos et est haute de 62 cm ... Telle est la conséquence d'un tarif extrêmement différencié qui a été, ne l'oublions pas, réclamé par les différentes sociétés de discipline. Enfin, nous allons en accord avec les sociétés de discipline tenter d'élaborer un extrait des principales prestations fréquemment utilisées par les uns et les autres et, éventuellement, de les publier dans le BMS.

Pour tenter d'apaiser une dernière fois les craintes réitérées vivement par le *Dr J. Ammann, FMS*, le président donne à comprendre que la FMH, via la Chambre médicale, garde toujours la possibilité de reprendre sa liberté, par exemple si les légitimes demandes des gynécologues ou des radiologues étaient par trop négligées. On retiendra encore une intervention du *Dr R. Urscheler, président de la Société de médecine du canton de St-Gall*, qui estime que la Chambre ne devrait pas décider elle-même du lancement d'une votation générale, mais en laisser la responsabilité aux sociétés qui en ont statutairement la possibilité.

On passe alors au vote qui fait ressortir une majorité de 91 voix contre 54 et 10 abstentions pour la votation générale. *Importante remarque*: par un malencontreux manque d'attention, le secrétaire général avait dans un premier temps annoncé à la Chambre qu'elle s'était prononcée en faveur de la votation générale. C'était négliger le fait qu'il fallait pour cela une majorité des deux tiers. Sitôt cette erreur signalée, quelques minutes plus tard, le résultat conforme aux exigences statutaires fut communiqué aux délégués: la majorité des deux tiers n'avait pas été atteinte. Dont acte.

6. Conventions

Il y a lieu de se pencher encore sur deux propositions à contenu quasiment identique (propositions n° 1 et 2 aux tractandums 3.4, 3.5, 6 et 7) déposées, la première par le *Dr G.-P. Jenny, de la Société suisse d'ophtalmologie*, et la seconde par le *Dr L. Dubs, de la Société suisse d'orthopédie*, demandant en substance de prévoir, dans chaque convention, la possibilité pour une

société de discipline de résilier la convention TarMed pour ce qui la concerne. Le président *H. H. Brunner* fait observer que, ne serait-ce que pour des raisons formelles, une société de discipline médicale ne saurait sortir d'une convention tarifaire. Ce droit appartient à la FMH, au niveau fédéral (Tarif bleu), et aux sociétés cantonales ou à des médecins individuels pour les conventions tarifaires au niveau cantonal. *Conclusion*: sur la base de ces explications objectives, les deux proposant n'insistent pas.

Restaient enfin sur la table présidentielle deux propositions (n° 1 et 2 ad tractandum 6.1) déposées par le *Dr W. Grete et M. F. Rübél, respectivement président et secrétaire de la Société zurichoise de médecine*. Elles concernent toutes deux le texte encore en projet du contrat entre la FMH et les assureurs du Tarif bleu. Il serait prématuré de les traiter ici, mais le *Dr H. H. Brunner* les prendra en considération dans les négociations à venir et remercie par ailleurs tous ceux qui lui ont fait parvenir des suggestions.

S'agissant du contrat avec le Concordat, les négociateurs attendent encore des sociétés cantonales de médecine des indications claires sur ce qui doit ressortir du tarif-cadre au plan fédéral et ce qui doit être laissé au niveau cantonal.

* * * * *

Le président sortant de la *Société médicale de la Suisse romande*, le *Dr A. E. Marmy*, prend congé de la Chambre médicale et saisit cette occasion pour remercier, au nom de tous, le président *H. H. Brunner* pour l'énorme travail accompli (applaudissements nourris). Le *Dr H. H. Brunner* se dit sensible au compliment et reconnaissant à son auteur. Il dit vouloir continuer sur sa lancée au service de l'ensemble du corps médical et tient à remercier tous les participants à la présente séance pour leur collaboration constructive et efficace et associe à ses remerciements les collaborateurs du Secrétariat général qui se sont engagés sans compter depuis des mois pour que cette séance ait pu avoir lieu aujourd'hui (applaudissements).

La séance est alors levée. Il est 17 heures passées de quelques minutes.