

# L'état des travaux du TarMed

Une information du Comité central de la FMH

Le Comité central, conformément aux décisions prises à la Chambre médicale, soumettra les tarifs-TarMed aux instances décisionnelles de la FMH pour décision définitive lorsque les *conditions* suivantes auront été *cumulativement* remplies:

1. La *structure tarifaire définitive* existe en allemand et en traduction française.
2. Les *tarifs-cadres* avec les assureurs AA, l'Assurance-invalidité AI et l'Assurance militaire AM (CTM), d'une part, et/ou avec le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS), d'autre part, incluant les *annexes les plus importantes* (réglant les questions de la neutralité des coûts, du concept de la valeur intrinsèque (Dignität), des codes diagnostiques, de la circulation électronique des données et des services des médecins-conseils) sont paraphés.
3. La *valeur du point tarifaire* (ci-après: VdP) pour le *tarif médical AA/AM/AI est négociée*. Dans le domaine de la LAMal les analyses portant sur la VdP ont atteint un stade permettant aux sociétés cantonales de médecine de formuler leurs exigences en matière de VdP dans les tarifs cantonaux, rendant discernables les effets de l'introduction d'un tarif neutre sur le plan des coûts et permettant enfin que les déplacements du revenu en provenance des assurances sociales soient *évaluables* pour chaque discipline médicale.

Le CC demandera à la Chambre médicale, immédiatement après la séance décisive de ladite Chambre, de pouvoir procéder à la *votation générale* telle qu'elle a été envisagée.

Ainsi que les développements qui vont suivre le montrent, les conditions mentionnées pour la mise en branle du processus final de décision ne sont actuellement pas réunies.

Les points suivants méritent d'être retenus actuellement pour un tour d'horizon:

Le *Conseil fédéral*, en date du 18 septembre 2000, a *accepté* la *structure tarifaire TarMed* dans la version 3.0 non publiée. Nous ne disposons pas de la prise de position écrite; les éléments connus officieusement ne permettent pas une appréciation définitive.

La version approuvée par le Conseil fédéral n'est pas applicable techniquement et informatiquement parlant et n'a par dessus le marché pas fait l'objet d'un toilettage rédactionnel affiné. Ce n'est que la *version 1.0*, à laquelle on travaille actuellement, qui pourra

répondre à ces exigences. Il a toujours été clair pour la FMH, resp. sa délégation aux négociations, que ces travaux de finition demanderaient du temps. Il est regrettable que le souci d'obtenir un succès à court terme et la servilité observée par certains fonctionnaires de l'état aient empêché de communiquer plus clairement cet état de fait.

La *version 1.0 doit ensuite être traduite en français et en italien*; ces travaux qui seront effectués par la FMH vont exiger un temps considérable, du fait que la structure tarifaire a enregistré depuis la première traduction provisoire d'importantes modifications rédactionnelles et en partie, par la force des choses, de fond. On peut mentionner dans ce contexte que les violentes réactions de la base suscitées par les *forfaits concernant le matériel* ont permis de régler nouvellement cette matière: le montant forfaitaire a été réduit massivement (à Fr. 3.-); tout matériel supplémentaire peut être porté en compte séparément. Cette façon de procéder exige naturellement une baisse de la prestation technique (PT) sur les prestations de base. Une différenciation entre le matériel qui reste au cabinet et celui que le patient peut emporter à domicile est sans doute évidente, mais elle n'est pas applicable sous l'angle de la technique tarifaire.

Compte tenu des dépenses, la FMH ne va commencer les travaux de traduction nécessaires que lorsque la version 1.0 aura été déclarée définitivement obligatoire. Elle s'est fixée comme condition préalable un examen détaillé de cette version.

Il convient également de retenir dans ce contexte que le CC et la délégation aux négociations ont reçu le mandat de la Chambre médicale *d'entamer des négociations avec les autres partenaires contractuels à propos du modèle tarifaire de la FMS et de conclure ces négociations avant l'introduction des tarifs, resp. d'introduire les résultats obtenus dans la structure tarifaire*. Ceci est une *maxime* que le CC ainsi que la délégation aux négociations suivent et vont suivre et, cela, par un travail d'arrache-pied et non par un battage médiatique tous azimuts. *Une maxime qui ne saurait être un diktat pour les autres partenaires contractuels mais qui au contraire ne peut se réaliser que soutenue par une argumentation efficace et convaincante*. La Chambre médicale en avait été consciente, qui n'a d'ailleurs pas non plus pris des décisions tendant à dire dans quelle version la mise en application devait avoir lieu (cf. Rapport sur la Chambre médicale des 21 et 22 juin 2000, tractandum 11.2 + le commentaire écrit à la Chambre médicale, [1]). Les raisons pour lesquelles les entretiens n'ont pas eu lieu jusqu'ici sont connues de la direction de la FMS de même que cette dernière sait pertinemment que ces circonstances ne sont imputables ni au CC ni à sa délégation aux négociations. *Le grief formulé par la direction de la FMS selon lequel des décisions de la Chambre médicale seraient éludées manque de tout fondement et doit par conséquent être rigoureusement rejeté*.

Tant la délégation aux négociations tarifaires que le CC lui-même ont toujours eu conscience des difficultés que les nouveaux tarifs-TarMed seraient susceptibles d'entraîner pour des *groupes de médecins agréés*. Des améliorations notables arrachées de haute lutte par la FMH (par ex. le management périopératoire), l'exigence d'une élimination des fautes évidentes dans le modèle tarifaire, voire des discussions ainsi que la promotion pour une mise en application consistante du modèle tarifaire de la FMS sont autant de preuves pour cette position et démontrent que l'on ne s'est pas contenté de déclamations mais que l'on a au contraire et concrètement *travaillé avec succès, que l'on travaille et que l'on s'y emploiera à l'avenir*.

Gonfler ces difficultés jusqu'à y déceler le pronostic que l'introduction du TarMed devrait conduire à une «*éradication*» des spécialistes en cabinets privés actifs dans les domaines opératoire, interventionnel et radiologique n'est pas fondé sur des données chiffrées et revient à semer démagogiquement la panique sur le mode le plus détestable. Cela suscite des ricanements à l'extérieur mais conduit, à l'intérieur de nos rangs, à une déstabilisation d'un grand nombre de consœurs et de confrères qui ne peuvent que se sentir menacés. D'ici à la votation générale, nous disposerons des données chiffrées, resp. des calculs comparatifs qui permettront à chaque membre de la FMH de se faire une opinion basée rationnellement. Entre-temps, le nombrilisme et les coups de tonnerre médiatiques en coulisses ne font pas avancer les choses.

Les critiques et réflexions susmentionnées appellent un «*re-engineering*» de la structure tarifaire (problèmes les plus importants: calcul des secteurs hospitaliers-PT, productivités). *La FMH ne démord pas de ses positions et exige un apurement avant la mise en vigueur des tarifs* (ce qui, techniquement, devrait demander un laps de temps de 3 à 6 mois).

L'expertise confiée par la FMH et l'Association des médecins agréés au Prof. Neubauer (Münich), économiste de la santé et spécialiste de pointe en matière de tarif, ainsi qu'à ses collaborateurs, est appelée à jouer un grand rôle dans ce contexte. En cours d'exécution actuellement, elle va notamment examiner si les exigences posées au GRAT/INFRA, resp. TarMed, en particulier celles concernant la maxime d'un tarif calculé selon les principes de l'économie d'entreprise ont été remplies. Cette expertise sera publiée dans le BMS sitôt à notre disposition.

Actuellement, les *négociations contractuelles (contrat-cadre avec annexes)* se déroulent aussi bien avec la CTM qu'avec le CAMS. Ces dernières sont prises en mains d'une façon déterminante par les présidents cantonaux qui constituent le Groupe G7 placé sous la houlette du Dr Andreas Häfeli, président de la Société de médecine du canton d'Argovie. Ces négociations devraient être bouclées d'ici la fin 2000, grâce

à quoi l'une des conditions les plus importantes pour l'ouverture du processus final de décision au sein de la FMH serait garantie.

Le *concept de neutralité des coûts* mérite une mention particulière dans ce contexte. La FMH persiste invariablement à soutenir la position selon laquelle la neutralité des coûts au sens strict du terme ne peut être valable que pour le moment de l'introduction des tarifs, mais que l'on ne pourrait ni ne devrait la concevoir pour une période plus longue. Le fait que chaque système de santé du monde connaît une *croissance des coûts inhérente* résultant de l'introduction de nouvelles thérapies, de modifications d'ordre démographique, etc. devrait également être admis pour le système de santé d'un des pays les plus riches de ce monde. Cette façon fondamentale de voir les choses est entre-temps acceptée par les assureurs. Pour l'essentiel, la discussion se développe autour de la question de savoir quelle est la durée de la période de l'introduction neutre du point de vue des coûts et de combien, à partir de quel moment les coûts globaux pour le traitement médical à la charge de l'assurance de base peuvent augmenter par unité de temps. Nous allons présenter prochainement en détail le concept de la neutralité des coûts, en l'enrichissant d'analyses sur l'évolution des coûts du système suisse de santé.

Pour apporter la dernière main au *concept concernant la valeur intrinsèque («Dignität»)*, les exigences de la nouvelle loi sur l'exercice de la profession médicale, voire de son ordonnance d'application sont déterminantes. Cela vaut en particulier pour les réglementations transitoires, resp. pour la durée des garanties des droits acquis; des dispositions contractuelles qui y dérogeraient sont évidemment impensables pour des raisons de droit. Le nouveau concept concernant la valeur intrinsèque intégrera également les médecins, hommes et femmes, en cours de formation post-graduée, cela pour remplir des exigences de l'ASMAC ainsi que des médecins travaillant dans des organisations de Managed Care. Une information séparée concernant la procédure pratique et le calendrier de l'enquête sur les données de valeurs intrinsèques sera publiée dans le BMS.

Pour les calculs de simulation, resp. des estimations de modifications des revenus générés par les nouveaux tarifs, pour les calculs de la VdP, des *transcodages* pour passer de la nomenclature des anciens tarifs (cantonaux, fédéraux) à la nomenclature nouvelle du TarMed sont indispensables. Ces travaux requièrent une telle dimension d'engagement qu'ils ont été grandement sous-estimés par nombre de politiciens, de fonctionnaires des caisses mais aussi par bien des médecins. Le *New Index* supporté conjointement par les sociétés cantonales de médecine et la FMH consacre une grande partie de ses activités à ces tâches. Elles mobilisent actuellement le plus clair des activités du TarMed.

En ce qui concerne la *distribution directe des médicaments par le médecin (DMA)*, la situation reste ouverte et plusieurs questions doivent encore être tirées au clair, même et surtout après la dernière publication de l'OFAS à ce sujet. Cela n'a rien à faire avec TarMed lui-même mais beaucoup avec les dispositions légales attendues au niveau fédéral. Cela est à son tour lié à la nouvelle loi sur les agents thérapeutiques autour de laquelle le Parlement s'affaire encore, en des affrontements toujours plus virulents. Il est dans ces conditions plus que douteux que ces textes législatifs soient connus ou même entrés en vigueur d'ici à l'introduction des nouveaux tarifs.

Dans cette situation, la FMH soutient à titre de condition sine qua non la position selon laquelle la DMA doit faire partie intégrante de la convention sur la neutralité des coûts en ce sens que d'éventuelles diminutions de revenu dues à la DMA devront être compensées par des augmentations de la VdP sur les prestations médicales.

Nous ne sommes pas davantage au clair en ce qui concerne la nouvelle *Liste des analyses* pour laquelle nous sommes dans le flou aussi bien en ce qui concerne son contenu que le moment où elle va être édictée. *La FMH soutient ici mutatis mutandis la même position que pour la DMA, une position qui vaut aussi pour la reprise d'autres œuvres tarifaires par le TarMed, par ex. le tarif de physiothérapie.*

Les auteurs d'offres de *cours de formation TarMed* les plus divers se bousculent actuellement sur un marché promettant à n'en pas douter des bénéfices juteux. Il leur manque le plus souvent des connaissances solides sur la structure tarifaire, mais surtout sur l'arrière-plan de ces connaissances, si important pour dispenser des cours de formation. *Du côté de la FMH nous ne pouvons recommander que des cours de formation organisés par la FMH, resp. les sociétés cantonales de médecine et les sociétés de discipline médicale en collaboration avec la FMH, ainsi que les cours de la Caisse des médecins.*

Le paysage de la politique de santé dans notre pays est très labile; cela se fera également sentir sur l'introduction des tarifs TarMed (et au delà). Il faut compter d'être confronté à de nouvelles situations, voire à des surprises. La ronde des cotisations 2000 à laquelle nous assistons actuellement va sûrement augmenter la pression sur le TarMed et cela d'autant plus qu'un nombre croissant de responsables politiques de ce pays prennent conscience de ce que le système suisse de santé publique souffre d'absence de pilotage et de concepts.

1 Deschenaux F-X. Rapport sur la session ordinaire de la Chambre médicale suisse des 21 et 22 juin 2000 à Berne. Bull Med Suisses 2000;81(31):1680-90.

## Ordner Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Während der akademischen Jahre 1998/1999 und 1999/2000 hat die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte zwei Serien von Seminaren zum Thema Qualitätsmanagement (QM) durchgeführt.

Zwei Lernziele standen dabei im Vordergrund:

- Vermehrung des Wissens betreffend Qualitätsmanagement
- Vorbereitung zur selbständigen Durchführung von qualitätsfördernden Projekten

Eine Auswahl der Unterlagen erscheint jetzt in Form eines Ordners (nur in deutscher Sprache, 264 Seiten, Verzeichnis der Kapitel liegt bei).

Aufgrund der im Verlauf der Seminare gesammelten Erfahrungen wird im akademischen Jahr 2000/2001 eine neu gestaltete Reihe von QM-Seminaren durch das College-M und die FMH durchgeführt (SÄZ, 2000;81. Nr. 21. Seiten 1097-1099).

Die in diesem Ordner präsentierten Texte können nicht nur für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der neuen Seminarreihe von Nutzen sein, sondern für alle Personen, die sich mit der QM-Problematik beschäftigen.

### Kapitelübersicht

- Gesetzliche Grundlagen und QS/QF-Projekte
- Methoden
- Grundlagen der Gesundheitsökonomie
- Leitlinien
- Angemessenheit medizinischer Leistungen
- QM-Projekte
- Patienten und Qualität
- Beispiele spezieller QM-Programme
- Akkreditierung und Zertifizierung
- Weiterführende Literatur und Internetadressen

### Bestellungen:

Der FMH-Ordner «Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen» kann zum Preis von Fr. 55.- (inkl. Versandkosten und MwSt) bestellt werden.

FMH

Daniel Rodriguez

Elfenstrasse 18

Postfach 293

3000 Bern 16

Fax-Nr. 031/359 11 12

E-Mail: fmh@hin.ch