

Chambre médicale extraordinaire du 12 avril 2001 à Berne

Aide-mémoire et procès-verbal des décisions

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

1. Ouverture et constitution du bureau

La séance est ouverte vers 9 heures 40 après que le président, le Dr Hans Heinrich Brunner, ait pu constater que le quorum requis de la moitié des délégués jouissant du droit de vote était déjà largement dépassé.

Le président salue l'opportunité qui est fournie aux délégués, grâce à la convocation de cette Chambre extraordinaire, de se pencher sur le TARMED trois semaines avant la session de la Chambre ordinaire des 4 et 5 mai qui consacrerait un jour entier à cet objet. La séance de ce jour devrait permettre aux délégués de discuter à loisir et débarrassés d'une trop grande pression du temps; ce devrait être également l'occasion pour les délégués de combler certains déficits d'information, tant sur les résultats de la négociation que sur les implications des décisions, contraignantes pour la FMH, qui devront être prises lors de la Chambre médicale ordinaire de Locarno.

La Chambre accepte ensuite tacitement la désignation des deux scrutateurs de la séance du jour, MM. les Drs Fritz Hasler (GR) et Bruno Kissling (SSMG). La Chambre accepte également sans discussion une modification de l'ordre du jour, qui correspond à une proposition formulée par la Société vaudoise de médecine. Cette modification de l'ordre du jour initial vise à insérer, avant que l'on ne vote sur les propositions présentées, une série d'informations concernant le TARMED, sa topologie, ses enjeux et son contexte général. Plusieurs intervenants se succéderont à la tribune avant que l'on passe à la discussion générale et au traitement des propositions.

2. Informations et exposés

2.1 Négociations TARMED en général

Le président H. H. Brunner, en s'appuyant sur des feuilles rétroprojetées à l'écran, situe dans un exposé liminaire la place et définit la portée de la version 1.0 de la structure tarifaire TARMED, rappelant que cette structure 1.0 est pour l'essentiel une nomenclature accompagnée de certaines données interprétatives et du nombre des points pour les prestations médicales et techniques. On ne peut pas encore parler ici d'un tarif, celui-ci n'existant qu'à partir du moment où le

nombre de points est multiplié par la valeur du point (VdP). Cette structure est ensuite destinée à s'appliquer dans deux domaines, celui du tarif bleu des assurances fédérales centralisées, donc dans le domaine du tarif médical AA/AM/AI, négocié par la FMH et la Commission des tarifs médicaux (CTM) avec une seule VdP pour toute la Suisse, d'une part, et le domaine de l'assurance-maladie (LAMal) qui connaît, sur la base de la structure tarifaire unique, 26 tarifs cantonaux différents et donc 26 VdP différentes à négocier par les sociétés cantonales de médecine avec les fédérations cantonales d'assureurs-maladie, d'autre part. On pourrait même imaginer qu'une multitude d'autres tarifs voient le jour, au moins théoriquement, qui verraient des groupes de médecins négocier un tarif avec un groupe d'assureurs-maladie en dehors du tarif cantonal. Dans le domaine des tarifs LAMal, le rôle de la FMH se limite à convenir avec le Concordat d'une convention-cadre et de ses modalités d'introduction dans les cantons. Les tâches liées à cette partie de la négociation sont prises en charge, du côté de la FMH, par le groupe de travail «G7» placé sous la houlette du Dr Andreas Haefeli. Ce contrat-cadre sera soumis à l'approbation de la Chambre médicale du 5 mai prochain. A noter que la Liste des analyses constitue un des éléments de ce contrat-cadre. Les conventions cantonales contiennent déjà en partie la Liste des analyses et il est prévu que cela se généralise à la faveur de l'introduction du contrat-cadre dans les cantons. Le président signale encore l'existence du «Tarif orange» ou Catalogue des prestations hospitalières qui s'applique à rémunérer les prestations ambulatoires effectuées par les médecins dans le cadre hospitalier. A mentionner encore dans ce contexte général que le tarif de physiothérapie négocié dans les années 90 sera applicable aux prestations de physiothérapie effectuées dans les cabinets médicaux, si bien que les tarifs médicaux ne contiendront plus de chapitre consacré à la physiothérapie. Quant au tarif SSO (dentistes), il trouve à s'appliquer aux médecins pratiquant la chirurgie maxillo-faciale ainsi que, pour certaines prestations, aux médecins ORL.

S'agissant de la structure tarifaire uniforme, le président rappelle qu'elle contient toutes les prestations médicales imaginables, indépendamment du fait qu'elles appartiennent ou non à des prestations obligatoirement à la charge des assurances sociales ou du lieu (hôpital, cabinet médical) où elles sont effectuées. Parmi les problèmes supplémentaires à signaler, il convient de mentionner les chapitres concernant les prestations fournies par des non-médecins, en particulier en matière de psychothérapie, qui réservent encore bien des difficultés à nos confrères et consœurs psychiatres. Un problème pourrait également surgir si l'on en venait à modifier la LAMal pour introduire un secteur semi-hospitalier, car alors la structure tarifaire uniforme actuelle ne serait plus compatible avec la LAMal et devrait être profondément remaniée.

Il est enfin relevé que le TARMED est un tarif au temps, modulé par le facteur «valeur intrinsèque». Pour l'application du tarif, la valeur intrinsèque quantitative, certains secteurs marginaux mis à part,

n'est pas déterminante. Déterminante est la valeur intrinsèque qualitative, attestée par un titre de spécialiste qui indique, en dehors des prestations ouvertes à tous (ex. consultation, visite), qui a le droit de faire quoi. Ce faisant, il a été recherché, grâce à des discussions consensuelles entre diverses spécialités, d'aménager un modus vivendi tenant le plus largement compte des pratiques actuelles.

Le président conclut son exposé liminaire en fournissant quelques explications sur la *mécanique du tarif*. Il fait observer que TARMED n'est pas une œuvre tarifaire mais une banque de données relationnelles gérée par des algorithmes fondés sur des données de base et des éléments de pilotage. TARMED est à usage multiple, on peut s'en servir pour autre chose que pour un tarif à l'acte, par exemple pour introduire un système de DRG (Diagnosis Related Groups). Les négociations consistent actuellement et depuis un certain temps déjà à soumettre les données de pilotage et les algorithmes à un réexamen constant et donc à affiner sans cesse le système, à redéfinir certains éléments, etc. Il est important de savoir que ceux qui procèdent à ces ajustements peuvent avoir une notion vague de ce que ces mises au point vont avoir pour conséquence, mais cela ne pourra jamais aller jusque dans les détails. Il faut pour cela procéder à des calculs et ce n'est qu'après que l'on peut faire apparaître ce que cela signifie pour telle ou telle prestation. Il n'est pas toujours compris par les sociétés de discipline médicale (SDM) que nous ne pouvons nous entretenir au préalable avec elles que sur les données de pilotage, mais pas immédiatement sur les conséquences de leur application à telle ou telle prestation, car une analyse doit être faite au préalable. Malgré cela et sous la pression du temps, la version 1.0 a été officialisée et mise à votre disposition. Les analyses auxquelles il a été procédé ont encore fait apparaître certaines conséquences absolument inattendues qui exigent des corrections immédiates (ex. dans le domaine de la pédiatrie ou dans celui de la gastroentérologie). Cette précision est destinée à tous ceux qui croient à une politique délibérée de «black box» de la part des négociateurs.

2.2 Remise de médicaments: rémunération basée sur les prestations (RBP)

La RBP recèle un problème qui concerne naturellement au premier chef les médecins propharmaciens mais qui, par son impact, mérite de retenir l'attention des délégués à la Chambre médicale de toutes les régions du pays; la RBP est en effet devenue une question à laquelle sont confrontées de nombreuses sociétés cantonales de médecine (SCM) dans le contexte de l'introduction du TARMED. Personne ne devrait donc s'en désintéresser.

Le Dr Walter Häuptli (LU) se charge de la présentation. Sans entrer dans les détails de son vaste exposé, nous retiendrons que la RBP, dont l'entrée en vigueur initialement prévue pour le 1^{er} juillet 2001 sera retardée (du fait que la nouvelle Liste des spécialités [LS] ne sera pas prête dans ce délai), va fixer les prix maximums pour les médicaments distribués

dans les pharmacies, les cabinets médicaux, les hôpitaux et les homes pour personnes âgées. Pour les médicaments de la LS des catégories A et B, la baisse devrait être de 9,5% en moyenne, avec des modulations selon qu'il s'agit de médicaments à prix bas ou élevés; à cela s'ajoute encore un rabais de l'ordre de 4%. Les implications financières pour les médecins seraient également fort diverses en Suisse, y compris entre généralistes et spécialistes d'un même canton admettant la propharmacie, car les tarifs conventionnels pour les assurances-maladie ont depuis des décennies toujours tenu compte de l'appoint de la propharmacie. Les recettes en provenance de la propharmacie, plus importantes pour les médecins de premier recours, sont donc actuellement des compensations qui font partie intégrante du revenu de référence de ces médecins et qui ne sont pas à considérer comme des recettes supplémentaires à ce revenu de référence. Si l'on admet une baisse moyenne des prix des médicaments selon la RBP de 9,5%, avec une marge bénéficiaire de 19%, la relation de la rémunération entre médecins de premier recours et spécialistes serait modifiée de façon injuste. Qui pis est, le revenu annuel moyen des médecins de premier recours serait ramené à Fr. 150 000.- environ.

Le Concordat envisage donc pour les médecins propharmaciens un système analogue à celui que les pharmaciens ont négocié avec lui dans le cadre de l'application de la RBP, en attendant de notre part le même rabais de 4%. Quels que soient les accommodements encore à trouver pour faire en sorte que le revenu professionnel des médecins provienne avant tout du tarif pour leurs prestations spécifiques et non pas de la propharmacie, les effets de la RBP ne manqueront pas d'être importants sur le revenu des médecins propharmaciens (environ 93 millions de francs au niveau de tout le pays), si cette introduction devait avoir lieu sous l'empire des tarifs actuels. Il s'agit par ailleurs d'une question cruciale dans le débat autour de la neutralité des coûts. C'est la raison pour laquelle le VEDAG vient de décider que l'on demande que la RBP ne soit introduite que simultanément avec le TARMED, ce qui éviterait des coûts inutiles pour l'adaptation aux tarifs actuels. Le VEDAG postule également la compensation pour la perte de revenu en résultant. La compensation sous l'empire du TARMED requiert d'autres solutions que celles qui seraient demandées par les tarifs actuels. En effet, ces derniers se sont développés sous l'égide de la LS, alors que, sous le TARMED, ce ne sera que la valeur intrinsèque qui décidera du niveau du revenu. C'est la raison pour laquelle il a été décidé d'intégrer dans la VdP le bénéfice en provenance de la vente des médicaments.

L'intervenant conclut son exposé en laissant entendre que la FMH sera saisie incessamment d'une requête lui demandant de s'occuper elle-même de la négociation liée à l'introduction de la RBP.

Le président H. H. Brunner se contente de préciser pour l'instant que le Comité central devra recevoir un mandat clair et que les SCM concernées prennent leurs responsabilités et participent à la négociation, y compris des SCM de la Suisse romande.

2.3 Exposés de la situation sur la négociation TARMED du point de vue des représentants de la FMS

Le président H. H. Brunner, après avoir tenu à remercier une fois encore la FMS de nous avoir fourni l'occasion de cette fort utile séance, leur donne la parole pour nous présenter leurs thèses.

Il appartient au président de la FMS, le Prof. Reto Tscholl, d'ouvrir les feux. Il fait état de la première proposition de la FMS demandant que l'on procède à ce qu'il est convenu d'appeler le «reengineering» de la structure tarifaire du TARMED avant l'adoption de la version du TARMED qui doit entrer en vigueur. Il évoque également la seconde proposition de la FMS (la «souveraineté tarifaire», resp. le mandat de négociation correspondant ayant trait aux sociétés de discipline regroupant le corps médical pratiquant la médecine invasive doit passer de la FMH à la FMS, resp. doit être déléguée à cette dernière) en indiquant que la FMS a été contrainte de présenter ces deux propositions, parce que le TARMED dans sa version actuelle aurait des conséquences catastrophiques pour beaucoup d'entre nous, a fortiori si la VdP devait être inférieure à Fr. 1.–, d'une part, et, d'autre part, parce que le TARMED menace de mettre à mal la cohésion du corps médical. Il fait valoir que le TARMED est ce qu'il est actuellement parce que l'on n'a eu de cesse depuis des années de présenter les médecins comme les boucs émissaires de l'augmentation des coûts de la santé, alors que la totalité des rémunérations des médecins en pratique privée, y compris les médecins hospitaliers avec pratique privée, ne représentent pas même les 10% de la totalité des coûts de la santé. Plusieurs tabelles étayant ses dires, déjà publiées par ailleurs, sont projetées et illustrent les propos de l'intervenant. Il n'est donc pas tolérable que l'on s'en prenne de façon récurrente aux médecins qui occasionnent les 7% de ces coûts totaux et qui, plus est, contribuent de façon déterminante à la qualité des soins prodigués. Les médecins sont dès lors pris en tenaille par le TARMED et par la révision de la LAMal. Dans sa forme actuelle, le TARMED ne pourrait que liquider des pans entiers du corps médical, comme l'orateur suivant, le Dr Beat Meister, s'emploie avec originalité et talent à le démontrer en projetant à l'écran l'illustration de ses propos. Il utilise pour ce faire la métaphore du «Titanic» fonçant tête baissée dans son iceberg fatal. Si l'on ne corrigeait pas le cap, le même danger mortel menace le TARMED et ses malheureux passagers. Il rappelle que le TARMED avait pour objectif initial de mettre sur pied un tarif à l'acte complet basé sur une analyse d'économie d'entreprise, donc pas un tarif «politique». Etaient également visées une réévaluation des prestations intellectuelles et une réduction des prestations techniques. Pour le TARMED, les signes avant-coureurs de la catastrophe sont apparus en 1998 et 1999 avec la publication des versions Bêta 2 et 3 qui ont inquiété très sérieusement tous les médecins pratiquant la médecine invasive (ex. une appendicectomie de Fr. 369.– dans l'actuel catalogue des prestations hospitalières tombait à Fr. 201.– dans le TARMED, alors que nous

venons de discuter longuement sur des pertes de 9,5%). La FMS a immédiatement informé les responsables de la négociation, ce qui conduisit à une première séance FMH-FMS. On n'avait pas réalisé que les interventions invasives comprenaient également une composante intellectuelle. Les aspects de la productivité, notamment pour les interventions courtes, avaient également été négligés, notamment parce que les taux de productivité (72% dans la salle d'opération I, petites interventions, et 65% dans les salles d'opération II et III) ont été établies de façon normative et que ces estimations sont entachées de fautes graves au niveau de l'analyse. Il en résulte une fausse représentation de la médecine invasive dans tout le TARMED et c'est ici que se situe le plus grand iceberg. C'est aussi la raison pour laquelle une précédente Chambre médicale a approuvé le modèle FMS et a donné son aval à la version Alpha 2.2 avec un «Oui mais». Malheureusement, la version TARMED a été soumise au Conseil fédéral sans cette réserve. Pour que nous puissions approuver la version TARMED définitive, nous devons avoir la garantie que toutes les prestations invasives seront corrigées de façon appropriée. Sans cette garantie préalable, il est vain d'espérer que la Chambre médicale de début mai au Tessin puisse accepter le TARMED.

Le Dr B. Meister fait alors état d'une étude lancée dans 363 hôpitaux et portant sur 63 000 interventions, qui, du point de vue du résultat sur le volume des honoraires, fait ressortir une différence de 32 millions entre le Catalogue des hôpitaux (51 millions de francs) et le TARMED (19 millions de francs). En d'autres termes, pour respecter la stricte neutralité des coûts, il conviendrait de fixer la VdP initiale à Fr. 2.66 en moyenne, ce chiffre ne devant pas être compris comme une revendication correspondante... Le Prof. R. Tscholl tient à préciser que ces données ne sont pas destinées à motiver pour les médecins de la FMS des VdP situées entre Fr. 2.40 et Fr. 3.14, mais uniquement à illustrer l'absurdité de l'image que donne le TARMED des prestations de médecine invasive et pour démontrer qu'un reengineering (ci après: RE) avant l'entrée en vigueur du TARMED est absolument nécessaire et justifie la seconde proposition de la FMS.

La parole est alors donnée au Dr Walter Zimmerli, chirurgien à Aarau et membre de la section cantonale argovienne FMS. Sur la base d'une étude menée par ses soins et portant sur 3929 prestations médicales, il fait état de toutes les modifications qu'il a pu constater entre les versions 2.2. et 1.0 pour s'étonner que l'on ait pu procéder à un nombre considérable (2651) de modifications de toute nature sans que les SDM en aient été jamais avisés.

Le Prof. R. Tscholl tire de cette dernière démonstration la conclusion que les intéressés doivent être associés à la négociation des positions les concernant, le contenu formel de la proposition n° 2 de la FMS étant cependant à considérer comme un maximum, en ce sens que la FMS ne pose pas comme condition sine qua non d'être seule négociatrice, mais elle tient à être associée à toute négociation la concernant et à

désigner elle-même ses représentants. Il tient également à souligner que les propositions de la FMS ne visent pas à descendre en flammes le TARMED et même pas à le retarder.

Le Dr B. Meister confirme ce qui vient d'être dit et souligne l'esprit constructif qui anime la FMS. Il résume alors ce que la FMS entend promouvoir. Tout d'abord, (1) la prise en compte des temps «ante» et «post» interventions pour les opérateurs; (2) la correction des taux de productivité en salle d'opération; (3) la rémunération de l'assistance opératoire selon la prestation médicale fournie effectivement; (4) l'insertion dans une rubrique spéciale du tarif des prestations techniques liées de façon étroite à l'exécution du mandat médical (ex. assurance RC professionnelle, perfectionnement, télécommunication; cf. étude Prantl-Popp qui parle d'un taux entre 14 et 30% de la prestation technique). L'intervenant se dit persuadé que l'inclusion de ces paramètres corrigés et/ou nouveaux, une fois convenus, ne requiert que peu de temps pour être calculée dans le tarif. Le Prof. R. Tscholl appuie ce qui précède et avertit qu'un TARMED qui n'intégrerait pas ces corrections aurait pour conséquence de faire disparaître toute une série de médecins pratiquant la médecine invasive en dehors des institutions subventionnées.

2.4 Informations concernant l'expertise du Professeur Günther Neubauer

Le Dr Martin Ganz fait état, en tant que médecin ayant été invité à participer aux négociations du GRATAL, des doutes qu'il a aussi nourris quant au point de savoir si le TARMED répondait bien aux exigences initiales des objectifs qui lui avaient été assignés, en particulier si les taux de productivité retenus correspondaient bien au postulat de l'analyse de l'économie d'entreprise. Cela l'a conduit à émettre la demande, approuvée par la Conférence des présidents, que le TARMED soit soumis à un examen par un expert extérieur. Celui-ci a été choisi en la personne du Prof. Neubauer, expert allemand indépendant et reconnu en matière d'économie de la santé. Dans un mandat confié de concert par la FMH et l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées (ASMI), l'expert a été invité à soumettre le TARMED à un examen critique portant tout d'abord sur les aspects généraux du projet et, dans une seconde phase, sur des points particuliers. Il s'agissait enfin de trouver une solution d'optimisation du système, ce qui en définitive a abouti à ce qu'il est convenu d'appeler maintenant le RE. Les grandes articulations de l'expertise ont porté non seulement sur le tarif lui-même, mais également sur la méthodologie et les éléments de base de la mécanique tarifaire, avec le handicap que le Prof. Neubauer n'a pu être mis en possession des éléments appartenant à la boîte noire, puisque la convention passée par la FMH avec les partenaires du TARMED ont empêché que ces éléments fussent communiqués. En dépit de cette restriction contraignante et sur la base de ce qui était accessible à l'expert on peut tirer plusieurs conclusions parmi lesquelles nous opérons

dans le cadre de cette recension la sélection suivante: l'estimation des prestations médicales doit être différenciée de sa rémunération exprimée en francs et centimes; mais puisque l'on sait que tous les calculs ont été faits sur la base d'une VdP à Fr. 1.– il faut, pour le domaine de l'assurance-maladie, soit partir de cette VdP à Fr. 1.–, soit reconnaître alors que le postulat de l'économie d'entreprise n'est pas réalisable. Quant à la notion de neutralité des coûts, elle n'a rien à faire avec un tarif basé sur l'économie d'entreprise et n'est qu'un artifice pour introduire le budget global; il n'y a aucune justification par exemple à répercuter sur la VdP le vieillissement de la population, l'arrivée de nouvelles méthodes thérapeutiques, etc., etc. La discussion est d'ordre politique et non d'ordre tarifaire. Il en ira de même pour les transferts de prestations du secteur privé (petites interventions chirurgicales) vers le secteur hospitalier subventionné si le TARMED ne tient pas compte des différences structurelles entre le cabinet médical et l'hôpital public; dans un temps où tous les politiciens ferment des lits dans les hôpitaux publics par souci d'économie, on ne pourrait redouter les listes d'attente style NHS-GB (National Health System en Grande-Bretagne).

Après avoir encore développé certaines considérations sur les sources des différentes données, leur qualité et leurs lacunes, l'intervenant conjure tous les délégués de bien avoir à l'esprit que les pertes de revenus disproportionnées concernant les uns ne resteront pas sans incidence, à moyen et long termes sur le niveau des revenus professionnels de tous. Un certain minimum de rémunération horaire pour les prestations de pointe doit absolument être garanti.

Le président se contente de trois remarques, rappelant que le revenu de référence établi à partir des hôpitaux de référence zurichois a été établi sur la base d'un «mix» soigneusement pondéré entre revenus des médecins-chefs (1/3), des médecins adjoints (1/3) et des médecins-chefs de clinique (1/3). Par ailleurs, certaines approches de la réalité auraient été grandement facilitées si l'on avait pu disposer de données fournies par les médecins hospitaliers eux-mêmes, car il est difficile pour un responsable de délégation de défendre des revenus pour lesquels il ne dispose pas de données réelles.

Aujourd'hui, les conditions pour fournir les renseignements qui manquent au Prof. Neubauer et à son collaborateur sont réunies, car la peine conventionnelle de 1 million de francs qui nous retenait jusqu'ici de le faire est devenue de facto caduque. Les lacunes réelles en matière de données n'ont cependant pas empêché la délégation de la FMH et son président de discerner très tôt les difficultés du modèle, ce qu'il ne s'est d'ailleurs pas privé de signaler à maintes reprises depuis 1997. C'est ce qui a conduit à demander avec insistance le RE et à finir pas vaincre les résistances initiales des assureurs à ce sujet.

2.5 Informations concernant «NewIndex»

Il appartient ensuite au Dr A. Haefeli (AG) de fournir quelques explications sur «NewIndex». Il les fait précéder d'une précision d'ordre statistique à ne pas

perdre de vue et qui vient quelque peu nuancer les propos (pertinents) du Prof. R. Tscholl concernant la part prise par la rémunération des médecins dans la totalité des coûts de la santé. Si l'on en reste au domaine de la seule LAMal, la part des coûts afférente aux prestations médicales est de 30%, celle dévolue aux hôpitaux, y compris les prestations ambulatoires, de 30%, les médicaments prenant à peu près 20% et les 10% restant se répartissant sur les divers autres frais. Pour les caisses-maladie, nous représentons donc bien plus que les quelque 9% dont a parlé le Prof. R. Tscholl. Afin de mener les analyses pour déterminer quel devrait être le niveau éventuel à prendre en considération pour déterminer la valeur initiale devant être retenue pour une neutralité des coûts à l'introduction du TARMED, toutes les SCM et la FMH ont créé la société NewIndex dans le capital de laquelle certaines SDM et d'autres groupements de médecins sont également entrés.

Une partie des activités du TARMED a été d'établir le volume des prestations fournies par les médecins en pratique privée; sur la base des notes d'honoraires établies selon les tarifs existants, nous avons pu établir les volumes de prestations et voir comment ces volumes se traduiraient en appliquant la structure TARMED. Nous avons pu de la sorte établir, comme l'a fait le modèle FMS, où surgiraient des problèmes. Nous avons établi qu'ils surgiraient là où le modèle FMS les a identifiés, c'est-à-dire là où des interventions invasives sont pratiquées au cabinet médical. Sur la base de ses analyses, NewIndex a aussi pu mettre le doigt sur des problèmes que l'on ne soupçonnait pas et identifier des SDM qui étaient menacées. C'est là-dessus que devront se concentrer les SCM, les questions de déséquilibres tarifaires étant, elles, du ressort des groupements de spécialistes et de la délégation FMH. En revanche, NewIndex pourra faire des suggestions sur la façon d'introduire le tarif (neutralité des coûts ou stabilisation des coûts lors de la phase d'introduction) et, sur la base de ses analyses, donner des indications sur le niveau de la VdP lors de l'introduction, étant bien précisé que la fourniture des données incombe à chaque société cantonale. NewIndex a discuté de la méthodologie avec le Concordat, afin que, si l'on doit en passer par la neutralité des coûts, on adopte les données chiffrées établies par NewIndex.

2.6 Déclaration de la Société suisse de radiologie

Avant que l'on passe à la discussion générale, la parole est encore donnée, à leur demande, aux radiologues. Le Prof. Pierre Schnyder, médecin-chef du service de radiologie universitaire de Lausanne, dûment mandaté par les quatre autres titulaires de chaires de radiologie universitaires de Suisse, présente à la Chambre les conséquences, calculées par une «task force» d'économistes appartenant au CHUV et aux hospices vaudois, que l'introduction de TARMED (version 2.2) aurait entraînées du point de vue économique sur l'exercice comptable 1999. Résultat: pour obtenir un résultat équilibré par rapport à 1999, la VdP TARMED devrait être fixé à Fr. 1.75, soit une

différence de 55% par rapport à la valeur du point articulée par Mme la conseillère fédérale Ruth Dreifuss devant les Chambres fédérales. La version 1.0 n'a rien changé à ce différentiel.

Sur le plan académique, cela signifierait la mise en faillite quasi instantanée de tous les instituts de radiologie privés de notre pays. Corollaire de ce qui précède, les instituts hospitaliers universitaires (ou non universitaires) devraient être immédiatement subventionnés par l'état. Il serait par ailleurs impossible aux instituts universitaires de recruter des candidats, car personne n'a envie de se former dans une profession sinistrée. On serait donc confronté à la disparition des médecins assistants et des chefs de clinique: bonjour les listes d'attente! La mission d'enseignement de nos instituts serait supprimée à brève échéance, faute de relève (cf. l'exemple français). A noter que ces soucis très sérieux ont été transmis par lettre, pour réflexion, à Mme la conseillère fédérale R. Dreifuss ainsi qu'aux doyens des 5 facultés de médecine de Suisse (applaudissements).

Le président prend la Chambre médicale à témoin qu'il a attiré depuis longtemps l'attention sur les problèmes des radiologues et ces derniers savent qu'ils peuvent compter sur le soutien résolu du Comité central.

3. Interventions particulières et discussion générale

Il a été fait jusqu'ici une large dérogation au principe selon lequel le procès-verbal de la Chambre médicale est essentiellement un procès-verbal de décision, car nous avons estimé utile que la présentation des thèses des uns et des autres méritât davantage qu'une brève évocation. A ce point de la recension, nous en revenons à davantage de concision en n'évoquant qu'à grands traits les péripéties de la discussion générale, avant de passer à la liquidation des propositions et aux décisions.

Au nom de la SVM, son président le Dr Charles A. Favrod-Coune, souligne la volonté des médecins vaudois de faire aboutir le TARMED, mais de ne pas donner leur aval à une version qui signifierait une scission du corps médical. Force est de constater que la version 1.0 n'est pas de nature à satisfaire toutes les spécialités (ex. la rémunération de la cataracte, la pédiatrie, la gériatrie pratiquée par les médecins de premier recours), raison qui pousse la SVM à proposer le RE avant l'entrée en vigueur, mais en s'opposant à la 2^e proposition de la FMS visant à retirer à la FMH la responsabilité de la négociation. La SVM proposera donc de mettre sur pied un comité de pilotage chargé de conduire le RE du TARMED, comité composé de médecins opérateurs et de médecins de premier recours un peu mis de côté jusqu'à maintenant, des SCM et NewIndex. Les propositions de ce comité devraient être soumises dans les 6 mois à la Chambre médicale, l'objectif restant d'avoir un bon TARMED. Cela constituerait un amendement à la 2^{ème} proposition de la FMS.

Le moment est venu pour le président H. H. Brunner de présenter la position du Comité central. Le RE en constitue l'axe principal. Il s'agit d'une tâche permanente que de corriger au fur et à mesure les inconsistances et les inhomogénéités des valeurs charnières et des facteurs de pilotage du projet. Il faut absolument arriver à une nouvelle conception de la mécanique tarifaire, car trop de modèles incompatibles ont été introduits dans cette mécanique et l'ont abâtardie: elle est devenue trop complexe et comprend trop de facteurs surdéterminés, par quoi il faut comprendre que les facteurs introduits dépendent à leur tour de facteurs extérieurs, etc., etc.

Les problèmes principaux les plus urgents concernent les domaines de la radiologie, de la gastroentérologie, de la psychiatrie, de la dermatologie et de la pédiatrie. Pour tous ces domaines, il y aura lieu de reprendre analyses et mesures. Il convient donc de procéder à des corrections immédiates et les propositions y relatives devront être intégrées en 2001 encore pour trouver leur application dès 2002 déjà. De plus, on ne saurait se contenter de simples estimations ou extrapolations, mais il faut disposer d'un certain volume de prestations fournies concrètement dans le cadre d'un tarif en fonctionnement, volume sans lequel des conclusions concrètes ne peuvent être tirées. Les discussions sont déjà bien engagées avec les assureurs accidents (CTM) et le Concordat est invité à s'associer aux travaux du RE, la participation de «H+» restant encore une question ouverte.

Le RE constituera tout d'abord en une consolidation du modèle actuel (phase I), en y intégrant à court terme les propositions du modèle FMS. Dans une phase II qui devrait se dérouler l'année prochaine, on effectuera le RE proprement dit dans le sens d'un réexamen complet de l'ensemble des valeurs charnières et de pilotage et l'introduction éventuelle d'éléments supplémentaires, le tout devant se baser sur une nouvelle mécanique tarifaire. Rappel important: il faudra pouvoir disposer des enseignements tirés d'un tarif en application, ce qui devrait nous être fourni par le tarif AA/AM/AI. En ce qui concerne l'axe temporel, cette phase II devra être bouclée en décembre 2002. Certaines modifications pourront même être introduites déjà avant si l'on peut s'accorder entre partenaires. L'aval définitif de la FMH, surtout en ce qui concerne le domaine LAMal, est lié naturellement au succès de cette entreprise. Les coûts à prévoir pour mener ces travaux devraient se situer entre 0,8 et 1,2 million de francs en tout, soit à une dépense située entre Fr. 250 000.- et Fr. 400 000.- pour la FMH, selon que 4 ou 3 partenaires y seront associés.

Cette négociation devra être menée par la FMH, nos partenaires y tiennent, mais on pourra encore discuter de la composition et de la pondération de notre délégation. Une information mensuelle régulière sur l'avancement de la négociation sera effectuée. Le président poursuit et termine son exposé en résumant les mesures encore à prendre qui seront présentées en détail à Locarno, notamment sur les corrections à effectuer dans les taux pour frais matériels et redevances qui ont joué un si grand rôle dans le calcul

des composantes des prestations techniques et qui ont conduit aux résultats à juste titre critiqués.

Le Prof. R. Tscholl insiste pour que la FMS puisse désigner à tout le moins elle-même ses représentants dans la délégation aux négociations. Il relativise par ailleurs les lacunes relevées à propos du volume des prestations à prendre en considération en faisant valoir que les données analysées et calculées (plus de 60 000) par la FMS fournissent une base valable pour les travaux futurs. Le RE est un processus permanent, soit! Mais ce fait ne doit pas conduire à la liquéfaction des propositions concrètes de la FMS. Enfin, le RE doit être terminé avant l'introduction du TARMED, la liste des SDM concernées n'étant par ailleurs pas encore complète.

Le Dr H. H. Brunner précise le plan du Comité central. Il proposera une introduction du TARMED dans le domaine AA/AM/AI pour le 1^{er} janvier 2002, à la condition que la question du RE soit établie clairement par contrat. Pour le domaine LAMal, le renvoi sera proposé, notamment en raison de la question non encore réglée de la stabilisation des coûts (on ne parle plus de neutralité des coûts), en outre la structure tarifaire ne sera proposée à l'acceptation que dans le contexte des contrats-cadres, une fois ceux-ci acceptés. Il ne sera pas présenté de requête de ratification de la structure tarifaire 1.0 au Conseil fédéral, vu que les conditions ne l'exigent pas. Quant à la votation générale, elle ne pourra être organisée que lorsque le contrat-cadre pour le domaine LAMal aura été accepté par la Chambre médicale.

L'exposé des explications fournies par le président a de la peine à emporter l'adhésion de tous. D'aucuns (Mme le Dr Anne-Claude Froidevaux/GE et le Dr Reinhold Streit/BE) estiment que les choses n'ont guère évolué depuis plus d'une année, les défauts de la mécanique tarifaire étant connus depuis belle lurette. La neutralité des coûts qui se dessine ne serait qu'un budget global de la pire espèce et le sentiment qui persiste est celui de la déception. En demandant que cela figure expressément au procès-verbal, le président rétorque à ces critiques que l'historique des débats sur le GRAT/TARMED montre que, sauf pour 10% des cas qui ont une explication, les décisions de la Chambre médicale ont été exécutées. Il fait valoir qu'une chose est de représenter les demandes de la Chambre médicale aux négociations et une autre de les faire passer. Et pourtant, progrès il y a eu depuis une année: la nécessité d'un RE a été reconnue, au moins par un assureur important. Quant à la question de la neutralité des coûts, elle se pose aujourd'hui dans les termes d'une «stabilisation des coûts» sur 12 mois dans laquelle il faudrait avoir vraiment mauvaise grâce pour discerner un budget global, d'autant plus que, dans le domaine de l'assurance-accidents, on ne peut adopter une autre définition que celle de la stabilisation des coûts par cas. Quant à la mécanique tarifaire, elle n'est pas à rejeter comme un tout mais seulement dans certains secteurs d'application. D'un point de vue d'ingénieur responsable de projet (ex. en avionique) on procéderait à des mises au point techniques et à des réglages, sans faire intervenir des

émotions subjectives. Ce dont nous avons besoin avant tout est de pouvoir nous baser sur des faits objectifs; on pourrait alors liquider ce qui nous attend encore dans un délai de 6 à 9 mois. Les travaux seront naturellement confiés non à des robots mais à des personnes, les médecins ou les spécialistes travaillant pour les médecins y ayant aussi leur part, ceci étant précisé à l'adresse de ceux (*Drs Jürg Pellaton/ZH, Dr R. Streit/BE*) qui exprimaient le souci que les partenaires à la négociation s'affrontent à armes égales; le know how que nous avons acquis nous met désormais bien en selle. Cela étant précisé, il convient d'admettre – et de le consigner au procès-verbal – que cette lutte à armes égales n'a pas existé jusqu'en 2000, date à partir de laquelle nous avons pu redresser notablement la situation.

4. Procédure de décision sur les propositions

4.1 Proposition de la FMS

Le président observe que le point 1 de la proposition de la FMS, «il convient de procéder à ce qu'il est convenu d'appeler le reengineering de la structure tarifaire du TARMED et, ce, avant l'adoption de la version TARMED qui doit entrer en vigueur» ne fait pas problème. S'agissant du point 2 concernant la «souveraineté tarifaire» et le mandat de négociation, le Prof. R. Tscholl peut s'accommoder au nom de la FMS des explications et assurances données en séance par le président sur la composition de la délégation aux négociations, à la condition que la FMS puisse désigner elle-même ses représentants. Le président, au nom du Comité central, fournit expressément cette assurance.

S'agissant du calendrier, le président tient à préciser que l'on doit abandonner l'idée d'une entrée en vigueur du TARMED dans le domaine du tarif bleu AA/AM/AI pour le 1^{er} juillet 2001; le Comité central propose cette entrée en vigueur pour le 1^{er} janvier 2002. En ce qui concerne le domaine LAMal et vu les négociations qui nous attendent encore, il est exclu de penser à une entrée en vigueur pour toute la Suisse avant le 1^{er} janvier 2003.

Cette déclaration se heurte à l'opposition des représentants de la FMS (*Prof. R. Tscholl et B. Meister*) qui ne peuvent envisager une introduction, fusse dans le seul tarif bleu, avant que le résultat final du RE soit sous toit. Si la volonté existe du côté des assureurs, cela devrait être l'affaire de quelques mois. Une telle exigence condamnerait l'introduction du TARMED dans le tarif bleu rétorque le *Dr H. H. Brunner*, car ce serait une illusion de penser que tout sera bouclé avant la fin de 2001.

On passe à la pause aux alentours de 13 heures, sur motion d'ordre.

A la reprise de séance, la Chambre se penche sur la proposition remaniée de la FMS. Celle-ci se dit consciente qu'elle ne peut pas demander le RE total du tarif, mais elle exige que certains points doivent être fixés avant toute décision. On se concentre donc

sur la phase I de ce RE qui comporte les points suivants:

- Introduction du modèle tarifaire FMS, y compris ses conséquences quantitatives.
- Les conséquences en (+) et (-) suite à l'introduction du tarif ne doivent pas dépasser 10% (garanties de revenu pour les SDM).
- Le projet complet doit être mis sous toit avant le 31 décembre 2002.
- Des mesures de sauvegarde spéciales doivent être diligentées en faveur des SDM particulièrement en danger par l'introduction du nouveau tarif.
- Les corrections pour le chapitre radiologie doivent être apportées avant le 31 décembre 2001.

A la question posée par le *Dr Jacques de Haller (SSMG)* concernant les + ou -10%, le président est amené à préciser que cela concerne toutes les SDM et que cela s'applique aux composantes médicales et techniques; il y a un point de départ avant et après le RE, c'est le premier élément de la comparaison, le second étant l'état actuel. Sur ce dernier point, le tarif bleu se prête mieux à la comparaison, encore que NewIndex pourrait fournir quelques indications. Devant la controverse suscitée par ces propos, le président sollicite un «opting out» jusqu'à la séance de Locarno où il promet de fournir des explications circonstanciées. Il est appuyé en ce sens par le *Dr Walter Grete/ZH* qui invite ses confrères à se mettre d'accord sur le plan interne et d'apporter à la table de négociations un produit consensuel fini. Il plaide par ailleurs pour que l'on adopte le TARMED dans le domaine du tarif bleu, pour faire la démonstration de sa praticabilité. Il faut cesser de se fixer des limites de toutes parts, faire confiance à nos négociateurs et leur laisser une marge de manœuvre.

Des explications sur la portée du vote concernant la proposition n° 1 de la FMS sont encore données, après échanges de vues et mise au point entre les présidents de la FMS et de la FMH: la proposition initiale de la FMS est soumise au vote avec les précisions ci-dessus mentionnées concernant la phase I du RE, ces précisions devant être considérées comme une explicitation de la proposition n° 1. Le président H. H. Brunner est encore amené à préciser que la votation générale n'aura lieu que lorsque le contrat de base pour le domaine LAMal aura été accepté par la Chambre médicale; cela signifie aussi qu'en votant aujourd'hui pour cette proposition ainsi amendée, on rend possible l'entrée en vigueur du TARMED dans le domaine de l'AA/AM/AI pour le 1^{er} janvier 2002.

Décision: La proposition n° 1 de la FMS telle qu'amendée est acceptée par 112 voix contre 17 et 10 abstentions.

On passe alors au point n° 2 de la proposition de la FMS concernant la conduite des négociations dans la phase du RE. Le président qui ne pouvait accepter la proposition n° 2 telle qu'elle était présentée se proposait de présenter à la Chambre médicale de Locarno deux variantes de composition de la délégation de 5 membres de la FMH en y intégrant des représentants

de la FMS, des médecins agréés et des médecins de premier recours. *Le Dr B. Meister* insiste pour que l'on vote sur la proposition n° 2, acceptant par avance que si elle ne recueille pas la majorité, la solution proposée par le Dr H. H. Brunner s'applique alors à titre subsidiaire.

Décision: La proposition n° 2 de la FMS est rejetée par 120 voix contre 24 et 5 abstentions.

En conséquence, des propositions concrètes seront soumises par le président à Locarno. Dans la foulée de cette décision, le *Dr A. Favrod-Coune* retire sa proposition concernant la composition du comité de pilotage. Dont acte.

Quant à la proposition n° 3 de la FMS, elle a été remplie par l'information fournie sur l'état et le contenu de l'expertise du Prof. Neubauer.

4.2 Proposition de la SSMG

On passe alors à l'examen de la proposition en 3 points déposée par le *Dr J. de Haller* au nom de la SSMG qu'il a l'honneur de présider. Le 1^{er} point est retiré, vu les explications sur le calendrier données en cours de séance. En revanche le point 2, «*Le RE ne doit pas se faire aux dépens des chapitres 00 (prestations de base), 01 (pansements et bandages), 02 (psychiatrie), 03 (pédiatrie, néonatalogie) ou 30 (imagerie médicale)*» et le point 3, «*Les prestations effectuées essentiellement en milieu hospitalier (a2 et s) ne doivent pas être réévaluées aux dépens des prestations effectuées en cabinet (a1), et réciproquement*», gardent leur raison d'être. Le TARMED avec une VdP de Fr. 1.0 permet d'assurer une constance du revenu des médecins de premier recours, des concessions supplémentaires ne seraient pas acceptables. L'intervenant demande donc un clair soutien de la Chambre médicale à sa proposition pour garantir un déroulement des travaux du RE dans une ambiance constructive.

Le président H. H. Brunner ne peut accepter cela que sous forme d'indication pour les négociations, mais fait remarquer que, si cette proposition devait être acceptée à la lettre, elle empêcherait ipso facto tout RE, car l'on ne peut empêcher qu'une modification sur un des facteurs de pilotage ne développe pas des effets dans tous les autres secteurs du tarif. Au nom de la FMS, son secrétaire général, *Me François Bernath*, tient à préciser que la FMS n'entend pas du tout mener la défense des intérêts de ses membres au détriment des médecins des autres disciplines.

La proposition de la SSMG est ensuite légèrement remaniée pendant que les débats se poursuivent par ailleurs sur la proposition suivante. La proposition, quelque peu atténuée dans la forme («*ne devrait pas se faire aux dépens*», au lieu de «*ne doit pas*») est soumise au vote.

Décision: Elle est acceptée par 101 voix contre 15, avec 16 abstentions.

Le président H. H. Brunner tient à ce que l'on inscrive au procès-verbal qu'il pourra considérer cette décision uniquement comme une indication générale sur la façon de négocier. Dont acte.

4.3 Proposition des deux sociétés de psychiatrie

On passe alors à l'examen de la proposition de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie et de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie d'enfants et d'adolescents demandant à ce que «*la votation générale sur le TARMED ne soit organisée que lorsque les valeurs du point initiales de tous les cantons seront connues*». Elle est présentée par le *Dr Philipp Hauser/AG* qui explique qu'elle a pour objectif de permettre aux membres de la FMH de se prononcer en toute connaissance de cause, d'une part, de renforcer la position des négociateurs dans les cantons, d'autre part. Dans la discussion qui précède le vote, plusieurs objections sont soulevées, même de la part de ceux qui manifestent de la compréhension pour le souci à la base de cette proposition, notamment quant à sa conformité avec les statuts de la FMH, son application pratique ou le fait que les procédures dans les cantons peuvent être très longues et qu'une panne dans un seul canton pourrait bloquer tous les autres. Enfin, on relève incertitude et flou sur le facteur qui devrait enclencher la procédure. Le souci de ne pas se voir à nouveau limité par des décisions contraignantes de cette sorte (*Dr W. Grete/ZH*) est également exprimé. On passe au vote après une dernière modification rédactionnelle proposée par le président et acceptée par le *Dr Hauser*.

Décision: La proposition est rejetée par 96 voix contre 21, avec 13 abstentions.

Le président constate que toutes les propositions présentées ont ainsi été liquidées ou retirées.

Après avoir donné la parole au *Dr Yves Guisan* qui attire l'attention des délégués sur certains problèmes encore à résoudre dans le domaine du RE dans le secteur hospitalier, il clôt la séance en donnant rendez-vous à la Chambre pour les 4 et 5 mai prochain à Locarno.

Il est 15 h 45.