

Réplique

Rappel du contexte

J.-M. Guinchard, Association des médecins de Genève

Comme précisé dans le rapport, l'étude se situe dans le cadre des travaux préparatoires du canton de Genève en vue de l'introduction de TARMED et en particulier la tâche de la détermination de la valeur du point. Une première étude a permis de définir avec l'ensemble des partenaires une fourchette dans laquelle devrait se situer la valeur du point. Cette première étude dont les données doivent encore être réactualisées à la version TARMED 1.1 comportait une portion insignifiante d'activité de chirurgie ambulatoire, un secteur charnière de l'activité chirurgicale de notre canton ville. D'où la décision de lancer cette seconde étude avec l'ensemble des partenaires.

Questions réponses

P. Bolla, au nom du groupe de pilotage

Pourquoi n'avez-vous pas tenu compte dans votre étude des consultations et des positions de gestion péri-opératoire qui sont prévues dans le TARMED et nettement revalorisées par rapport au passé? N'aurait-il pas été plus judicieux de calculer des coûts par cas, du style «panier-type» bien connu de tous les médecins qui ont participé à l'élaboration du TARMED et qui est en fait ce qu'analyse NewIndex depuis de nombreux mois. Les médecins signataires savent bien qu'il est impossible de sortir une seule position tarifaire du TARMED pour analyser l'impact de celui-ci sur le revenu final.

Contrairement à la méthode des paniers-types, les deux études genevoises analysent la facturation effective et intégrale au titre de l'assurance maladie d'un échantillon représentatif de cabinets médicaux (première étude) et d'interventions de chirurgie ambulatoire en cliniques ou à l'hôpital (seconde étude). La seconde étude, comme la première d'ailleurs, ne se base pas sur une seule position, mais sur un ensemble large des positions (consultations médicales, gestes chirurgicaux, activités d'anesthésies par l'anesthésiste ou l'opérateur, salles d'opération, matériel de soins, médicaments, etc.) facturés par les différents partenaires le jour de l'intervention. De ce fait l'ensemble des gestes péri-opératoires de l'anesthésiste ainsi que les gestes péri-opératoires le jour de l'intervention des opérateurs sont inclus dans l'étude. La seconde

étude n'analyse pas le revenu global des partenaires, mais spécifiquement le mode de rémunération d'un segment spécifique du marché de la santé.

Il convient de rappeler que NewIndex est basé sur les factures de la caisse des médecins. Ces factures contiennent les codes du tarif genevois. Ce tarif n'a pas été suffisamment adapté aux changements de la médecine et aux nouvelles techniques. Pour compenser ces lacunes du tarif, de nombreuses analogies ont été introduites. Elles rendent la lecture de la facture quasiment impossible. Une relation directe, sur la seule base des codes du tarif J510, est impossible avec le TARMED. Le tarif genevois est beaucoup plus simple et moins précis que le TARMED. C'est pourquoi les études de NewIndex sont insuffisantes pour Genève et méritent d'être complétées. Cette difficulté d'établir un lien direct entre le tarif cantonal et le TARMED n'est pas seulement une spécificité genevoise. D'autres tarifs cantonaux présentent, comme le tarif genevois, des difficultés d'interprétation sur le geste qui a été effectué et ne permettent pas d'y associer la position TARMED équivalente.

La liste des prestations du TARMED est très détaillée. Elle fait appel parfois à plusieurs chapitres alors que le tarif genevois laisse libre cours à de nombreuses interprétations et à une facturation par analogie. Les deux études ont permis de constater les fréquentes différences d'interprétation du Tarif genevois entre les médecins d'une même spécialité.

Enfin les études de NewIndex ne sont basées que sur des factures individuelles des médecins. Elles ne peuvent pas évaluer correctement l'impact du TARMED sur la chirurgie ambulatoire effectuée en dehors du cabinet médical puisque la facturation des cliniques ne passe pas par la Caisse des médecins et qu'il n'est pas possible d'établir le lien entre la facture de l'anesthésiste et celle du chirurgien. L'étude sur la chirurgie ambulatoire genevoise est précisément la première étude de coût par cas ambulatoire qui tient compte de la contribution des chirurgiens, des anesthésistes et de l'établissement qui émettent trois factures séparées. La base de données constituée à Genève est vraisemblablement unique en Suisse.

Sachant ceci, et il est indéniable que les médecins genevois le savaient, quel a été le but des médecins, des politiciens et des assureurs pour cautionner cette étude? Les médecins genevois veulent-ils vraiment faire échouer TARMED? Les assureurs et les politiciens doivent-ils être comparés à Machiavel, poussent-ils les médecins à refuser TARMED pour pouvoir ensuite de force l'introduire mais à une valeur de point d'environ 20% inférieure? Je ne vois en tout cas personnellement pas d'autre explication à leur participation à ce comité.

Les buts de l'étude étaient clairs. La chirurgie ambulatoire s'est beaucoup développée à Genève. Elle se pratique en grande partie dans les cliniques privées.

Les partenaires de l'étude – l'Etat, les caisses maladies, les médecins et les HUG – souhaitent:

- Connaître l'impact du TARMED sur ce segment du marché de la santé pour chaque partenaire de la chirurgie ambulatoire et comprendre dans quelle mesure le TARMED pourrait, par un effet dissuasif, provoquer un retour important de patients vers le secteur de l'hospitalisation publique.
- Comprendre les mécanismes de répartition des montants entre l'hôpital, le chirurgien et l'anesthésiste, avant et après l'introduction du TARMED. Ceci afin de faciliter la négociation entre les médecins et les cliniques, en fonction de la valeur du point qui sera fixée.

Quelles alternatives les médecins genevois signataires voient-ils à un TARMED négocié?

Pour effectuer une bonne négociation, il faut des chiffres précis, mais surtout des chiffres partagés par les partenaires. C'est précisément ce que le canton de Genève a souhaité faire en réalisant ces deux études. Ce travail a été effectué en partenariat avec les médecins, l'Etat et les caisses maladies. Les médecins ont collaboré activement à recueillir les données. Les deux projets ont été pilotés de bout en bout par ceux qui se trouveront d'ici peu autour de la table de négociation. Ils ont approuvé la méthodologie, et sont disposés à entrer en discussion sur cette base. Cela vaut mieux que des calculs effectués par un organisme tiers, dans une boîte noire.

Les deux études ont aussi été une formation pour les médecins. Ceux qui ont participé connaissent bien les tarifs. Ils seront donc préparés pour négocier la valeur du point. L'impact de TARMED sur ce segment de marché pourrait mener à d'une négociation spécifique.

Le comité de pilotage pense-t-il vraiment que le tarif genevois est le bon tarif pour évaluer le bien-fondé de TARMED? En effet, à moins de vouloir perpétuer le résultat de négociations que l'on a nommé «tarif de bazar», il n'y a aucune raison de s'accrocher aux acquis du tarif genevois qui s'est adapté au gré des nombreuses ouvertures de cabinet médical (on se référera aux statistiques de densité médicale en Suisse) et au lobbying de certaines spécialités avec pour résultat des aberrations au niveau des revenus médicaux et de leur différence selon les spécialités. Le tarif genevois n'est certainement pas pire que les autres. Les disparités de revenus entre les spécialités se retrouvent de manière plus ou moins proportionnelle dans les autres tarifs cantonaux et d'autres tarifs ont développé des analogies qui les rendent difficilement interprétables. Le tarif genevois n'est pas bien différent des autres tarifs en terme de prix relatifs. Peut-être est-il plus élevé que dans d'autres cantons. La comparaison entre les études valaisannes et genevoise montre un écart important de la valeur du point.

Quant à la densité médicale, elle n'est certainement pas due seulement au tarif mais à beaucoup d'autres facteurs. Il ne convient pas de refaire ici un cours d'économie de la santé.

Ne doit-on pas admettre qu'une étude comme celle du TARMED, basée sur des principes d'économie d'entreprise et qui tient compte des temps de formation pour calculer le niveau tarifaire des différentes prestations est une solution raisonnable et qui fut souhaitée en son temps par une très grande majorité de la Chambre médicale? Ne serait-il pas plus utile de rendre dès aujourd'hui attentifs nos membres au fait que la médecine devra à l'avenir aussi se plier à des principes d'économie d'entreprise et que de ce fait un certain nombre de cabinets médicaux ne seront plus rentables, quelles que soient les spécialités et ceci probablement plus à Genève qu'ailleurs? Des solutions existent (cabinet de groupe, mise en réseau, assistanat, etc.).

Les études genevoises ne remettent pas en cause le TARMED. Elles n'ont été réalisées que dans le but de préparer les négociations entre les partenaires et dans une moindre mesure, dans un but de formation. Les membres ont été rendus attentifs au fait que certains cabinets médicaux ne seraient plus rentables. L'étude aura aussi contribué à cela. En tout état de cause, il ne s'agissait pas de comparer les vertus d'un tarif à un autre, mais d'analyser l'impact du nouveau tarif sur un segment spécifique de l'offre en prestation de soins.

Il convient de rappeler que Genève n'a pas attendu le TARMED pour développer les cabinets de groupe. Les permanences médicales, qui sont une particularité genevoise, en sont l'illustration.

Le comité de pilotage pense-t-il pouvoir défendre les revenus de certains spécialistes en comparaison avec les pays européens qui nous entourent?

Le rapport ne se prononce pas sur la pertinence des disparités de revenu. Il ne fait que constater, les analyser (ce qui permet aussi de valider les résultats). L'étude montre aussi que ces quelques spécialités pour lesquelles le TARMED sera peut-être un peu douloureux, sont peu représentatives en terme de volume et influencent très peu la valeur du point qui respecte la neutralité des coûts. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'en soucier.

Certaines spécialités vont perdre plus de 50% de leur revenu. Ce n'est pas une surprise. Et il n'appartenait pas au comité de pilotage de porter un jugement sur le revenu de départ. Mais pour les partenaires du réseau de santé genevois, il est important de prendre conscience des variations engendrées par l'introduction du TARMED. Des variations de prix d'une telle ampleur, qu'elles soient justifiées ou non, ont des conséquences sur les comportements. Il est préférable de les anticiper. Le canton de Genève a les données pour le faire.

Le comité de pilotage a-t-il tenu compte du fait que pour une grande majorité des membres de la Société de médecine du canton de Genève, l'introduction du TARMED ne changera pas grand-chose au point de vue du chiffre d'affaires, c'est-à-dire dans une fourchette de plus ou moins 10% et que c'est peut-être ces médecins-là que la Société de médecine devrait principalement représenter compte tenu de leur majorité. En effet, s'est-il posé la question de l'impact qu'aurait l'introduction forcée de TARMED sur le revenu des généralistes, des pédiatres, des psychiatres et des internistes qui n'ont pas accès au tarif privé et mi-privé et qui ne vivent donc qu'avec le tarif LAMal, contrairement aux autres?

Il est essentiel, pour bien comprendre l'étude TARMED sur la chirurgie ambulatoire, d'avoir lu la première étude, effectuée sur les cabinets médicaux, avec la participation d'une centaine de médecins.

Les deux études montrent bien que la chirurgie ambulatoire ne représente qu'un petit 8% sur l'ensemble des prestations facturées dans le canton. Elle est un complément à une première étude qui avait déjà bien analysé

l'impact du TARMED sur l'activité médicale au cabinet.

Cette première étude montrait bien qu'il ne faut pas généraliser totalement les disparités entre spécialités. Chaque tarif cantonal a ses spécificités. C'est grâce à une analyse détaillée qu'il est possible de faire ressortir clairement l'impact du TARMED.

Les deux études montrent très bien que contrairement à d'autres cantons, le TARMED n'aura pas un impact aussi important pour la médecine générale, la médecine interne générale, la pédiatrie et la psychiatrie. Ceci est dû à la revalorisation accordée en 1991 dans le canton de Genève aux généralistes, internistes et pédiatres et qui leur a déjà procuré un avantage par rapport à la mise en valeur du facteur temps dans leurs consultations. En revanche, pour les pédiatres, le tarif genevois permettait une utilisation plus fréquente de la surtaxe d'urgence alors que le TARMED précise que cette dernière ne peut être facturée que si «le spécialiste s'occupe immédiatement lui-même du patient». Par ailleurs, de nombreuses consultations facturées, selon le tarif genevois, par une prestation «première tranche de 20 minutes», sont, selon le TARMED, facturées au moyen d'une valeur «temps» nettement moindre.

Enfin l'étude genevoise intègre les analyses de laboratoire, qui représentent un revenu important pour les médecins de premier recours qui font eux-même leurs analyses.

Remarques générales

En aucun cas l'étude genevoise ne cherche à faire échouer le TARMED, ni à évaluer son bien fondé. L'introduction du TARMED représente un changement important pour tous les partenaires. Pour assurer une transition dans les meilleures conditions possibles, il convient de se préparer et d'avoir des données suffisantes pour évaluer les impacts.

Dès l'introduction du TARMED, les cantons devront être en mesure d'évaluer rapidement l'impact de la valeur du point choisie. Ceci afin d'éviter les effets tant inflationnistes que déflationnistes. Grâce à ces deux études, le canton a la méthodologie et les outils pour mettre en place dès le début 2003, un système de suivi.

Au total, près de 150 médecins ont accepté de jouer le jeu et de recueillir les informations pour le calcul de la valeur du point. Ces études ont suscité de nombreuses discussions, elles ont permis aux partenaires de se préparer. Elles ont été menées dans un esprit constructif, pour faciliter un débat essentiel sur le financement de la médecine, qui ne fait que commencer.