

Anmerkungen zur Dignitätserhebung der FMH

H. H. Brunner, FMH-Präsident

Ab 15. März 2003 wird die Dignitätserhebung der FMH beginnen. Obwohl schon einige Tinte über dieses Thema geflossen ist und diese Dignitätserhebung in der Urabstimmung 2002 zu TARMED gutgeheissen wurde, sollen noch einmal einige grundsätzliche Überlegungen diesem grossen Projekt der FMH vorangestellt werden.

GRAT, die Basis der heutigen TARMED-Tarife, hatte sich unter anderem zum Ziel gesetzt, die Qualität ärztlicher Leistungen *systematisch* zu erfassen und zur Grundlage einer finanziellen Leistungsbemessung zu machen. Nach längeren Studien von ähnlichen Versuchen im Ausland, die sich aber alle als lückenhaft bzw. auf die schweizerischen Verhältnisse als nicht anwendbar erwiesen, wurde die Weiterbildungsordnung (WBO) der FMH als Basis dieser Qualitätsbemessung herangezogen.

Konkret wurde die minimale Weiterbildungszeit zum Facharztstitel/zu den Facharzttiteln, die eine bestimmte Leistung erbringen können, als differenzierender Parameter (sogenannte quantitative Dignität) definiert; diese minimale Weiterbildungszeit lag damals zwischen 5 und 8 Jahren (die besondere Situation der Gesichts- und Kieferchirurgen vorbehalten, die doppelt approbiert sind). Dieser aus der damaligen Situation heraus immer noch adäquate und auch heute noch grundsätzlich richtige Entscheid birgt einige Probleme in sich, die über die Jahre schärfere Konturen erhalten haben:

- Die Weiterbildung gemäss WBO garantiert *Strukturqualität* in dem Sinne, dass ein Arzt sich die Fähigkeiten erworben hat, eine ärztliche Leistung nach definierten Qualitätsstandards zu erbringen. Dies sagt nichts über die *Prozessqualität* (geschweige denn über sogenannte Outcomes) in dem Sinne, dass eine Tätigkeit in Realität diesen Standards entsprechend ausgeübt wird. TARMED ist als Basis einer Qualitätsbeurteilung geeignet; sie kann als in diesem Sinne notwendig, nie aber als hinreichend bezeichnet werden. Praktisch: Aus-, Weiter- und Fortbildung greifen ohne gleichzeitige Überprüfung der Prozess- und - langfristig – Outcomequalität zu kurz.
- Die Weiterbildungszeiten der einzelnen Facharztstitel sind bezüglich ihrer Bedeutung nicht kongruent: Nach einer minimalen

Weiterbildungszeit von 5 Jahren hat sich ein Facharzt für Allgemeinmedizin das Rüstzeug für eine selbständige Tätigkeit erworben; eine minimale Weiterbildungszeit garantiert aber für eine Vielzahl von operativen bzw. interventionellen Disziplinen diese Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit nicht. Die effektiven Weiterbildungszeiten bis zur Reife der eigenverantwortlichen bzw. selbständigen Tätigkeit liegen – und dies in den letzten Jahren markant zunehmend – wesentlich über den minimalen Weiterbildungszeiten, in der Regel über 10 Jahren. Dies wurde schon vor einigen Jahren erkannt und für Erhöhungen von quantitativen Dignitäten berücksichtigt. Dieser Prozess muss aber systematisiert und iterativ gestaltet werden; nur so können die markanten Veränderungen ihren Niederschlag auch in der Tarifstruktur finden. Die der eigentlichen Dignitätserhebung vorgeschalteten Fragen sollen Antworten geben, deren Ergebnis für die weiteren Anpassungen der Tarifstruktur massgeblich sein wird.

- Die Weiterbildungsprogramme der einzelnen Facharztstitel sind hinsichtlich der zu erlernenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten von sehr ungleicher Dichte und Präzision. Häufig hat das wohltonende Allgemeine Vorrang vor dem operativ Konkreten. Die Zuordnung einzelner Leistungen (zum) zu Facharzttitel(n) war deshalb häufig schwierig; festzuhalten ist aber, dass die Zuordnung grossmehrheitlich im Konsens mit den Fachgesellschaftsvertretern erfolgt ist, auch wenn retrograd amnestische Lücken dazu dienen, dies subjektiv nicht wahrhaben zu müssen. Für die weitere Entwicklung der Tarifstruktur – und nicht nur für sie – wird es unabdingbar sein, dass *alle* Weiterbildungsprogramme in ihren Inhalten nun konkretisiert werden.
- Diese Probleme manifestierten sich in den GRAT-Arbeiten früh: Ein beträchtlicher Teil der Leistungen erfordert eine lange, die übliche Weiterbildungszeit bis zu einem Facharztstitel übersteigende Lernphase; diese Tätigkeiten werden in der Regel nicht in der üblichen Weiterbildungszeit zu einem Facharztstitel erlernt. Für einzelne Gruppen sol-

cher Tätigkeiten wurden Fähigkeitsausweise im Sinne einer Zusatzqualifikation geschaffen; für einen grossen Teil von Leistungen ist dies nicht der Fall. Für sie muss im Rahmen der Dignitätserhebung erfragt werden, ob der einzelne Arzt diese Tätigkeiten erlernt hat. Dies geschieht nach dem Selbstdeklarationsprinzip; auffällige Angaben werden in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften oder allenfalls kantonalen Gesellschaften überprüft.

- GRAT und TARMED haben gezeigt, dass die aktuelle WBO zu einer immer höheren Regulationsdichte mit einem entsprechend rasch expandierenden Umfeld führt. Neben dem Übergang eines Teils der Verantwortung für die Weiterbildung an die Bundesbehörden waren es nicht zuletzt GRAT bzw. TARMED, die dieser Verbürokratisierung der ärztlichen Weiterbildung Vorschub geleistet haben.

Dieser Entwicklung ist mit allen Mitteln Inhalt zu bieten: Es kann und darf nicht sein, dass die FMH via WBO zu einer Schrebergartenkolonie sorgsam gehüteter Partikularinteressen verkommt. Eine kohärente Berufspolitik müsste sich dann definitiv in den Äther unerreichbarer Wünsche verflüchtigen. Ärztliche Weiterbildung muss sich wieder am Primat der Versorgung unserer Bevölkerung mit notwendigen, qualifizierten ärztlichen Leistungen orientieren; nur solche Berufspolitik wird von der politischen Öffentlichkeit in Zukunft wahr- und ernstgenommen werden. WBO wie auch sogenannte qualitative Dignitäten haben sich dieser Zielsetzung vollständig unterzuordnen.

Praktisch: Ein Arzt muss die Schwerpunkte der ärztlichen Tätigkeit im Verlauf seiner ärztlichen Laufbahn neu bestimmen können, ohne durch unsinnige Vorgaben und juristische Fisimatenten daran gehindert zu werden. Ungewöhnliche Tätigkeitsprofile müssen möglich bleiben, sofern und solange Qualität der Leistung garantiert ist. Von den meisten unbemerkt haben wir schon jetzt viele der früher rigiden Vorgaben gelockert und unsinnige Einschränkungen eliminiert. Nicht wenige sind geblieben, weil es die Wonne der ob ihres bescheidenen Genusses in Behaglichkeit schwelenden Schrebergartenbesitzer so wollte.

- Die sogenannte Besitzstandsgarantie – sprachlich ein Unding und deshalb nachfolgend nur BSG genannt – war nicht nur

ein Versuch, TARMED für viele Ärzte geniessbarer zu machen, sondern und vor allem auch ein Instrument, die aktuelle Vielfalt ärztlicher Tätigkeit zu erhalten. Inhaltlich ist sie dergestalt definiert, dass Ärzte, die eine bestimmte, ausserhalb ihres Facharztcurriculums liegende Tätigkeit erlernt haben, diese auch nach Einführung der TARMED-Tarife ausüben und verrechnen können. Voraussetzung ist, dass diese Tätigkeit während dreier Jahre ausgeübt wurde. Für Ärzte in Weiterbildung wird diese Regelung sinngemäss, d.h. mit kürzeren Fristen, angewendet; entscheidend ist, dass Erlernen und Ausübung auf Nachfrage plausibel gemacht werden können.

Für den Erhalt der BSG entscheidend ist, dass für den beanspruchten ausserhalb des Facharztstitels liegenden Tätigkeitsbereich Fortbildung betrieben wird, die von der für den Tätigkeitsbereich zuständigen Fachgesellschaft als Anforderung definiert wird.

Die Fachgesellschaften werden damit aber auch in die Pflicht genommen, für Nichtmitglieder Fortbildung anzubieten bzw. eigene Veranstaltungen Nichtmitgliedern zu öffnen. Der Zentralvorstand wird nicht davon Abstand nehmen, bei Verweigerung subsidiär Fortbildungsmöglichkeiten zu schaffen.

Grundsätzliches zu Massnahmen und Vorgehen

Dieser Artikel dient nicht dazu, den Leser technisch in allen Belangen mit dem praktischen Vorgehen der Dignitätserhebung vertraut zu machen; hierzu dient die Wegleitung, die jeder Arzt persönlich erhalten wird. Abschliessend seien nur einige grundsätzliche Anmerkungen zu Massnahmen und Vorgehensweisen gemacht, die, weil nicht primär einleuchtend, zu emotionalen Reaktionen führen könnten:

1. Jeder Arzt wird eine sogenannte EAN (Europäische Artikelnummer) erhalten, die Basis für die Abrechnung zulasten des Sozialversicherers sein wird; sie löst die sogenannte Zahlstellenregisternummer der Krankenversicherer ab. EAN haben sich in solcher Funktion immer mehr als (internationaler) Standard etabliert. Man mag, wie ein Kollege geschrieben hat, den Umstand bedauern, dass Ärzte gleich behandelt werden wie Henniezflaschen, Salz-

stängeli und Pampers. Zum Trost mag einem gereichen, dass alle diese Dinge bei der Bewältigung der Dignitätserhebung wie generell der TARMED-Einführung hilfreich sein könnten. Zu berücksichtigen wäre überdies, dass viele Ärzte schon eine EAN haben; als Erfolg darf weiter verbucht werden, dass die Vergabe dieser EAN für Ärzte nun in der Hand ihrer Standesorganisation liegt, was alles andere als einfach zu erreichen war.

Die EAN wird den Ärzten im April 2003 zugestellt. Sie ist für den UV-/MV-/IV-Bereich ab 1. Mai 2003 Basis für die Rechnungsstellung.

2. Die Dignitätserhebung entspricht in Durchführung wie Management der entstehenden Datenbank höchsten Ansprüchen des Datenschutzes. Personifizierte Daten werden nur mit Wissen und im Auftrag des Berechtigten, also des einzelnen Arztes, Dritten zur Verfügung gestellt. Gesellschaften, im Bereich von TARMED tätige Firmen, staatliche Instanzen u. a. m. haben schon jetzt versucht, von uns personifizierte Daten zu erhalten. Wir empfehlen, sich die Zeit für solche Anfragen zu sparen; die Antwort wird ein ablehnender Standardantwortbrief mit Verweis auf diesen Artikel sein.
3. Selbstverständlich werden die gleichen Regeln auch im Verkehr mit den Versicherern befolgt: Eine Aushändigung der Datenbanken oder von Teilen davon, wie im Verlaufe der TARMED-Verhandlungen seitens der Versicherer unablässig gebetsmühlenartig gefordert wurde, ist nach wie vor Anathema. Wir werden, in welchen Systemen auch immer, nur auf konkrete Anfragen konkrete

Antworten nach dem Prinzip Ja-Nein geben (also in der Form: Darf der Arzt X die Position Y verrechnen?)

4. Wir haben für die Dignitätserhebung eine Projektorganisation aufgebaut, die unter anderem auch eine sogenannte Helpline umfasst. Diese Anstrengungen erfordern, bei allem «lean management», finanzielle Mittel, die aus der laufenden Rechnung der FMH nicht alleine aufgebracht werden können. Die Helpline musste deshalb als sogenannte Payline konzipiert werden, wobei der Preis pro Minute (mit Progression) für Mitglieder signifikant tiefer ist als für Nichtmitglieder.

Erhebungen stossen – wir wissen es – gerade bei Ärzten auf geringe Begeisterung; vielerorts wird eigentliches Unbehagen aufkommen, Arbeitszeit zu investieren mit dem Ziel, sich darstellen zu müssen. Ob das zentrale Bedürfnis der Berufsorganisation, spezifizierte Daten zur Ausrichtung ihrer Strategien zur Verfügung zu haben, genügend Anreiz ist, sich diesem Frust entgegenzustemmen, mag hier füglich offenbleiben.

Ein persönlicher «incentive» könnte da von grösserer Bedeutung sein: In auf etwas längere Zeit gerichteter Reflexion ergibt sich sehr schnell, dass die glaubhafte Darstellung von Fähigkeiten für eine erfolgreiche Tätigkeit des einzelnen Arztes wie auch die Stellung der Ärzteschaft in der Gesellschaft insgesamt von tragender Bedeutung ist. Das haben alle diejenigen begriffen, die durch die FMH officialisierte Angaben über sich selber in ihre persönlichen bzw. Praxishomepages einbringen möchten. Nur eine Dignitätsdatenbank FMH im aufgezeigten Sinne kann Basis für an urbi et orbi gerichtete «Spezifikationen» sein.

Remarques concernant le recensement de la valeur intrinsèque de la FMH

H. H. Brunner, président de la FMH

Le recensement de la valeur intrinsèque de la FMH débutera le 15 mars 2003. Bien que de nombreux articles aient déjà été écrits à ce sujet et que ledit recensement ait été approuvé par la votation générale de 2002, il convient de réitérer certaines remarques fondamentales concernant ce vaste projet.

La structure tarifaire GRAT, à la base du présent TARMED, avait pour but de recenser de manière *systématique* la qualité des prestations médicales fournies pour pouvoir ensuite en évaluer les résultats sur le plan financier. Suite à l'analyse approfondie de projets similaires réalisés à l'étranger, qui présentaient par ailleurs des lacunes et n'étaient pas adaptés à la Suisse, la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP) a été choisie pour servir de base à cette évaluation qualitative.

Concrètement, la durée minimale de la formation postgraduée pour un titre de spécialiste autorisant à facturer une prestation particulière, a été définie comme paramètre de différenciation (valeur intrinsèque quantitative). Cette durée minimale était à l'époque de 5 à 8 ans (hormis la situation particulière de la chirurgie maxillo-faciale qui nécessite une double formation). Cette décision, bien que appropriée au vu de la situation régnant à l'époque et fondamentalement juste aujourd'hui encore, comporte cependant certains problèmes qui se sont accentués avec le temps. En d'autres termes:

- La formation postgraduée selon la RFP est garante de la *qualité structurelle*, dans le sens où un médecin qui a acquis les compétences nécessaires peut fournir une prestation médicale selon les normes de qualité prescrites. Ce principe ne fournit cependant aucune indication quant à la *qualité des procédés* employés (sans parler des résultats obtenus). Autrement dit, rien ne permet de savoir si l'activité exercée l'est bien en fonction des normes fixées. La structure tarifaire TARMED est une base appropriée pour une évaluation de la qualité et peut donc être qualifiée d'utile mais en aucun cas de suffisante. En effet, la formation prégraduée, postgraduée et continue sans évaluation simultanée de la qualité

des procédés et, à long terme, des résultats, n'a pas assez d'effet.

- Les durées des formations postgraduées en vue des différents titres de spécialiste ne coïncident pas toujours avec les charges qu'elles impliquent dans la pratique. En effet, après une durée minimale de formation de 5 ans, un spécialiste en médecine générale dispose des outils pour exercer sa profession de manière indépendante. Une durée minimale analogue ne permet cependant pas à de nombreux spécialistes des domaines chirurgicaux et interventionnels d'exercer leur profession de manière indépendante et sous leur propre responsabilité. En effet, la durée effective de la formation postgraduée pour acquérir l'autonomie et la responsabilité nécessaires est en règle générale – et avec une nette augmentation ces dernières années – de loin supérieure à la durée minimale et s'étend généralement sur plus de 10 ans. Ce problème avait déjà été reconnu il y a quelques années et pris en compte lors de la revue à la hausse des valeurs intrinsèques quantitatives. Ce processus d'ajustement doit cependant être organisé de manière systématique et répétitive, car c'est seulement ainsi que les principales modifications se répercuteront dans le tarif. Dans cette optique, les questions inhérentes au recensement de la valeur intrinsèque doivent permettre d'obtenir des réponses déterminantes pour l'adaptation ultérieure de la structure tarifaire.
- Les programmes de formation postgraduée pour les différents titres de spécialiste sont très inégaux et manquent souvent de précision quant aux connaissances, compétences et aptitudes à acquérir. En effet, il arrive fréquemment que les généralités aient la priorité sur les contenus concrets et opératoires. L'attribution des prestations à un titre de spécialiste s'est donc souvent avérée difficile. Néanmoins, on peut relever que cette répartition a majoritairement été effectuée en collaboration avec les représentants des sociétés de discipline médicale, même si après coup,

des accès subits d'amnésie les amènent parfois à ne plus s'en souvenir. Afin de pouvoir entre autres choses continuer à développer la structure tarifaire, il sera donc absolument nécessaire d'appliquer *tous* les contenus des programmes de formation postgraduée.

- Les difficultés susmentionnées se sont déjà posées lors des travaux sur le GRAT. En effet, une part considérable des prestations nécessite une longue phase d'apprentissage souvent supérieure à la durée prescrite pour l'obtention d'un titre. Ces compétences ne peuvent pas, en règle générale, être acquises au cours de la durée habituelle de la formation postgraduée. Pour certaines activités, une attestation de formation complémentaire a donc été créée au sens d'une qualification supplémentaire, mais cela ne concerne qu'une minorité de prestations. Il faudra donc, dans le cadre du recensement de la valeur intrinsèque, vérifier si le médecin a bien acquis la qualification nécessaire pour facturer les prestations fournies. Cela se fera selon le principe de l'auto-déclaration. Les données fournies suscitant des questions seront évaluées en collaboration avec les sociétés de discipline médicale ou éventuellement avec les sociétés cantonales de médecine.
- Les tarifs GRAT et TARMED ont montré que la RFP actuelle entraîne un surcroît de réglementation qui se répercute rapidement sur l'ensemble du domaine concerné. Ainsi, outre le transfert d'une partie de la responsabilité concernant la formation postgraduée aux autorités fédérales, le GRAT et le TARMED ont également favorisé une bureaucratisation de la formation postgraduée médicale. Cette évolution doit être enrayée par tous les moyens. En effet, la FMH ne peut ni ne doit devenir – par le biais de sa RFP – une colonie de petits jardins potagers urbains bien gardée, dont les propriétaires ne pensent qu'à sauvegarder leurs intérêts personnels. La cohérence de notre politique professionnelle se dissiperait alors dans l'éther de nos désirs inassouvis. La formation postgraduée médicale doit de nouveau accorder la priorité aux soins à la population et à des prestations médicales de qualité. En effet, seule une telle politique professionnelle sera prise au sérieux par l'opinion publique et le monde politique. Tant la RFP que les valeurs intrinsèques qualitatives doivent servir à atteindre cet objectif. Dans la pratique, un médecin doit pouvoir, au cours de sa carrière, redéfinir les points

forts de son activité professionnelle sans en être empêché par des directives dépourvues de sens et des mesquineries juridiques. Il doit aussi pouvoir effectuer des démarches thérapeutiques originales, pour autant et aussi longtemps que la qualité de la prestation est garantie. En fait, nous avons déjà assoupli un grand nombre de directives rigides et supprimé des restrictions quelque peu absurdes, sans que la plupart d'entre nous ne s'en aperçoive. Mais il en reste un nombre tout aussi élevé parce que tel a été le bon plaisir des propriétaires de jardins précités, soucieux de préserver le confort éphémère de leur modeste tour d'ivoire ...

- La garantie des droits acquis n'a pas été seulement une tentative de rendre le TARMED plus acceptable par les médecins mais aussi, et surtout, un instrument pour maintenir la diversité actuelle de l'activité médicale. Son contenu est défini de manière à ce que les médecins au bénéfice d'une formation acquise hors de leur cursus de spécialiste puissent continuer à l'utiliser et à facturer les prestations correspondantes après l'introduction des tarifs du TARMED, à la condition qu'ils aient pratiqué l'activité en question pendant 3 ans. Pour les médecins en formation postgraduée, cette réglementation est appliquée par analogie, c'est-à-dire avec des délais raccourcis, l'élément essentiel étant que les connaissances acquises et leur application puissent être justifiées en cas de vérification. Pour s'assurer le maintien des droits acquis dans un domaine d'activité extérieur à son titre de spécialiste, le médecin est tenu de suivre la formation continue exigée par la société de discipline médicale concernée.

Les sociétés de discipline médicale ont aussi le devoir d'offrir une formation continue aux non-membres ou de mettre leur propre offre de formation à la disposition de ces derniers. Si elles s'y opposent, le Comité central n'hésitera pas à créer des possibilités «alternatives» de formation continue.

Règles générales concernant les mesures à prendre et la façon de procéder

Le présent article ne vise pas à expliquer au lecteur comment procéder techniquement au recensement de ses valeurs intrinsèques; l'aide-mémoire qui sera remis personnellement à chaque médecin remplira cet objectif. Nous

voulons seulement faire quelques remarques générales sur la manière de procéder, car le caractère complexe des mesures et procédures nécessaires pourrait susciter des réactions émotionnelles:

1. Chaque médecin recevra un code EAN (numéro d'article européen), qui servira de base au décompte à la charge des assurances sociales en remplacement du numéro concordataire actuel. Les codes EAN s'imposent de plus en plus dans cette fonction comme standard international. Comme l'écrivait un collègue, il est regrettable que les médecins soient assimilés à des flûtes au sel ou à des bouteilles d'eau minérale. On se consolera à l'idée que cette mesure permettra de maîtriser le recensement de la valeur intrinsèque et l'introduction du TARMED de manière générale. De surcroît, on notera qu'un grand nombre de médecins possède déjà un code EAN; on soulignera le succès obtenu par la FMH dans son exigence de fournir seule, en sa qualité d'organisation professionnelle, le code EAN aux médecins, à l'exclusion de tout autre organisme, un succès qui fut tout sauf facile.
3. Les mêmes règles seront, bien entendu, appliquées dans nos relations avec les assureurs: la transmission de banques de données, entières ou partielles, reste frappée d'anathème malgré les demandes inlassablement présentées et répétées par les assureurs lors des négociations sur le TARMED. Peu importe le système mis en place: nous répondrons toujours selon le principe du oui-non, et uniquement à des demandes formulées de manière concrète (par exemple: le médecin x a-t-il le droit de facturer la position y?).
4. Pour le recensement de la valeur intrinsèque, nous avons mis sur pied une organisation de projet comprenant entre autres une ligne d'assistance téléphonique (Helpline). Ces efforts nécessitent, malgré une gestion très stricte des ressources, des moyens financiers qui ne peuvent pas être fournis seulement par le compte d'exploitation de la FMH. Il nous a donc fallu concevoir cette assistance téléphonique sous une forme payante, mais avec un prix (progressif) par minute pour les membres FMH nettement inférieur à celui fixé pour les non-membres.

Le code EAN sera remis aux médecins en avril 2003. Il servira de base pour la facturation dans le domaine AA/AM/AI à partir du 1^{er} mai 2003.

2. Le recensement de la valeur intrinsèque répond aux exigences les plus élevées en matière de protection des données, aussi bien dans la construction que dans la gestion de la banque de données qui en résultera. Les données personnelles ne seront mises à la disposition de tiers qu'à la demande de l'ayant droit, donc du médecin concerné, et en sa connaissance. Des associations ou entreprises travaillant avec le TARMED ainsi que des organismes d'Etat, entre autres, ont déjà essayé d'obtenir des données personnelles de la FMH. Nous leur faisons savoir qu'ils perdent leur temps et notre réponse sera toujours envoyée sous forme de lettre standard négative faisant référence au présent article.

Les enquêtes ne suscitent guère l'enthousiasme des médecins – nous le savons – car elles empiètent sur leur temps de travail. Nous ignorons, et pour cause, si l'argument selon lequel leur organisation professionnelle a besoin de données spécifiques pour pouvoir déterminer ses stratégies suffira à les convaincre.

L'incitation personnelle suivante pourrait se révéler plus convaincante: dès que l'on envisage un enjeu à long terme, on constate très rapidement combien il est important de présenter de manière crédible la formation spécifique et les qualités propres d'un médecin pour garantir le succès d'un cabinet et défendre efficacement la position du corps médical. Tous ceux qui demandent que les données officialisées par la FMH figurent dans leur site internet personnel ou celui de leur cabinet médical l'ont fort bien compris. Seule une banque de données FMH des valeurs intrinsèques, conçue dans le sens indiqué ci-dessus, pourra fournir une base solide pour établir des «spécifications» reconnues de tous.