

# Forum CC



## TARMED Version 1.05.03

Au Dr Gähler,  
Monsieur,

La réponse du Dr F. Muggli [1], votre prédécesseur au Comité central, à ma lettre de lecteur [2] est insatisfaisante, comme nos collègues Dahinden et Tschirky l'ont également déploré dans leurs courriers [3, 4].

### Limitations

Selon votre réponse [5], ces limitations ne peuvent pas être supprimées, même si les factures TARMED sont transmises à un centre fiduciaire par voie électronique. Une solution décidée d'un commun accord pour l'échange électronique des données était toutefois une *condition préalable* à l'approbation de la convention-cadre et du tarif TARMED [6]. Maintenant que le TARMED est en vigueur depuis un certain temps, cette clause n'est plus respectée par les parties à la convention! Je suis d'avis qu'à l'avenir, il ne faut plus signer une convention incomplète sur le principe de la bonne foi!

La recommandation d'utiliser d'autres positions pour facturer le travail effectivement réalisé est également insatisfaisante. Il est inacceptable que des prestations médicales indispensables ne puissent être facturées qu'en falsifiant des documents!

### Positions de marquage de la convention prestations-prix (CPP)

Depuis l'introduction de la CPP (ou LeiKov), nous sommes confrontés d'année en année à une valeur du point tarifaire calculée indépendamment des critères liés à la prestation. Or, dans la période qui a précédé l'approbation de cette convention, il a constamment été dit que ces critères seraient enfin pris en compte. S'est-il agi d'une promesse en l'air?

Dans sa réponse, le Dr F. Muggli note que la seule chose importante est que ces positions de marquage soient intégrées dans le TARMED avant l'introduction du système DRG. Qu'est-ce que ces positions de marquage du TARMED (valables pour

l'activité ambulatoire au cabinet médical) ont à faire avec SwissDRG? Les forfaits DRG valent *exclusivement* pour les traitements hospitaliers dans des hôpitaux pour maladies aiguës [7].

Si un écart devait être constaté entre les traitements ambulatoires et hospitaliers au moyen des positions de marquage du TARMED, il conviendrait d'effectuer un état des lieux déjà *avant* l'introduction de la structure tarifaire DRG afin d'avoir des valeurs comparatives. Comme le système DRG entrera probablement en vigueur en 2012, les positions de marquage doivent être intégrées dans le TARMED *au plus tard* le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Puis il ne restera plus que trois ans comme période comparative.

M. Schilt, Lucerne

PS: depuis des années, j'observe qu'on impose au corps médical des conventions et des tarifs qui contredisent les dispositions légales ou qui n'ont même pas de base légale. Cette situation va-t-elle changer?

- 1 Muggli F. Réponse. Bull Méd Suisses. 2008;89(21);898.
- 2 Schilt M. TARMED version 1.05.03. Bull Méd Suisses. 2008;89(21);897.
- 3 Dahinden A. Limitations TARMED. Bull Méd Suisses. 2008;89(28-29);1233.
- 4 Tschirky P. Limitations TARMED. Bull Méd Suisses. 2008;89(28-29);1233.
- 5 Gähler E. Réponse. Bull Méd Suisses. 2008;89(28-29);1233.
- 6 Brunner HH, Müller Imboden A. Votation générale TARMED. Bull Méd Suisses. 2002;83(1-2);4.
- 7 Cuénoud P-F. Une recherche à large échelle est indispensable. Bull Méd Suisses. 2008;89(30-31);1283.

### Complément

Concernant les limitations, j'ai trouvé dans le BMS du 20 août 2008 une publicité d'une page entière de medidata prétendant que tout est en ordre au moyen des arguments suivants:

- toutes les limitations disparaissent avec la transmission électronique des factures TARMED à medidata (sauf erreur une filiale de santésuisse);
- à la demande du médecin, medidata transmet les factures par voie électronique et *gratuitement* à un centre fiduciaire. De cette façon,

- le corps médical est parfaitement informé et la parité des données entre l'association des assureurs et celle des médecins est garantie;
- à la demande du patient, le médecin peut ne pas transmettre sa facture à la caisse-maladie, c'est-à-dire que le tiers payant peut être conservé de manière individuelle;
  - même si le médecin transmet sa facture directement à la caisse-maladie (tiers garant), le patient reste le créancier des honoraires. Par conséquent, le médecin ne risque pas d'être floué.

### Réponse

Monsieur et cher collègue,

#### Limitations

Des discussions et des négociations concernant l'échange électronique des données (EED) ont eu lieu avant même l'introduction du TARMED. Les délégations de santésuisse et de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) ont négocié la mise en œuvre de l'EED et se sont décidées pour une solution conforme à la protection des données. Il s'avère cependant que le conseil d'administration de santésuisse n'a pas ratifié l'accord conclu par les délégations aux négociations, si bien qu'une solution commune n'a pas vu le jour. De nouvelles discussions menées au niveau des associations n'ont pas abouti à ce jour, les propositions faites ayant été rejetées à plusieurs reprises par les assureurs.

Pour cette raison, deux ans après l'introduction du TARMED, les caisses-maladie n'avaient toujours pas pu réaliser l'échange électronique de données obligatoire tel que prévu par la convention TARMED.

Actuellement, des solutions sont à l'étude entre divers assureurs et les centres fiduciaires et ont parfois été trouvées à ce niveau. Il est ainsi devenu possible, sur la plan contractuel, de pratiquer l'EED dans le domaine de la LAMal entre les médecins et certaines assurances telles que la VISANA, le Groupe mutuel et la CPT, ce par l'intermédiaire d'un centre fiduciaire. Cette possibilité ne s'applique malheureusement pas encore à tous les assureurs. Les médecins qui facturent selon ce système ne sont plus soumis aux limitations. Les mêmes règles s'appliquent pour le service de garde et d'urgence que pour les consultations régulières.

Nous comprenons tout à fait que les médecins jugent insatisfaisantes, et à terme inacceptables, ces négociations sur l'EED qui tirent en longueur et doivent être menées individuellement avec chaque assureur. Toutefois, nous ne pouvons sou-

tenir un échange électronique de données respectueux de la protection des données que s'il s'effectue dans le système du tiers garant et par le truchement d'un intermédiaire (centre fiduciaire). Ce point de vue n'est hélas pas encore accepté par tous les assureurs.

Je suis conscient du fait que le problème de l'EED et des limitations n'est pas encore résolu de manière satisfaisante tant au niveau de santésuisse que dans le domaine LAA/AM/AI (CTM). Mais je vous assure que nous tenons bon et que nous cherchons à différents niveaux des solutions à long terme et satisfaisantes pour tous, tant en ce qui concerne l'EED que les fâcheuses limitations.

#### Positions de marquage CCP

Depuis l'introduction de la Convention prestations-prix (CPP), les calculs de la valeur du point prennent en compte des facteurs liés aux prestations. Les facteurs suivants ont été retenus: *démographie, renchérissement, vaccin MEVE*. Le développement de la technique médicale, le comportement de la demande et les transferts sectoriels, facteurs difficilement quantifiables, font actuellement l'objet de négociations entre la CCM et santésuisse.

Les positions de marquage que vous mentionnez ont été abandonnées. Des travaux visant à mesurer avec un autre système les transferts entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire sont actuellement en cours. Je partage votre idée qu'il convient d'effectuer un état des lieux suffisamment tôt. Il va de soi que la saisie des données devra débiter deux ans déjà avant l'introduction des DRG pour pouvoir disposer de la base de comparaison nécessaire.

*Dr Ernst Gähler,  
vice-président de la FMH, responsable du  
domaine Tarifs et conventions*



#### Coûts de l'examen de spécialiste FMH en médecine générale

Je ne peux qu'approuver notre collègue Schweizer [1] sur le fait que les coûts d'obtention du titre de spécialiste sont trop élevés. En psychiatrie, les coûts importants de formation en psychothérapie s'ajoutent à l'adition. Il en résulte une conséquence dont l'utilité peut être mise en doute: en effet, certains de nos collègues se sont déjà inscrits à l'examen de spécialiste en médecine générale en Allemagne où les coûts ne s'élèvent qu'à quelques

centaines d'euros. De plus, la formation dure un an de moins. La répartition entre secteurs ambulatoire et hospitalier est différente. Pour la psychothérapie également, les exigences sont réduites dans certains Bundesländer. La question est de savoir si c'est là l'objectif de la FMH (et des sociétés de discipline médicale), qui ne rembourse par ailleurs plus que 1000 francs au cours des années concernées. Nos jeunes collègues étrangers nous demandent régulièrement quel est l'intérêt d'adhérer à la FMH et nous avons toujours plus de mal à trouver des arguments.

*Dr C. Burz, Cazis*

### Manque de médecins

«Manque de médecins», «Bientôt plus de médecins de famille», «Les médecins passent à l'économie après leur formation»: voici quelques titres que l'on peut lire dans la presse (spécialisée). La menace d'un exode plane, en particulier dans les régions retirées, et dans de nombreux établissements de soins hospitaliers – comme c'était déjà le cas auparavant et maintenant surtout en psychiatrie –, ce sont de plus en plus des médecins étrangers qui viennent s'établir, car ils espèrent trouver chez nous des conditions meilleures que dans leurs pays. L'afflux de médecins allemands s'est nettement réduit depuis que la période de médecin-stagiaire a été supprimée en Allemagne et que les conditions de travail ont été améliorées dans ce pays. Quant à nos collègues autrichiens, ils ne semblent plus du tout si désireux de venir en Suisse. L'horizon s'assombrit donc toujours plus. On le remarque dans la pratique par le fait qu'on embauche toujours plus de collègues dont l'allemand n'est pas la langue maternelle, ce qui est à l'origine de problèmes évidents, surtout en psychiatrie.

C'est donc ainsi que l'on encourage et que l'on prend soin de la relève. La FMH soutient financièrement les collègues établis qui embauchent un assistant au cabinet médical. Mais que font les collègues? Ils proposent des contrats léonins, exigeant une semaine de 60 heures et sans rémunération prévue pour les heures supplémentaires, ils refusent certaines collègues au motif officiel que, compte tenu de leur âge et de leur situation matrimoniale, elles pourraient tomber enceintes. Il est tout à fait incompréhensible que la FMH soutienne la pratique selon laquelle un collègue généralement déjà aguerri sera plus mal payé dans un cabinet médical auquel il apportera sans aucun doute des recettes supplémentaires qu'un médecin-assistant (MA) dans une clinique, et qu'il aura en plus des conditions de travail moins favorables.

Mais que font les candidats? Ce n'est peut-être pas aussi grave après tout ... On trouvera certainement des médecins acceptant les condi-

tions les plus difficiles. Loi sur le travail? Ne connaît pas. Il s'agit de quelque chose dont l'ASMAC s'occupe. La FMH (dont tous les membres de l'ASMAC font partie) ne semble plus se sentir concernée. «Dans le temps, nous travaillions encore beaucoup plus.» Comment les établissements avec deux MA appliquent-ils la loi? En soi, il n'est pas possible qu'il existe encore des établissements où un MA doit du vendredi midi au lundi matin porter un bipeur et pouvoir se rendre sur les lieux en 5 à 10 minutes. Il faudrait ici un vaste débat dépassant le cadre limité de l'ASMAC. La FMH devrait vouloir éviter que l'on exploite la relève qui risque de s'enfuir ensuite à l'étranger. On pourrait par exemple retirer à un tel établissement la reconnaissance d'établissement de formation car il ne s'agit vraiment pas d'un exemple à suivre.

Et qui est responsable lorsque l'excès de fatigue mène à la faute? Les collègues qui acceptent ce rythme devraient être conscients qu'ils portent une responsabilité, au moins morale.

A mon avis, le FMH doit accepter qu'on lui reproche son manque d'engagement pour encourager la relève. Mon dernier exemple portera sur le thème du médecin spécialiste: il est toujours plus fréquent que des collègues qui ont suivi leur formation ici et prévoient de rester en Suisse aillent passer en Allemagne leur examen de spécialiste. Par exemple pour un spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, la formation dure un an de moins et les coûts se limitent à une taxe administrative minime. Pourquoi irait-on payer 4000 francs et assumerait-on des coûts de formation plus élevés si on peut l'éviter. Dans le temps, on touchait encore 2000 francs en remboursement. Cette somme est passée à 1000 francs. Une évolution qui va bien certainement dans le mauvais sens.

L'encouragement de la relève est un thème important. Ceux qui apportent les financements devraient aussi contrôler leur utilisation et lutter contre les développements anarchiques, afin d'être un exemple pour la relève. Il est certain que le travail de l'ancienne génération de médecins-chefs ne peut pas se comparer à la situation actuelle. Le prof. Sauerbruch avait bien licencié un assistant qui demandait l'autorisation de se marier. Une attitude que nous considérons comme inqualifiable à notre époque.

*Dr C. Burz, Cazis*

### Replik

#### Coûts de la formation postgraduée médicale – encouragement de la relève

Les lettres de W. Schweizer [1] et C. Burz (ci-avant) abordent un thème central de la formation pro-

fessionnelle médicale, à savoir son financement et sa gestion. Les auteurs réclament plus d'efficacité, notamment dans nos organisations médicales. De plus, C. Burz exige que l'on encourage mieux la relève.

Les médecins-assistants subissent au cours de leur formation postgraduée des coûts directs et indirects. Ceux-ci comprennent aussi le temps de travail supérieur à celui des autres salariés des hôpitaux et la rémunération inférieure à celle d'autres médecins spécialistes. En contrepartie, les médecins-assistants sont formés dans les établissements de formation postgraduée, au contact des patients. Les coûts directs comprennent les dépenses pour les cours de formation postgraduée obligatoires, les taxes pour l'examen de spécialiste et les taxes d'obtention du titre de spécialiste.

Les coûts des cours prescrits par les programmes de formation postgraduée s'élèvent à environ 2000 francs pour la médecine générale, 10000 à 12000 francs pour la chirurgie et 40000 à 100000 francs pour la psychiatrie et la psychothérapie. Ces montants très divers ont été débattus par la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC) dans le cadre de la révision des programmes de formation postgraduée correspondants. Les sociétés de discipline médicale devaient justifier le besoin de ces contenus de formation. Les coûts de formation postgraduée en psychiatrie et psychothérapie plus élevés qu'en Allemagne, qui font l'objet du reproche de C. Burz, se composent des dépenses nécessaires à l'acquisition de l'expérience personnelle nouvellement introduite (15000 francs) et, en grande partie, des charges de formation postgraduée en psychothérapie. Dans sa critique, C. Burz ne prend pas en compte le fait que la formation suisse est différente, qualitativement et quantitativement plus complète, et qu'elle inclut également la psychothérapie.

Les coûts pour les examens de spécialiste s'établissent entre 800 et 2000 francs et sont exigés par les sociétés de discipline médicale. Ces sommes financent notamment les dépenses de personnel dans le cadre de l'examen de spécialiste. Les socié-

tés de discipline rémunèrent leurs experts sur la base de tarifs différents. C. Schweizer reproche les différences d'honoraires des experts pour ces examens et ne prend pas en compte le financement horizontal resp. le subventionnement des travaux des médecins-cadres des hôpitaux publics dans le système de milice.

Les coûts d'obtention du titre de spécialiste sont prélevés par la FMH et structurés de manière à couvrir l'intégralité des charges liées à la réglementation, à la mise en œuvre et à l'assurance-qualité de la formation postgraduée des 9000 médecins-assistants dans plus de 1300 établissements de formation [2]. Le concept «d'assurance-qualité de la formation postgraduée» recouvre également l'enquête annuelle auprès des médecins-assistants et la visite des établissements de formation. Ces coûts s'élèvent à 4000 francs pour le premier examen de spécialiste. Pendant la durée de la formation, les membres de la FMH bénéficient du remboursement des cotisations versées.

La promotion de la relève est un des objectifs de la FMH. Dans ce but, la Chambre médicale a promulgué un «Contrat entre générations» en mai 2001 à Locarno. Mentionnons également le projet «assistantat au cabinet médical» qui soutient la formation postgraduée dans la médecine de famille et qui constitue un autre engagement financier et moral de la FMH dans la promotion de la relève. En 2008, 9000 médecins-assistants ont été formés dans plus de 1300 établissements dont les directeurs mettent en œuvre les objectifs et les contenus de formation des 45 programmes de formation postgraduée. Nous leur devons remerciements et soutien: ils doivent bénéficier d'une rémunération supplémentaire pour leur engagement et être motivés. Outre la Confédération (DFI), ce sont surtout les cantons, responsables des soins de santé, qui doivent ici apporter leur contribution.

*Dr Max Giger, membre du Comité central de la FMH, président de la Commission pour la formation postgraduée de la FMH*