



Consensus à la Chambre médicale. Les délégués en pleine prise de décision.

[Palais des congrès de Bienne, le 27 octobre 2016](#)

Procès-verbal décisionnel de la 2^e Chambre médicale de 2016

Monika Henzen

Cheffe de la division Secrétariat central

Remarque de la rédactrice: pour une meilleure lisibilité, les points sont reportés selon la numération de l'ordre du jour et non selon l'ordre dans lequel ils ont été discutés.

1. Accueil, communications, désignation du bureau

Jürg Schlup/président de la FMH souhaite la bienvenue à tous les délégués et aux invités à la deuxième Chambre médicale de 2016. Après les informations

d'usage concernant le déroulement de la séance, le Bureau de la Chambre médicale est désigné. Il se compose du président, des vice-présidents, de la secrétaire générale, d'Olaf Wetter/responsable du bureau des élections et des personnes suivantes élues comme scrutateurs à une large majorité et deux oppositions: Christian Bernath, Karl Kothbauer, Lukas Meier, Marcel Stampfli, Jürg Lareida, Josef Emil Brandenberg, Brigitte Muff, Michael Zellweger, Karl-Olof Lövblad et Daniel Schröpfer.

Anne-Geneviève Bütikofer/secrétaire générale de la FMH rappelle que le 28 octobre 2015, la Chambre médicale a décidé dans le cadre des mesures de stabilisation budgétaire que ses séances feraient à l'avenir uniquement l'objet d'un procès-verbal décisionnel. Les délégués ont cependant la possibilité de demander par écrit au président et à la secrétaire générale de la FMH l'extrait du fichier audio concernant un point spécifique de l'ordre du jour.

Ordre du jour

Conformément à l'art. 11 al. 3 du Règlement d'exécution (RE), la Chambre médicale fixe au début de chaque séance l'heure limite au-delà de laquelle elle ne peut plus prendre de décision ni procéder à des élections. Le président propose de clore la séance d'aujourd'hui à 17h30.

Proposition

Il est proposé de clore la séance de ce jour à 17h30.

Après 17h30, il n'est plus possible de prendre de décision ni de procéder à des élections.

Décision:

La proposition est acceptée par 150 oui, 2 non et 1 abstention.

Le président dépose deux motions d'ordre concernant le temps de parole et le dépôt de propositions.

Conformément à l'art. 11 al. 7 RE, il est possible de limiter le temps de parole sur proposition de la Chambre médicale ou du président. Au vu des points à l'ordre du jour et du temps à disposition, il est proposé une limite du temps de parole de deux minutes par orateur.

Motion d'ordre 1: limitation du temps de parole

Pour la séance d'aujourd'hui, le temps de parole est limité à deux minutes par orateur. Aucune limite ne s'applique pour le président de chacune des organisations médicales ayant droit de vote ou pour son suppléant, ni pour l'intervenant du Comité central.

Décision:

La motion d'ordre est acceptée par 150 oui et 2 abstentions.

Selon l'art. 11 al. 5 RE, les délégués, les membres du Comité central et la secrétaire générale ont chacun le droit de faire des propositions quant aux objets à l'ordre du jour soumis à discussion. Le texte des propositions doit être présenté au président par écrit avant ou pendant la séance ou exceptionnellement par oral.

Motion d'ordre 2: propositions soumises par écrit

Les propositions et amendements doivent être présentés par écrit au président. Les propositions orales ne sont pas acceptées et ne sont pas valides.

Décision:

La motion d'ordre est acceptée par 109 oui, 15 non et 6 abstentions.

Discours d'ouverture du président

Dans son discours d'ouverture, *Jürg Schlup/président de la FMH* évoque une étude réalisée sur mandat de l'assurance-maladie CSS par le professeur Beck et le docteur Telser, publiée récemment, qui s'intitule «**Coûts et bénéfices des traitements médicaux en fin de vie**». Les résultats de cette étude méritent d'être soulignés,



Le Dr Jürg Schlup, président de la FMH, dirige la seconde Chambre médicale de l'année.

également du point de vue du corps médical. En ce qui concerne les traitements prodigués en fin de vie, la pratique est appropriée. Mais le vieillissement démographique reste un facteur de coûts décisif. L'étude réfute l'affirmation souvent citée selon laquelle les personnes âgées seraient surmédicalisées dans les derniers mois de leur vie par pur intérêt économique. Les coûts de traitement en fin de vie correspondent globalement à ce que la population suisse évalue comme étant raisonnable.

Plusieurs défis et sujets importants ont accompagné la FMH tout au long de l'année 2016. Les médias ont évoqué de manière très unilatérale la hausse des coûts de l'assurance-maladie. La comparaison avec les autres assurances sociales ces 25 dernières années montre cependant que les dépenses dans le cadre de la LAMal évoluent de manière totalement parallèle aux **dépenses de l'assurance sociale**.

Toujours plus de cantons limitent le **secret médical**. La FMH défend le secret professionnel et plaide en faveur d'une relation de confiance entre le médecin et le patient. Si un changement de loi qui l'affaiblirait est prévu, les sociétés cantonales de médecine peuvent à tout moment compter sur le soutien de la FMH.

La Conférence suisse des hautes écoles (CSHE) examine actuellement la **procédure de sélection** (numerus clausus) des facultés de médecine de Bâle, Berne, Fribourg et Zurich. La FMH recommande de compléter l'examen principal de mathématiques et sciences naturelles sur ordinateur par une évaluation de l'empathie et des compétences sociales.

Depuis des années, la FMH fait du lobbying en faveur de mesures efficaces contre la **pénurie de relève**. Il est réjouissant de voir que le Parlement fédéral a adopté la motion du CF Schneider-Amman lors de la session d'automne et validé CHF 100 millions à partir de 2017 pour la création de nouvelles places d'études en médecine. L'Université de Zurich va en créer 72 supplémentaires dès août 2017 et l'Université de Berne, 100 à partir d'août 2018. Avec les augmentations qui ont déjà eu lieu, la Suisse formera en 2020 autant de médecins diplômés qu'à la fin des années 1970. Mais l'effet ne se fera réellement ressentir qu'au début des années 2030. C'est aussi une des raisons pour lesquelles la FMH s'oppose à une **mise en œuvre stricte de l'initiative contre l'immigration de masse**. En matière de santé, la Suisse a besoin des Accords bilatéraux et d'un bon environnement international.

Le **pilotage de l'admission des médecins** et son critère de qualité «avoir exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade» (art. 55a LAMal) est en vigueur depuis juin 2013. Cette année, il a été prolongé de trois ans par une

loi fédérale urgente. En parallèle, via deux motions (une par Commission de la santé de chaque Chambre), le Parlement a demandé au Conseil fédéral de rédiger un rapport à ce sujet d'ici la fin de l'année. Ce rapport tout comme la loi qui devra être ensuite élaborée doit montrer comment la Confédération entend limiter à l'avenir l'admission des médecins ambulatoires. La FMH estime que la solution proposée en été 2016 par le Parlement n'est pas adéquate et elle recommande un pilotage de l'admission transparent qui repose sur des critères de qualité. Les critères de qualité suivants devraient être appliqués de manière cumulative à tout le pays:

- Activité médicale clinique d'au moins trois ans dans un établissement de formation postgraduée reconnu dans la discipline visée pour l'admission;
- Compétences linguistiques dans une des langues officielles de la région d'activité, attestées par un examen de langue passé en Suisse;
- Etudes de médecine d'au moins six ans (à plein temps) ou d'au moins 5500 heures d'enseignement théorique et pratique;
- Attestation de la formation continue en cours grâce au diplôme de formation continue.

2. Révision de la structure tarifaire ambulatoire (Projet TARCO)

Jürg Schlup/président de la FMH rappelle le résultat de la votation générale et le rejet de toutes les propositions de la Chambre médicale, à la suite de quoi la FMH n'a pas déposé de structure tarifaire auprès de l'OFSP le 30 juin 2016. Un accord sur la structure tarifaire révisée ne sera pas non plus trouvé entre les partenaires tarifaires d'ici fin octobre 2016, délai de prolongation octroyé par le CF Berset. Rien que pour la FMH, il n'aurait pas été possible de trouver un consensus interne dans un délai de quatre mois entre les quelque 90 organisations affiliées. Le chef du DFI a déjà été informé que la FMH ne déposerait pas de structure tarifaire révisée à fin octobre ni de propositions d'adaptation de la structure tarifaire TARMED. Comme H+ a dénoncé la convention-cadre avec santésuisse, un vide tarifaire était attendu pour le 1^{er} janvier 2017. Les quatre partenaires tarifaires se sont finalement mis d'accord pour une prolongation d'un an (jusqu'au 21/12/2017) de la validité du TARMED 1.08 BR.

Après la décision sortie des urnes de la votation générale, le Comité central de la FMH a convié le 18 juillet 2016 tous les présidents des organisations affiliées à une rencontre d'échange. La majorité des représentants présents s'est prononcée, dans le cadre d'un questionnaire consultatif, pour la poursuite/adaptation de la

révision sur la base de la structure tarifaire ats-tms version 1.0. Suite à ce résultat, le département Médecine et tarifs ambulatoires a élaboré un concept général et une proposition de marche à suivre pour améliorer la nomenclature révisée.

Urs Stoffel/Comité central de la FMH et responsable du département Médecine et tarifs ambulatoires informe de la situation actuelle concernant le projet TARCO. Le Comité central et l'Assemblée des délégués ont approuvé la marche à suivre et le concept général et, début septembre, le département a été mandaté pour lancer le projet TARCO. Ce projet va être mené à l'interne, au début sans les partenaires tarifaires qui n'y seront associés qu'au terme de la révision interne. Le concept détaillé sera développé d'ici l'Assemblée des délégués du 26 janvier 2017. Parallèlement, un groupe de travail, composé des représentants des organisations faitières, est chargé de trouver des solutions aux problèmes qui n'ont pas encore été réglés et qui ont un impact sur tous les chapitres, comme les valeurs intrinsèques, avant que ne commencent les améliorations détaillées au niveau des chapitres. Des accords écrits concernant la révision seront passés avec les sociétés de discipline et les organisations faitières. Pour la FMH, il est primordial de mettre la priorité sur les demandes et les intérêts du corps médical pour une rémunération appropriée et équitable des prestations médicales ambulatoires. En revanche, la neutralité des coûts, qui a été rejetée par 89% lors de la votation générale, n'est plus une priorité. L'accent est mis sur une révision appropriée et conforme aux principes de l'économie d'entreprise des prestations ambulatoires des cabinets médicaux. Les travaux seront tout d'abord accomplis à l'interne de la FMH, indépendamment des limites de temps et des adaptations nécessaires. Il s'agit de conserver l'autonomie tarifaire. Pour cela, la collaboration et les liens avec les sociétés de discipline médicale et les organisations faitières sont importants. Les prestations médicales (PM) du domaine ambulatoire hospitalier seront également passées en revue mais ce travail est limité par un manque de données ou par des données incomplètes sur les prestations ambulatoires hospitalières.

L'Assemblée des délégués décidera du concept détaillé le 26 janvier 2017. La question des valeurs intrinsèques doit être absolument réglée avant que le projet TARCO puisse commencer.

2.1 Retrait de la proposition de l'ASMAC: ne pas oublier le secteur ambulatoire hospitalier dans le projet TARCO

Angelo Barille/ASMAC souligne que la présentation du projet à l'Assemblée des délégués du 7 septembre 2016

mentionnait exclusivement le domaine ambulatoire des cabinets médicaux. Mais pour l'ASMAC, il est important que le projet TARCO se penche également sur le domaine ambulatoire hospitalier et que l'autonomie tarifaire continue aussi dans ce domaine. La FMH doit garantir qu'il n'y ait à l'avenir qu'un seul système tarifaire pour tout le secteur ambulatoire et non plusieurs faute de quoi le secteur ambulatoire hospitalier risque d'être sous-financé et de faire l'objet d'incitatifs erronés. L'ASMAC estime que les explications précédentes d'*Urs Stoffel/Comité central de la FMH* garantissent que le tarif ambulatoire hospitalier sera également associé au projet TARCO. C'est pourquoi la proposition est retirée. *Urs Stoffel/Comité central de la FMH* remercie de la confiance accordée et assure à l'ASMAC que ses attentes seront reprises dans le projet TARCO.

3. Modifications des Statuts, du Règlement d'exécution, du Code de déontologie et du Règlement de la CdG

3.1 Modification du Règlement de la Commission de gestion de la FMH (CdG)

3.1.1 Proposition de la CdG: modification de l'art. 5.2: Durée de fonction, élections complémentaires

Adrian Sury/président de la CdG explique que le Règlement de la CdG prévoit une redistribution des fonctions au sein de la CdG tous les deux ans, avec une durée maximale de deux fois deux ans dans un même domaine. Cette durée de fonction maximale restreint le travail de la CdG car beaucoup de savoir et de savoir-faire est perdu à chaque changement. Dans le règlement actuel, un changement est obligatoire au plus tard après quatre ans. La CdG souhaite la suppression de la deuxième phrase de l'art. 5.2 al. 1. Cela permettrait de synchroniser la répartition des domaines avec celle du Comité central. En revanche, la limite de trois mandats maximum de chacun quatre ans comme le spécifie l'art. 53 al. 1 des Statuts de la FMH reste inchangée.

Proposition de la CdG:

Suppression de la deuxième phrase de l'art. 5.2 al. 1 du Règlement de la CdG et remplacement de «Durée de fonction, élections complémentaires» par «Vérification des fonctions, élections complémentaires» dans le titre de l'article 5.2:

«5.2 ~~Durée de fonction~~ Vérification des fonctions, élections complémentaires

¹ Dans le cadre de la durée de mandat de quatre ans visée à l'art. 53, al. 1, des statuts de la FMH, les fonctions au sein de la CdG sont redistribuées tous les

deux ans. La durée maximale d'exercice d'une fonction est de quatre ans.»

Décision:

La proposition est acceptée par 150 oui, 5 non et 1 abstention.

4. Budgets 2017 de l'ISFM, la FMH et la CdG

4.1 Budget 2017 de l'ISFM

Werner Bauer/président de l'ISFM évoque dans un premier temps les raisons qui expliquent le budget négatif de l'ISFM en 2017. Le déficit est lié d'une part à une baisse importante des demandes de titre et d'autre part aux coûts des projets informatiques en cours. Par ailleurs, l'accréditation 2018, dont l'ISFM a la charge sur mandat de l'OFSP, occasionne également des coûts importants (CHF 400 000 en 2017 et en 2018). Les changements structurels dans les hôpitaux ont un impact sur le logbook électronique qui, dans le même temps, doit être adapté en fonction des cursus de formation postgraduée interdisciplinaires. L'augmentation du nombre de places d'études ces prochaines années va également accroître les exigences visant à vouloir piloter le nombre de médecins au niveau de la formation pré- et postgraduée. L'ISFM se penche déjà aujourd'hui sur ces questions.

Christoph Hänggeli/directeur de l'ISFM revient tout d'abord sur les deux projets informatiques qui impactent le budget. S'agissant du logbook électronique, les principales fonctionnalités sont opérationnelles. Tous les 83 programmes de formation postgraduée sont paramétrés et jusqu'ici, 16 000 utilisateurs sont déjà enregistrés. Toutes les exigences concernant la formation postgraduée sont saisies en ligne. Le traitement des demandes et des plans de formation se fait principalement par voie électronique. Mais la maintenance et le développement du système ne sont plus garantis notamment en raison des souhaits individuels des sociétés de discipline. L'introduction de nouveaux modules a dû être stoppée et une analyse du système a été mandatée. La première priorité consiste à simplifier la complexité du système et à en améliorer la convivialité. Les coûts induit de CHF 500 000 sont inscrits dans le budget 2017.

La plateforme électronique de formation continue a été revisitée au plan technique et fonctionne désormais sur les téléphones mobiles et les tablettes. Sa convivialité a été améliorée. Son fonctionnement, la maintenance et la poursuite de son développement sont garantis à l'inverse du logbook électronique. Dans une prochaine phase, il est prévu de mettre en place un registre central de toutes les sessions. Au vu de la situation budgétaire et de la priorité mise sur le

logbook électronique, cette phase de développement est momentanément suspendue.

Les comptes positifs de 2015 sont le résultat du surplus de titres de spécialiste octroyés et non budgétisés alors que 2016 risque de se conclure par une baisse de 30% des titres octroyés. Cette évolution met l'ISFM face à d'importants défis, même si les pertes peuvent être compensées par la fortune actuelle. Pour 2017, l'ISFM table sur une perte de CHF 867 000. En plus du logbook électronique, l'accréditation constitue aussi un poste de dépenses important. L'ISFM a pris des mesures supplémentaires pour rééquilibrer les dépenses et les recettes à moyen terme, notamment les taxes pour couvrir les coûts de la certification et des visites des établissements de formation postgraduée mais aussi du domaine de la formation continue.

4.2 Budget 2017 de la FMH

Emanuel Waeber/chef de la division Administration et finance présente un budget équilibré pour la FMH en 2017. Suite à la proposition de la Chambre médicale d'octobre 2014 de rétablir l'équilibre financier entre les dépenses réelles et les projets d'une part et les recettes d'autre part, les mesures de stabilisation budgétaire élaborées par le Comité central et adoptées par la Chambre médicale ont eu un effet positif sur le budget 2017. Elles permettent ainsi de garantir que la FMH puisse poursuivre ses tâches clés à l'avenir. Le frein aux dépenses voté il y a deux ans exige notamment que les dépenses totales inscrites au budget de la FMH de CHF 22,7 millions ne dépassent pas les recettes des derniers comptes annuels approuvés de CHF 23,3 millions. Le budget 2017 atteint cet objectif. Le budget 2017 consolidé fait état d'un déficit de CHF 217 000 (perte de l'ISFM de CHF 867 000 et gain de la FMH de CHF 650 000). Les pertes de l'ISFM proviennent notamment des dépenses supplémentaires liées aux projets et aux coûts de l'accréditation. Grâce à la hausse des cotisations de membres de plus de CHF 1 million et la dissolution de réserves à hauteur de CHF 520 000, la FMH est en mesure de présenter un budget équilibré. D'après les prévisions au 3^e trimestre 2016, un résultat positif est attendu pour fin 2016. Mais ce résultat doit être considéré avec prudence car le coût des projets en cours et la constitution de réserves pour la réalisation de projets n'ont pas encore été pris en compte.

4.3 Budget 2017 de la CdG

Emanuel Waeber/chef de la division Administration et finance signale que le budget 2017 de la CdG ne présente pas de différences par rapport à 2016. En raison de frais de personnel moins élevés suite aux mesures de stabilisation budgétaire, les comptes ont baissé d'environ CHF 35 000.



Le parlement de la FMH compte 200 délégués.

Rapport de la CdG

Dans son rapport, *Adrian Sury/président de la CdG* revient sur trois points essentiels:

la situation financière de l'ISFM, les mesures de stabilisation budgétaire et l'ambiance au Secrétariat général. En raison de la situation financière, la CdG recommande à l'ISFM une meilleure planification des finances et des projets informatiques. Le logbook électronique a enregistré de nombreux retards et occasionné des changements de sociétés partenaires. Pour la CdG, la situation doit faire l'objet d'une réévaluation en 2017. Les coûts de l'accréditation sont élevés et il aurait été possible de répartir la constitution de réserves sur plusieurs années. Initialement, la CdG voulait rejeter le budget de l'ISFM et elle aurait souhaité qu'il soit présenté pour approbation à la Chambre médicale du printemps prochain.

Le budget équilibré de la FMH pour 2017 prouve que la FMH a bien fait son travail. Les efforts importants consentis pour épargner et les mesures adoptées ont cependant eu un impact sur les collaborateurs du Secrétariat général et, selon lui, au détriment de l'ambiance générale.

S'agissant de la stratégie de placements de la FMH, le chef de la division Administration et finances mérite des félicitations. A l'heure actuelle, peu de sociétés arrivent à obtenir des rendements aussi élevés.

Jürg Schlup/président de la FMH remercie la CdG pour ses explications. Il exprime également ses vifs remerciements à la secrétaire générale, aux cadres et aux collaborateurs pour leur engagement et leur soutien lors de la mise en œuvre des mesures de stabilisation budgétaire.

A la question des réserves de CHF 670 000 pour l'IPI inscrites dans le budget 2017, *Anne-Geneviève Bütikofer/secrétaire générale de la FMH* répond que ce montant a été réservé pour des projets d'informatique au cabinet du département Numérisation et eHealth. Comme jusqu'ici aucun projet n'est encore prévu, cette somme doit figurer sous forme de provisions dans la comptabilité.

Daniel Schröpfer/ASMAC signale que dans le budget présenté, beaucoup d'économies concernent les collaborateurs. Il aimerait que les employés puissent aussi participer à une part raisonnable du succès dans le cas d'une situation financière positive de la FMH. Pour l'ASMAC, il est important que les collaborateurs de la FMH qui ont une longue expérience et le backoffice continuent de bien fonctionner et d'éviter une fluctuation.

4.4 Contribution spéciale NAKO (NewIndex)

Pour *Urs Stoffel/Comité central de la FMH*, les données des médecins en libre pratique sont indispensables pour garantir la parité des données avec les partenaires tarifaires. Elles sont essentielles pour la poursuite de la

révision tarifaire avec le projet TARCO. En parallèle, les cantons dans lesquels l'annexe fixant la valeur du point a été résiliée, et qui doivent faire face à une procédure en vue de fixer les prix, ont également besoin des données NAKO pour défendre la valeur de leur point tarifaire. La contribution spéciale constitue le financement de base de l'infrastructure, elle garantit l'exploitation de NewIndex et permet ainsi au corps médical d'avoir un accès permanent au système NAKO, source d'analyse et d'évaluation ciblées des données.

Proposition du Comité central:

La FMH perçoit auprès des membres des catégories 1 + 2 une contribution spéciale liée de CHF 40.00 en faveur du Centre national de consolidation des données (NAKO).

Décision:

La proposition est acceptée par 150 oui, 1 non et 9 abstentions.

4.5 Poursuite de la contribution de base en 2017

Après les décisions de la Chambre médicale dans le cadre de la stabilisation budgétaire, KPMG a été mandaté par le Comité central et a identifié dans son rapport des possibilités d'améliorer le résultat des Editions médicales suisses (EMH SA). Suite à ces travaux, EMH SA a fait des propositions au Comité central pour améliorer son résultat. Deux d'entre elles ont un impact direct sur le budget (contribution de base et frais de port pour les abonnés à l'étranger) et doivent être validées par la Chambre médicale. La première concerne la réduction de la contribution de base EMH/

SMSR/OMCT adoptée en 2011 par la Chambre médicale. Cette réduction peut être répercutée par une baisse de la cotisation des membres des catégories 1, 2, 3, 5, 6.

Jürg Schlup/président de la FMH informe que la SMSR a déposé une proposition qui plaide pour que la cotisation de base soit maintenue, inchangée, en 2017.

Le Comité central propose également dans le budget 2017 de poursuivre la contribution de base sans la modifier. *Pierre-Alain Schneider/président de la SMSR* est d'accord que la proposition de la SMSR soit traitée avec celle du Comité central.

Proposition du Comité central (en même temps que la proposition de la SMSR de teneur identique):

Approuver la poursuite proposée pour 2017 de la contribution de base à hauteur de CHF 75.00 sans les catégories 4 et 7 en faveur de EMH: CHF 50 / SMSR CHF 20 / OMCT CHF 5.

Décision:

La proposition est acceptée par 108 oui, 30 non et 8 abstentions.

4.6 Proposition Ricardo Torriani/AGZ: relations publiques

Pour *Ricardo Torriani/AGZ*, le point de vue du corps médical est insuffisamment représenté. Le débat public et les médias relayent des positions contre le corps médical qui devraient être plus rapidement démenties. Il estime qu'il est obligatoire d'avoir une unité dédiée aux relations publiques et à des campagnes d'image. La FMH n'a pas diminué le budget pour économiser de l'argent mais pour l'utiliser de manière plus ciblée.



Les délégués écoutent avec intérêt les résultats du vote.

Jürg Schlup/président de la FMH rappelle le frein aux dépenses voté par la Chambre médicale de 2014. Accepter cette proposition équivaldrait à une augmentation de la cotisation de membre. Selon lui, la FMH est aujourd'hui déjà régulièrement présente dans les médias en ligne et imprimés, comme le montrent les statistiques recueillies via Google ou d'autres moteurs de recherche. Par ailleurs, la FMH est régulièrement invitée à des auditions au Parlement, notamment cinq fois cette année. Une préparation et un débriefing ont lieu régulièrement avant et après chaque session parlementaire. Si la Chambre médicale souhaite une présence plus importante et soutient la proposition Torriani, alors les cotisations de membres des catégories 1 et 2 doivent être augmentées de CHF 40.

Les avis ressortis de la discussion indiquent que la FMH a réussi ces dernières années à mieux se positionner et à augmenter sa notoriété. Les délégués s'expriment en faveur de la qualité et non de la quantité. La plupart d'entre eux ne soutiennent pas la proposition Torriani car ils sont persuadés qu'une nouvelle unité et davantage de relations publiques n'amélioreraient pas l'image dans les médias.

Proposition Torriani:

Le Comité de la FMH crée une unité dédiée aux relations publiques et subordonnée au président conformément à la répartition actuelle du Comité central de la FMH. Un budget annuel d'un million de francs est mis à sa disposition. Des conseillers publicitaires professionnels sont mandatés pour la mise en place de campagnes. Le président rend compte des activités à chaque Chambre médicale.

Décision:

La proposition est rejetée par 113 non, 30 oui et 10 abstentions.

4.7 Proposition de la Société médicale d'Argovie: financement d'une procédure juridique contre le règlement de traitement, conformément à l'art. 30c OAMal

Jürg Lareida/président de la Société médicale d'Argovie explique que son organisation est convaincue que l'interprétation de l'article de loi va bien au-delà de l'objectif visé et que les données avec une protection insuffisante des fournisseurs de prestations et des patients seront directement utilisées pour la régulation des coûts de santé. Cette manière de procéder va fortement diminuer la liberté thérapeutique et la médecine d'aujourd'hui se développera vers une médecine étatique. Vis-à-vis de ses membres, la Société médicale d'Argovie a la responsabilité de procéder à des clarifications juridiques concernant le relevé MARS prévu en novembre prochain et de faire le nécessaire.

Proposition de la Société médicale d'Argovie:

CHF 100 000 doivent être réservés dans le budget pour lutter contre le projet MARS.

Décision:

La proposition est acceptée par 123 oui, 12 non et 23 abstentions.

4.8 Cotisation de membre 2017

Les cotisations de membres sont les suivantes pour 2017:

Catégorie 1:	CHF 825
Catégorie 2:	CHF 825
Catégorie 3:	CHF 550
Catégorie 4:	CHF 355
Catégorie 5:	CHF 253
Catégorie 6:	CHF 253
Catégorie 7:	CHF 142
Catégorie 8:	CHF 0
Catégorie 9:	CHF 0
Catégorie 10:	CHF 0
Catégorie 11:	CHF 178

Proposition du Comité central:

Approbation des cotisations de membres 2017.

Décision:

Les cotisations de membres 2017 sont approuvées à l'unanimité.

Les délégués votent à présent le budget 2017 consolidé de la FMH:

Proposition du Comité central:

Adoption du budget 2017 consolidé de la FMH.

Décision:

Le budget 2017 consolidé de la FMH est adopté par 150 oui, 1 non et 2 abstentions.

5. Mesures de stabilisation budgétaire

5.1 Compte rendu des résultats des 1^{er} et 2^e trimestres

Anne-Geneviève Bütikofer/secrétaire générale de la FMH rappelle les mesures prises par la Chambre médicale du 28.10.2015. Après un processus d'évaluation en décembre, leur mise en œuvre a rapidement commencé début 2016. Grâce aux efforts intenses fournis par tous les cadres et toutes les personnes impliquées, 92% des mesures prévues pour le premier semestre ont pu être mises en œuvre par rapport au résultat attendu. En d'autres termes, un montant de CHF 1,9 million a déjà été réalisé par rapport à l'objectif d'épargne visé initialement de CHF 2,08 millions. La différence est due aux retards dans les mesures prévues à l'interne du Secrétariat général et aux dépenses supplémentaires pour les organes. Par conséquent, les objectifs fixés par la



Anne-Geneviève Bütikofer, secrétaire générale de la FMH, rapporte au sujet des mesures de stabilisation budgétaire.

Chambre médicale du 30 octobre 2014, comme atteindre un équilibre financier entre les dépenses réelles et les projets d'une part, et les recettes générées d'autre part, se concentrer à l'avenir sur les tâches principales et réduire les activités annexes pourront être atteints, et les économies de CHF 4,06 millions réalisées.

5.2 Réduction de la contribution de base EMH/SMSR/OMCT au 1.1.2018

Pour commencer, *Jürg Schlup/président de la FMH* rappelle que les propositions de la CdG et de la SMSR ont été déposées au Secrétariat général en octobre 2016, c'est-à-dire après l'Assemblée des délégués du 7.9.2016. Comme chacun sait, après le contrôle d'EMH décidé en octobre 2014 par la Chambre médicale, le Comité central de la FMH a mandaté KPMG pour établir un audit. KPMG a identifié un potentiel d'amélioration de CHF 1,4 million pour EMH, à la suite de quoi EMH a proposé des mesures adéquates au Comité central pour atteindre ces améliorations, dont notamment l'abandon de la contribution de base. La mise en œuvre de cette mesure correspondrait à une réduction de la contribution de base à partir du 1^{er} janvier 2018. Le Comité central de la FMH a ensuite soumis différentes variantes à l'Assemblée des délégués du 7.9.2016. La variante 1 prévoit une réduction partielle de CHF 75 aujourd'hui à CHF 45 à l'avenir pour les catégories de membres 1, 2, 3, 5 et 6. La variante 2 favorise une réduction progressive de CHF 75 aujourd'hui à CHF 0. L'Assemblée des délégués a recommandé la variante 1 à la Chambre médicale.

5.2.1 Proposition de la CdG: contribution de base EMH/SMSR/OMCT

Adrian Sury/président de la CdG précise que le dépôt des propositions de la CdG vise à obtenir une utilisation pertinente des moyens alloués. La CdG n'est pas contre un soutien financier de la SMSR et de l'OMCT mais elle estime qu'un examen des comptes s'impose avant de décider d'une nouvelle contribution de base. Les ressources financières ne devraient être allouées que là où elles sont nécessaires. EMH a ouvert ses livres et identifié des potentiels d'amélioration. Si les revues de la SMSR et de l'OMCT devaient effectivement faire face à des difficultés financières sans la contribution de base (accordée en 2011 pour des raisons de politique régionale et d'égalité de traitement avec EMH), il serait tout à fait possible de signer des contrats de prestations séparément avec les deux sociétés si un déficit structurel apparaissait.

5.2.2 Proposition de la SMSR: soutien équitable aux publications médicales des différentes régions linguistiques

Pierre-Alain Schneider/président de la SMSR rappelle que les publications médicales suisses souffrent depuis plusieurs années de graves difficultés économiques, et ce notamment aussi après la fusion des deux revues *Revue médicale de la Suisse Romande* et *Revue Médecine et Hygiène*. Si les éditions EMH ont accepté les mesures d'économie comme la réduction de la contribution de base, elles peuvent quand même continuer de bénéficier du soutien de la FMH car la publication du BMS restera en leurs mains. La SMSR a été surprise que les éditions EMH annoncent subitement qu'elles n'avaient plus besoin des subventions mais qu'elles pouvaient verser des dividendes. La SMSR invite le Comité central à examiner l'équité du soutien aux publications médicales des trois régions linguistiques en tenant compte des avantages indirects dont bénéficient les éditions EMH. La Chambre médicale doit donc prendre une décision éclairée en ce qui concerne la contribution de base et ce sur la base du rapport concerné. L'auteur de la proposition demande aux délégués de renoncer à prendre une décision aujourd'hui et de décider de la suite après avoir eu connaissance des informations nécessaires.

Jürg Schlup/président de la FMH lance la discussion et, une fois que les délégués se sont exprimés, il détermine la manière de voter. Ces derniers se prononceront en premier sur le point 2 de la proposition de la SMSR, ensuite sur le point 2 de la proposition de la CdG et, enfin, sur la variante 1 du Comité central versus la variante 2 de la CdG.

La CdG approuve cette manière de procéder et à la question de *Jürg Schlup/président de la FMH*, elle en

déduit que le point 2 de sa proposition ne bloque pas la procédure fixée à l'instant. Le point 1 de sa proposition concerne la contribution de base et le point 2, l'examen des finances de la SMSR et de l'OMCT.

Vote 1: point 2 de la proposition de la SMSR:

Proposition de la SMSR, point 2:

La Chambre médicale réexamine la situation pour 2018 après présentation par le Comité central d'un rapport sur le soutien équitable des publications médicales des trois régions linguistiques. Il considère notamment l'avantage concurrentiel que constitue pour EMH la publication du BMS et l'envoi conjoint du Swiss Medical Forum à tous les membres de la FMH, ainsi que l'économie que la publication du BMS par un autre éditeur permettrait de réaliser.

Décision:

La proposition est rejetée par 74 non, 66 oui et 6 abstentions.

Vote 2: point 2 de la proposition de la CdG:

Proposition de la CdG, point 2:

Concernant la SMSR et l'OMCT: vérification du résultat financier par un bureau de révision externe, potentiel d'amélioration du résultat. Des contrats de prestations qui doivent être réexaminés chaque année sont signés séparément avec les deux sociétés si un déficit structurel apparaît. Le montant de ce déficit est financé par une contribution de base définie sur décision de la Chambre médicale en mai 2017.

Décision:

La proposition est acceptée par 116 oui, 13 non et 16 abstentions.

Avant de passer au 3^e vote (variante 1 du Comité central ou variante 2 de la CdG), les délégués ne sont pas tous du même avis sur les conséquences de ces deux variantes. Quelques délégués souhaitent le retrait de la variante 2 de la CdG. *Jürg Schlup/président de la FMH* demande à la CdG si elle est d'accord de retirer sa proposition. *Adrian Sury/président de la CdG* veut maintenir sa proposition et il réexplique qu'elle n'empêche pas de poursuivre le processus. La CdG rejette le retrait de sa proposition.

Jürg Schlup/président de la FMH dépose une motion d'ordre:

Motion d'ordre Schlup:

Les délégués sont d'accord avec la mise en opposition de la variante 1 du Comité central (recommandée par le CC et l'AD) versus la variante 2 de la CdG (recommandée par la CdG).

Décision:

La motion d'ordre est acceptée par 117 oui, 1 non et 15 oppositions.

Le dernier vote concerne le montant de la contribution de base pour 2018 et les années suivantes. La variante 1

du Comité central propose une réduction partielle de CHF 75 aujourd'hui à CHF 45 à l'avenir pour les catégories 1, 2, 3, 5 et 6. L'Assemblée des délégués recommande cette variante à la Chambre médicale. La variante 2 de la CdG prévoit une réduction de 50% des CHF 75 d'aujourd'hui à partir de 2018 et une suppression à partir de 2019. Si le rapport demandé arrive à d'autres conclusions, la Chambre médicale devra à nouveau décider de la contribution de base pour 2019.

Vote 3: variante 1 du Comité central versus variante 2 de la CdG

Proposition:

Variante 1 du Comité central versus variante 2 de la CdG

Décision:

La variante 1 du Comité central recueille 14 voix, la variante 2 de la CdG, 127 voix. 8 délégués se sont abstenus. La variante 2 de la CdG est acceptée.

5.3 Augmentation de la cotisation des membres de la catégorie 5

Une autre proposition soumise par EMH pour répondre au potentiel d'amélioration consiste à la reprise par la FMH des frais de port pour les abonnements à l'étranger. Ces frais de port pour le *Bulletin des médecins suisses* et le *Swiss Medical Forum* seront à la charge des abonnés installés à l'étranger par le biais d'une augmentation de la cotisation des membres de la catégorie 5 à partir du 1.1.2018.

Proposition:

Allègement en faveur d'EMH SA par la suppression des frais de port pour les abonnements étrangers et reprise de ces coûts par les médecins résident et pratiquant à l'étranger (catégorie 5):

Hausse de la cotisation de membres pour la seule catégorie 5 d'aujourd'hui 1/4 à désormais 2/5 (soit de CHF 178.- à CHF 284.-).

Cette hausse entre en vigueur l'année au cours de laquelle la contribution de base est réduite pour la première fois, à savoir au 1^{er} janvier 2018.

Décision:

La proposition est acceptée par 112 oui, 9 non et 11 abstentions.

6. Elections, confirmations

6.1 Confirmation des délégués nommés à l'Assemblée des délégués

Les Statuts de la FMH prévoient que les délégués ordinaires de l'Assemblée des délégués et leurs suppléants soient confirmés par la Chambre médicale suisse. «Seuls sont éligibles les délégués à la ChM ayant le droit de vote ou de proposition» (art. 36a des Statuts de la FMH).

Proposition:

Les organisations concernées VEDAG, SFSM, SMSR et fmCh proposent à la Chambre médicale de confirmer les délégués suivants (nouveaux) à l'Assemblée des délégués de la FMH:

VEDAG

Actuel: Marcel STAMPFLI, Bienne

Nouveau à partir du 27.10.2016: Florian LEUPOLD, Breitenbach

SFSM

Actuel: Jürg NADIG, Bülach

Nouveau à partir du 27.10.2016: Emanuel CHRIST, Niederscherli

SMSR

Actuel: Véronique MONNIER-CORNUZ, Lausanne

Nouveau à partir du 27.10.2016: Philippe EGGIMANN, Sullens

fmCh

Actuel: Urban LAFFER, président

Nouveau à partir du 27.10.2016: Thomas EGGIMANN, Kreuzligen

Actuel: Daniel ACKERMANN, Scuol

Nouveau à partir du 27.10.2016: Gianfranco MATARELLI, Liestal

Décisions:

Les délégués sont confirmés par 150 oui et 2 abstentions.

6.2 Confirmation des délégués suppléants à l'Assemblée des délégués

Les Statuts de la FMH prévoient que les délégués ordinaires de l'Assemblée des délégués et leurs suppléants soient confirmés par la Chambre médicale suisse. «Seuls sont éligibles les délégués à la ChM ayant le droit de vote ou de proposition» (art. 36a des Statuts de la FMH).

Proposition:

Les organisations concernées ASMAC et SFSM proposent à la Chambre médicale de confirmer les délégués suppléants suivants (nouveaux) à l'Assemblée des délégués de la FMH:

ASMACH

Actuel: deuxième délégué suppléant vacant

Nouveau à partir du 27.10.2016: Gert Printzen, Lucerne

SFSM

Actuel: Emanuel Christ, Niederscherli

Nouveau à partir du 27.10.2016: Stefan Greuter, Sargans

Décision:

Les délégués suppléants sont confirmés par 150 oui, 2 non et 10 abstentions.



Samia Hurst, professeure, médecin et éthicienne, présente l'un des sous-projets du programme national de recherche «Fin de vie» (PNR 67).

7. Orateur invité

Jürg Schlup/président de la FMH accueille la Prof. Samia Hurst, directrice de l'Institut Ethique Histoire Humanités de l'Université de Genève. Elle participe au Programme national de recherche PNR 67 «Fin de vie» qui vise à développer des connaissances sur la dernière phase de la vie. Divisé en 33 projets de recherche, ce PNR a pour objectif de définir les orientations ou les actions dans le domaine de la dernière phase de la vie et de les mettre à disposition des décideurs du système de santé, de la politique et des professions concernées. Les personnes meurent de manière aussi individuelle qu'elles ont vécu. Mais dans quelles conditions décident-elles de mourir et quelles décisions sont prises en fin de vie? La Prof. Hurst expose les travaux du module PNR 67 «Décisions médicales en fin de vie: fréquence et tendances en Suisse».

8. Charte qualité

L'activité médicale est déterminée par la responsabilité des médecins envers leurs patients. La qualité des prestations en fait tout naturellement partie et doit être garantie et encouragée sous tous ses aspects dans l'intérêt des patients, de leurs proches et du corps médical. L'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM)



58 organisations médicales ont signé la charte qualité et s'engagent ainsi à respecter transparence, responsabilité et durabilité en matière de qualité.

a été créée en 2012 pour réunir sous un même toit et rendre visibles les activités en faveur de la qualité.

Christoph Bosshard/Comité central de la FMH informe de l'objectif et du contenu de la charte qualité élaborée au cours des deux dernières années par l'ASQM. La charte a pour but d'organiser les démarches qualité en médecine de manière transparente et obligatoire. Elle a été finalisée après une consultation largement soutenue par le corps médical. Les organisations médicales signataires rappellent leur adhésion aux principes fondamentaux de la qualité en matière de transparence, d'obligation, de durabilité/pertinence, de compétences et de ressources. Cela porte tout aussi bien sur des engagements communs que sur la possibilité de partager des revendications communes vis-à-vis de la politique, de l'administration et d'autres organisations de santé. La première signature symbolique de la charte a eu lieu lors de la Chambre médicale de ce jour. La signature est facultative et reste possible à tout moment.

9. Stratégie FMH 2017–2020

Jürg Schlup/président de la FMH présente la stratégie de la FMH développée par le Comité central pour la nouvelle législature. Trois enquêtes ont permis d'identifier les enjeux de demain. Un questionnaire écrit a été remis aux délégués de la Chambre médicale, à 12 experts des milieux économiques et politiques et aux cadres du Secrétariat général de la FMH. Lors de la formulation des objectifs stratégiques il a été tenu compte de ma-

nière logique et continue des objectifs de la législature précédente. Les délégués, les experts et les cadres ont nommé les enjeux les plus importants pour le corps médical mais aussi pour le domaine de la santé. Les questions tarifaires, à savoir la révision du tarif et le maintien de l'autonomie tarifaire, sont très nettement revenues le plus souvent, suivies par la cohésion interne, la protection efficace des intérêts, eHealth, la qualité, le pilotage de l'admission, l'attractivité et l'organisation de la profession à l'avenir.

Sur la base de ces enjeux, le Comité central a défini les objectifs suivants:

- Mener d'une seule voix une politique de la santé proactive
- Poursuivre le développement de la qualité et la rendre visible
- Développement de l'identité professionnelle et de l'exercice de la profession
- Autonomie tarifaire et rémunération appropriée des soins ambulatoires
- Développement des tarifs et rémunération appropriée des soins hospitaliers
- Transformation numérique en médecine au service du corps médical et des patients
- Soutenir et promouvoir la santé publique
- Assurer des prestations de soutien professionnelles au travers du Secrétariat général

Comme c'est le cas depuis 2013, les objectifs stratégiques et les mesures définies pour leur mise en application seront réexaminés une fois par an par le Comité central, et si nécessaire complétés.

Aucun vote n'a lieu faute de quorum suffisant. Mais le vote consultatif des délégués présents indique que 63 d'entre eux soutiennent les objectifs de la législation, un s'abstient et personne ne s'y oppose. Les objectifs stratégiques de la législation 2017–2020 seront soumis à la Chambre médicale en mai 2017.

10. Information MARS

En raison de l'actualité et de l'importance de cette question pour la FMH, ce point est rapporté de manière plus précise que le reste du procès-verbal décisionnel. *Christoph Bosshard/Comité central de la FMH* expose l'état actuel de ce projet. L'obligation des fournisseurs de prestations de livrer leurs données a été initialement définie par l'art. 22a LAMal en vigueur depuis 2009, et transférée depuis le 1.1.2016 dans l'art. 59a dont la teneur est la même. Les adaptations de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) permettant la mise en œuvre de l'art. 59a sont entrées en vigueur le 1.8.2016. L'art. 30 de cette ordonnance se réfère au règlement de traitement qui vient d'être mis en consultation. Dans le cadre des dispositions légales, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a reçu le mandat d'élaborer et d'exploiter un système d'information nommé MARS. Le sous-projet 3 prévoit la livraison annuelle des données des cabinets médicaux et des centres ambulatoires. Les analyses de la phase de test (relevés-pilotes de 2015 et

2016) ont été concluantes, si bien que l'OFS lancera le 15 novembre 2016 la collecte des données 2015 des cabinets médicaux et des centres ambulatoires. Les données de ce premier relevé ne seront utilisées qu'à des fins statistiques et non de surveillance légale car le règlement de traitement des données, conformément à l'art. 30c OAMal, n'est pas encore entré en vigueur. Pour le corps médical, il est central que la collecte, le transfert et l'utilisation des données soient organisés de manière transparente et conforme à la loi lors du prochain relevé qui aura lieu l'année prochaine et, cette fois, également à des fins de surveillance conformément à la LAMal. La transmission et l'utilisation des données doivent être clairement définies et présentées dans le règlement de traitement. Tous les membres ont actuellement la possibilité de transmettre leur prise de position dans le délai de consultation prolongé jusqu'à fin janvier 2017. C'est avant tout le règlement de traitement des données encore en phase de consultation qui suscite incertitude et questions de la part des médecins. Cela a incité la direction de la FMH à convier les responsables de l'Office fédéral de la statistique (OFS), de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (FPDPT) et des conseillers juridiques. Le président salue *Adrian Lobsiger/Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (FPDPT)*, *Oliver Peters/vice-directeur et responsable de l'unité de direction Assurance maladie et*



Les représentants de l'administration fédérale et du préposé à la protection des données (FPDPT) répondent aux questions des délégués sur le projet MARS.

accident (OFSP), Marco D'Angelo/chef de la division Santé et affaires sociales (OFS), Jacques Huguenin/chef de la section Services de santé (OFS), Sabine Trolliet/juriste (FPFDT) et Michel Meier, avocat.

Marco D'Angelo/chef de la division Santé et affaires sociales (OFS) présente le but et le déroulement du relevé des données des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS), dont le lancement est prévu le 15 novembre 2016. Le délai de consultation du règlement de traitement a été entre-temps prolongé jusqu'au 31 janvier 2017. Alors qu'une bonne base de données statistiques existe dans le secteur hospitalier, elle fait encore défaut pour le secteur ambulatoire. Suite aux interventions parlementaires qui ont finalement débouché sur le projet MARS, cette lacune va désormais être comblée. Les données qui vont être collectées pour la première fois cette année ne le seront qu'à des fins statistiques et non de surveillance selon l'art. 59a LAMal. Le relevé se divise en trois domaines et concerne les données relatives à la structure, au personnel et aux finances. Le premier volet vise des informations structurelles (lieu d'implantation/cabinet, infrastructure et équipement, offre de formation, nombre de patients/de contacts avec des patients). Le deuxième se concentre sur les personnes (médecins [anonymisé], groupes professionnels non médicaux [agrégé]) et le troisième sur les finances (dépenses, recettes LAMal / total, résultat d'exploitation).

Après le deuxième relevé pilote mené au moyen d'un questionnaire test, le temps nécessaire a été réduit de 2 heures à 1h30. Les trois interfaces pour reprendre les données déjà collectées du corps médical (FMH, NewIndex, RoKo) et celle de l'OFSP (Medreg) ont fait leurs preuves. Le relevé remplit deux objectifs: l'utilisation statistique des données selon la loi sur la statistique fédérale (LSF) et leur utilisation à des fins de surveillance selon l'art. 59a LAMal et les articles correspondants de l'OAMal. En ce qui concerne la transmission des données, il faut différencier entre LSF et LAMal. Selon la LSF, les données des personnes morales et des personnes physiques sont anonymisées. Dans la version adaptée de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), entrée en vigueur le 1.8.2016, l'art. 30c prévoit un règlement de traitement. Ce règlement est actuellement en consultation et devrait probablement entrer en vigueur au printemps 2017.

Jürg Schlup/président de la FMH remercie l'orateur pour ses explications et ouvre le débat.

FMH: Les 90 minutes par questionnaire sont-elles calculées par semaine/mois ou année?

OFS: 90 minutes par an. Ce chiffre correspond au temps nécessaire pour le questionnaire test de la phase-pilote.

FMH: L'OFS a-t-il accès aux données des médecins affiliés à un centre de confiance et le questionnaire sera-t-il entièrement rempli avec ces données?

OFS: La possibilité de reprendre les fichiers de données existants simplifie la saisie dans le questionnaire car les données n'ont plus besoin d'être introduites une nouvelle fois. Elles ne peuvent être reprises qu'après authentification et accord de chaque fournisseur de prestations.

FMH: Hormis les objectifs statistiques du premier relevé, d'autres objectifs sont-ils poursuivis?

OFSP: L'ordonnance entrée en vigueur le 1.8.2016 spécifie que les fichiers collectés servent aussi à des fins statistiques. Mais en adoptant la LAMal, le Parlement a voulu que les mêmes données ne soient pas collectées une deuxième fois à des fins de qualité (indicateurs qualité, économicité des prestations). La loi règle le fait que l'OFS collecte également les données nécessaires, qui doivent ensuite être utilisées à des fins de qualité. Comme les prestations médicales ont de plus en plus lieu en ambulatoire, il est important de pouvoir établir le lien entre les traitements ambulatoires et hospitaliers à des fins de qualité. En raison de collectifs de patients petits et très variables, l'OFSP n'est pas intéressé par l'évaluation qualitative isolée de cabinets médicaux. Pour lui, il s'agit davantage de déterminer les différences régionales en matière de soins et d'en tirer les leçons pour la poursuite du développement du système de santé.

FMH: Les médecins indiquent déjà leurs données via l'étude RoKo. Des statistiques supplémentaires constituent un investissement supplémentaire pour les offices fédéraux comme pour les médecins. Quel est le budget annuel de l'administration?

OFS: Dans le cadre de son budget, l'OFS a demandé les moyens nécessaires pour remplir le mandat légal qui lui est confié.

OFSP: La saisie et la publication d'indicateurs de qualité sont primordiales en médecine pour améliorer la prise en charge médicale et le Parlement a insisté pour l'introduction de critères de qualité et d'indicateurs dans le secteur ambulatoire. A titre d'exemple, l'OFSP ne connaît pas en Suisse le pourcentage d'opérations faites en ambulatoire alors que ce pourcentage est précisément connu dans d'autres pays, notamment d'opérations de prothèse de hanche, de prothèse de genou ou bien d'autres types d'opérations qui sont faites en stationnaire ou en ambulatoire. En comparaison avec les autres pays, la Suisse a un retard en la matière et doit tout entreprendre pour atteindre le même niveau de connaissances. FMH: Comment, quand et de quelle manière les médecins récupéreront-ils leurs données?



Hanspeter Kuhn, responsable de la division service juridique de la FMH, répond à une question.

OFS: Les données collectées selon la LST et mises à disposition sont aussi là pour le grand public et seront rendues anonymes dans le contexte international. Les données qui ne sont pas anonymisées sont transmises à l'OFSP conformément aux modalités de la LAMaL. L'OFS ne peut pas transmettre à des tiers des données qui ne sont pas anonymisées, à moins qu'il en ait obtenu procuration. Les données ne peuvent être transmises qu'avec un mandat légal. Avec H+, l'OFS obtient une telle procuration.

PPPDT: Les analyses de l'OFS doivent être proportionnelles à l'objectif visé. Au final, il s'agit aussi d'efficacité en termes de coûts et de qualité. De plus, le résultat final ne doit pas permettre de remonter vers les patients ou les entités qui ont livré les données, tant que ce n'est pas absolument nécessaire pour atteindre l'objectif visé.

FMH: D'après la présentation, une collecte de données est également prévue pour les pharmaciens et pour les soins à domicile. Il est difficile d'améliorer la qualité des cabinets médicaux tant que tous les paramètres ne sont pas connus, notamment la situation sociodémographique des patients. Quand est-il prévu de mettre en place une statistique pour les pharmaciens? Le Conseil fédéral a récemment décidé de leur donner davantage de compétences pour la prise en charge des patients chroniques et des urgences. Il ne serait pas compréhensible que les médecins fassent l'objet d'enquêtes et de statistiques et que les pharmaciens n'y soient pas tenus.

OFSP: Pour le moment, il n'est pas prévu que des prestations médicales puissent être fournies et facturées par les pharmaciens. Il n'y a qu'un projet-pilote dans le cadre de la polymédication pour lequel nous demandons des comptes aux pharmaciens et à leurs associa-

tions. Concernant les soins à domicile, un projet est aussi prévu. L'objectif n'est pas de vérifier la qualité mais bien d'avoir une vue d'ensemble sur ce qui est fait sur les soins de longue durée à domicile et dans les établissements spécialisés. Pour les cabinets médicaux, c'est encore beaucoup plus difficile que pour les hôpitaux, voire impossible, parce que les collectifs de patients sont plus petits et la variabilité d'une caractéristique plus grande. Ce qui intéresse l'OFSP, c'est d'avoir une image de la prise en charge médicale régionale, pour pouvoir comparer les prises en charge régionales et les différentes habitudes, et pour établir ensuite la relation entre un certain type de traitements ambulatoires et un certain type de traitements stationnaires. Aujourd'hui, beaucoup de traitements oncologiques sont faits en ambulatoire et beaucoup d'opérations sont transférées vers l'ambulatoire. Donc, pour l'OFSP, il n'y aura pas de publications nominales par cabinet, mais par type de maladie, par région, etc.

FMH: Que faut-il comprendre par appréciation qualitative et comment la qualité de nos prestations sera-t-elle appréciée statistiquement?

OFSP: Des études sont faites au niveau international pour repérer les hospitalisations évitables grâce à une bonne prise en charge ambulatoire dans le domaine des maladies chroniques. Il est intéressant de pouvoir établir le lien entre ces travaux qui sont faits sur la base de la statistique hospitalière, de la statistique médicale qui est introduite depuis plus de quinze ans (et qui n'a jamais posé le moindre problème en matière de protection des données) et les résultats de MARS. L'autre possibilité consiste à évaluer les prestations qui sont fournies ou non fournies pour certains patients qui souffrent d'un certain type de pathologie pour voir quels sont les standards qui sont appliqués régionalement. Les études qui ont été menées dans certaines régions du pays ont montré que l'application des guidelines reconnus est très variable. Ce genre de constatations est évidemment intéressant d'un point de vue de santé publique, mais aussi du point de vue de l'optimisation de la prise en charge.

FMH: Pour cela, l'OFSP n'a pas besoin de données supplémentaires. Pourquoi les médecins doivent-ils livrer d'autres données qui ne sont ni anonymisées ni agrégées? PPPDT: Les données doivent être absolument anonymisées et ne permettre aucune remontée vers les personnes. Toute possibilité de ré-identification doit être exclue. La tâche du PPPDT est de contrôler que ce risque soit exclu.

FMH: Ne confond-on pas le contrôle de l'économicité des prestations médicales d'une part et le contrôle de l'économicité de la gestion des cabinets d'autre part? Ce sont deux questions totalement différentes. S'il est

question de qualité, il faut être clair et dire si on parle de la qualité de la gestion de cabinets ou s'il s'agit d'un mandat légal pour le contrôle de la qualité des prestations.

OFSP: Aujourd'hui, on sait que le patient moyen suisse va quatre fois par an chez le médecin et que la consultation moyenne coûte CHF 200. Par contre, on ne sait pas quelles sont les chances de survie d'un patient atteint d'une certaine maladie oncologique selon qu'il a été traité dans une région du pays ou dans une autre et selon qu'il a été vu par un oncologue, qu'il a reçu un certain type de traitement ou des mesures de dépistage précoce; tout cela on ne le sait strictement pas. Beaucoup d'activités médicales se passent en milieu ambulatoire et l'intérêt d'apprendre plus sur les résultats positifs ou négatifs de certains traitements pour certains types de maladie devient plus important. L'économicité de la gestion du cabinet n'intéresse pas l'OFSP, c'est l'affaire de chaque médecin individuel, éventuellement des assureurs. En revanche, l'OFSP est intéressé par l'économicité des prestations qui sont facturées à l'assurance-maladie et ça dans leur totalité au niveau national. Les données des cabinets sont déjà gérées par les assureurs et l'OFSP n'a pas à s'en occuper de manière supplémentaire. Par contre, ce qui intéresse l'OFSP, ce sont les prestations, le résultat clinique et leurs coûts. Mais malheureusement, les indications mentionnées auparavant, à savoir combien de fois par an un assuré va chez le médecin, ne suffisent pas.

FMH: L'enquête concerne-t-elle les données de 2015 ou de 2016? La collecte des données sur les affections, les diagnostics etc., signifierait que les codes diagnostiques devraient aussi être mentionnés.

OFS: L'OFS se charge de l'infrastructure pour collecter les données. La question des diagnostics, qui s'est également posée lors du projet avec les hôpitaux pour les données ambulatoires des patients, n'est pas encore clarifiée. Les travaux en cours ont pour objet de faire avancer le débat à ce sujet. Mais il est possible que cela prenne encore du temps.

FMH: Le règlement de traitement n'est pas encore tout à fait prêt à être appliqué et le relevé des données va commencer avant que ce règlement soit mis au point. Est-ce que c'est correct?

BFS: Le relevé commencera uniquement sur la base de la loi sur la statistique fédérale. Le règlement de traitement fait l'objet d'une consultation jusqu'à fin janvier 2017. Les résultats de la consultation seront utilisés pour finaliser ce règlement qui sera appliqué à partir du prochain relevé. Comme il s'agit du premier relevé, il subit un traitement un peu particulier.

OFSP: Pour compléter, les données qui sont utilisées pendant ce relevé seront transmises uniquement à

l'OFS à des fins d'affinement du système. Comme le règlement de traitement qui règle qui a le droit d'utiliser quelles données n'est pas encore adopté, la retransmission de ces données aux cantons, à l'OFSP, aux assureurs etc. sera bloquée pour les données de ce premier relevé.

FMH: Toutes les organisations dans lesquelles un système de contrôle qualité a été mis au point ont du personnel qui est payé pour faire ces exercices. Les médecins devront-ils accomplir gratuitement toutes ces tâches?

OFSP: La structure tarifaire en vigueur prévoit plusieurs possibilités de prendre en charge certains aspects de la documentation.

FMH: Les représentants de l'OFS et de l'OFSP nous ont assurés que les données ne seraient utilisées qu'à des fins statistiques et qu'elles resteront à l'OFS. Qui garantit que ces chiffres ne seront pas exigés ultérieurement par l'OFSP et l'OFS?

OFSP: L'OFSP peut garantir que ces chiffres ne seront pas utilisés. L'intérêt se concentre sur le développement d'indicateurs de qualité et sur la collecte d'informations notamment pour savoir comment le volume de prestations évolue par rapport au contenu des prestations. C'est pourquoi les chiffres doivent être de qualité suffisante et il faut aussi des règlements d'exploitation qui conviennent au corps médical, au Préposé à la protection des données et à l'OFSP. L'OFSP est avant tout intéressé par les prestations et beaucoup moins par des indications nominales sur des personnes en particulier.

OFS: L'OFS ne va pas livrer les données ultérieurement. Cela irait à l'encontre de ce qui a été fait jusqu'à présent.

PF PDT: Ce serait un changement de but et fondamentalement, les changements de but sont irrecevables.

FMH: D'après les indications de l'OFS, le troisième destinataire des statistiques recueillies sont les assureurs-maladie. Ces derniers connaissent déjà individuellement les médecins au travers des procédures d'économicité, d'efficacité et d'adéquation des traitements. N'auront-ils pas une avance, respectivement un avantage considérable sur l'Etat et sur les cantons?

OFSP: Les données seront transmises aux assureurs uniquement sous forme agrégée. Les assureurs disposent aujourd'hui déjà de données de facturation détaillées sur les assurés et les prestations. Pour cela, ils n'ont pas besoin de la Confédération.

FMH: Il est tout à fait louable de vouloir augmenter la qualité des prestations. Mais demander toujours plus de statistiques de la part des praticiens augmente considérablement le travail administratif. La livraison des données à l'OFSP prend plus de temps que 90 minutes par an. Il faudrait penser à avoir un système

informatique dans lequel ces données seraient déjà intégrées au moment de l'utiliser.

OFSP: Un système unique dans lequel les données sont entrées une fois et ensuite utilisées de manière différente serait idéal. Malheureusement, c'est très compliqué à mettre en œuvre. C'est comme remplir sa déclaration d'impôt, la première fois cela prend beaucoup plus de temps. Le problème réside aussi dans la manière de saisir les diagnostics. Cela demandera un certain changement culturel, un certain changement technique et un certain changement administratif, auquel on devra consacrer le temps et la flexibilité nécessaires. Aujourd'hui, plusieurs systèmes de codification sont utilisés. Dans les hôpitaux, ces codes peuvent être saisis facilement parce qu'ils sont déjà disponibles dans des systèmes informatiques. Dans le secteur ambulatoire, la saisie systématique des codes prendra évidemment encore du temps et beaucoup de discussions entre la FMH, l'OFSP, l'OFS.

FMH: Comment peut-on mesurer la qualité selon le volume du chiffre d'affaires?

OFSP: La qualité ne sera pas mesurée sur la base du chiffre d'affaires. La question est de savoir ce qui se passe avec un patient pour lequel une maladie oncologique a été diagnostiquée, qui subit une certaine opération en ambulatoire et qui doit être éventuellement hospitalisé six mois plus tard suite à des complications. Ces données intéressent non seulement le monde médical mais aussi les patients.

FMH: L'Administration veut-elle vraiment savoir chez quel médecin se rend chaque patient? Le patient est-il encore un tant soit peu anonyme?

OFSP: Pour les hôpitaux, une bonne statistique existe depuis quinze ans. On connaît le pourcentage des patients qui ont été ré-hospitalisés. Grâce à un code d'identification, chaque patient conserve son anonymat; en suivant un même code d'identification, on suit un même patient mais seuls le diagnostic et le traitement par différents fournisseurs de prestations intéressent, et non le nom du patient. La protection des données des patients concernés peut être techniquement garantie.

FMH: Jusqu'ici, il est clair que les données de 2015 ne seront pas retransmises par l'OFS et l'OFSP. Mais que prévoit l'art. 59a LAMal et l'ordonnance y relative pour les données de 2016? Qui recevra ces données et sous quelle forme?

OFSP: Les ordonnances concernées sont publiées et elles décrivent clairement l'utilisation des données. Il est prévu que seules des données agrégées et non des données individuelles soient transmises aux assureurs. L'OFSP reçoit les données individuelles concernant le personnel, l'offre de postes de formation pré-

postgraduée et les données concernant les prestations par cabinet (personne morale). Les données personnelles (des médecins) sont anonymisées. Les données saisies maintenant pour l'année 2015 ne seront pas transmises, ni à l'OFSP ni aux assureurs.

Jürg Schlup/président de la FMH remercie les intervenants d'avoir accepté de venir à la Chambre médicale de ce jour et de répondre aux questions des médecins. L'assemblée poursuit la discussion après leur départ.

Christoph Bosshard/Comité central de la FMH revient sur le relevé de cette année pour les données de 2015. Il précise qu'une réglementation contractuelle concernant l'utilisation exclusive des données à des fins statistiques est en cours d'élaboration avec l'OFS. L'art. 22 LSF prévoit une amende pour ceux qui livrent des informations fausses ou incomplètes. Une clause exclusive concernant les sanctions sera également incluse dans le contrat avec l'OFS.

Michel Meier/avocat précise qu'il faut distinguer entre les deux relevés. Le premier repose sur une autre base légale. Après ce que viennent de dire aujourd'hui l'OFS et l'OFSP, la FMH a obtenu la plus grande assurance possible que ce premier relevé ne se fait qu'à des fins statistiques. Mais cela n'empêche pas qu'il soit tout aussi obligatoire que ceux qui suivront. La question des sanctions a été considérablement relativisée.

A la question de savoir comment influencer les données statistiques des patients polymorbides pour qu'elles restent réalistes, Christoph Bosshard/Comité central de la FMH renvoie au numéro 41/2016 du BMS dans lequel sont publiées des recommandations «Registres de santé – Recommandations communes». Au sujet de l'anonymisation des données, il souligne que la question de savoir quelle anonymisation est nécessaire pour quel objectif légal n'est pas encore clarifiée. Tant que le règlement de traitement n'est pas finalisé, aucune donnée ne peut être livrée sur la base de la LAMal. Comme les représentants de l'OFSP et de l'OFS l'ont confirmé aujourd'hui, les données collectées cette année seront utilisées conformément à la loi sur la statistique fédérale. Les données de ce premier relevé ne seront transmises à l'OFSP ni cette année ni à une date ultérieure.

Les délégués s'accordent à dire que la difficulté ne réside pas dans la saisie des données mais dans leur interprétation. Pour le corps médical, il est pratiquement impossible d'avoir un impact sur des interprétations erronées, une fois qu'elles ont été rendues publiques. C'est pourquoi il est absolument nécessaire que le corps médical puisse avoir un droit de regard sur les données collectées et qu'il soit associé à la définition respectivement à la validation des indicateurs de qualité.

Urs Stoffel/Comité central de la FMH mentionne le projet «Monitoring», adopté par le Comité central le 20 octobre et confié au département Médecine et tarifs ambulatoires. Le corps médical est régulièrement confronté à des informations surprenantes de la part des assureurs et de l'OFSP, qui rejettent la responsabilité sur les médecins concernant l'évolution du nombre de prestations et les coûts qui en découlent. Dans un temps extrêmement court, le département concerné doit répondre par des analyses, arguments, motifs et interprétations à des statistiques sur l'évolution des coûts établie par une source inconnue. Par conséquent, la FMH se retrouve toujours acculée dans un rôle classique, celui de la défensive. Elle ne peut que réagir au lieu d'agir proactivement. Les données de NewIndex offrent une base de données complète, utile et pertinente. La mise sur pied du monitoring interne à la FMH pour suivre l'application du tarif se fait en collaboration avec NewIndex et la Caisse des médecins.

Jürg Schlup/président de la FMH signale que le Comité central de la FMH informera régulièrement les membres de la situation et qu'il les associera aux prochaines discussions.

Après le débat, *Hans-Anton Vogel/président de la Société des médecins du canton d'Appenzell* dépose la proposition suivante:

Proposition Vogel:

La livraison des données n'a lieu qu'une fois que les règlements sont connus. Les données sont mises à la disposition de la FMH.

Décision:

Comme près de la moitié des délégués à la Chambre médicale sont absents, le quorum n'est pas atteint pour procéder au vote de cette proposition.

11. IPI: fin du contrat de prestations

Anne-Geneviève Bütikofer/secrétaire générale de la FMH informe de la fin du contrat de prestations. En octobre 2013, la Chambre médicale avait approuvé une contribution exceptionnelle à l'IPI, sous réserve de la conclusion d'un contrat de prestations entre la FMH et l'IPI. En février 2014, ce contrat de prestations avait été conclu. En octobre 2014, la Chambre médicale a décidé de prolonger le contrat de prestations entre la FMH et l'IPI mais uniquement pour l'année 2015 et a décidé que l'IPI devrait être intégré dans le département eHealth, dès 2016. En octobre 2015, la Chambre médicale a constaté l'échec de l'intégration de l'IPI dans le département eHealth. La Chambre médicale a demandé au département eHealth de reprendre le thème informatif au cabinet à partir de 2016 au travers de mandats.

D'octobre 2015 à mars 2016, le Secrétariat général s'est efforcé de contrôler et de finaliser les comptes annuels avec l'IPI, et de négocier en parallèle (jusqu'à juillet 2016), la conclusion d'une convention de résiliation. En 2015, la FMH a versé à l'IPI un montant de CHF 519 000 à l'aide duquel notamment les dépenses suivantes ont été financées, les infrastructures de base, les coûts de personnel qui incluaient les assurances sociales, la tenue de la comptabilité, loyers, amortissements etc. La FMH a décidé de renoncer au remboursement de la différence de CHF 21730 non utilisée et du mobilier. De son côté, l'IPI a également renoncé à la rémunération des travaux de l'IHAMZ pour 2016 et à d'autres frais du président. La FMH s'est acquittée du paiement de la TVA de 2015 à hauteur de CHF 42 000 qui n'avait pas été facturée correctement par l'IPI. Tous les résultats et tous les documents qui ont été établis et occasionnés par le travail de l'IPI sont propriété de la FMH. En revanche, la FMH a accordé un droit d'utilisation et de développement consécutif non exclusif sur la base des résultats à l'IPI. Les deux parties ont renoncé réciproquement à faire valoir des droits d'utilisation exclusifs ou à des mesures d'application de droit d'utilisation prétendument exclusifs des résultats qui avaient été obtenus. Les deux parties reconnaissent la qualité d'œuvre, c'est à dire la qualité des résultats qui ont été fournis. Le solde qui a été reporté à la réserve au 31.12.2016 s'élève à CHF 670 000. Avec la signature de la convention de résiliation le 16.8.2016, la FMH et l'IPI ont mis fin à leur collaboration en se donnant quittance pour solde de tout compte et de toute prétention.

12. Informations du Comité central, du Secrétariat général, de l'ISFM et des divisions

Les rapports écrits des départements et du Secrétariat général ont été remis aux délégués lors de la Chambre médicale.

12.1 TARPSY et ST Reha: informations orales

Jürg Unger-Köppel/Comité central de la FMH informe des nouveaux systèmes tarifaires TARPSY pour la psychiatrie hospitalière et ST Reha pour la réadaptation hospitalière. TARPSY sera introduit le 1^{er} janvier 2018 pour les adultes. Pour la psychiatrie d'enfants et d'adolescents, son introduction est prévue au plus tôt au 1^{er} janvier 2019 car la qualité des données est encore insuffisante pour le calcul de la structure tarifaire. L'introduction de ST Reha a été repoussée et est prévue pour le 1^{er} janvier 2020. A l'inverse des DRG, TARPSY et ST Reha ont été développés en Suisse. Les prestations de la psychiatrie hospitalière seront rémunérées par

un système tarifaire lié aux prestations et uniforme pour toute la Suisse. *Jürg Unger-Köppel* souligne que la FMH a été étroitement associée au développement de la structure tarifaire et que la collaboration avec les partenaires de SwissDRG SA et la coopération avec H+ notamment fonctionnent bien. Pour de plus amples informations, veuillez contacter la division via [tarife\[at\]fmh.ch](mailto:tarife[at]fmh.ch).

13. Divers

Anne-Geneviève Bütikofer/secrétaire générale de la FMH donne les dates des prochaines séances de la Chambre

médicale pour 2017 et 2018. En 2017, les délégués se réuniront le 4 mai et le 26 octobre, et en 2018, le 3 mai et le 25 octobre.

Jürg Schlup/président de la FMH remercie les délégués pour leur participation active à la séance de ce jour mais aussi pour leur engagement quotidien au service de la santé. Il adresse des remerciements particuliers aux collaborateurs de la FMH pour l'organisation de la Chambre médicale et souhaite un bon retour à tout le monde.

Crédits photo

Photos: Frederike Asael

Glossaire

AD	Assemblée des délégués
AGZ	Société des médecins du canton de Zurich
ASMAC	Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique
ASQM	Académie suisse pour la qualité en médecine
BMS	Bulletin des médecins suisses
CC	Comité central
CdG	Commission de gestion
CF	Conseil fédéral
ChM	Chambre médicale
CSHE	Conférence suisse des hautes écoles
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DRG	Diagnosis Related Groups
EMH	Editions médicales suisses
fmCh	foederatio medicorum chirurgicorum helvetica
FMH	Fédération des médecins suisses
FRI (message)	Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation
H+	Les Hôpitaux de Suisse
IPI	Institut d'informatique au cabinet
ISFM	Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
LSF	Loi sur la statistique fédérale
MedReg	Registre des professions médicales
NAKO	Centre de consolidation nationale
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMCT	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
PF PDT	Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence
PM	Prestation médicale
PNR	Programmes nationaux de recherche
RE	Règlement d'exécution
RoKo	Rollende Kostenstudie
SFSM	Swiss Federation of Specialities in Medicine
SMSR	Société médicale de la Suisse romande
ST-Reha	Structure tarifaire pour la réadaptation hospitalière
TARMED	Tarif médical pour les prestations ambulatoires
TARPSY	Structure tarifaire de la psychiatrie hospitalière
VEDAG	Association des sociétés médicales de Suisse alémanique