

Révision du TARMED

Tout en 5 minutes?

Rolf Temperli, Heidi Zinggeler Fuhrer

Les partenaires tarifaires se sont fixé l'objectif ambitieux de créer, avant la fin de l'année, un nouveau tarif pour les prestations médicales ambulatoires. Ces partenaires sont la FMH, l'association des hôpitaux H+, ainsi que l'assurance-accidents avec l'assurance militaire et l'assurance-invalidité, représentées au sein de la CTM/SCTM (Commission des tarifs médicaux du service central des tarifs médicaux LAA). curafutura (les quatre caisses-maladie CSS, Helsana, Sanitas et CPT qui, ensemble, couvrent environ 45% du volume des prestations) fait figure de nouveau partenaire. santésuisse refuse toujours toute collaboration.

De nombreuses équipes spécialisées (représentants des partenaires tarifaires et des principales sociétés de discipline médicale concernées) façonnent le cadre du nouveau tarif – chapitre par chapitre – selon les mêmes principes: adéquation, économicité, conformité légale, si possible avec simplicité et en se basant sur des données existantes. L'adéquation consiste à ne pas privilégier ou discriminer certains prestataires ou domaines de spécialité sans raison suffisante. Jusqu'ici tout va bien!

Or, il y a dans le tarif en vigueur des discriminations évidentes: la prestation médicale la plus cotée (valeur intrinsèque FMH 12) a une valeur 2,5 fois supérieure à celle des médecins de famille et de l'enfance (valeur intrinsèque FMH 5). La raison avancée (perte de revenus pendant la très longue période de formation postgradué et continue, durée de vie active réduite) est aujourd'hui encore plus infondée qu'elle ne l'était lors de l'introduction du TARMED il y a 11 ans.

Y aurait-il au juste des raisons justifiant différentes indemnités? Si oui, lesquelles? Le talent incroyable? Le médecin trieur? Les jeunes des cliniques spécialisées? Les anciens jouissant d'une grande expérience? Les médecins chers? Ceux bon marché? Qui est réparti dans quel groupe? Et par qui?

La position de MFE est claire: le seul critère bien défini est le titre de médecin spécialiste, avec un cursus d'au moins 5 ou 6 ans. Parmi les médecins spécialistes, il ne peut y avoir aucune variation de rémunération des prestations. Une solution doit être trouvée pour les médecins non spécialistes.

La tarification la plus simple possible serait la réduction à une seule prestation médicale par 5 minutes, pour tous, pour tout. Quels avantages et pour qui? Et quels inconvénients et pour qui? Cette variante plaît

avant tout aux assureurs. Mais que signifierait-elle pour les médecins de famille et de l'enfance?

La commission tarifaire MFE est d'avis qu'un tarif horaire entre en ligne de compte, mais seulement à la condition que cela s'applique à tous.

Selon les partenaires tarifaires, il devrait uniquement encore y avoir des prestations à l'acte (comme actuellement le «statut» et l'«examen préventif») lorsque celles-ci peuvent être définies avec précision et qu'elles présentent un délai de réalisation peu variable (par exemple la césarienne). Avec une tarification correcte, il ne devrait y avoir aucune différence à long terme entre une prestation au temps et une prestation à l'acte.

Il est sans conteste que de nombreuses prestations à l'acte sont surévaluées dans le tarif actuel, c'est-à-dire que leur durée est surestimée, et entraînent des chiffres d'affaire abusifs. Il est également incontestable que la fin des prestations à l'acte ne récompenserait plus l'efficacité. Quel serait l'effet sur votre quotidien au cabinet?

La commission tarifaire MFE reste attachée au statut (petit, moyen et grand, comme formulé dans la proposition de Chapitre 40) et aux bilans de santé pédiatrique jusqu'à l'âge de l'entrée à l'école.

Et l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas de visite? Les visites doivent-elles être mieux rémunérées que les consultations au cabinet? Et comment serait-ce justifiable? Les visites à domicile doivent-elles être encouragées? Pour des raisons de politique de santé ou pour des raisons économiques? Des arguments économiques aux yeux du médecin, de l'assureur ou de la société?

Actuellement, les commissions impliquées discutent seulement des principes et de la nomenclature. Les esprits s'échauffent déjà fortement. La FMH doit se

mettre d'accord en interne pour ne pas se poser en empêqueur du projet de révision.

Les propositions de chapitres conseillées par les équipes spécialisées (MFE est impliqué dans les discussions de l'équipe spécialisée «Prestations médicales de base») seront soumises à l'avis de toutes les autres équipes spécialisées et aux sociétés de discipline médicale. Ce processus aura lieu dans les mois qui viennent et exigera un investissement énorme de la part des sociétés de discipline médicale et des experts tarifaires.

Au final, le prix attribué à une prestation dépendra non seulement de la valeur de point tarifaire négociée par les cantons mais également de l'attribution des points tarifaires. Avec le tarif actuel, certaines sociétés de discipline médicale réalisent d'importants bénéfices à partir de prestations à l'acte surévaluées (minutage) ou de prestations techniques trop fortement taxées, tandis que d'autres paient une partie des coûts de l'infrastructure de la prestation médicale, qui devrait en réalité représenter la rémunération des médecins. La consultation de base se compose actuellement à 54% de prestations médicales et à 46% de prestations techniques. Comme le reflète parfaitement la comptabilité de tous les médecins, la part des frais est en réalité bien plus élevée. Le calcul correct des frais à lui seul doit déjà entraîner une hausse sensible des prestations techniques en consultation et ainsi une hausse des coûts justifiable. Avec le tarif actuel, il existe également de nombreuses prestations dont la prestation technique, manifestement trop élevée, doit être corrigée.

L'adaptation de la rémunération des prestations médicales se présente comme le second facteur de coûts. La neutralité des coûts réclamée par l'Office fédéral de la santé publique va à l'encontre des principes d'économi-

été et d'adéquation. A ce niveau aussi, des discussions difficiles s'annoncent.

Pour finir, il faudrait encore négocier la valeur du point tarifaire. Des changements, émanant de la nécessité d'adéquation et d'économicité, peuvent également être attendus dans ce domaine. Est-il acceptable d'avoir des valeurs de point tarifaire différentes entre l'hôpital et le cabinet, entre les assurances-maladies et les assurances-accidents, entre les cantons ou entre les régions, entre la ville et la campagne ou même entre les médecins de premier recours et les spécialistes? Quels arguments vont dans ce sens? Lesquels vont à l'encontre de cette disparité?

Et qu'en est-il du Chapitre 40? Dans les conditions actuellement discutées, selon lesquelles la valeur intrinsèque quantitative (indemnisation différente des prestations médicales) doit être abolie au même titre que la valeur intrinsèque qualitative (délimitation de certaines prestations pour certains médecins spécialistes), il n'y aura pas de chapitre réservé à la médecine de famille et de l'enfance. Tous les chapitres et toutes les positions doivent être ouverts à tous, tous doivent facturer la même position pour la consultation, au même prix. Fini les jardins secrets. Pourrions-nous vivre avec? Même s'il n'y avait, par exemple, plus de positions spécifiques à la pédiatrie?

Il est maintenant essentiel de se soucier de toutes ces questions. Le processus de consultation sera très bref et, pour des raisons logistiques, s'effectuera avant tout parmi les délégués tarifaires et les comités directeurs des sociétés faitières et des sociétés de discipline médicale. Le particulier ne pourra pas prendre directement position.

La commission tarifaire se tient à votre disposition pour toute question ou suggestion.

Correspondance:
Dr Rolf Temperli
Facharzt FMH für Kinder-
und Jugendmedizin
Hessstrasse 27d
CH-3097 Liebefeld
temperli-rossini[at]
bluewin.ch