

EDITORIAL

Chronique boursière

(ou « mangez des hamburgers »)

Dr Bl. Bourrit

Dans les milieux boursiers, de plus en plus d'experts découvrent la bombe à retardement de nos fonds de prévoyance. La chute des cours des actions et la baisse des taux d'intérêts ont creusé des trous énormes dans les caisses de pension. Et le financement des retraites semble déjà menacé dans plusieurs multinationales d'Europe et d'Amérique. Un récent sondage montre d'ailleurs que les Suisses sont conscients de cette évolution inattendue, puisque la moitié d'entre eux considèrent ce problème comme leur premier souci.

D'ailleurs, il n'est pas du tout impensable que le cours des actions traverse encore des creux de vagues, dans la mesure où les économistes prévoient une crise mondiale dans les prochaines années. En effet, l'ensemble de l'économie mondiale repose, paraît-il sur les épaules des consommateurs américains qui, c'est notoire, vivent largement au-dessus de leurs moyens.

Comment renverser la vapeur ? Sir Alan Greenpeace (gouverneur de la

banque centrale américaine récemment ennobli) n'a rien trouvé de mieux, pour infléchir la fâcheuse tendance à la récession que traverse le monde d'aujourd'hui, à inciter les citoyens américains à une frénésie d'achats. En particulier, le « Financial Times » (version allemande) a publié une photo de lui, tenant à la main une liasse de papiers sur lesquels on lisait en grosses lettres rouges « achetez plus de hamburgers ! » Or, si chaque citoyen américain mangeait un seul hamburger de plus par jour, cela représenterait près de 100 trillions de hamburgers de plus par an.

Les agriculteurs, les abattoirs, les restaurants, l'industrie fourragère, etc, s'en froteraient les mains. Mais on verrait aussi exploser la demande de médicaments contre le cholestérol, le diabète ou les maladies cardiaques. Sans aucun doute, l'effet prédominant serait la réduction de l'espérance de vie des Américains déjà obèses. Voilà une solution pour renflouer les Caisse de pension que certains cyniques, dans un passé encore proche, avaient déjà envisagé en proposant de fumer davantage ...

SOMMAIRE

Editorial	1-3
A mon avis	3
Informations du Conseil	
- <i>Echos du Conseil</i>	4
- <i>Communication de l'OFAS</i>	4
- <i>Merci à nos sponsors !</i>	5
Prévention en entreprise	5
Informations des Groupes	
- <i>Info du Groupe des Psychiatres</i>	5
- <i>Commission de 2^e avis du GGOG</i>	6
Informations diverses	
- <i>FSASD, votre partenaire et celui de vos patients</i>	7
- <i>Communiqué des CASS</i>	7
- <i>Mutations</i>	8/9
- <i>Petites annonces</i>	9
- <i>A vos agendas !</i>	9
- <i>Communiqué de la Rega</i>	10
- <i>Brève histoire de l'Assurance-maladie</i>	10/11
- <i>Scalpel ou pommade</i>	11
- <i>Prime d'assurance: le coût de la médecine seul en cause ?</i>	12
- <i>Tarmed: le point de vue d'une d'une société menacée</i>	13
- <i>Tarmed AA/Al/AM : Lettre de la FMH</i>	14
- <i>Sumex</i>	15
- <i>Suva: Tarmed</i>	15
- <i>Association des Schtroumpfs</i>	15

Moralité : Quand les assureurs (ou les fiscalistes) nous bourrent le mou avec notre deuxième pilier, et que nous les écoutons benoîtement, puis que nous leur confions toutes nos économies, ne devrions-nous pas prendre un peu de recul et nous rappeler que les modes passent, mais

les affirmations péremptoires demeureront toujours. Dans un autre registre, cela me rappelle l'histoire de la substitution hormonale à l'âge de la ménopause, que nous, gynécologues, avons prôné durant une dizaine d'années comme un credo ne supportant aucune critique !

A MON AVIS

*Patricia Courajod Rahli
Présidente de l'ACGPP*

La Fédération Internationale des Podologues, dont le siège se trouve à Paris, a déclaré le mois de Mai comme le mois mondial de la santé des pieds.

Les membres de l'Association Genevoise de Pédicures-Podologues (ACGPP) font partie également de l'Union Suisse Romande des Pédicures-Podologues (USRPP), cette dernière se joint à la Fédération et attire l'attention du public sur l'importance d'apporter des soins corrects aux pieds.

L'intérêt d'avoir des pieds en bonne santé et le rôle joué par le Podologue ne sont pas exagérés. Chacun d'entre nous aura des problèmes de pieds à un moment de sa vie. Le mois mondial de la santé des pieds est la meilleure occasion de prendre le temps et de considérer la valeur et l'importance de ses pieds.

A cet égard, cette année, sur le plan romand, un communiqué de presse sera adressé à des médias (journaux, etc...). Quant au plan genevois, une journée porte ouverte de certains cabinets est prévue le samedi 10 Mai de 10h à 17h.

Nous invitons le public ainsi que les professionnels de la santé à visiter le site de la Fédération à www.fipnet.org pour des renseignements sur la santé du pied.

Avant 1992, le titre employé était Pédicure, la formation se déroulait sur deux ans et était assurée par deux écoles à Genève et Lausanne. Les professionnels étaient habilités à

Pédicures-Podologues, que font et qui sont ces professionnels (elles) ?

pratiquer l'exérèse des kératoses (cors, durillons, bursites) ainsi que la coupe des ongles pathologiques ou non.

Depuis 1982, la formation continue a permis de former les professionnels à traiter non seulement d'une façon sectorielle la douleur des pieds mais encore de connaître la pratique de nouvelles techniques pour définir et soigner l'origine de la cause de la douleur en tenant compte de l'aspect biopsychosocial ainsi que des antécédents médicaux. Ceci dans le but de mieux répondre aux besoins des patients.

Dès 1992, pour suivre le mouvement européen, l'école genevoise a proposé une formation plus large, d'une durée de trois ans. Dès lors, étaient enseignés :

- l'analyse de la marche et de la course
- la confection de semelles orthopédiques servant à rééquilibrer certains troubles statiques et/ou dynamiques
- l'orthoplastie visant à protéger les endroits de pression ou de frottement où se forment par exemple les cors d'une façon répétitive voire chronique mais également à repositionner les orteils en griffe, supraductus etc...
- l'orthonyxie, technique visant à corriger la courbure de certains ongles évitant ainsi les ongles incarnés. Voir autres cours.

Suite à ce changement de contenu des cours, nous avons profité de faire changer le titre en Pédicure-Podologue.

En ce qui concerne les travaux de reconnaissance fédérale entrepris auprès de la Croix-Rouge Suisse, afin

d'unifier les formations romandes et alémaniques, le terme de podologue a été retenu comme terme unique pour la Suisse. Ce terme est déjà utilisé par les suisses alémaniques depuis de nombreuses années. Actuellement, en Suisse Romande, peu à peu celui de Podologue supplante celui de Pédicure-Podologue pour répondre à la nouvelle réglementation qui devrait bientôt être adoptée. Par ailleurs, voici une précision importante faite par Madame M-L Rageth, directrice de l'Ecole romande de Pédicure-Podologue à Genève, reprise de l'article parut dans le journal des diabétiques :

« ...Cependant le titre de Podologue étant resté vacant jusqu'à récemment, plusieurs professionnels de la santé l'utilisent.

Des vendeurs de chaussures de sport, des bottiers orthopédistes ou des techniciens orthopédistes se présentent par exemple sous ce label. Avec la nouvelle réglementation de la Croix-Rouge Suisse, le titre de Podologue ne sera attribué qu'aux professionnels issus des Ecoles de Pédicures-Podologues... »

Si vos pieds ou ceux de vos patients vous intéressent et que vous désirez de plus amples renseignements, vous pouvez prendre contact auprès du siège de l'ACGPP, à l'adresse de la Présidente.

D'autre part, vous recevrez prochainement la liste des pédicures-podologues avec leur pratique.

Patricia Courajod Rahli
Présidente de l'ACGPP
Chemin du Clos 4a
1212 Grand-Lancy

Echos du Conseil

Entrée en vigueur de Tarmed AA/AI/AM au 1^{er} mai 2003.

Cette date d'introduction a été choisie par le Comité central de la FMH le 12 décembre 2002. A plusieurs reprises des explications ont été publiées par le Bulletin des Médecins Suisse et nous vous renvoyons à cet égard en particulier au n°51/52 du 18 décembre 2002. En allant sur le site de la FMH, sous www.fmh.ch (rubrique « Tarifs ») vous pourrez également obtenir la formule de facturation standardisée ainsi que le contrat tarifaire et ces annexes.

Différence de facturation des prestations ambulatoires ville et hôpitaux

Les prestations ambulatoires qui sont fournies par les hôpitaux et cliniques ne seront soumises dans les domaines AA/AI/AM à Tarmed qu'à partir du 1^{er} janvier 2004. En revanche, les médecins pratiquant en privé seront tenus, s'ils appliquent la convention tarifaire Tarmed AA/AI/AM, à facturer selon Tarmed dès le 1^{er} mai 2003 pour le secteur ambulatoire.

Traitement en cours

Pour les traitements en cours au moment de l'introduction du nouveau contrat tarifaire Tarmed AA/AI/AM, il faudra au 30 avril 2003, établir une

facturation intermédiaire selon l'ancien tarif (tarif bleu). Dès la date d'introduction, à savoir au 1^{er} mai, seul Tarmed est applicable comme base de facturation pour le domaine AA/AI/AM. Toutefois, pendant cette période d'introduction, les formules de facturation peuvent encore être remplies à la main et ne nécessitent pas l'utilisation immédiate des logiciels correspondants.

Cession de créance et domiciliation de paiement.

1. Nous avons informé l'ensemble des membres par circulaire d'une modification intervenue à l'article 42 de la LAMal, suite à l'introduction de la Loi sur la Partie Générale du Droit des Assurances Sociales (LPGA).

A teneur des ces dispositions légales, il est dorénavant possible, et ce, depuis le 1^{er} janvier de cette année, comme nous vous le rappelions, que le médecin traitant puisse obtenir du patient une cession du droit au remboursement par l'assureur maladie. Un modèle de déclaration de cession a été établi par notre secrétariat et envoyé à tous les membres de l'AMG.

Nous vous rendons attentifs, compte tenu de l'obstruction faite par plusieurs assureurs, notamment Helsana et Intras, que les interdictions de cession qui figuraient jusqu'ici dans les conditions générales et/ou les statuts des

assureurs maladie, ne peuvent plus être appliquées. En effet, tant la LAMal que la LPGA sont des législations de droit public contraignant. Helsana ne peut donc, comme elle le faisait en début d'année, invoquer le fait que ses propres statuts n'aient pas été modifiés pour refuser ces cessions de créance.

2. Ces cessions de créance ou domiciliation de paiement ne doivent en aucun cas être utilisées de façon systématique. Une telle utilisation transformerait en effet le système du tiers garant que nous connaissons et qui est applicable à Genève en système de tiers payant.

3. Chaque demande de domiciliation de paiement ou de cession de créance doit être à notre avis dûment motivée et concerner essentiellement des patients non-payeurs ou mauvais-payeurs.

4. Enfin, nous vous rendons attentifs au fait que l'assureur maladie ne rembourse pas forcément la totalité du montant de la facture et qu'il est susceptible de retenir les montants afférents aux franchises et aux participations, ainsi que d'éventuelles primes en retard. La différence avec le propre montant de votre facture doit être encaissée directement auprès du patient.

Communication de l'OFAS**Cession de créance dans l'assurance obligatoire des soins à la lumière de la jurisprudence, de la LAMal et de la LPGA.**

...Conformément à l'article 42, alinéa 1, LAMal, selon sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, le droit d'être remboursé par son assureur-maladie peut, en dérogation à l'article 22, alinéa 1, de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), être cédé au fournisseur de prestations. Ainsi désormais expressément reconnue par la LAMal, la cession de créance d'un assuré en faveur d'un fournisseur de prestations n'en était pas moins déjà considérée comme valable avant le 1^{er} janvier 2003. En effet, dans un arrêt du 19 octobre 2001 (RAMA 2001, KV 194, p. 523/ATF 127 V 439), dont copie figure en annexe, le TFA a reconnu le droit d'un assuré de céder sa créance en remboursement des frais pris en charge par l'assurance obligatoire des soins à un fournisseur de prestations même

contre le gré de l'assureur.

En conséquence, tout assuré est en droit de céder sa créance envers son assureur à un fournisseur de prestations. Le fait que les conditions internes d'assurance de l'assureur débiteur n'ont pas encore été adaptées n'est pas opposable à l'assuré. En effet, lorsqu'une disposition interne d'un assureur-maladie est en contradiction avec le droit de la LAMal ou avec celui de la LPGA, ceux-ci ont nécessairement la prééminence.

Afin d'attirer l'attention de l'assureur dont il est question dans votre courrier sur l'application correcte du droit de l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal et de la LPGA, nous faisons parvenir à celui-ci une copie de la présente réponse...

NDLR : l'assureur dont il est question est Helsana. Il semble aussi que Progrès soit dans le même cas.

Prévention en entreprise

Les grandes entreprises offrent à leur employés, en plus du salaire, un certain nombre de services, comme un soutien administratif pour trouver un logement, des plans de retraite, des stock-options. La concurrence pour trouver des employés de haut niveau les amènent également à se soucier de leur santé. Pour la plupart, elles offrent ainsi des services de check-up ou des programmes de prévention.

Une des options pour la prévention consiste à mettre à disposition des employés des outils informatisés sur internet, qui leur permettent de se situer dans un certain nombre de dimensions (exercice, alimentation, stress, alcool, etc.), puis d'avoir un certain nombre de propositions pour d'éventuels changements de comportement.

La difficulté consiste à trouver la limite entre prévention et check-up. En effet, les utilisateurs, avec ces outils informatisés, aimeraient pouvoir se situer au niveau de toutes les dimensions de leur santé. D'un autre côté, les médecins qui pratiquent le check-up savent bien que la plupart des interventions utiles dans ce contexte font appel aux changements de comportement. Or, comme nous le savons tous, rien de plus difficile

Dans le contexte d'un mandat du groupement des entreprises multinationales (GEM), a été développé un programme informatique HCM (Health Check Monitor), qui a pour ambition d'éviter la confusion entre prévention et check-up, ce dernier devant rester du domaine du médecin traitant.

Ce programme est basé sur le principe pédagogique de la surprise, décrite par Schön¹. Il a été démontré que les changements d'attitude proviennent souvent d'une surprise dans le contexte d'un comportement habituel (*tiens, pourquoi c'est pas comme d'habitude ?*), *surprise qui amène une motivation à s'informer (qui peut me dire ce qui se passe ?)*, et éventuellement à changer (*la prochaine fois je ferais pas pareil...*).

Dans le monde de la prévention, cette surprise est amenée par une évaluation (dis-moi ce que tu manges, quel exercice tu fais, etc...) qui débouche sur une information (en mangeant comme ceci, voilà quel est votre risque de maladie cardio-vasculaire, de diabète, etc...). Dans la plupart des entreprises, ces informations sont données par une infirmière de santé publique, qui peut alors aider le patient, soit à mettre en pratique les changements de comportement souhaitables, soit à aller voir son médecin traitant au moindre doute.

HCM produit également un rapport pour le médecin traitant, car il est évident que les informations recueillies doivent finalement être intégrées dans le contexte de l'histoire du patient. Ce rapport contient les informations recueillies (exercice, alimentation, etc...), il contient également les calculs de risque pour un certain nombre de pathologies (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer du sein, ostéoporose, alcool, stress), ainsi qu'un certain nombre d'informations potentiellement utiles. Il est rare comme médecin d'avoir suffisamment de temps pour faire un bilan aussi détaillé, d'autant plus qu'en prin-

cipe, les assurances ne couvrent pas la prévention. D'autre part, la plupart des médecins n'ont pas les ressources nécessaires au calcul de tous ces risques.

Cette expérience devrait donc permettre aux patients de profiter pleinement de deux approches complémentaires.

Docteur Marc-André Raetzo

¹ Donald Schön www.infed.org/thinkers/et-schon.htm



Merci à nos sponsors !

Plusieurs entreprises ont été sollicitées par l'AMG et durant l'année écoulée, que ce soit pour l'organisation des cours Tarmed, la campagne d'information sur l'introduction du tarif dès l'année prochaine, voire la mise en place de cours destinés aux membres de l'AMG.

Nous tenons à remercier ici les entreprises qui ont accepté de collaborer avec nous à diverses occasions, à savoir :

Banque Migros
Interpharma
Loterie romande
Sanofi Synthélabo
Galexis
Abbot
PAT BVG
Caisse des médecins
Banque CIAL



Information du groupe des psychiatres de l'AMG

« Le service privé des psychiatrie de liaison mis en place par le groupe des psychiatres fonctionne depuis le mois d'octobre 2002. Nous avons reçu de nombreux appels de nos collègues somaticiens témoignant de l'utilité de ce service. Afin d'éviter tout malentendu, nous souhaitons préciser que ce service est là essentiellement pour donner des conseils spécialisés aux médecins voire pour une évaluation du patient mais sans prise en charge à moyen ou long terme. »

Pour des rendez-vous :
 Service de liaison
 Tél. : 022 869 47 37

Pour des renseignements complémentaires :
 Drsse L. Jacot Des Combes
 Tél. : 022 310 45 01



● Commission de 2^e avis du GGOG ●

Le GGOG (groupement des gynécologues et obstétriciens du canton de Genève) annonce la mise sur pied d'une commission de 2^e avis qui est entrée en vigueur le 1^{er} février 2003. Son mode de fonctionnement est détaillé ci-après.

Préambule

Le recours à la « seconde opinion » devient plus souvent nécessaire avant l'instauration d'un traitement, surtout si ce dernier est invasif et/ou coûteux. Une opération chirurgicale représente le traitement le plus souvent mis en cause puisqu'il répond clairement à ces critères. Selon les spécialités, des traitements non chirurgicaux ou des investigations peuvent également nécessiter le recours à un deuxième avis.

L'organisation d'une instance de seconde opinion pose des problèmes pratiques liés à :

- la compétence d'un « expert » mandaté
- son indépendance vis à vis du confrère ayant donné le premier avis aussi bien qu'à l'égard du patient ou son mandataire demandant le deuxième avis.
- la valeur reconnue de son avis.

Le GGOG propose une instance de deuxième avis qui devrait permettre de répondre à ces conditions.

Aspects pratiques

Qui peut le demander :

-la patiente (étant entendu qu'elle est libre d'autoriser que l'avis soit donné à son assurance ou à tout autre tiers). La demande se fait par écrit. La patiente signe un formulaire de consentement. Ce formulaire indique si la patiente autorise la commission à demander le dossier au médecin traitant (celui qui a donné le 1^{er} avis). Dans l'affirmative la patiente autorise également la commission à transmettre ses conclusions au médecin traitant.

A qui le deuxième avis est-il demandé :

- Au GGOG, selon la procédure décrite ci-après
- A un spécialiste en gynécologie-obstétrique, indépendamment de la commission de deuxième avis du GGOG. *Dans ce cas la délivrance du deuxième avis n'est pas soumise au présent règlement et n'engage en rien le GGOG.*

Organisation

La demande de seconde opinion est adressée au président du GGOG qui la transmet à la commission.

Le GGOG met sur pied une commission formée de 3 de ses membres. Tous les membres actifs du GGOG sont astreints à y participer par tirage au sort puis à tour de rôle sur le mode d'une liste de garde. On évite de faire siéger les mêmes ensembles plusieurs fois. L'un des membres de la commission fonctionne comme président. Il est tiré au sort. La commission est en principe désignée pour 3 mois.

Les membres de la commission s'engagent à ne pas traiter la patiente dans l'année qui suit la remise du rapport de commission.

Le rôle du médecin de « seconde opinion » est clairement distingué de celui de médecin-conseil ou, à plus forte raison, de celui de médecin-expert. La commission se prononce si oui ou non l'indication à l'investigation ou au traitement est confirmée. Cette réponse est exceptionnellement nuancée si un commentaire est absolument indispensable. La commission ne donne pas d'avis sur le médecin concerné.

La patiente remplit et signe un formulaire de consentement.

La commission de seconde opinion donne son avis sur dossier après concertation de ses membres. L'un d'entre eux reçoit la patiente pour un examen clinique, complémentaire si nécessaire. Dans ce cas le médecin qui a vu la patiente reprend contact avec ses deux confrères. Les membres de la commission s'entourent de tous les avis qu'ils jugent nécessaires et s'appuient le plus souvent sur des « guidelines » reconnus quand ils existent (par la société suisse de gynécologie-obstétrique, le collège des gynécologues français, le Royal College, ...).

Un rapport de seconde opinion est rédigé et remis au président du GGOG. Celui-ci reçoit la patiente et lui remet un exemplaire écrit des conclusions de la commission sous forme de confirmation ou infirmation de l'indication. Lors d'un bref entretien il lui explique les conclusions de la commission. Une copie du rapport avec les documents qui ont servi à le rendre sont déposés à l'AMG. Il n'existe pas d'autre copie et ce document est confidentiel. Ses conclusions sont transmises au médecin traitant (celui qui a donné le premier avis) selon ce qui a été demandé par la patiente sur la feuille de consentement.

Récusation

Si un des médecins de la commission ou le président est concerné par le deuxième avis demandé il doit en informer le président et demander à être remplacé pour ce cas.

Si la patiente doit être vue par un des médecins de la commission elle peut le récuser avant de le voir et demander à être vue par l'un des 2 autres

Délai

Le 2^e avis sur dossier est en principe donné dans les 10 jours ouvrables.

Facturation

La facturation qui doit être donnée préalablement pour information à la patiente ou à l'assureur se monte à Fr. 500.- pour un 2^e avis simple (Fr. 150.- par commissaire et Fr. 50.- de frais de dossier) se donnant sur dossier. Si une consultation ou des examens complémentaires sont nécessaires ils sont facturés au tarif cadre pour les cas relevant de l'assurance de base et au tarif privé pour les cas relevant d'une assurance complémentaire.

Le 2^e avis peut exceptionnellement être donné gratuitement sur préavis du comité du GGOG.



● La FSASD, votre partenaire et celui de vos patients ●

Tout d'abord nous tenons à remercier l'AMG de nous ouvrir les colonnes de sa lettre mensuelle.

Qu'attendez-vous de l'aide et des soins à domicile ?

Cette question n'est pas le préliminaire à l'annonce d'un nouveau sondage : c'est l'expression de notre volonté de travailler ensemble de manière renforcée à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population genevoise. Nous avons en effet la conviction que vos patients, lorsqu'ils sont nos clients, ont tout à gagner d'un partenariat de qualité.

Le médecin traitant est pour nous une référence qui, par sa relation à long terme au patient, oriente nos activités et prend les décisions utiles à la préservation de la santé et à la sécurité de la personne.

De notre côté, nous pensons pouvoir être un relais au quotidien, à domicile, et lors des traitements ambulatoires dans les centres d'action sociale et de santé. En toute circonstance, que nous intervenions pour des soins infirmiers, des soins d'hygiène, de l'aide aux activités ménagères, la livraison de repas, la pose d'appareils de sécurité ou le suivi de leur fonctionnement, ou encore d'aide à la famille, nos valeurs visent la promotion de l'autonomie de la personne, insérée dans un réseau de solidarité.

Renforcer notre collaboration

Notre partenariat doit se renforcer et, si pour aller dans ce sens nos inté-

rêts concordent, nos attentes mutuelles ne se rencontrent pas toujours. Prenons deux exemples :

1. comment concilier votre souhait de simplification de nos procédures et de voir vos ordres médicaux traités le plus rapidement possible, indépendamment de la forme sous laquelle ils nous parviennent, avec nos obligations et nos contraintes légales de n'intervenir que sur la base d'ordres médicaux écrits ?

2. vous souhaitez intervenir plus largement pour prescrire à la personne de l'aide au ménage (non remboursée par la LAMal, à l'exception des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire). Pour notre part, nous devons évaluer ces besoins chez le client selon des directives institutionnelles basées sur le degré de dépendance de la personne et sur une juste répartition des ressources à disposition.

Afin de trouver des solutions concrètes pour affiner notre collaboration, dans un souci de renforcer la qualité de notre travail auprès du patient, nous attendons beaucoup du groupe de coordination qui se réunit chaque mois, comme cela vous a été annoncé dans la lettre de l'AMG de janvier 2003. Les situations ayant été signalées seront ainsi directement traitées par le groupe composé, pour l'AMG, du Dr B. Buchs et du Dr J.P. Rutschmann et, pour la FSASD, de Mme C. Zumwald, directrice des pratiques professionnelles

aide et soins et de M. M. Mansey, directeur général.

Des premières mesures concrètes

Nous nous réjouissons qu'une séance d'information sur les types de prestations, le financement, l'organisation des prestations et des équipes de la FSASD ait été faite au conseil de l'AMG le 9 décembre 2002 et que la décision ait été prise de donner à la FSASD la possibilité d'informer dorénavant tous les nouveaux médecins qui s'installent, au cours de la formation dispensée trimestriellement par l'AMG.

Notre fourre institutionnelle et les dépliantés présentant nos prestations vous sont parvenus courant décembre 2002. Nos tarifs ayant été modifiés au 1^{er} janvier 2003, notre nouvelle fiche tarif vous parviendra sous peu.

Vous pouvez en tout temps vous procurer d'autres exemplaires de ces documents, soit en appelant le No de tél. 022 420 20 90, soit par messagerie électronique : fsasd@geariane.ch.

Nous espérons que ces échanges et cette coordination régulière, qui se veulent concrets et actifs, répondront à la volonté exprimée de part et d'autre de renforcer notre complémentarité.

Michel Mansey, directeur général
Catherine Zumwald, directrice des pratiques professionnelles aide et soins.

Communication des CASS : Déménagement du CASS de Lancy

Afin de mieux répondre aux attentes et aux besoins de la population de Lancy, le centre d'action sociale et de santé réorganise ses sites.

La répartition des prestations entre le CASS principal, l'antenne des Clochetons et le service social communal s'est effectué au mois de mars 2003.

CASS principal : avenue des Communes-Réunies 86 bis, 1212 Grand-Lancy

Service d'accueil, prestations d'aide et de soins à domicile, prestations d'action sociale individuelle.
Tél. : 022 420 38 00, fax : 022 420 38 01. Horaires d'ouverture : 08h30-12h30 et 13h30-17h30

Antenne des Clochetons : chemin des Clochetons 1, 1213 Petit-Lancy

Service d'accueil, prestations d'aide et de soins à domicile, prestations d'action sociale individuelle.
Tél. : 022 420 39 00, fax : 022 420 39 01. Horaires d'ouverture : 08h30-12h30 et 13h30-17h30

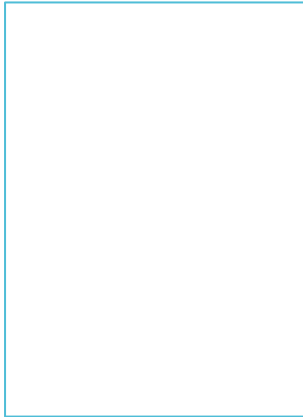
Service social communal : avenue Eugène Lance 3, 1212 Grand-Lancy

Tél. : 022 794 28 00

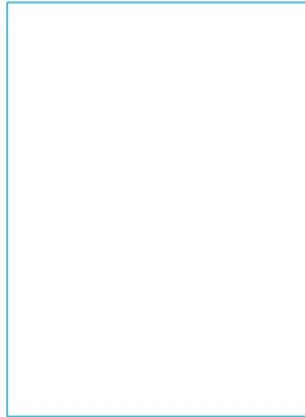
Mutations

Nouveaux Membres

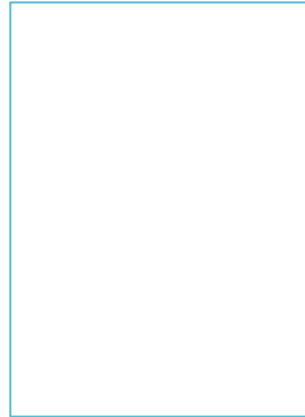
Les Drs Mahvas Bahrami, Nathalie Brun, Luis Canellas, Donia Cruzado, Philippe Eigenmann, Taïma Lahlou, Roger Laydevant, Zorana-Angélique Maret, Maya Olmari-Ebbing, Sophie Pautex, Laurent Spahr, Harald Zotter sont membres depuis le 10 mars 2003.



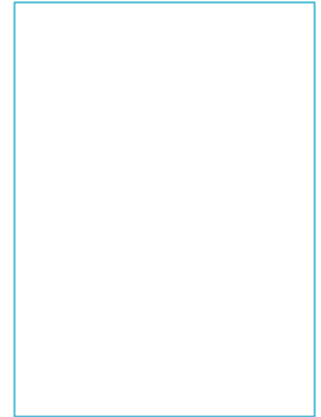
Mme Dr Nathalie Brun



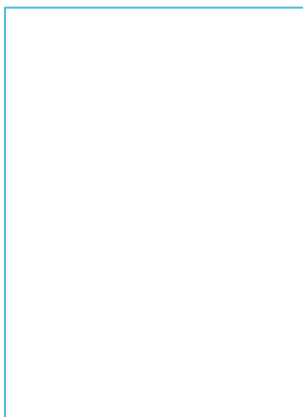
Mme Dr Sophie Pautex



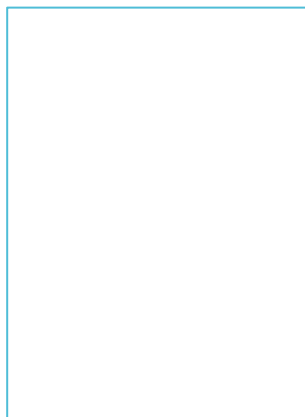
Mme Dr Zorana Maret



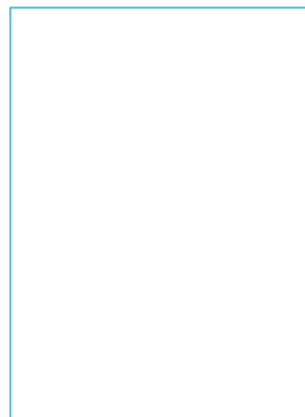
Mme Dr Douria Cruzado



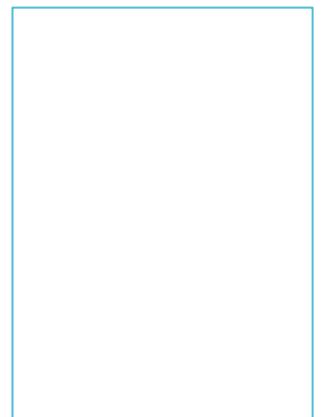
Mme Dr Taïma Lahlou



Dr Laurent Spahr



Dr Luis Canellas



Dr Roger Laydevant

.....

Décès

Nous avons eu le regret de perdre
le Docteur Jérôme Ottino, le 17 mars 2003

.....

Membre honoraire

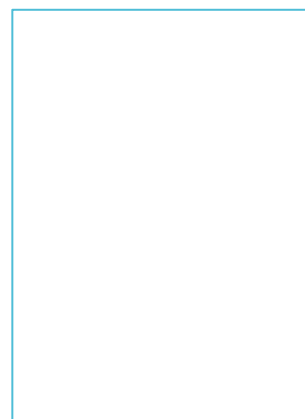
Mme Dr Monique Fournet

.....

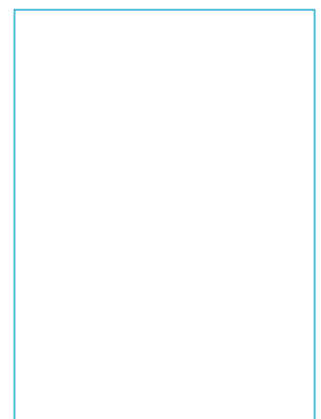
Membre passif

Dr Pierre Schopfer

.....



Dr Harald Zotter



Dr Philippe Eigenmann

.....

● Petites Annonces ●

A louer en plein coeur du Périgord (France),
beau domaine du 13^e siècle,
cadre idyllique

pour séminaires ou vacances 2 familles:

maison de maître,
piscine,

terrasse ombragée,
salle de banquet

Tél. : 0033 608 03 26 66

email : lesanderey@hotmail.com

Cabinet médical de psychothérapie situé en plein
centre ville (Rive), cherche psychiatre

pour sous-location à temps partiel (3 jours par semaine).

Tél. 022 312 20 31

A remettre - Cabinet médical

Situé 52 Grand Montfleury à Versoix

Surface 750 m² + sous-sol

Comprend: une salle de radio

une salle de plâtres

une salle d'opération.

Permettant à 7 médecins de professer

Le prix est fixé y compris l'aménagement à Fr. 2'000'000.-

Informations auprès de FIDUCIAIRE BEAUMONT SA

Tél. : 022 300 37 81 - Fax : 022 300 37 91

email : infon@beaumont.ch

Genève-Champel, Cabinet de psychiatre-psychothérapeute

à remettre pour le 1^{er} janvier 2004; situation calme,
dans immeuble moderne, surface 80 m²

(possibilité d'installation pour deux thérapeutes).

Ecrire sous chiffre n°4/006

AMG- case postale 665 - 1211 Genève 4

● Mutations ●

Obtentions de titres FMH

Dr Jean-Pierre Boerlin

Médecine général

Dr Cataldo Accietto

Gériatrie

Dr Costantino D'Emma

Gériatrie

Mme Dr Yannik Didelot

Psychiatrie et psychothérapie

Mme Dr Laurence Jelk Morales

Médecine interne

Dr Jean-François Pages

Psychiatrie et psychothérapie

● A vos Agendas ! ●

L'association des médecins de Genève (AMG) et
l'Office cantonal de l'inspection et des relations du
travail (OCIRT) organisent une demi-journée de
formation sur le thème :
"Travail de nuit et santé".

Judi 8 mai 2003 de 8h30 à 12h30,
Auditoire Marcel Jenny, Hôpital cantonal.

Renseignement et inscriptions :

AMG - Case postale 665 - 1205 Genève

Tél. : 022 708 00 21 - Fax : 022 781 35 71

email : amg@hin.ch

6 mai 2003 Epidémiologie des accidents :
9h - 10h des données à la prévention

Prof. C. Le Coutre et Dr C. Thevenod

Info. : Prof. E. Girardin, Hôpital des Enfants, Tél. 022 382 46 03

7 mai 2003 Les staphylocoques chez les malades
8h - 9h âgés... une question d'actualité

Prof. D. Lew, Lieu: hôpital de gériatrie, Info. : 022 305 65 00

9 mai 2003 Problèmes éthiques et légaux de la ma
maladie d'Alzheimer. (L'approche euro-
péenne: l'individu maître de ses choix

Me N. Kerschen, Paris, Info. : Dpt de psychiatrie, Mme Le Sosse,

Tél. 022 305 50 06, email: marcelle.lesosse@hcuge.ch

14 mai 2003 L'avenir de l'enseignement de la
gériatrie en Europe

Dr P. Huber, Lieu: hôpital de gériatrie, Info. : 022 305 65 00

15 mai 2003 Possibilités d'interventions orthopédi-
ques chez les patients métastatiques;
prévention ou traitement"

Prof. R. Peter (séance créditée d'1 unité de formation)

Inscription: GGSP, Dr J. Simon, Tél. 022 735 37 33

15 mai 2003 Représentations et préservation du
soi chez les patients bordeline et
psychotiques

Prof. P. Williams, Info. : Dpt de psychiatrie HUG, Secrét. de l'ensei-
gnement, Tél. 022 305 47 98, email: monique.bock@hcuge.ch

21 mai 2003 Médecin dentaire gériatrique: mon
expérience

Prof. C. Meier, Lieu: hôpital de gériatrie, Tél. 022 305 65 00

28 mai 2003 Traitement anti-vieillesse: espoirs
ou leurres?

Prof. C. Meier, Lieu: hôpital de gériatrie, Tél. 022 305 65 00

IMPRESSUM : La LETTRE de l'AMG est éditée par l'Association des Médecins du Canton de Genève (AMG) - Paraît 11 fois par an
Case postale 665 - 12 rue Micheli-du Crest - 1211 Genève 4 - Tél. (022) 708 00 21 - Fax (022) 781 35 71

Comité de Rédaction - Composition: Bureau de l'AMG

Publicité - Impression - Expédition: Editions Médecine et Hygiène.

Les articles publiés dans la "Lettre de l'AMG" n'engagent que leurs auteurs et n'expriment pas la position officielle de l'AMG.

Primes d'assurance : le coût de la médecine seul en cause ?

La cinquantaine avancée, mes articulations ont subi déjà maintes sollicitations au point qu'un ménisque finisse par déclarer forfait au cours d'un déménagement.

L'arthroscopie inévitable fut remarquablement exécutée un beau vendredi de juillet. Dès le lundi, béquilles en mains, je reprenais mes activités professionnelles sans interruption pour « incapacité de travail », statut d'indépendant oblige...

Quelle ne fut pas ma surprise de trouver, glissée sous ma porte, une missive de mon assureur datée du 27 juillet portant en référence « Sinistre n°... **absence du domicile pendant une période d'incapacité de travail** » et débutant en ces termes : « Nous sommes passés à votre domicile le 30.08.2001 (sic) à 10h. 30 et nous avons constaté votre absence. Afin de compléter notre dossier... », suivi des habituelles mises en garde et d'un questionnaire auquel j'ai néanmoins pris le temps de répondre, tout en précisant n'avoir jamais demandé à bénéficier d'une quelconque indemnité pour incapacité de travail.

Cas liquidé, en toute logique, sauf que... Mi-décembre, mon assureur se manifeste à nouveau : « Nous nous référons à l'accident que vous avez subi lors de votre déménagement, sans toutefois nous en préciser la date. Afin que nous puissions enregistrer correctement ce dossier, nous vous saurions gré de bien vouloir nous communiquer la date exacte de votre déménagement ».

Bilan (à ce jour...) :

De mon côté, reprise immédiate de mes activités professionnelles, aucune demande d'indemnité pour incapacité de travail.

Mais, côté assureur :

Ouverture du dossier, saisie des données 0h45

Transmission du dossier au contrôleur à domicile, rédaction de la « lettre type », copies, classement 0h45

Contrôleur à domicile :

Prise de connaissance du dossier, repérage, déplacement, attente devant la porte inerte, (petit café au bistrot du coin), rédaction/traitement du rapport interne 1h30

Chef de service / Secrétariat :

Suivi du dossier, lecture du rapport, rédaction des instructions y relatives, copies aux intéressés. Réception de mon courrier réponse, prise de décision appropriée, rédaction d'un nouveau rapport, classement des copies par le secrétariat 2h00

Contrôle interne :

Découverte d'une « date certaine » manquante : rédaction du rapport interne / demande d'informations complémentaires, copies pour distribution interne, mise en suspens du dossier « à suivre » 1h30

Chef de service / Secrétariat :

Prise de connaissance du rapport du contrôleur interne, réouverture du dossier, rédaction du courrier, copies aux intéressés, classement des copies par le secrétariat 1h30

Total heures / ouvrées à ce jour (en étant efficace...) 8h00

A quel tarif horaire moyen, sans compte le papier, les coûts de traitement de texte, frais d'envoi, etc. ?

Tout cela pour RIEN et je doute fortement être un cas isolé. A ce prix, j'aurais mieux fait de « profiter de l'occasion », comme tout le monde !

Eddy Maisonneuve, Carouge

Garde des spécialistes

Nous vous rappelons que les toutes annonces de changement de garde de spécialiste, sous l'égide de Médecins Urgences, doivent se faire directement auprès de **MEDES**, soit par **Fax : 022.320.21.87**, soit par courrier - Médecins Urgence - Route de Jussy 29 - Case postale 316 - 1226 Thônex.

La lettre de l'AMG

Journal d'information de l'Association des Médecins du Canton de Genève
Sur Internet: www.amge.ch

Prochaine parution

30 mai 2003

Dernier délai rédactionnel

8 mai 2003

● Brève histoire de l'Assurance-maladie - De la solidarité à l'égoïsme ●

En des temps anciens, c'est à dire il y a quelque 60 – 70 ans, la société s'est émue de ces malades qui ne pouvaient pas se payer les soins qu'exigeait leur état de santé : le médecin et le pharmacien étaient trop chers... On ne les consultait qu'en dernière extrémité, souvent trop tard. Restait alors le recours à l'hôpital, lieu où la charité humaine s'exerçait grâce aux « bonnes sœurs » dévouées et bénévoles ; pourtant c'était trop souvent un lieu de mort plutôt que de nouvelle vie.

On décida alors de créer des « sociétés de secours mutuels » ; pour ne pas se trouver démunis si le malheur (la maladie) s'abattait sur nous, on s'est groupé, on a cotisé « au cas où » en espérant ne pas devoir y faire recours ; et si l'on avait cotisé pour rien, c'est à dire si l'on n'avait pas été trop malade, on était heureux de la providence et d'avoir pu aider celui qui avait eu moins de chance. La notion de mutualité était alors fondamentale ;

certaines disaient à leur médecin ne pas vouloir recourir à l'assurance car ils pouvaient supporter les frais eux-mêmes et ne voulaient pas charger leur mutuelle. Les grandes compagnies d'assurance nourrissaient les contacts de proximité : on avait son caissier au village, on allait à l'assemblée annuelle de la mutuelle ; parfois la caisse-maladie était celle de l'entreprise professionnelle et le patron la subventionnait en montrant ainsi son souci pour ses employés ; parfois, comme dans les vallées alpines, la caisse régionale engageait et payait « son médecin », chargé des soins aux assurés.

Ainsi, solidarité, engagement et responsabilisation individuels permettaient à chacun de faire face au « drame de la maladie ».

Les acteurs de soins y trouvèrent leur compte : les médecins furent plus à l'aise pour procéder aux examens nécessaires ; les pharmaciens et les fabricants de médicaments stimulè-

rent la recherche de nouveaux produits (il y avait un marché puisqu'on pouvait se les payer) ; les hôpitaux purent réduire leur dépendance des institutions caritatives et améliorer leurs équipements ; l'Etat se plut à favoriser l'adhésion de la population à l'assurance-maladie en servant à celle-ci de substantielles subventions qui permirent de maintenir les primes à un niveau modeste ; les assureurs, réjouis de la marche des affaires, proposèrent des couvertures toujours plus étendues : « venez chez nous, on vous assure sur tout... » Et on finit par rendre l'assurance maladie obligatoire ; pour que chacun en profite ? Plutôt pour que chacun y cotise !

Mais bien sûr le ciel bleu de l'assurance « tous risques, toutes prestations, couverture totale » s'assombrit bien vite car chacun puisait sans retenue à la source de financement : les hôpitaux se dotaient d'instruments et d'équipements toujours plus élaborés (et plus chers) ; l'Etat, constatant que

● Communiqué de presse de la Rega ●

La Rega plus sollicitée que jamais

Les hélicoptères de la Garde aérienne suisse sauvetage ont effectué le nombre record de 9912 missions en 2002. Pour sa 51^e année d'existence, l'institution s'est montrée plus que jamais nécessaire.

En dépit d'un léger recul du nombre de rapatriements, la flotte de la Rega a été plus que jamais mise à contribution en 2002 pour préserver et sauver des vies humaines. Un fait d'autant plus remarquable que les interventions liées aux accidents de la route et de montagne ont fortement diminué.

Les missions effectuées avec les hélicoptères des dix bases de la Rega, ainsi qu'avec ceux de ses trois bases partenaires, sont ainsi passées à 8712, soit un bond de 450. Cette augmentation s'élève à 237 pour les interventions liées à des cas

de maladie, et elle atteint même 290 pour les accidents de sports d'hiver – une tendance à mettre en relation avec les conditions météo.

En revanche, les équipages de la Rega sont intervenus moins fréquemment lors d'accidents de la circulation, effectuant 1033 vols, soit 80 de moins qu'en 2001 (-7.2%). Même baisse à signaler pour les accidents de montagne, passés de 578 à 520 (-10%). C'est un tout autre schéma que donnent à lire les statistiques des rapa-

triements. Les trois avions-ambulances de la Rega n'ont effectué « que » 703 vols en 2002, contre 767 l'année précédente. Autant dire que cette nouvelle baisse s'inscrit parmi les effets de la crise des transports aériens consécutive au 11 septembre 2001. A noter toutefois que les transports de patients à bord de vols de ligne ont légèrement crû, passant de 485 à 497. La politique de la Rega consiste en effet à privilégier tant que faire se peut – pour d'évidentes raisons de coûts, et ce lorsque l'état des patients le permet – les rapatriements médicaux à bord d'avions de ligne.

Au total, 9130 patients ont ainsi bénéficié d'une assistance médicale et d'un transfert vers un centre de soins (contre 8869 l'année précédente). Le total de 9912 interventions reflète une hausse de 4.2% par rapport à l'année précédente (9514).

son assistance au public lui coûtait de plus en plus cher, restreignit les subventions ; les assureurs virent leur marge de profit se réduire ; les assurés consommèrent de plus en plus avec de moins en moins de raison (en quoi ils ne faisaient qu'appliquer ce qu'on leur avait promis : « tout est couvert »).

Et les primes d'augmenter...

On imagina en haut lieu que la concurrence entre les assureurs allait freiner les hausses de primes : c'était s'attaquer à une conséquence plutôt qu'à une cause. La réponse fut la disparition des petites caisses, la concentration ; les assureurs se mirent à parler d'une seule voix appelée « Santé Suisse » (comme s'ils en étaient les dépositaires...), anciennement Concordat des Caisses maladie. Et l'Etat ? Il confia aux assureurs le contrôle des acteurs de soins : hôpitaux, médecins, pharmaciens.. sans exiger d'eux des rapports clairs et détaillés sur leurs activités, en particulier sur leurs comptes... Et l'industrie pharmaceutique ? On chercha à rabattre le prix excessif de certains médicaments ; l'industrie obtempéra pour certains d'entre eux, retira d'autres du marché pour leur substi-

tuer des « nouveautés » fort voisines qui n'avaient d'intérêt que leur prix élevé puisqu'elles étaient "nouvelles".

Et l'assuré ? De malade potentiel il devint consommateur réel, avec exigences à satisfaire : « je paie des primes élevées, je veux en profiter ». Il avait cherché dans la solidarité la protection face au danger de la maladie, il devint celui qui s'étonne de ne pas toujours être en santé, tout de suite, entièrement : « pourtant je paie pour... ». De solidaire il est devenu égoïste : les restrictions c'est pour les autres, les profiteurs sont les autres...

Une voie vers la solution des problèmes des frais de santé ne passe-t-elle pas par l'individu-payeur-malade potentiel à qui on devrait demander :

- qu'attendez-vous de l'assurance-maladie ?
- quelle part des frais de votre santé êtes-vous prêt à prendre en charge ?
- puisque vous êtes citoyens-payeurs d'impôts quelle part l'Etat doit-il prendre à sa charge ?
- faut-il continuer à chercher le frein dans la concurrence entre entreprises privées ou l'Etat doit-il commencer à gérer lui-même l'assurance-maladie ?
- faut-il restreindre la couverture de

l'assurance obligatoire aux soins essentiels au maintien de la vie ou lui demander de prendre en charge les soins de confort ?

- les dépenses de santé coûtent cher ; mais quelles en sont les retombées bénéfiques pour la société : places de travail, activité industrielle, gain de productivité, par exemple ?
- faut-il que le placement en home de personnes âgées soit pris en charge par la caisse-maladie ? En effet l'espérance de vie augmente, les charges des familles vis-à-vis de leurs membres âgés aussi ; le placement en home déplace ces charges des familles vers la collectivité.

Peut-être retrouverons-nous un peu de la solidarité et de la responsabilité qui firent le lit de l'assurance-maladie ; elle n'est pas un « droit », ni une manière de « s'acheter la santé », mais une protection contre un des constituants de la nature humaine : la maladie...

Le groupe de presse de l'Association Neuchâteloise des Médecins Omnipraticiens (ANMO)

Drs J.-F. Boudry, J.-P. Studer et G. Villard

Scalpel ou pommade



■ ...à Swisscom Mobile. Comme vous le savez, nombreux sont les médecins à être clients de cette société pour leurs communications mobiles parce qu'ils ont besoin d'être atteignable de façon fiable. Depuis la dernière semaine de février, la connexion au réseau est devenue très peu fiable dans la région de Veyrier, ce qui a valu à des confrères d'être plusieurs fois atteint avec retard pendant leur service de piquet. Or Swisscom n'a nullement jugé utile d'avertir les usagers de ce problème qui est, paraît-il consécutif à la suppression d'une antenne. Ce n'est que trois semaines plus tard que Swisscom informe par SMS : « Réseau à Veyrier : nous travaillons à une solution pour rétablir la couverture le plus vite possible. Swisscom Mobile ».

Merci tout de même à Swisscom de nous dire qu'ils ont aussi remarqué que ça ne marchait plus... Et de remarquer aussi que nous sommes censés être au siècle de la communication.

■ ... à nos édiles

Le ministre de la santé italien vient de procéder à quelques mesures de toilettage sémantique. Ainsi, les « usagers » du système de santé redeviendront des « patients ».

Exemple salubre qui devrait être suivi par nos édiles pour qu'à nouveau, les « fournisseurs de soins » ou les « facteurs » redeviennent des « médecins », pour que les établissements médico-sociaux soient appelés par leur nom plutôt que de se voir affubler de la description « lieu de vie ».

Annuaire de l'AMG sur internet:
www.amge.ch/pub/annu

● TarMed: le point de vue d'une société menacée ●

La SSO recommande l'abstention

Le TarMed dans le domaine de l'assurance accidents, invalidité et militaire (LAA, LAM et LAI) sera introduit d'ici le premier mai 2003. En tant que société menacée, la **Société Suisse d'Orthopédie** a rappelé à maintes reprises que l'introduction du TarMed ne pouvait se faire sans la signature d'une convention transitoire.

Considérant les menaces existentielles qui pèsent sur la chirurgie orthopédique avec l'introduction du TarMed (la plupart des demandes de corrections concernant les prestations orthopédiques sont restées lettre morte), la non-signature à ce jour de la convention citée plus haut, considération également que le TarMed n'est introduit que dans les cabinets privés et non pas simultanément dans les hôpitaux comme le prévoyait la Chambre médicale, le Comité de la SSO a convoqué une **Assemblée générale extraordinaire** à Berne le 29 mars 2003 avec l'objectif de démontrer les conséquences et menaces de ce nouveau tarif et d'en expliquer à ses membres le contenu du contrat cadre et de ses annexes.

L'analyse a montré qu'en ce qui concerne les prestations de chirurgie orthopédique, le TarMed n'est pas conforme aux principes de l'économie d'entreprise, que la stabilisation des coûts par cas avec une valeur du point qui change chaque mois présente une insécurité non négligeable pour la planification et que le contrat avec ses annexes revient tout simplement à un contrôle excessif de l'activité médicale. Par conséquent, le TarMed n'est rien d'autre qu'un instrument compliqué qui régleme même les compétences propres des sociétés de discipline médicale (formation postgraduée et continue, assurance de qualité, etc.).

Au vu de cette constatation, **330 spécialistes en chirurgie orthopédique** (la participation a été de 68 % sur 509 membres ordinaires) ont décidé de ne faire aucune **déclaration écrite*** à l'intention de la FMH concernant la convention TarMed.

Cette prise de position est constructive, car la SSO propose en tant que société menacée d'élaborer un **tarif orthopédique conforme aux principes d'économie d'entreprise** qui permettra les négociations directes avec les assureurs.

Le Comité de la SSO

Prof. Dr méd. Michel Dutoit, président ; Dr méd. Jürg Knessl, vice-président ; Dr méd. Heinz Bereiter, président sortant ; Dr méd. Thomas Kehl, secrétaire ; Dr méd. Thomas Böni, greffier ; Dr méd. Hans-Peter Sieber, trésorier ; Dr méd. Charles Freuler, membre adjoint ; Prof. Dr méd. Pierre Hoffmeyer, membre adjoint ; Dr méd. Carlo De Simoni, membre adjoint ; Dr méd. Jean Stalder, membre adjoint

* L'art 26.2 de la convention tarifaire TARMED du 28 décembre 2001 entre les assureurs selon la loi fédérale sur les accidents (représentés par la Commission des tarifs médicaux LAA / CTM), l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM) et l'Assurance-invalidité (représentée par l'Office fédéral des assurances sociales), d'une part, et la Fédération des médecins suisses (FMH), de l'autre, a la teneur suivante: «Tout médecin conventionné à l'heure actuelle pour les domaines de la LAA, de la LAM et de la LAI, adhère à la présente convention par déclaration écrite à la FMH.»

A ce sujet, la FMH constate ce qui suit:

Lors de la votation générale effectuée au début 2002, les membres de la FMH ont approuvé, par 68% des voix, la convention tarifaire AA/AM/AI comportant une valeur initiale du point tarifaire de Fr. 1.-. Les assureurs et la FMH ont décidé la mise en vigueur de cette convention au 1^{er} mai 2003. Par conséquent, le TARMED est applicable à partir de cette date.

A compter du 1^{er} mai 2003, le tarif AA/AM/AI cessera d'être valable et ne sera plus appliqué par les assurances sociales fédérales.

La LAA stipule que «les assureurs peuvent passer des conventions avec les personnes exerçant une activité dans le domaine médical (...) afin de régler leur collaboration et de fixer les tarifs». Chaque médecin est donc libre de ne pas adhérer à la convention.

Notre commentaire

La réaction de la Société Suisse d'Orthopédie (SSO), comme celles d'autres associations regroupant des opérateurs, est compréhensible. En effet, ceux-ci ont depuis fort longtemps constaté qu'avec TarMed AA/AI/AM, même avec un point d'une valeur de Fr. 1.-, ne rémunérerait plus correctement la chirurgie ambulatoire allant parfois jusqu'à imposer sa simple suppression pour certaines prestations techniques.

Toutefois, alors même que l'introduction de TarMed AA/AI/AM était prévue au 1^{er} janvier 2002, puis a été repoussée au 1^{er} mai 2003, on peut regretter cette décision tardive prise à peine un mois avant l'introduction dudit tarif. Certes, comme le rappelle à juste titre la FMH, aucun médecin n'est tenu de s'affilier à cette convention. Il reste toujours la possibilité pour des assureurs, que ce soit dans le domaine AA/AI/AM ou dans celui de la LAMal, de conclure des accords séparés pour les gens ne souhaitant pas adhérer à la convention TarMed. Une telle mesure prise avec le retard que l'on sait aura toutefois des conséquences directes, non pas tellement sur les membres du corps médical, mais surtout sur les patients qui vivront une période d'incertitude peu agréable au niveau de l'information.

Quant au refus de souscrire au recensement de la valeur intrinsèque, nous pensons que les Sociétés suisses qui relayent ce message prennent une responsabilité importante vis-à-vis de leurs membres. En effet, il nous paraît capital que ces valeurs intrinsèques puissent d'une façon ou d'une autre être recensées afin de permettre le jour venu aux médecins concernés de facturer des gestes qu'ils prodiguent d'ores et déjà dans le régime actuel, mais qui ne sont pas forcément inclus dans leur titre FMH de spécialiste. Ces collègues défavorisés pourraient dès lors, à long terme, reprocher à leur association faïtière de ne pas les avoir mis en garde contre ce problème.



**FMH**

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Introduction du TARMED AA/AI/AM le 1^{er} mai 2003

Entretien du président et de la secrétaire générale de la FMH avec l'AMG, le 24.2.2003

Messieurs,

Nous nous référons à votre lettre du 4.2.2003, ainsi qu'à l'entretien évoqué ci-dessus avec votre société. C'est bien volontiers que nous vous confirmons ici par écrit les éléments dont nous avons parlé.

La valeur du point tarifaire de fr. 1.- fixée par votation générale dans le domaine de l'AA a pu être convenue avec les assureurs, malgré une résistance en partie très vive de la part des autorités fédérales, à la condition, toutefois, que l'introduction ait lieu le 1^{er} mai 2003.

Dans le but de faciliter la facturation à l'aide du TARMED dans le domaine AA – qui sert également d'essai pilote pour le domaine beaucoup plus vaste de la LAMal – plusieurs procédés sont possibles. Le bulletin des médecins suisses publiera une information détaillée à ce sujet.

Quant à la concordance avec le domaine hospitalier telle que vous la demandez (valeur du point et délai d'introduction), elle a été exigée depuis toujours et à plusieurs reprises par la FMH, mais elle s'est trouvée en butte à l'opposition des hôpitaux. Un retrait de l'accord convenu avec les assureurs-accident, en raison de ce manque de concordance, aurait gravement porté atteinte à la réputation de la FMH et n'aurait pas été d'un grand secours dans cette affaire. L'attitude de l'association des hôpitaux fait toutefois l'objet d'un suivi très critique de notre part et pourra conduire, le cas échéant, à un retrait de la convention.

Le remaniement (RE2) ne fait pas partie, contrairement au domaine de la LAMal, de la décision prise en votation générale dans le domaine de l'AA. On a ajouté à la convention AA, depuis, une convention supplémentaire. Celle-ci doit permettre des corrections rapides en cours d'année, pour les sociétés de discipline « menacées », à savoir la radiologie, la psychiatrie d'enfants et d'adolescents, la chirurgie infantile, la neuropédiatrie, la chirurgie orthopédique, l'allergologie et l'immunologie clinique en cas d'écarts de plus de 10%. La base pour ce faire est le pilotage fondé sur les données des sociétés de discipline médicale concernées.

L'introduction du TARMED dans le domaine de la LAMal relève en principe de l'autorité des cantons. A cet égard, la FMH n'est active qu'à la suite du souhait clairement exprimé et du mandat du G7. Elle soutient néanmoins les sociétés cantonales avec tous les moyens dont elle dispose.

La FMH s'engage tout particulièrement pour l'introduction décidée en votation générale du concept RE2 en juin 2003 et à garantir la mise en application, conformément aux statuts, de toutes les étapes du dossier TARMED. Il convient cependant de relever que le TARMED est le résultat de négociations entre quatre partenaires et que pour trois d'entre eux, les décisions prises à la Chambre médicale et les résultats de nos votations générales n'ont que peu d'importance. Le Comité central de la FMH était et demeure dans l'obligation de peser les intérêts entre les souhaits exprimés par le corps médical au sein des négociations et les meilleurs résultats possibles. Il serait bienvenu que le corps médical soit plus conscient de cet état de faits.

Les tensions existant avec la Société suisse d'allergologie/immunologie (SSAI) feront l'objet de la prochaine séance du Comité central. Un échange de vues est prévu entre le président de la FMH et la SSAI, qui en sera informée. Le but de cette rencontre est de lever les malentendus et de former les bases d'une collaboration harmonieuse des deux organisations à l'avenir.

Enfin, nous saisissons l'occasion de vous réitérer nos remerciements pour notre entrevue. Nous avons très à cœur de conserver la confiance existante entre les organisations de base et la FMH. Nous nous efforçons d'éviter les malentendus et d'aplanir les divergences. Il est regrettable que ce genre d'incidents puisse malgré tout arriver. Nous comptons sur votre compréhension et espérons éviter à l'avenir de telles situations.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de notre parfaite considération.

FMH

Dr H.H. Brunner
Président

A. Mülle Imboden
Secrétaire générale



● Sumex ●

Finis les renvois de factures et les retards de paiement : Sumex, la solution pour un règlement rapide et efficace des paiements.

Sumex comporte un module de saisie des prestations qui vous aide à facturer celles-ci conformément au TARMED. Pour chaque prestation, ce logiciel intelligent vérifie que les dispositions tarifaires (limitations, combinaisons interdites, etc.) ont bien été respectées.

Plus besoin d'un contrôle visuel des factures! Sumex prend également en charge d'autres tarifs (LiMA, physiothérapie, laboratoire et médicaments). Sa fonctionnalité de mise à jour permet de télécharger les données de base et les règles courantes sur l'Internet. Grâce à Sumex, vous augmentez votre efficacité, améliorez la qualité de votre facturation, disposez d'informations mises à jour et ménagez vos nerfs ainsi que ceux de vos collaborateurs.

Sumex: pour réduire vos coûts administratifs et augmenter la qualité du travail au sein de votre entreprise.

Suva Genève



PENTECOTE 2003

Cherchons des médecins bénévoles offrant quelques heures de permanence médicale pour le

**24^e TOURNOI EUROPÉEN DE FOOTBALL DE L'ASS
STADE DU SIGNAL DE BERNEX
LES 6, 7 ET 8 JUIN 2003**

L'Association Sportive Schtroumpfs organise des activités sportives pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle. A l'occasion de cette manifestation 16 équipes de «sportifs pas tout à fait comme les autres» seront réunies durant trois jours.

Les heures de permanence sont à répartir selon les disponibilités de chacun en fonction des horaires des matches, à savoir:

Vendredi 6 juin 2003 de 16 h 00 à 19 h 00

Samedi 7 juin 2003 de 13 h à 18 h 30

Dimanche 8 juin de 8 h 30 à 18 h 30

Pour réponses et organisation du planning, merci de contacter :

Docteur Bernard BOUCHARDY

Tel. prof :022.342.84.44

Tel. privé : 022 342.61.47

Fax : 022 301 19 86

Pour tout renseignement concernant l'Association Sportive Schtroumpfs, merci de contacter :

Marianne SEILER-MERMILLOD

Tel : 079.394.71.93

Tel. prof : 022 860.81.87

Fax : 022.860.81.81

● Tarmed ●

Si pour certains milieux le 1^{er} mai symbolise la fête du travail, pour vous médecins il s'agit de l'introduction du nouveau tarif de prestations.

L'introduction du Tarmed devrait se passer sans transiter par le centre de la douleur.

Vos différentes associations vous ont déjà renseigné sur le champ d'application de cette nouvelle tarification.

En qualité d'assureur LAA nous estimons qu'il est nécessaire de rappeler quelques règles dès lors qu'aucune phase transitoire n'est prévue.

Le Tarmed est appliqué pour les prestations prodiguées dès le 1^{er} mai 2003.

Pour les traitements qui courent précédemment et au-delà de cette date il y a lieu d'établir une note d'honoraires intermédiaire au 30 avril 2003. Dans le cadre de notre rôle d'assureur nous vous rendons attentif que les notes d'honoraires pour les traitements dès le 1^{er} mai 2003 ne seront plus acceptées au tarif AA/AM/AI (tarif bleu). Nous serons contraints de retourner à l'auteur les factures établies selon le tarif devenu caduc.

Nos services se tiennent à votre disposition pour vous renseigner sur l'application du Tarmed.

Suva Genève

PUBLICITÉ