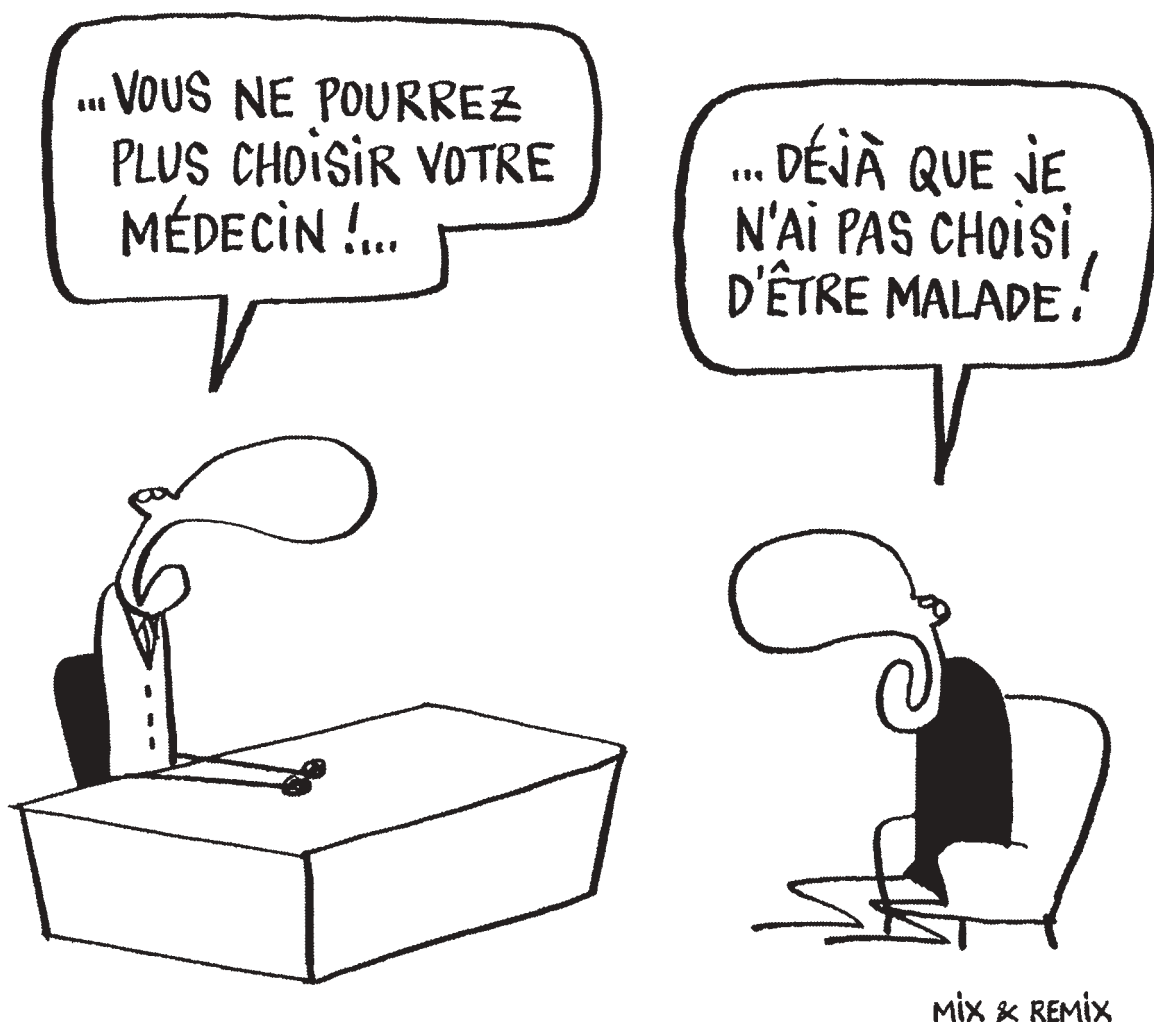


AMOV - INFO

Organe officiel

site internet: amov.ch

- **Référendum contre la 2^e révision de la LAMal**
- **TARMED: la suite sans fin**
- **La levée de l'«obligation de contracter» : une idée dangereuse et inefficace...**



REFERENDUM

L'approbation par les chambres fédérales de la 2^e révision de la LAMal a été reportée à la session d'hiver 2003 ou même à celle du printemps 2004. Ce renvoi en commission ne touchera pas les points qui nous concernent le plus, en particulier la suppression de l'obligation de contracter. Cette dernière est acquise et d'autant renforcée par le résultat des élections fédérales du 13 octobre dernier. La percée de l'Union Démocratique du Centre et la probable accession de son chef au Conseil Fédéral laissent en effet craindre le pire. L'élite blochérienne ne propose, en effet, en matière de santé, qu'une soustraction tous azimuts avec une redistribution des biens selon le contenu du portefeuille de l'usager. Monsieur et Madame tout le monde devront, à l'avenir, se contenter du menu du jour alors que le service à la carte restera à disposition des mieux nantis. Il s'agira ni plus ni moins,

avec cette 2^e révision de la LAMal, que de l'inscription dans la loi d'une médecine à deux voire plusieurs vitesses, où le seul choix restera celui de l'assureur: un managed care «à la Suisse» arrogant et faisant fies des errances anglo-saxonnes en la matière. Les assureurs, confortés par le blanc seing de l'Etat et l'attribution de ses subventions, se profileront comme les seuls acheteurs de prestations tant ambulatoires qu'hospitalières auprès de médecins et d'établissements choisis selon la loi du marché.

Où peut encore se placer le patient dans cet imbroglio politico-médiatico-financier? Alors qu'il devrait se situer au cœur du problème et des discussions s'y rapportant, il se trouve marginalisé et quasi sans pouvoir. Car le patient se défend mal. Selon Maître Michelli, président de la plus grande



Impressum:

Journal de l'association des médecins omnipraticiens vaudois
Paraît trois fois par an ;
adressé à tous les membres.

Rédacteur en chef: Oliver Pyroth

Garde médicale en psychiatrie dans le canton de Vaud: projet de règlement.

Une médiation de la SVM entre des représentants de l'AMOV (Association des médecins omnipraticiens) et du Groupe des psychiatres vaudois s'est déroulée à l'automne 2003 au sujet de la garde psychiatrique.

La prise en charge des urgences psychiatriques est un problème complexe et de longue date qui a nécessité de mettre au point un projet de mise en place d'un dispositif de garde psychiatrique et qui a dû tenir compte de divers points de vue, parfois totalement divergents:

- Types d'interventions de crise psychiatrique allant de la crise psychotique aiguë à la misère psychosociale, en passant par une expertise médico-légale au poste de police
- Densité médicale psychiatrique très hétérogène, notamment entre la région Centre et les régions périphériques
- Compétences très diverses des médecins de garde, tant de la part des médecins omnipraticiens que des psychiatres, pour la prise en charge des urgences psychiatriques
- Difficultés de procéder à une hospitalisation d'urgence en milieu psychiatrique
- Nouvelles dispositions concernant la garde dans le règlement cantonal de la SVM et dans la nouvelle loi sur la santé publique
- Cadre très spécifique de la relation médecin-malade entre le psychiatre et son patient, avec des horaires de consultation ne permettant pas d'intégrer facilement une disponibilité de garde
- Vide d'un dispositif de garde psychiatrique ou même de consultation spécialisée disponible dans des délais «raisonnables».



Votre atout pour la vie!



Triatec^{ramipril}®

...réduit de manière significative le risque cardiovasculaire!

Hope

HOPE – Heart Outcomes Prevention Evaluation

Référence:

Gerstein HC, Yusuf S, Mann JFE & the Heart Outcomes Prevention Study Investigators. Effects of Ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and the MICRO-HOPE substudy. The Lancet 2000; 355: 253-259

Triatec®: Composition: Ramipril, capsules: 1.25, 2.5, 5 mg. OICM liste B. **Indications:** Hypertension, insuffisance cardiaque symptomatique, prophylaxie à long terme à la suite d'un infarctus du myocarde chez les patients souffrant d'une insuffisance cardiaque, diminution du risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ou de décès d'origine cardiovasculaire en cas de risque c-v. élevé et/ou un diabète de type 2 (HOPE), néphropathie glomérulaire avec protéinurie >3 g/j. **Posologie:** Hypertension; au début 2.5 mg/j, traitement d'entretien 2.5-5 mg/j. Insuffisance cardiaque; au début 1.25 mg/j, augmentation selon la réponse du patient. 3 jours après un infarctus du myocarde; au début 5 mg/j, augmentation selon la réponse du patient. Dose max. 10 mg/j. Néphropathie; au début 1.25 mg/j., augmentation selon la tolérance, dose max. 5 mg/j. HOPE au début 2.5 mg/j., redoublement jusqu'à la dose max. de 10 mg/j. Posologie spéciale lors de traitement préalable par des diurétiques, en cas d'insuffisance rénale ou hépatique ou d'autres maladies. **Contre-indications:** Hypersensibilité, antécédents d'œdème de Quincke, sténose de l'artère rénale, instabilité hémodynamique, enfants, insuffisance rénale grave, traitements extracorporels du sang, grossesse, lactation. **Précautions:** Hyperstimulation du SRA, risque d'hypotension, leucopénie, thrombocytopenie, risque d'anaphylaxie, contrôle de potassium et autres. **Effets indésirables:** Symptômes suite à une vasodilatation, troubles rénaux et de l'équilibre électrolytique, réactions cutanées, troubles gastro-intestinaux, infections des voies aériennes, toux, troubles des organes des sens et de l'hémopoïèse et autres. **Interactions:** Sels de potassium, diurétiques épargneurs de potassium, antihypertenseurs, AINS, lithium, anti-diabétiques, substances provoquant des altérations de la formulation sanguine, désensibilisation aux hyménoptères et autres. **Présentations:** 20°, 100° capsules. Pour tout renseignement complémentaire, veuillez vous référer au Compendium Suisse des Médicaments. **Admis par les caisses**

Aventis Pharma SA • Herostrasse 7 • 8048 Zurich • www.aventis.com • Tél. 01 434 25 25 • Fax 01 434 25 15

Pour toutes ces raisons, un projet de règlement de la garde des spécialistes en psychiatrie a été élaboré et le dispositif prévu est le suivant:

①. Un piquet téléphonique cantonal toute l'année, 24h/24h, afin de donner un soutien spécialisé et, le cas échéant, de faciliter une hospitalisation

②. Garantie d'une consultation spécialisée dans les 24 heures au cabinet du psychiatre à la demande du médecin de garde omnipraticien dans le secteur psychiatrique du patient (ou au besoin d'un psychiatre du secteur Centre en renfort)

③. Organisation de modules de perfectionnement pour les 2 spécialités dans les domaines suivants: évaluation rapide de l'état psychique, conduite d'un

La levée de l'«obligation de contracter»

Une idée dangereuse et inefficace, un recul social, une médecine à deux vitesses

Depuis quelques mois, l'AMOV a souhaité étendre sa réflexion politique en s'approchant des milieux les plus concernés par les bouleversements asséculogiques, notamment les associations d'assurés, afin de mieux comprendre leurs préoccupations ou revendications.

Nous avons donc contacté l'ASSUAS (association suisse des assurés) par son président, Me Micheli, avec lequel nous souhaitons, dans une première phase, établir une stratégie de sensibilisation des assurés au danger de la 2e révision de la LAMAL, particulièrement par la perte du libre choix de son médecin. Des contacts avec d'autres organismes sont prévus en vue de l'arrivée du référendum contre cette révision.

Le Parlement envisage de donner aux assureurs maladie (une centaine de caisses LAMal) un pouvoir considérable, celui de choisir les heureux médecins dont les frais seront remboursés par l'assurance de base. Les malheureux autres ne traiteront que les patients prêts à payer aux mêmes, ou qui sont au bénéfice d'une assurance complémentaire privée LCA. Que faut-il en penser? Rien de bon, à mon avis.

- 1) Un *pouvoir exorbitant et anti-démocratique*: les caisses n'ont aucune légitimité à trier entre les «bons» médecins, qu'elles agréeront, et les autres.
- 2) La *suppression du libre choix du patient*, essentiel pour la relation de confiance entre le médecin et le patient, laquelle a une indiscutable valeur thérapeutique.
- 3) Des *critères flous*: le choix se fera-t-il sur les qualités professionnelles? Si oui, qui en jugera? Et sur quelles bases? Ou alors sur les montants facturés? Ou encore sur le volume des prestations de tiers (labos, radios etc.) facturés par ceux auxquels les patients auront été adressés par ce médecin? Aujourd'hui déjà, tous les moyens de contrôle existent à l'encontre d'éventuels «moutons noirs» qui surfacturent ou qui prescrivent trop d'actes.

- 4) Des *moyens de pression scandaleux*: le médecin sera constamment sous la menace d'une suppression de son agrément. Il sera tenté de renoncer à des examens importants, au risque de passer à côté de diagnostics.
- 5) Une *bureaucratie inouïe*: on imagine les discussions, décisions et recours lorsqu'une caisse voudra écarter un médecin! Les tribunaux administratifs seront submergés. Les avocats aussi.
- 6) Une *médecine à deux vitesses*: les patients aisés (une minorité) pourront toujours assumer les frais eux-mêmes et les médecins agréés par les caisses seront complètement surchargés, d'où des délais d'attente insupportables.
- 7) Un *gâchis économique*: les études et les pratiques de médecine coûtent cher. Les centaines de milliers de francs que coûte la formation d'un médecin auront été dépensés en vain s'il est finalement empêché d'exercer sa profession.
- 8) Un *pactole pour les assureurs privés*: pour conserver le libre choix du médecin (souvent le médecin qui les suit depuis des années), nombreux seront les assurés

qui n'auront pas d'autre option que de conclure, en se serrant la ceinture au-delà du raisonnable, de coûteuses assurances complémentaires. C'est à mon sens le lobby des assureurs privés qui a le plus intérêt à cette levée de l'obligation de contracter.

- 9) Enfin, c'est globalement un *recul dans la solidarité* et dans la *qualité* du système de santé suisse, qui est l'un des meilleurs, sinon le meilleur en Europe, même s'il est cher.

D'autres moyens efficaces existent pour réduire les dépenses de santé en Suisse, sans les inconvénients mentionnés. Par ex., les *cartes électroniques* de santé, qui accompagnent le patient, peuvent fournir au médecin des renseignements utiles (et parfois décisifs). On songe aussi au système du *médecin de premier recours (médecin référent)*, qu'il faudrait consulter avant le spécialiste. Enfin, l'ASSUAS, association suisse des assurés à laquelle j'appartiens, pense qu'il y a un énorme *gaspillage chez les caisses elles-mêmes*, qui fonctionnent avec une bureaucratie pléthorique, et qui doivent toutes être surveillées – plutôt mal que bien – par l'OFAS à Berne, lequel peine à venir à bout d'une tâche aussi titanique.

L'ASSUAS préconise donc une *caisse unique* gérée de manière tripartite (pouvoirs publics, prestataires de soins, assurés). Les expériences faites par l'AVS-AI, ou encore par l'assurance militaire, en enfin par la CNA (qui a le monopole dans beaucoup de secteurs) sont globalement positives. La prétendue «concurrence» entre les caisses ne joue pas et ne permet en tout cas pas de réduire les coûts de la santé. S'il y a une caisse unique, les médecins n'auront plus qu'un seul interlocuteur! Nous lançons donc une initiative, et vous remercions de votre appui.

Philippe Nordmann
avocat, Lausanne

Elections fédérales

Le comité de l'AMOV tient à féliciter chaleureusement les Dr Marianne Huguenin et Yves Guisan pour leur élection au Conseil National. Leur présence et leur engagement dans les débats qui secouent le monde de la santé actuel est de la plus haute importance. Qu'ils en soient ici remerciés.

TARMED: La suite sans fin (suite)

De même pour tous les accidents appliquons cette codification (dès maintenant puis-elle est voulue). Les codes à utiliser sont:

R1 tête et colonne vertébrale, R2 thorax, R3 abdomen, R4 extrémités supérieures, R5 extrémités inférieures.

N'oublions pas **la possibilité du code U** dont la définition est: «à la place d'un diagnostic explicite» et qui sert «d'orientation au médecin conseil». On **peut** le faire figurer en lieu et place d'autres spécifications diagnostiques. On **doit** obligatoirement l'utiliser si le patient, usant de son droit reconnu par la LaMal et garanti par la loi sur la protection des données et de la personnalité (LPD), exige (voir le formulaire téléchargeable sur www.amov.ch) que tout diagnostic ne soit transmis qu'au médecin de la caisse.

Codes EAN et numéros d'enregistrement:

Les codes EAN (numéro d'article européen!), personnels, fourni par la FMH, permettent à SS d'attribuer à chaque médecin (ou groupe de médecins) un **numéro d'enregistrement** (ancien numéro de code créancier) qui seul donne le **droit de facturer à charge de l'assureur**. Y sont rattachés nos données personnelles (droits acquis et autres caractéristiques). Les deux numéros doivent figurer sur la note d'honoraire, dès le 1er janvier 2004, et sur chaque ordonnance (délai à fin 2004).

Facturation électronique des données:

Elle ne sera définitivement obligatoire que deux ans après l'entrée en vigueur effective du Tarmed. Des exceptions seront encore possibles pour les médecins proches de leur retraite. Mais (car il y a un mais!) elle est **immédiatement obligatoire** dans la pratique pour ceux qui souhaitent bénéficier de la **levée des limitations** de celles des prestations qui sont limitées, par exemple en temps ou en nombre.

Or cette exigence est en même temps **impossible**. Seules certaines caisses seraient (le conditionnel est de rigueur) prêtes à la facturation électronique. D'autres envisagent éventuellement de s'y mettre (quand?), d'autres encore ont annoncé ne pas vouloir s'y mettre! Mais même ces dernières, à qui incombe pourtant la responsabilité de cette incapacité, appliquent les limitations. Il s'agit donc d'une **double injonction paradoxale perverse** caractéristique («vous devez» mais simultanément «nous vous en interdisons la possibilité») de l'ensemble du système. Ce qui nous oblige à contourner la difficulté en utilisant les prestations prévues

à cet effet (cf. les cours Tarmed) pour tout de même faire honorer le temps nécessité par nos consultations. SS n'ayant aucun mandat de négociation à ce sujet la situation n'est pas prête de se débloquer. Raison supplémentaire à ne pas donner suite aux propositions d'organismes (tels que Médi-data, émanation des assureurs, et son outil Médi-port vendu sur notre dos aux constructeurs de logiciels) qui nous sollicitent financièrement pour une transmission électronique des données. Service inutile le temps que l'ensemble des assureurs ne se soit mis à cette transmission. Faites donc plutôt confiance au CDC de la SVM.

Autres informations:

Le principe du **tiers-payant** garde et celui du tiers-payant EMS pour les médecins reconnus (moyennant sans doute le même rabais en%) reste admis, au tarif Tarmed naturellement.

Les consultations médicales auprès des résidents en EMS sont facturées sur la base du TARMED avec une valeur du point fixée à **Fr. 0,87**.

Les consultations groupées et planifiées dans un EMS sont facturées sans faire usage de l'indemnité de déplacement. Exceptionnellement, lorsque la distance entre le cabinet et l'EMS est supérieure à 10 km, une indemnité de déplacement est facturable pour le temps de déplacement qui excède 15 km.

Toute intervention urgente en EMS est facturée selon les positions usuelles du TARMED.

Dès janvier 2004 seules les **analyses de la liste officielle** (liste à disposition sur notre site www.amov.ch) seront remboursées (au tarif fédéral dont le point vaut un franc). Toutes les autres seront gratis pro Deo.

Le **libre choix du médecin** par l'assuré est expressément garanti par l'article 8 de la convention. L'éventuelle **abolition de l'obligation de contracter** ne donnera cependant la possibilité d'une dénonciation de cette convention qu'à l'expiration du délai référendaire, au plus tôt, ou après l'éventuelle votation.

Il est prévu qu'une **note explicative** destinée au public et à nos patients, concernant l'introduction du Tarmed, nous parvienne d'ici à fin 2003.

Conclusion:

Tout comme Freud qui, sous contrainte et «pressé» d'apporter son soutien aux

autorités de Vienne, avait répondu: «qu'il ne pouvait que recommander ce régime», **nous aussi ne pouvons qu'accepter cette convention**, convention qui nous engage, chacun personnellement, au moins jusqu'à la fin de la période de neutralité des coûts. Son refus entraînerait (d'aucun y verraient **un double blind pervers**) la mise en place d'un **tarif cadre** imposé par la Confédération, tarif cadre qui serait alors la version 1,1... de la présente structure tarifaire proposée. Elle sera alors imposée avec des valeurs de points revues. C'est donc «patates ou pommes de terre»! Autant donc pouvoir au moins en négocier la valeur.

De toute façon ce sont **les omnipraticiens** qui, par leur effet de masse, nolens volens, **définiront la neutralité des coûts**. En cas de dérapage, ils devront en assumer l'entière responsabilité. En effet toute autre spécialité, marginale, dix fois moins représentée, pourra, elle, se permettre dix fois plus de «corrections» sans que cela n'y change rien ni n'apparaisse. Aussi facturerons-nous, ni plus ni moins, honnêtement, tout notre travail. De manière à mettre en évidence que **la faillite annoncée de ce système relève de sa structure et incombera aux personnes qui l'ont conçu**.

Dr Charles Dvorak

En résumé ;

- Valeur initiale du point = 92 centimes.
- Bouclez toutes vos notes NMT au 31 décembre 2003.
- Dès janvier envoyer vos notes mensuellement.
- Transmettez vos données au CDC de la SVM.
- Respectez les éléments devant figurer en en-tête des notes.
- Respectez les critères de chaque prestation (par exemple celui des urgences).
- Évaluez correctement les temps de vos consultations et contrôlez celui, total, de vos journées.
- N'oubliez pas, le moment venu, d'adhérer personnellement à la convention vaudoise en retournant à la SVM le formulaire qu'elle vous enverra.

TARMED: La suite sans fin

La Société vaudoise de Médecine a conclu avec Santé Suisse (SS) la **convention Tarmed cantonale**, convention qui ne porte que sur la pratique ambulatoire privée. Cette convention devra encore être avalisée par le Conseil d'Etat vaudois, les Autorités fédérales, Monsieur Prix devant également donner leurs avis. Elle sera alors soumise à la votation générale de l'ensemble des membres de la SVM (laquelle vous renseignera directement à ce sujet). Ensuite seulement chacun d'entre nous devra s'annoncer personnellement et activement auprès de la SVM pour adhérer à cette convention où seuls sont directement admis les membres de la SVM (dans la mesure où ils ont également souscrit à la **convention cadre tarifaire fédérale** en juin 2003), les autres après accord et moyennant finance.

Valeur du point :

La **valeur initiale du point** (Vpt) a été fixée pour le canton de Vaud à **92 centimes** (pour l'ambulatoire de cabinet uniquement, rappelez-le). La valeur calculée par la SVM lors du transcodage de New Index était, pour une neutralité des coûts, de 93 centimes. Celle calculée par SS de 90 centimes. Les valeurs des autres cantons sont en l'état confidentielles! («Culture» du secret oblige). Sachez cependant que **la moyenne suisse est à 89 centimes** (valeur également valable pour les Bernois), que la valeur minimale est à 78 centimes (Valais) et la valeur maximale de 97 centimes (plusieurs cantons dont Zurich).

Calendrier de la suite des opérations :

Le Tarmed LaMal ambulatoire non-hospitalier entrera en vigueur (du moins selon la position officielle actuelle) au 1er janvier 2004.

La **phase d'introduction** (durée de 18 mois) ira de janvier 04 à juin 05. La valeur initiale du point (fixée donc à 92 centimes) sera valable de janvier à avril 04.

La **phase de neutralité des coûts** (13 mois) ira d'avril 04 à avril 05. La neutralité des coûts est cantonale et s'applique séparément pour chacun des domaines des «fournisseurs de prestations». Dès avril 04, tous les mois, la valeur du point sera recalculée. La base de calcul est la comparaison, mois pour mois, des valeurs correspondantes de 2001, année de référence, (valeurs modifiées d'un facteur de correction X1 de 2,5 %, valable pour l'ensemble de la Suisse) versus 2004. Les bases de données sont celles «tirées du pool des données de SS» dont on connaît la pertinence. Devraient être intégrées dans l'appré-

ciation les données issues du CDC de la SVM. D'où l'importance à alimenter ce dernier par nos données, dès janvier 04, gagnant ainsi trois mois sur les assureurs. Sont pris en compte les coûts par assuré, directement induits par les médecins. Donc également les analyses de laboratoire, la physiothérapie, l'ergothérapie, la logopédie, les moyens et appareils que nous prescrivons ainsi que... les médicaments. Autre manière à nous inciter à moins prescrire de tout.

Avril 2004 sera donc comparé à avril 01 (corrigé) puis avril-mai 04 à avril-mai 01, puis avril-mai-juin 04 à avril-mai-juin 01 et ainsi de suite jusqu'à fin avril 05. A chaque fois, dès avril 04, une **correction** interviendra si la **marge de tolérance** initialement fixée à plus ou moins 8 % est dépassée (par rapport à la somme prévisionnelle par patient attribuée par les assurances). Cette marge diminuera, progressivement sur 4 mois, pour atteindre finalement 2%. La **marge de correction** maximale est de 7% (soit initialement 6 centimes). La correction sera introduite et appliquée immédiatement, chaque mois.!). Si la marge de 6 centimes est insuffisante, une **surcorrection ultérieure**, dont l'ampleur reste à convenir, est applicable.

Nous devons donc, chaque mois, appliquer une **nouvelle valeur du point** si la marge est dépassée. Et l'introduire dans nos ordinateurs avec le risque, pour un cas s'étalant sur trois mois, d'avoir trois valeurs de point différentes sur la même note d'honoraires.

La valeur atteinte en avril 2005 (qui ne sera plus modifiée en mai et juin 2005) servira de **valeur finale d'introduction** définitivement appliquée en juillet 2005. L'adaptation ultérieure de la Vpt ne devrait pas trop nous faire rêver! Ces **décisions** ne seront par ailleurs pas **contestables**. L'article 15, alinéa 2 de la «convention relative à la neutralité des coûts» stipule en effet: «il n'y a pas possibilité d'attaquer par voie de recours les décisions du bureau de la neutralité des coûts tm».

Si une prestation a un impact significatif (+ 2%) sur la neutralité des coûts cela entraînera une **modification de la structure entière** et... une **nouvelle période de neutralité des coûts**, également de 18 mois, période qui pourrait donc se répéter à perpétuité.

Il est d'ailleurs historiquement établi que chaque entrée en vigueur d'un nouveau système tarifaire a induit une augmentation des coûts du fait même de cette nouvelle structure, indépendamment du reste.

Concernant les **remboursements** nous devons nous attendre à des délais impor-

tants. On en a déjà la preuve avec l'accident. La CNA interrogée à ce sujet, disant «n'avoir pu s'adapter dans les délais», attend de notre part, maintenant déjà,... de la patience! Alors que, contractuellement (convention cadre Tarmed oblige), les **délais de remboursements**, en tiers payant, sont de 30 jours en cas de facturation électronique, de 45 jours pour la facturation manuelle. Qu'en sera-t-il avec la LaMal?

Bouclez toutes vos notes en NMT au 31 décembre 2003

Nous vous conseillons de systématiquement **clôture toutes vos notes d'honoraires au 30 juin et 31 décembre** de chaque année. C'est à ces dates que les patients pourront changer de caisse maladie. Nous aurons alors, dans cette éventualité, un délai de 6 semaines pour envoyer nos notes aux patients.

La note d'honoraires

Liste des **éléments devant figurer sur la note d'honoraire**, selon cette convention:

Nom et adresse du médecin, numéro d'enregistrement et numéro EAN, nom adresse date de naissance et si possible numéro d'assuré du patient, raison du traitement (maladie, accident, maternité ou infirmité congénitale), calendrier des prestations, positions tarifaires (numéro et dénomination), nombre de points, valeur du point, total, diagnostics selon le code convenu, indication des prestations non prises en charge par la LaMal, date de facture.

Nous vous recommandons de **passer**, au moins pour la période de janvier à avril 2004, à la **facturation mensuelle**. Cela aura pour avantage premièrement d'alimenter le CDC en données utiles au pilotage de la Vpt et deuxièmement de permettre un autocontrôle rassurant de votre pratique. Nous vous encourageons à passer rapidement à la facturation électronique.

La question du diagnostic

Les assureurs exigent de voir figurer sur la note d'honoraires ceux des diagnostics qui en génèrent les coûts, selon un code simplifié. Ce dernier, en lieu et place de l'ICPC/ICD-10, pour l'instant écartés, est formé (la **liste des codes** figure sur www.amov.ch) d'un code principal et d'un code supplémentaire (latéralisation, aigu-chronique,...). Codes dont la valeur réelle à fins statistiques nous échappe. On voit, par exemple, que pour toute l'urologie – néphrologie, l'ensemble se résume à:

H1 : rein, H2 calculs, H3 voies urinaires et H9 autres.

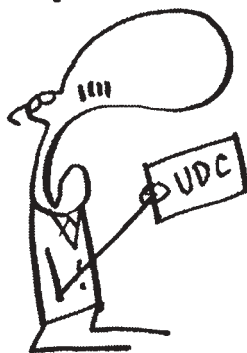
REFERENDUM

association de patients l'ASSUAS, le citoyen-locataire est beaucoup mieux organisé que le citoyen-patient par exemple. La première cause à cette différence semble être liée à la complexité du dossier LAMal. S'il est relativement facile de comprendre et d'appréhender les difficultés du logement, la question est toute autre au niveau de la santé. Il est tout de même frappant de constater que malgré l'extrême minceur de son programme politique en la matière, 25 % des votants ont porté leur choix sur l'UDC, le 19 octobre. Et ceci malgré le fait que la santé représente l'un des soucis prioritaires des habitants de ce pays. Il existe donc une très certaine et inquiétante méconnaissance des enjeux de la part des patients qui seront les principales victimes d'un rationnement médical lié à la fin du libre choix du médecin et de la mise en réseaux sous la tutelle des caisses maladies.

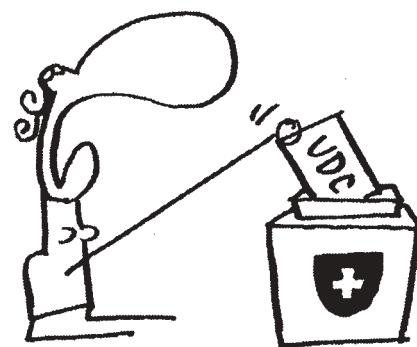
Nous avons donc, professionnels de la santé, un devoir d'information et de partenariat avec nos patients. Ce devoir n'a rien à voir avec un paternalisme réducteur. Il fait appel à une solidarité ayant comme priorité la préservation d'une médecine basée sur l'équité, l'humanisme et la relation de confiance. Ces valeurs sont à opposer, ensemble, avec fermeté et conviction, à une politique axée sur le seul libre marché.

Réunie à Soleure le 11 octobre dernier, la chambre médicale extraordinaire de la FMH a décidé, par 157 voix contre 2 oppositions, de lancer un référendum, le moment venu, contre la 2^e révision de la LAMal. Ce vote, quasi soviétique en apparence, fut le résultat de débats longs et passionnés. Il est édifiant pour le corps médical suisse qui s'en trouve renforcé et grandi, ayant su faire fonctionner sa

... NOUS SOMMES
PAUVRES ET
MALADES...



... MAIS NOUS VOTONS
POUR UN RICHE EN
BONNE SANTÉ!



MIX & REMIX

« résilience » après les déboires et les humiliantes déchirures de Tarmed.

Cette décision tombe à point nommé. Si les chambres se décident durant la session d'hiver, ce sera pour le 19 décembre. Le temps est donc compté. Cette prise de position est courageuse car un référendum est, dans le contexte actuel, une aventure à hauts risques face à l'UDC blochérienne et le lobby des caisses maladies. Il ne pourra aboutir que si le peuple ne le perçoit pas comme une ultime défense corporatiste d'une profession

en perte de ses privilèges mais comme une volonté de maintenir les fondements essentiels à la pratique d'un art dont le patient reste le bénéficiaire privilégié.

A chacun d'entre nous de se mettre à la tâche, dès maintenant. Il s'agit d'informer et de convaincre nos patients, nos amis et nos connaissances du bien fondé de notre démarche, au sein de nos cabinets ou en dehors, selon notre choix.

Dr Pierre de Vevey, Président AMOV

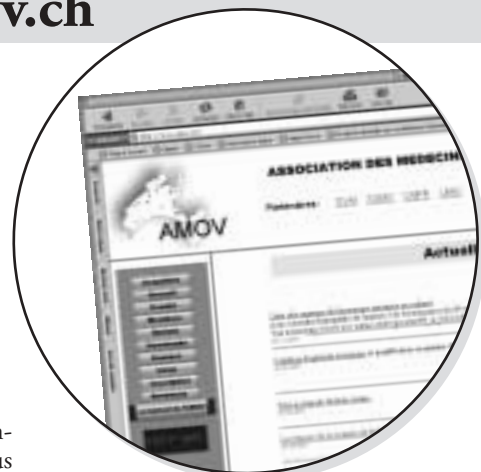
Nouvelles du site amov.ch

A 6 semaines de l'introduction de la nouvelle tarification Tarmed, nous avons plus que jamais à cœur de vous tenir informés et à vous mettre à disposition un certain nombre d'outils qui vous en faciliteront son application.

Dès la fin novembre, vous trouverez sur le site, et notamment dans la nouvelle page « Le Tarmed de l'AMOV » la liste des codes diagnostique à utiliser sur vos factures Tarmed, la liste des examens de laboratoire autorisés en cabinet privé, la corrections des exercices pratiques de facturations Tarmed corrigés et commentés par le Dr Dvorak.

Nous avons également introduit un lien direct vers le Centre de Confiance de la SVM, qui vous en facilitera l'accès directement depuis notre site amov.ch.

Nous souhaitons que ce site réponde à un réel besoin de votre part et soit un véritable outil de travail. Dans ce but nous vous encourageons à nous signaler vos besoins en nous adressant un message. Par un simple clic sur la page « Comité » vous trouverez les adresses de tous les membres du comité. Alors n'hésitez pas. Nous ferons notre possible.



*Dr O. Pyroth
Responsable du site amov.ch*

entretien d'urgence bref, arbre décisionnel dans les situations graves (suicidalité, psychose aiguë ou chronique aggravée, toxicomanie, etc.), médication.

④. Période d'évaluation par les intéressés après 1 an au moins d'application.

Ce projet a été approuvé par le groupe de médiation SVM – AMOV – psychiatres

vaudois, les comités de la SVM et de l'AMOV. Il doit être soumis pour approbation par vote à la prochaine Assemblée des Délégués de la SVM du 25 mars 2004 afin d'entrer en application dès le 1er avril 2004.

Le présent article a pour but d'informer l'ensemble des membres de l'AMOV avant de soumettre ce projet pour approbation à

l'Assemblée Générale Ordinaire de l'AMOV du 11 mars 2004. Le soussigné est à disposition pour recevoir toute question ou commentaire au sujet de ce projet.

*Dr Mathieu Potin
Vice-président de l'AMOV, O
membre de la médiation SVM-AMOV*

Un partenariat entre les assurés et les médecins grâce à l'association GPFI

Présentation

L'association GPFI, association des assurés, a pour vocation d'aider l'assuré-maladie:

- d'une part à être pris en compte, c'est à dire avoir du prix au yeux des politiciens, des donneurs de soins et des caisses maladie
- d'autre part à se prendre en compte en prenant son assurance maladie et sa santé en mains

sachant que l'assuré peut trouver auprès de l'association des assurés:

- de l'attention et de la convivialité
- la possibilité de modifier sa façon d'être envers l'assurance maladie et envers sa santé
- les moyens, le soutien et la manière pour y parvenir.

Refus de la suppression de l'obligation de contracter

5200 assurés ont signé la lettre destinée aux parlementaires fédéraux concernés, pour montrer leur refus à la suppression de l'obligation de contracter. 5200 assurés se sont sentis concernés par cette menace à leur endroit. Le GPFI, association des assurés,

remercie les médecins qui ont sensibilisé leurs patients à cette démarche. Ce fut l'occasion de faire cause commune entre donneurs de soins et patients, une première dans le domaine de l'assurance maladie.

Dans la perspective des élections fédérales du 19 octobre, le GPFI a informé la plus grande partie des candidats de la position des assurés et du résultat de l'action menée en commun.

Nous saluons la décision de la FMH de lancer un référendum contre la 2^e révision de la LAMal car la suppression de l'obligation de contracter ne répond pas aux attentes de la population. En tant qu'association d'assurés, le GPFI sera actif pour la récolte de signatures tant auprès de ses membres qu'auprès de ses partenaires.

Relation avec les assurés maladie

En tant qu'association d'assurés, indépendante de toute caisse maladie, nous sommes à la disposition de nos membres pour les conseiller pour le choix de leur caisse maladie, de leur assurance de base, de leur franchise et leurs assurance complémentaire adaptées à leur situation familiale et personnelle et à leur état de santé.

Par ailleurs, nous invitons actuellement

nos membres à adresser une lettre à M. Couchepin, Conseiller Fédéral, qui doit les prendre en compte en tant qu'assurés. En effet, il semble qu'il n'a pas réalisé les conséquences de ses décisions récentes lorsque l'assuré tombe malade. **La solidarité entre assurés bien-portants et assurés malades qui est le fondement même de l'assurance-maladie est une fois de plus entamée, ce qui mécontente nombreux d'entre eux.**

En conclusion continuons à faire cause commune entre médecins et assurés. Comme l'association GPFI est à la disposition de chaque assuré, elle est aussi à la disposition de chaque médecin pour intensifier ce partenariat.

*Le Secrétaire général de l'association
Bertrand Jaquet*

GPFI

Rue du Château 10
2000 Neuchâtel
Tél. 032 724'14'15
Fax 032 721'48'81
E-Mail contact@gpfi.ch

Médecine psychosomatique et psychosociale

Un nouveau **Certificat universitaire de formation continue en médecine psychosomatique et psychosociale va débiter en mars 2004**. Ce programme, rattaché aux Universités de Genève et Lausanne est mis en place de manière interdisciplinaire et en partenariat par des praticiens issus de l'Association romande pour la formation en médecine psychosomatique et psychosociale (ARFMPP) et des représentants des Facultés de médecine des Universités de Genève et de Lausanne. Il a pour but d'introduire les participants à un cadre théorique de l'approche bio-psychosociale, de les sensibiliser aux modalités pratiques de l'évaluation des situations de souffrance mentale et de l'indication aux traitements psychologiques et

de leur apprendre à identifier et à gérer leur propre implication personnelle et leur propre contribution dans le processus de soin.

Ce certificat s'adresse à tout médecin intéressé par les aspects relationnels et par la complexité somato-psychique, parlant français. Il comporte 12 journées réparties sur deux ans et un travail personnel. Il doit être complété par des supervisions. Ce programme est reconnu comme formation partielle par l'AMPP pour obtenir l'attestation de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale. Le nombre de participants est limité à 45 personnes.

Le délai d'inscription est le 28 janvier 2004
(finance d'inscription: 3600.- fr.).

Un programme détaillé peut être demandé au:
Service de formation continue de l'Université de Lausanne
1015 Lausanne
Tél. 021 692 22 90
E-mail : formcont@unil.ch