

solutions tarifaires suisses SA
Monsieur Tobias Bosshard
Waisenhausplatz 25
3011 Berne

Bâle, le 28 mars 2023

Prise de position sur la consultation relative aux forfaits par cas

Monsieur Bosshard,

Nous avons suivi avec beaucoup d'intérêt le travail de solutions tarifaires suisses (sts) sur le développement des forfaits par cas ambulatoires. Ces dernières années, nous avons nous-mêmes participé activement au remplacement du système tarifaire obsolète. En ce sens, nous portons un grand intérêt aux forfaits ambulatoires élaborés par sts. Nous, les sociétés de discipline de neurologie, de neurophysiologie clinique et de neuropédiatrie, nous efforçons d'apporter notre contribution à un modèle de coûts raisonnable, sans pour autant devoir consentir à une perte de la qualité médicale élevée du système de santé suisse.

Nous, les médecins, demandons également de la transparence dans les données de prestations et les décomptes. Nous encourageons aussi une simplification des processus administratifs. En principe, les forfaits pour les cas de patients économiquement et médicalement similaires peuvent présenter de nombreux avantages – cela pourrait réduire le travail de documentation et, avec une rémunération des prestations appropriée et identique pour tous, protéger aussi bien les patients que le grand nombre de nos médecins qui facturent sérieusement contre une augmentation du volume de prestations de certains.

Dès lors, nous nous sommes intéressés de près à la version 0.3 de votre projet de forfaits depuis sa publication et souhaitons à présent prendre position concrètement sur certains aspects essentiels. Nous souhaitons tout d'abord souligner quelques aspects généraux qui ne se limitent pas à la seule neurologie, puis aborder de manière ciblée les positions spécifiques à la neurologie.

1. Aspects généraux

En ce qui concerne les aspects généraux, les points suivants doivent être discutés:

1.1 Données de base: différences entre les hôpitaux et les cabinets médicaux non prises en compte

Les forfaits ont été établis uniquement sur la base des données REKOLE des hôpitaux. En Suisse, environ la moitié des neurologues fournissent leurs prestations dans des cabinets médicaux. La structure des coûts diffère considérablement entre les cabinets médicaux et les hôpitaux. Cela s'explique en partie par la différence de patientèle et par les différentes approches dans la prise en charge des patients, mais aussi par les différences d'infrastructure: dans les hôpitaux, les appareils et les locaux peuvent par ex.  tre utilisés par plusieurs personnes et donc être mieux exploités, ce qui permet de réduire les coûts d'infrastructure dans les hôpitaux. Parallèlement, les hôpitaux doivent faire face à des coûts supplémentaires en raison de frais de personnel plus élevés, par ex. dans le domaine administratif. Ces différentes approches en matière de coûts ont été prises en compte dans les tarifs des prestations individuelles avec les deux modèles de coûts KOREG et INFRA.

Les différences qui en résultent au niveau des coûts réellement encourus se reflètent aussi, à titre d'exemple, dans les Tableaux 1 à 5 de la Section 2. Ces différences devraient également être prises en compte dans le système forfaitaire.

1.2 Données de base: REKOLE s'appuie sur la structure tarifaire obsolète TARMED

Le fait que REKOLE s'appuie sur le TARMED pose également problème. Les organismes payeurs et les fournisseurs de prestations sont unanimes quant au fait que le TARMED n'est plus actuel depuis longtemps et qu'il représente les prestations de manière biaisée. Dans cette mesure, les forfaits présentent une structure tarifaire qui ne tient pas compte des progrès médicaux réalisés depuis l'introduction du TARMED au cours des 20 dernières années ou depuis l'établissement des données GRAT sur lesquelles se base le TARMED datant des années 1980. Le risque est donc d'introduire un nouveau tarif qui n'est pas adapté à notre époque. Il est compréhensible qu'il soit actuellement difficile de trouver un meilleur ensemble de données pouvant servir de base – une solution qui nous semble raisonnable serait d'introduire d'abord le TARDOC et de définir ensuite des forfaits sur cette base avec un certain temps de latence.

1.3 Financement croisé

Il convient également de garder à l'esprit qu'un système de forfaits s'accompagne généralement d'un financement croisé d'unités non rentables par des unités plus solides. Ce financement croisé peut être garanti jusqu'à un certain point au sein d'un hôpital, mais pas dans une petite entreprise autofinancée comme un cabinet médical, en particulier lorsqu'il s'agit d'une clientèle par définition particulière, comme c'est le cas en neuropédiatrie (cf. Point 2.6).

1.4 Modèle de valeurs intrinsèques

De notre point de vue, il convient également de considérer d'un œil critique le fait qu'il n'existe actuellement aucun concept de valeur intrinsèque dans le modèle de forfaits. Or, un tel concept garantit que les prestations ne peuvent être facturées que par des médecins ayant acquis une qualification correspondante. Pour les examens électrophysiologiques complémentaires, par exemple, des attestations de formation complémentaire de la SSNC accréditées par l'ISFM sont nécessaires, dont l'obtention requiert une durée de formation définie, la réalisation d'un nombre défini d'examens, ainsi que des examens oraux et pratiques et, par la suite, des recertifications. Cela permet d'une part de garantir la qualité des soins aux patients et d'autre part de prévenir une augmentation du volume des prestations.

1.5 Pas d'implication des sociétés de discipline

Dans les forfaits actuels, l'expertise des médecins n'a été prise en compte qu'initialement dans certaines disciplines de la FMCH, mais pas du tout dans de nombreuses disciplines, dont la neurologie, représentée ici. Certains aspects spécialisés pertinents, décrits à titre d'exemple dans le paragraphe spécifique à la neurologie, n'ont donc pas du tout ou pas suffisamment été pris en compte.

1.6 Pas de réduction des coûts avec une détérioration de la prise en charge des patients

En principe, nous considérons qu'un forfait de contact risque d'entraîner des coûts supplémentaires: tant à l'hôpital qu'au cabinet médical, nous nous efforçons, dans l'intérêt de nos patients, de leur proposer le plus grand nombre possible d'examens complémentaires médicalement nécessaires dans le cadre d'une consultation. Cela doit permettre de réduire les contraintes pour les patients et de diminuer les coûts indirects (par ex. en raison des absences au travail qui pourraient être évitées). La forfaitisation, si elle n'est pas appliquée de manière judicieuse, va à l'encontre de ce principe et oblige les fournisseurs de prestations à répartir les examens complémentaires sur plusieurs consultations s'ils ne sont pas économiquement rentables dans le cadre d'un forfait.

1.7 Conséquences économiques pour les patients

Les forfaits ont des conséquences économiques non seulement pour les fournisseurs de prestations, mais aussi pour les patients. Il y a notamment un financement croisé de différentes prestations au sein d'un forfait avec une grande dispersion, et ce non seulement par les cotisations d'assurance en tant que telles, mais aussi par les franchises.

Prenons l'exemple d'un patient, par ailleurs en bonne santé, souffrant d'un simple syndrome du canal carpien et ayant souscrit un modèle d'assurance avec une franchise de 2 000 CHF. Dans le tarif à la prestation, il recevrait une facture d'une valeur d'environ 400 CHF; dans le modèle de forfaits actuel, elle serait supérieure à 600 CHF, car le forfait couvre également des paquets de prestations qui, dans le tarif à la prestation, correspondent à des coûts d'environ 800 CHF. Ces coûts supplémentaires pour le financement croisé d'un cas plus cher au sein du même forfait devraient être supportés par le patient lui-même dans le cadre de son modèle d'assurance.

Ainsi, une franchise plus élevée, qui devrait entre autres contrecarrer une augmentation des prestations du côté de la demande, perd de son attrait et sera probablement moins demand e.

1.8 Risque d'augmentation du taux d'hospitalisation

Il est également à craindre que les cas complexes, qui étaient jusqu'à présent traités en ambulatoire, soient davantage hospitalisés.

En neurologie, on pourrait citer l'exemple d'un patient avec suspicion de sclérose en plaques. Pour le bilan, celui-ci a besoin d'une IRM du crâne et du rachis thoracique et cervical, de potentiels évoqués (au moins potentiels évoqués visuels et sensitifs, éventuellement aussi potentiels évoqués moteurs) ainsi que d'examens de laboratoire complets, y compris une ponction lombaire. Tout cela devrait être fait très rapidement en cas de symptômes aigus, afin qu'un traitement aigu puisse être initié le plus rapidement possible si la suspicion est confirmée.   l'étranger, par ex. en Allemagne, ces examens sont généralement effectués en milieu hospitalier, précisément parce que les modèles de facturation en vigueur dans ce pays empêchent pratiquement les neurologues installés en cabinet de proposer ces examens en ambulatoire en couvrant leurs frais.

Enfin, le report vers le secteur hospitalier entraîne un net surcoût lié à l'hospitalisation, notamment en raison des coûts supplémentaires évitables en matière de soins et d'hôtellerie, ainsi qu'une sollicitation des ressources des hôpitaux, qui sont déjà sous pression en raison du manque de personnel qualifié. De plus, une hospitalisation représente pour le patient une contrainte organisationnelle, mais aussi psychique, car une hospitalisation «catastrophise» encore plus l'affection. En principe, les patients, les organismes payeurs et les ressources du système de santé ne devraient pas être accablés par de telles hospitalisations non nécessaires sur le plan médical.

1.9 Répartition ambiguë des coûts entre plusieurs prestataires de soins

Dans le projet 0.3 présenté, il n'est pas clair selon quel mode les forfaits doivent être répartis lorsque plusieurs prestataires de soins sont impliqués (par ex. neurologie, laboratoire, radiologie). Pour illustrer ce point, nous détaillons la position relative à la ponction lombaire (cf. Paragraphe 2.7).

1.10 Négociation opaque du taux de base

Les documents dont nous disposons ne permettent pas de savoir quel concept est appliqué pour fixer le taux de base. Malgré la séparation fondamentale entre le prix et la structure, il faudrait au moins définir un concept pour l'établissement du taux de base, afin d'éviter que les négociations ne s'enlisent, comme pour la valeur du point tarifaire. Cet aspect est particulièrement important pour les collègues installés en cabinet, qui ne sont pas représentés par H+.

2. Aspects spécifiques à la neurologie

Dans la section suivante, nous examinons sp ciquement les forfaits pertinents pour la neurologie. Nous nous concentrons en particulier sur la question de savoir si le critère «les forfaits englobent des cas de patients similaires sur le plan économique et médical» est rempli pour cette forme de facturation. Nous avons donc demandé à NewIndex, le centre de collecte des données des médecins suisses exerçant en cabinet, de procéder à une analyse des données de quelques positions trigger pertinentes. Ces données comprennent tous les décomptes de prestations présents dans la banque de données qui contiennent la position trigger en question. En outre, nous analysons les données provenant des hôpitaux que vous avez aimablement mises à disposition à partir du 14 mars 2023 et qui sont à la base des forfaits   évaluer, et nous les comparons avec celles des cabinets médicaux.

2.1 ENG, EMG non quantitative et EMG quantitative: C01.80A-C

Les examens électrophysiologiques, l'ENG ( lectroneurographie) et l'EMG ( lectromyographie non quantitative ou quantitative), dont la réalisation est liée à la valeur intrinsèque de l'attestation de formation complémentaire de la SSNC, sont utilisés de concert pour les problématiques neurologiques les plus diverses. Un extrait des problématiques les plus fréquentes se trouve sur l'axe x dans la Figure 1. Pour une même problématique, le nombre d'examens nécessaires pour confirmer un diagnostic varie: s'il s'agit d'un simple syndrome du canal carpien (SCC) d'une main, 2 neurographies, 1 examen clinique, la consultation et un bref rapport suffisent, ce qui correspond à un total d'environ 360 points tarifaires (PT) (limite inférieure de la barre SCC). S'il s'agit d'un SCC très avancé, où le côté opposé est également touché et le potentiel de régénération doit être évalué par myographie, il faut réaliser au total 4–5 neurographies ( ventuellement au moyen d'une neurographie avec aiguille) et 1–2 EMG, si bien qu'un total de PT allant jusqu'à 680 (limite supérieure de la barre SCC) est atteint.

S'il faut répondre à la question de la présence d'une polyneuropathie, un examen clinique ciblé, 3 neurographies et un rapport, correspondant à un total de 456 PT, suffisent dans le cas simple d'un patient avec un diabète connu depuis 15 ans. Cependant, en présence d'une polyneuropathie avancée dont l'étiologie n'est pas connue, des examens complémentaires doivent être effectués en continu. Des neurographies, y compris des extrémités supérieures, ainsi que des myographies et des examens de laboratoire sont réalisés pour déterminer l'étiologie. Tout cela est possible en milieu ambulatoire lors d'un premier contact étendu avec le patient. Un total de jusqu'à 2 000 PT est atteint (y compris examen clinique détaillé, étude du dossier, rapport détaillé, examens de laboratoire). Le cas échéant, une ponction lombaire doit être effectuée en complément.

Pour d'autres problématiques complexes en laboratoire ENG/EMG également, comme par ex. la suspicion d'une sclérose latérale amyotrophique, la suspicion d'une myasthénie ou la clarification d'une myopathie, plusieurs neurographies, plusieurs myographies (quantitatives) ou même d'autres examens électrophysiologiques sont nécessaires, de sorte qu'il s'agit d'une évaluation chronophage qui ne peut être effectuée qu'avec l'expertise correspondante (valeur intrinsèque). S'il s'agit de prouver ou d'exclure une myasthénie, des examens électrophysiologiques supplémentaires sont nécessaires, comme l'investigation de la jonction neuro-musculaire (05.0310) par stimulation répétitive ou encore une EMG single fiber (05.0290). Cette dernière, en particulier, requiert une expertise et une expérience remarquables. En outre, au cours des 10 dernières années, l'échographie neuromusculaire s'est établie comme un examen complémentaire non invasif, approprié et économique, fournissant des informations précieuses, qui est utilisé de manière routinière en complément de l'ENG/EMG dans de nombreuses affections de la consultation neuromusculaire (syndromes de compression, traumatologie nerveuse, polyneuropathies inflammatoires, myopathies, etc.). Cette technique d'examen n'est pas représentée dans le TARMED, car elle n'était pas encore disponible lors de la création du TARMED il y a plus de 20 ans. Dans un futur modèle tarifaire moderne, elle devrait être prise en compte et incluse dans le calcul d'un forfait.

Comme le montre la Fig. 1, une **grande variabilité du nombre d'examens et de leurs combinaisons** est nécessaire, tant au sein d'une problématique qu'entre les problématiques, ce qui se reflète dans la large dispersion des valeurs de points tarifaires générées (barres bleues). En comparaison, les recettes pour les forfaits sont également représentées (points orange).

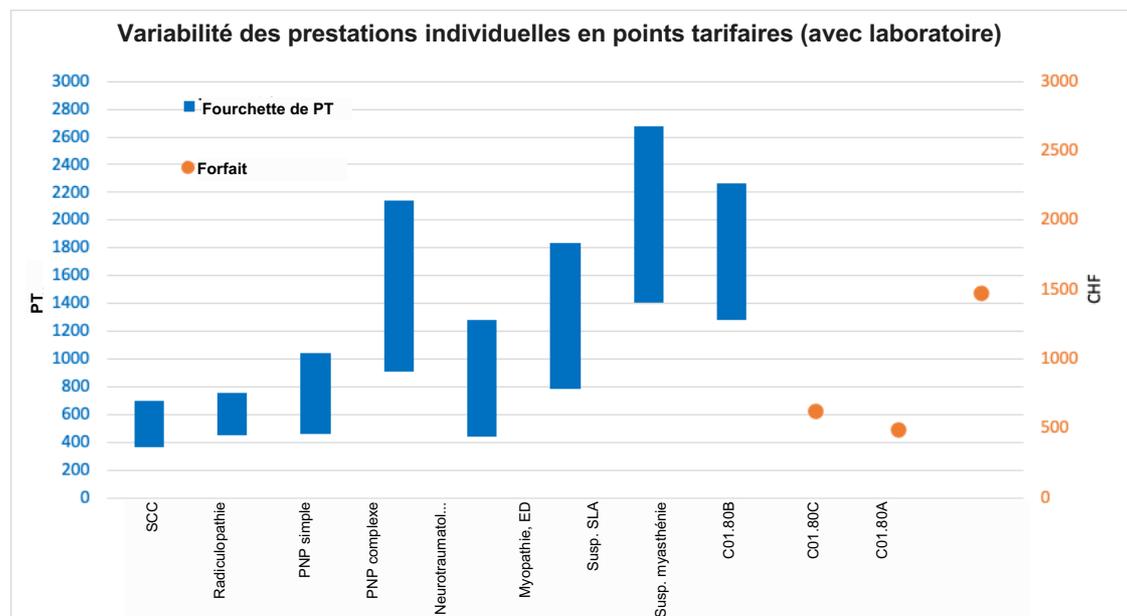


Fig. 1: Représentation de la variabilité de différentes combinaisons de prestations ENG/EMG en lien avec des problématiques individuelles dans le TARMED en comparaison avec les forfaits.

La grande variabilité se reflète également dans la plage de dispersion des minutages et des chiffres d'affaires à partir des données réelles des cabinets médicaux collectées par NewIndex (base: 46 583 consultations, année 2021), lorsque l'on dresse la liste de toutes les saisies de prestations dans lesquelles la position TARMED 05.0210 (neurographie avec électrodes de surface, 1^{er} nerf) est incluse (Fig. 2, Fig. 3).

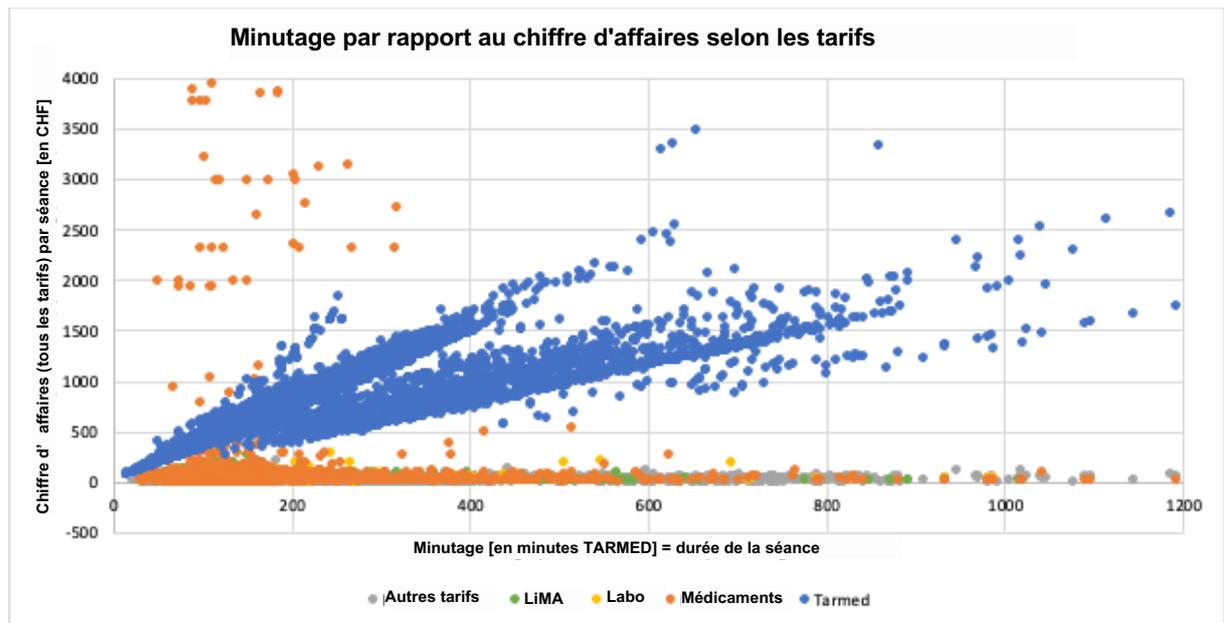


Fig. 2: Plage de dispersion des minutages et du chiffre d'affaires des consultations pour lesquelles la position TARMED 05.0210 a été saisie comme prestation (année: 2021).

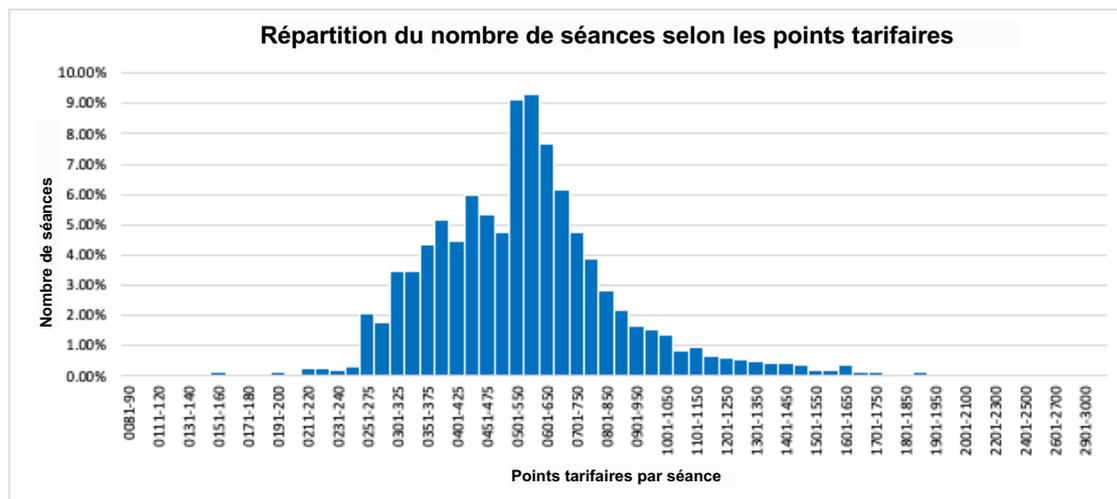


Fig. 3: Répartition de la fréquence des points tarifaires saisis lors des consultations pour lesquelles la position TARMED 05.0210 (électroneurographie, premier nerf) a été saisie comme prestation (année: 2021).

Dans la version présentée des forfaits ambulatoires, la majorité des examens très inhomogènes mentionnés ci-dessus relèveraient du forfait C01.80B. Il existe en outre le forfait C01.80A, dont le cost-weight est plus de deux fois plus élevé et qui se distingue du forfait C01.80B uniquement par la réalisation d'une EMG quantitative comme position trigger.

Compte tenu de la complexité du diagnostic décrite ci-dessus, cette subdivision ne semble pas appropriée, car d'autres examens, qui demandent beaucoup de temps et requièrent obligatoirement une grande expertise, ne peuvent être représentés en tant que tels en couvrant les coûts que si l'on choisit une EMG quantitative. Cela aurait deux conséquences possibles: d'une part, cela incite à réaliser davantage d'EMG quantitatives, ce qui, compte tenu de la capacité d'apprentissage du système de forfaits, aurait des répercussions sur le cost-weight du forfait C01.80A. D'autre part, cela réduit l'incitation à suivre une formation qui demande beaucoup de temps, qui ne se retrouverait pas dans la rémunération financière. Cela aurait un effet négatif à moyen terme sur la qualité des soins aux patients. Nous recommandons donc vivement de revoir la répartition des positions trigger en tenant compte des données issues de la pratique et proposons volontiers notre expertise médicale en guise de soutien.

L'analyse des données de sts, qui, par rapport aux données ambulatoires des cabinets médicaux de NewIndex, ne reposent toutefois que sur un nombre de cas nettement plus faible de contacts avec les patients provenant des hôpitaux, révèle également une grande inhomogénéité (Tab. 1). Il apparaît ici aussi que les données de NewIndex mises à notre disposition comprennent jusqu'à dix fois plus de cas de patients que les données REKOLE qui ont été utilisées pour générer le forfait C01.80B. Néanmoins, nous souhaitons remettre en question la pertinence des coefficients d'homogénéité calculés par sts, non seulement en raison de la quantité relativement faible de données, mais aussi en raison de leur inhomogénéité de contenu: l'inhomogénéité de contenu est illustrée dans la Fig. 1 (données basées sur notre expérience clinique quotidienne) et est confirmée par l'analyse des données de NewIndex dans la Fig. 2. L'agrégation du nuage de données en plusieurs faisceaux divergents démontre visuellement de manière saisissante l'hétérogénéité des tarifs, qui se composent à chaque fois de prestations médicales (PM) et de prestations techniques (PT) avec une pondération différente, chaque sous-domaine dépendant lui-même d'un facteur temps.

	NewIndex (N=46 583)	C01.80B (N=4 783)	C01.80A (N=841)	C01.80C (N=255)	
	Points tarifaires	CHF*	CHF**		
90 ^e percentile	950	855	1 015	3 529	732
3 ^e quartile	700	630	773	1 856	575
Médiane	550	495	578	1 014	438
1 ^{er} quartile	425	382,5	394	704	326
10 ^e percentile	325	292,5	292	514	248
Moyenne			629	1483	491
Homogénéité			0,65	0,57	0,62

Tab. 1: ENMG: répartition des prestations dans le recueil des données ambulatoires des cabinets médicaux de NewIndex et dans le recueil des données hospitalières de sts; *CHF pour une valeur de point tarifaire de 0,9; **CHF pour un taux de base calculé de 496 CHF

Globalement, nous arrivons à la conclusion que ces forfaits sont loin de refléter des cas de patients homogènes sur le plan économique et médical. Cela incite à répartir les examens sur plusieurs contacts avec le patient. Pour les investigations complexes, qui nécessitent en plus des examens de laboratoire approfondis, il existe en outre un risque réel qu'elles soient transférées dans le domaine hospitalier, ce qui va diamétralement à l'encontre de l'objectif initial de maîtrise des coûts.

2.2 Potentiels évoqués: C01.71Z

Les examens des potentiels évoqués comprennent les potentiels évoqués auditifs (PEA), visuels (PEV), somesthésiques (PES) et moteurs (PEM). Pour des raisons méthodologiques, ils sont toujours effectués en comparant les deux côtés, car une différence trop importante entre les deux côtés doit également être considérée comme pathologique. Dans les deux derniers cas (PES et PEM), il est possible d'examiner aussi bien les membres inférieurs que les membres supérieurs, en fonction de la problématique clinique. Comme pour les examens neurographiques, ces différents examens sont combinés de diverses manières en fonction de la problématique (cf. Fig. 4). Une indication simple en ce qui concerne l'étendue des examens est par ex. la névrite rétrobulbaire, dont le bilan nécessite une anamnèse, un examen neurologique, les PEV et un rapport, avec un volume de prestations d'env. 500 PT. En cas de suspicion de sclérose en plaques, il faut, en plus de l'examen clinique, procéder à des examens électrophysiologiques des PEV, des PES et des PEM des bras et des jambes, ce qui correspond à environ 1 000 PT; en cas de nouveau diagnostic, il s'y ajoute encore des examens coûteux du liquide céphalorachidien et de laboratoire. Un examen préopératoire avant une opération neurochirurgicale du tronc cérébral, par ex. en cas de névralgie du trijumeau, est tout aussi complexe. À cet effet, en plus de l'anamnèse et de l'examen neurologique approfondi, il est nécessaire de réaliser des examens des PEA, des PES et des PEM des bras et des jambes (conformément aux lignes directrices thérapeutiques internationales comme examens de référence en cas de neuromonitoring intra-opératoire (IONM) selon Janetta), ce qui correspond également à un volume de prestations d'environ 1 000 PT. Les examens d'une pathologie rachidienne avec les PES et les PEM des bras et des jambes, par ex. en cas de sténose du canal rachidien ou de tumeur, représentent eux aussi un volume de prestations d'env. 800 PT.

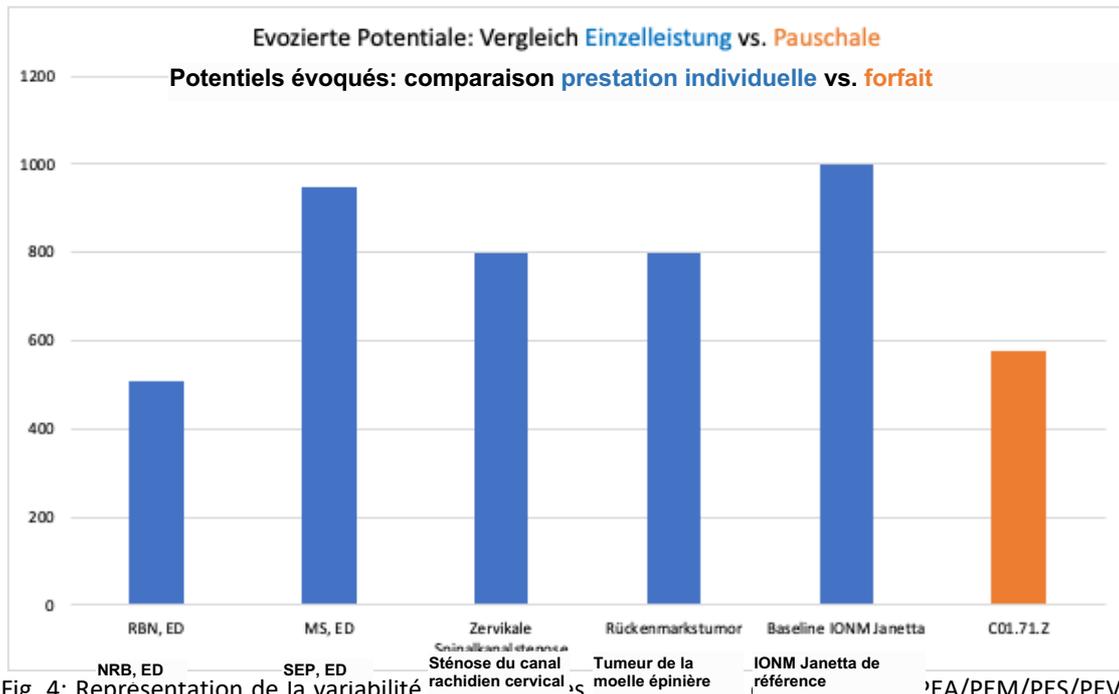


Fig. 4: Représentation de la variabilité des prestations individuelles en lien avec des problématiques individuelles dans le TARMED en comparaison avec les forfaits (année 2021).

Pour ces techniques d'examen également, la grande variabilité se reflète dans la plage de dispersion des minutages et des chiffres d'affaires à partir des données réelles des cabinets médicaux collectées par NewIndex (base: 4 728 consultations, année 2021), lorsque l'on dresse la liste de toutes les saisies de prestations dans lesquelles la position TARMED 05.0650 (potentiels évoqués somesthésiques) est incluse (Fig. 5, Fig. 6).

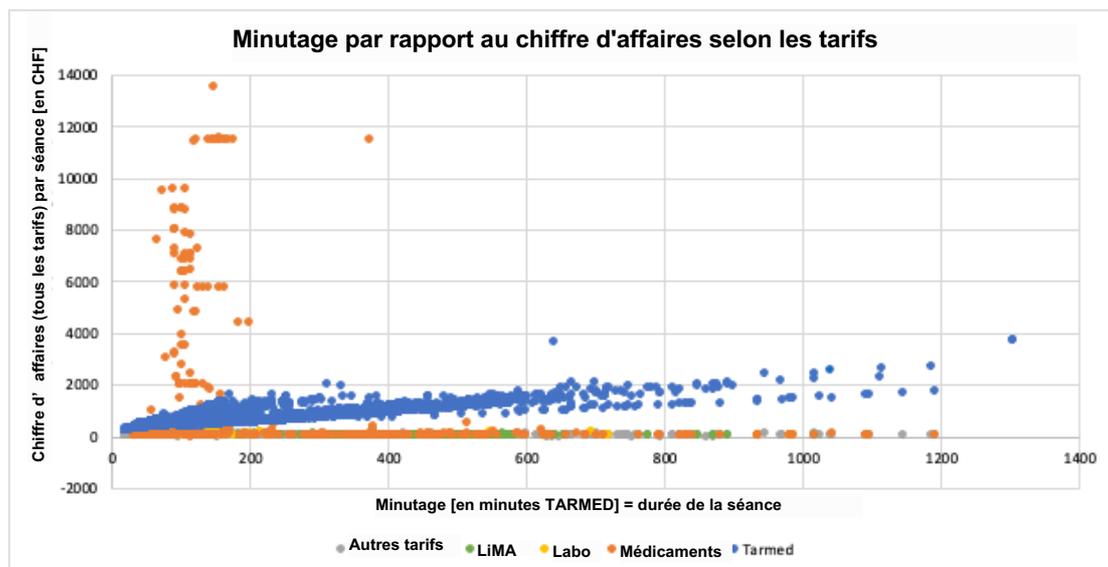


Fig. 5: Plage de dispersion des minutages et du chiffre d'affaires des consultations pour lesquelles la position TARMED 05.0650 (PES) a été saisie comme prestation (année: 2021).

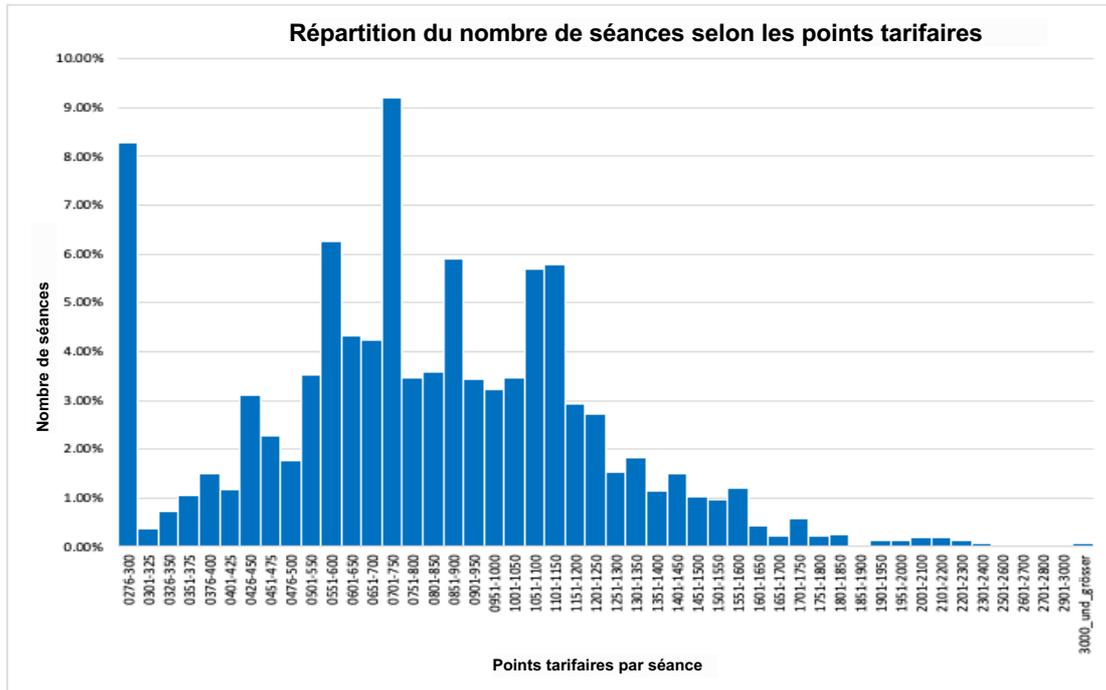


Fig. 6: Répartition de la fréquence des points tarifaires saisis lors des consultations pour lesquelles la position TARMED 05.0650 (PES) a été saisie comme prestation (année: 2021).

Pour les potentiels évoqués également, nous avons analysé les données de sts recueillies à l'hôpital et les avons comparées à celles de NewIndex (tab. 2). Il en ressort d'une part que les chiffres de sts présentent une très faible homogénéité. De plus, les données divergent fortement dans leur répartition: les coûts des consultations avec PES sont en moyenne plus élevés dans les cabinets médicaux que dans les hôpitaux. Cela augmente encore l'inhomogénéité et devrait être analysé plus précisément avant que ces examens soient assignés à un forfait.

	NewIndex (N=4 728)	CHF*	C0171.Z (N=1 251)
	Points tarifaires	CHF*	CHF**
90^e percentile	1 300	1 170	945
3^e quartile	1 050	945	678
Médiane	750	675	494
1^{er} quartile	560	504	339
10^e percentile	350	315	234
Moyenne			580
Homogénéité			0,58

Tab. 2: Forfait potentiels évoqués: répartition des prestations dans le recueil des données ambulatoires des cabinets médicaux de NewIndex et dans le recueil des données hospitalières de sts; *CHF pour une valeur de point tarifaire de 0,9; **CHF pour un taux de base calculé de 496 CHF

Outre la variabilité des indications cliniques avec différentes combinaisons d'examen, il convient également d'ajouter que les investissements sont très variables: alors que les PES peuvent le plus souvent être réalisés sur le même appareil que les examens ENG moyennant l'achat d'un logiciel supplémentaire, certains appareils supplémentaires sont nécessaires pour examiner les PEA et les PEV. Les coûts les plus élevés sont ceux des appareils pour les PEM, où le prix d'un stimulateur magnétique à lui seul avoisine les 20 000 CHF.

La création d'un forfait unique, dont les recettes sont probablement nettement inférieures à la moyenne des recettes des examens susmentionnés et qui reposent sur des combinaisons de prestations très divergentes avec des coûts d'investissement différents, augmente le risque que, pour des raisons économiques, seul un éventail limité de prestations soit encore proposé dans le cadre ambulatoire. Alternativement, les examens pourraient être répartis sur plusieurs rendez-vous. En cas de nécessité médicale d'un examen rapide, il faut s'attendre à un report vers le domaine hospitalier, avec les coûts d'hospitalisation que cela implique, comme expliqué plus haut.

Dans l'ensemble, nous arrivons à la conclusion que, comme au Paragraphe 2.1 sur l'ENG et l'EMG, les prestations sont trop hétérogènes pour être représentées sous cette forme dans un seul forfait, et que cela pourrait conduire à une réduction de l'offre de prestations pour des raisons économiques.

2.3 Examens EEG C01.70A-D

Les examens d'électroencéphalographie (EEG) ambulatoires comprennent en premier lieu l'EEG de veille, l'EEG avec privation de sommeil et l'EEG de longue durée. Il est plutôt rare de recourir à une EEG télémétrique en ambulatoire, car la télémétrie implique un examen avec surveillance continue pendant plusieurs heures; en règle générale, cet examen peut être mieux réalisé en milieu hospitalier en combinaison avec un examen nocturne. En conséquence, NewIndex ne recense que 15 examens de ce type en Suisse en 2021, contre >19 000 EEG de veille.

Par rapport aux neurographies, les prestations techniques sont plus homogènes; il existe néanmoins une très grande amplitude dans les minutages des examens. Nous renvoyons à cet égard aux données des cabinets (N>19 000) collectées par NewIndex, qui représentent toutes les saisies de prestations de l'année 2021 contenant la position TARMED 05.0410 (EEG de veille) (Fig. 7), ainsi qu'à la répartition de la fréquence des points tarifaires saisis pour ces séances (Fig. 8).

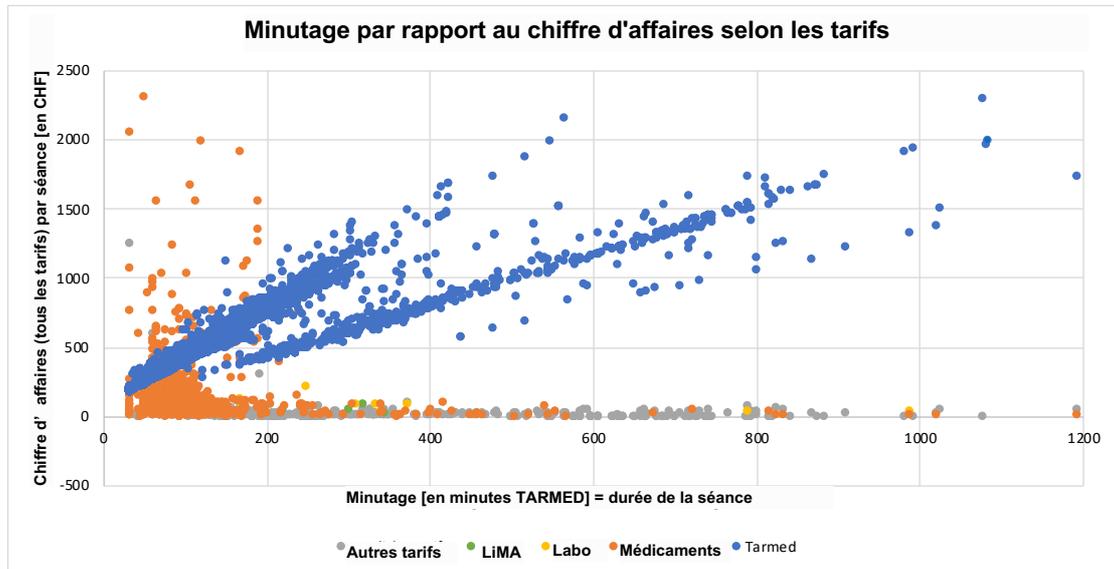


Fig. 7: Plage de dispersion des minutages et du chiffre d'affaires des consultations pour lesquelles la position TARMED 05.0410 a été saisie comme prestation (année: 2021).

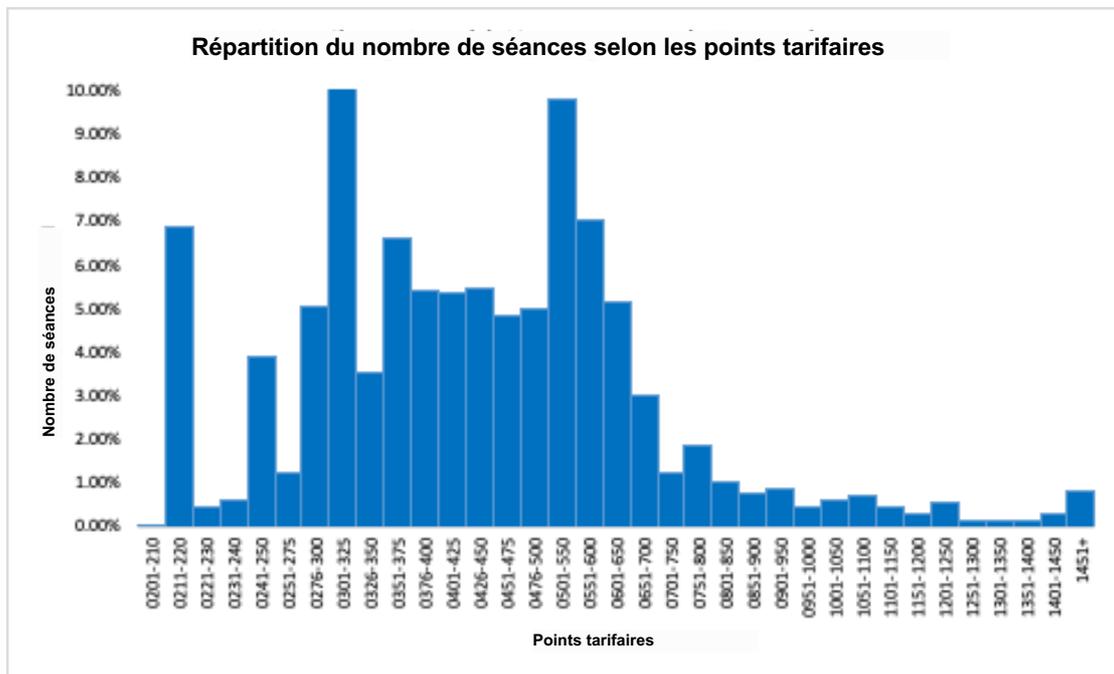


Fig. 8: Répartition de la fréquence des points tarifaires saisis lors des consultations pour lesquelles la position TARMED 05.0410 a été saisie comme prestation (année: 2021).

La ventilation plus précise par durée de séance (Fig. 9) montre que même dans la fourchette de durée de séance de 51–150 minutes, un peu plus de 50% seulement des consultations sont incluses.

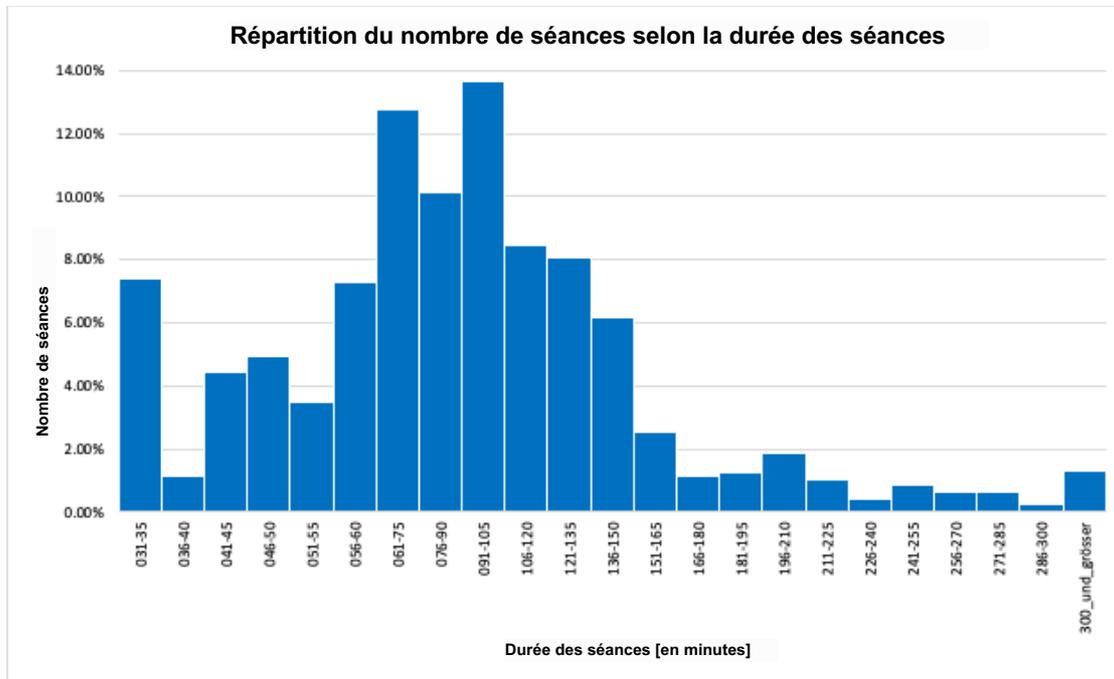


Fig. 9: Répartition de la fréquence des durées de séance lors des consultations pour lesquelles la position TARMED 05.0410 a été saisie comme prestation (année: 2021).

L'inhomogénéité de la consultation associée à un EEG de veille peut s'expliquer par la très grande variabilité des examens cliniques réalisés en combinaison avec cet examen. Il faut d'une part tenir compte du fait que la proportion de patients présentant un handicap simple ou complexe est assez élevée (20–30%), ce qui se répercute sur la durée de l'examen. Parallèlement, une épilepsie remet souvent aussi en question l'aptitude à la conduite ou la capacité de travail, de sorte qu'en plus de la consultation «normale» (étude du dossier, consultation, examen neurologique, EEG, rapport), il faut également procéder, par exemple, à un examen mental ou à un examen neurocomportemental exhaustif. En outre, précisément lors de la clarification de crises d'épilepsie, l'hétéro-anamnèse revêt une grande importance, ce qui prend souvent encore plus de temps.

La grande dispersion mentionnée ci-dessus n'apparaît pas seulement dans les données ambulatoires des cabinets médicaux de NewIndex, mais aussi dans le coefficient d'homogénéité de la liste de sts, qui est très faible (0,52) (Tab. 3). L'inhomogénéité du forfait s'accroît encore si l'on considère qu'il existe de grandes différences entre les deux ensembles de données en termes de quantités – dans ce cas, les coûts provenant des cabinets médicaux sont en moyenne plus faibles.

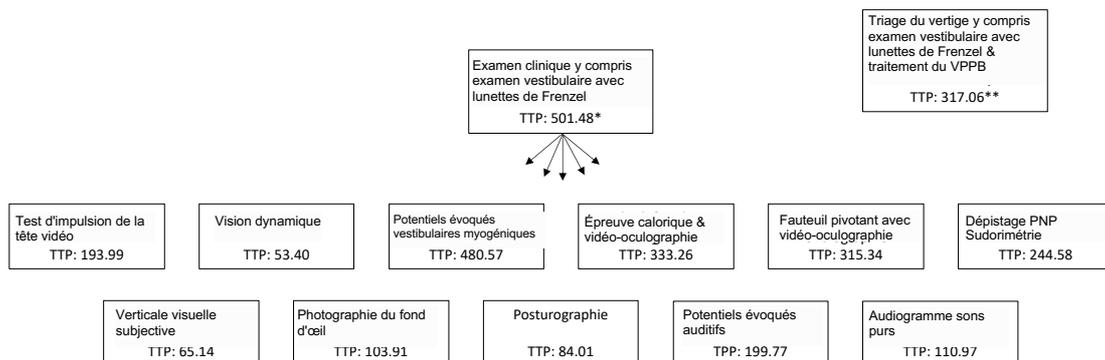
	NewIndex (N=19 081)		C0170D (N=4 721)
	Points tarifaires	CHF*	CHF**
90 ^e percentile	700	630	1 412
3 ^e quartile	550	495	659
Médiane	425	382	441
1 ^{er} quartile	310	279	287
10 ^e percentile	245	220	236
Moyenne			639
Homogénéité	0,52		

Tab. 3: Forfait EEG de veille: répartition des prestations dans le recueil des données ambulatoires des cabinets médicaux de NewIndex et dans le recueil des données hospitalières de sts; *CHF pour une valeur de point tarifaire de 0,9; **CHF pour un taux de base calculé de 496 CHF

Il faut également tenir compte du fait qu'aucune valeur intrinsèque n'a été prévue pour ce forfait. Étant donné que l'interprétation de l'EEG n'a pas seulement des conséquences médicamenteuses et thérapeutiques immédiates, mais aussi des conséquences médico-sociales voire juridiques, il est nécessaire d'appliquer un concept de valeur intrinsèque aux forfaits afin que la qualité en soit garantie. En même temps, cela permet d'éviter une augmentation des prestations qui pèserait économiquement sur le système de santé. Dans l'ensemble, il apparaît ici aussi qu'un seul forfait ne reflète pas suffisamment la variabilité des prestations et qu'il manque un concept de valeur intrinsèque.

2.4 C03.80A-B: Contrôle des positions vestibulaires:

Le diagnostic des vertiges et des troubles de l'équilibre est un processus médical personnalisé séquentiel avec de multiples variantes des étapes d'évaluation en fonction de l'évaluation clinique initiale. Les différents outils diagnostiques sont présentés dans la figure suivante (Fig. 10).



* Tarmed-Codes: 1 x 00.0010; 2 x 00.0020; 1 x 00.0030; 10 x 00.0141; 1 x 05.0010; 1 x 00.2285; 1 x 00.2295; 1 x 09.0610

** Tarmed-Codes: 1 x 00.0010; 2 x 00.0020; 1 x 00.0030; 5 x 00.0141; 1 x 05.0030; 1 x 00.2285; 1 x 09.0610

Fig. 10: Spectre des différents modules d'examen utilisés dans le diagnostic de diverses maladies avec le symptôme vertige, avec indication des valeurs du point tarifaire correspondantes.

En fonction de la problématique, ces outils sont combinés individuellement et impliquent des coûts très variables, qui sont représentés dans le TARMED par une variabilité de 317,06 à 2686,42 points tarifaires.

Cela se reflète également dans la plage de dispersion des minutages et des chiffres d'affaires à partir des données réelles des cabinets médicaux collectées par NewIndex (base: >27 000 consultations, année 2021), lorsque l'on dresse la liste de toutes les saisies de prestations dans lesquelles la position TARMED 09.0610 (examen vestibulaire clinique avec lunettes de Frenzel) est incluse (Fig. 11, Fig. 12).

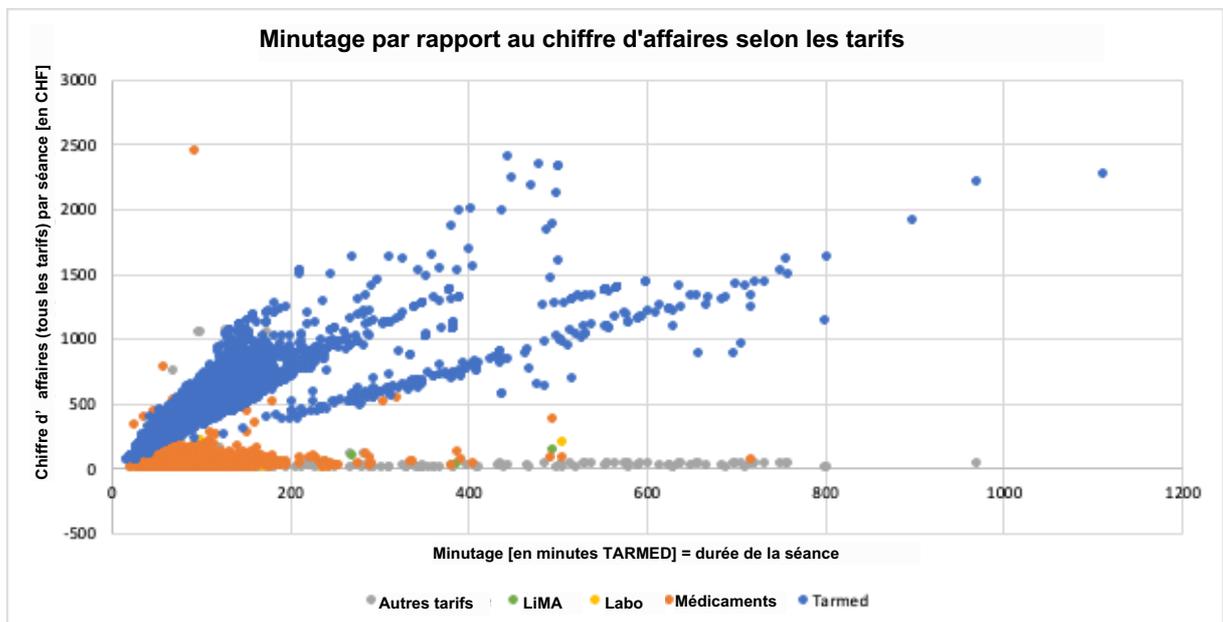


Fig. 11: Plage de dispersion des minutages et du chiffre d'affaires des consultations pour lesquelles la position TARMED 09.0610 (examen vestibulaire clinique avec lunettes de Frenzel) a été saisie comme prestation.

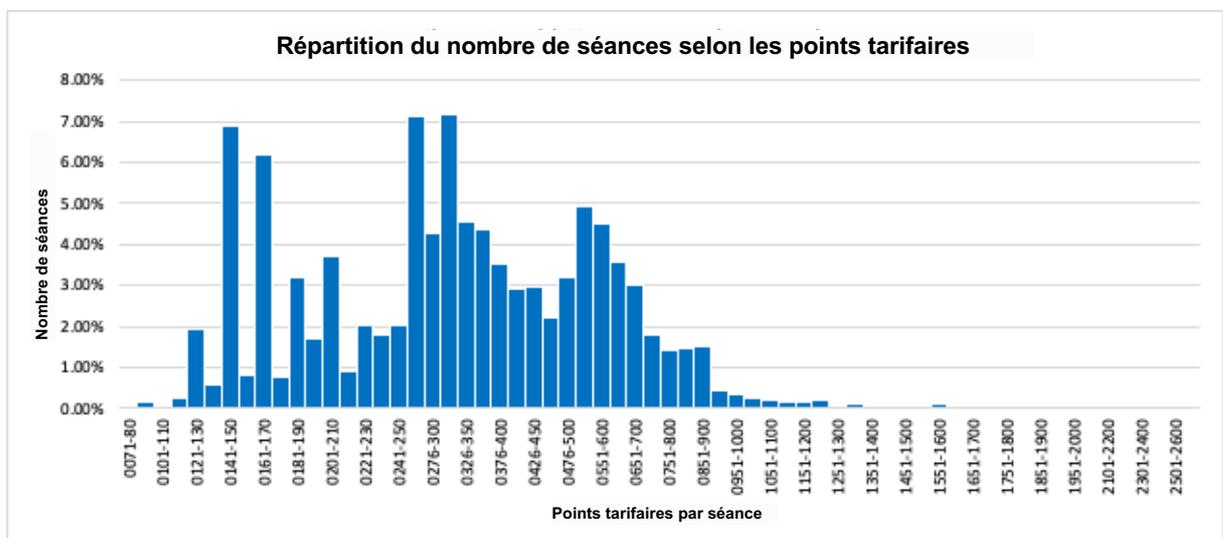


Fig. 12: Répartition de la fréquence des points tarifaires saisis lors des consultations pour lesquelles la position TARMED 09.0610 a été saisie comme prestation.

L'inhomogénéité des forfaits se reflète également dans les données de sts, qui reposent à nouveau sur un nombre de cas nettement inférieur à celui de NewIndex (cf. Tab. 4).

Pour cette position également, les chiffres des cabinets médicaux et ceux des hôpitaux diff rent en partie.

	NewIndex (N=27 609)		C0170D (N=7 730)
	Points tarifaires	CHF*	CHF**
90 ^e percentile	650	595	693
3 ^e quartile	475	427,5	494
Médiane	300	270	265
1 ^{er} quartile	200	180	125
10 ^e percentile	150	135	108
Moyenne			345
Homogénéité			0,55

Tab. 4: Forfait Contrôle de la fonction vestibulaire: répartition des prestations dans le recueil des données ambulatoires des cabinets médicaux de NewIndex et dans le recueil des données hospitalières de sts; *CHF pour une valeur de point tarifaire de 0,9; **CHF pour un taux de base calculé de 496 CHF.

La variabilité des coûts d'investissement, qui entrent dans cet éventail d'examens mais qui, en fin de compte, déboucheraient tous sur le même forfait, est également très élevée: alors qu'une paire de lunettes de Frenzel revient à env. 400 CHF, un Rotundum avec des lunettes vidéo coûte environ 100 000 CHF.

Vous trouverez une présentation détaillée des affections fréquentes et des méthodes d'examen utilisées pour le diagnostic dans la prise de position détaillée du Prof. Dr méd. D. Straumann ci-jointe.

Dans l'ensemble, il ressort également pour cette position que, compte tenu de l'hétérogénéité des méthodes diagnostiques et des coûts d'investissement qui y sont liés, elle ne représente aucunement des cas de patients similaires sur le plan économique et médical.

2.5 Diagnostic du sommeil (C04.61-C, C04.70E, C01.75Z)

Pour l'évaluation de l'homogénéité, nous renvoyons en premier lieu aux données de sts, car ces examens sont majoritairement réalisés dans les hôpitaux. Il apparaît que les forfaits pour lesquels le nombre de cas était plus élevé présentent une homogénéité un peu plus grande que les autres forfaits neurologiques (Tab. 5).

	C04.61A (N=736)	C04.61B (N=424)	C04.61C (N=1 538)	C04.70E (N=33)	C01.75Z (N=65)
90 ^e percentile	3 355	847	652	860	1 531
3 ^e quartile	2 854	684	499	429	1 065
Médiane	1 714	514	399	252	555
1 ^{er} quartile	1 385	412	324	185	416
10 ^e percentile	1 146	347	209	180	270
Moyenne	2 045	569	429	388	731
Homogénéité	0,69	0,71	0,66	0,52	0,61

Tab. 5: Forfaits Médecine du sommeil: répartition des prestations dans le recueil des données hospitalières de sts; CHF pour un taux de base calculé de 496 CHF.

En ce qui concerne le diagnostic de médecine du sommeil, les incertitudes portent donc moins sur l'hétérogénéité des différents forfaits que sur les imprécisions concernant le regroupement de différents forfaits effectués de manière séquentielle sur plusieurs jours et nuits:

- Les examens de médecine du sommeil sont organisés de manière séquentielle, car ils explorent les relations entre un sommeil perturbé et les conséquences sur la santé pendant la journée (par ex. capacité de travail, aptitude à la conduite). Par conséquent, les examens nocturnes (polysomnographie; PSG) sont nécessairement couplés aux examens du jour suivant (par ex. MSLT/MWT) et leur séquence a été standardisée au niveau international (AASM 2015). Par analogie, les maladies circadiennes sont définies comme des troubles sur 24 heures et comprennent des examens de jour et de nuit (indépendamment du sommeil).
- Les examens de médecine du sommeil et/ou circadiens effectués pendant la nuit sont considérés comme des examens ambulatoires, la règle de minuit comme critère d'une hospitalisation n'est pas valable ici. Dans le TARMED également, les examens polysomnographiques nocturnes ne sont pas considérés comme des prestations stationnaires, mais comme des prestations ambulatoires.

Il résulte de ces deux points que des séquences d'examen standardisées ne peuvent pas être regroupées dans des forfaits de contact. Cela représenterait une distorsion considérable du concept tarifaire actuel. L'incitation à répartir les examens sur deux ou plusieurs contacts avec les patients signifie l'abandon du principe de qualité, consistant à diagnostiquer et à traiter les relations de cause à effet.

- Pour le standard «test de polysomnographie-vigilance diurne (MSLT/MWT)», des positions individuelles doivent donc être facturées, même si elles sont effectuées lors du même contact avec le patient sur 24 heures. Cela doit rester possible dans le milieu ambulatoire afin d'éviter le transfert vers le milieu hospitalier.
- De la même manière, pour le standard «actimétrie avant polysomnographie», les deux examens doivent être facturés en tant que positions individuelles et ne doivent pas être regroupés en un seul forfait.

- Pour le standard «troubles circadiens», la polysomnographie et la détermination du DLMO (dim light melatonin onset) doivent être facturées en tant que prestations individuelles et ne doivent pas être regroupées dans un forfait.
- En raison de l'hétérogénéité des maladies relevant de la médecine du sommeil, le diagnostic et le traitement sont souvent pluridisciplinaires, sans que l'on sache comment le forfait doit être réparti entre les différentes disciplines. Il en va de même pour les traitements interdisciplinaires dans les cas complexes multidisciplinaires qui, en plus du diagnostic neurologique de médecine du sommeil, sont traités par ex. en cas d'insomnie par une thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I).
- Le diagnostic des troubles du sommeil chez certains groupes de patients (par ex. parasomnies, patients atteints de la maladie de Parkinson) nécessite généralement une extension du diagnostic standard (par ex. par le recueil de l'hétéro-anamnèse) ou des examens répétés avec l'ajout d'électrodes («set d'électrodes étendu»), ce qui entraîne une inhomogénéité des prestations.
Compte tenu de la grande complexité de ces examens, dont la pose de l'indication et l'interprétation requièrent un haut degré d'expertise, l'introduction d'un concept de valeur intrinsèque est ici aussi nécessaire pour garantir la qualité, comme c'est le cas pour les méthodes d'examen diagnostiques susmentionnées.

2.6 Neuropédiatrie

De manière générale, l'approche vis-à-vis des patients en neuropédiatrie dans le domaine ambulatoire est comparable à celle de la neurologie adulte en ce qui concerne l'examen clinique et les examens électrophysiologiques complémentaires, de sorte que les explications ci-dessus s'appliquent en principe aussi à la neuropédiatrie.

Les forfaits ambulatoires ne sont actuellement «déclenchés» que par la réalisation d'examens techniques complémentaires en neurologie/neuropédiatrie.

Ces examens complémentaires sont perçus comme invasifs, voire menaçants, par de nombreux enfants, en particulier les plus jeunes ou ceux qui présentent des troubles du comportement, de sorte que l'indication n'est toujours posée que de manière ciblée et restrictive pour les examens douloureux, après de mûres réflexions sur les diagnostics différentiels.

Différence entre neurologie adulte et neuropédiatrie

Malgré des approches comparables dans les deux domaines, il existe toutefois les différences fondamentales suivantes en neuropédiatrie:

•  ge et coopération:

- L'expérience montre qu'il existe une variabilité modérée à élevée jusqu'à l'âge de 7 ans, une variabilité modérée de 7 à 12 ans et une variabilité relativement constante à partir de 12 ans en ce qui concerne la capacité de coopération dans le déroulement de l'examen, ce qui a une influence directe sur les temps de consultation. Cela vaut aussi bien pour l'examen clinique que pour les examens complémentaires, ce qui se cumule en termes de temps.
Dans la pratique quotidienne avec des enfants et des adolescents de 0 à 18 ans, cela représente un surcroît de temps de 30–40% en moyenne, pouvant aller jusqu'à 50% selon les jours.
- Les chiffres de Newindex pour les années 2019 et 2021 le prouvent également: ainsi, la part des examens de plus de 195 min. chez les enfants de 0–13 ans s'élève à 27%, ce qui est nettement plus élevé que chez les adultes et est pertinent en termes de tarif.

• Proportion d'enfants et d'adolescents impliquant un surcroît de travail

- L' pid miologie en Suisse (données de l'Office fédéral de 2017) montre que 6,1% des enfants de 0–14 ans en Suisse sont «handicapés» ou ont des besoins particuliers; en outre, d'autres données officielles de 2012 ont montré une prévalence des enfants présentant des troubles du développement («autisme» et autres troubles du développement) d'environ 1%.
- Ces enfants, quel que soit leur âge, présentent une capacité de coopération réduite en raison de leurs difficultés de développement, ce qui allonge les délais de consultation.
- Si l'on y ajoute les enfants ayant des capacités de coopération limitées en raison de leur âge, il faut s'attendre en pédiatrie, et plus encore en neuropédiatrie, à une variation de la durée de consultation d'au moins 35%, et par expérience, comme mentionné plus haut, de 30–40%.

Pour les raisons susmentionnées, un forfait ne permet pas de tenir compte de la variabilité encore plus grande chez les enfants, de la naissance à l'adolescence, par rapport aux adultes, car les forfaits supposent une grande homog nit  de la prestation, y compris de la durée de la consultation.

La proportion de patients atteints de maladies rares est très élevée, en particulier en neuropédiatrie, ce qui augmente considérablement la charge de travail liée à la prise en charge.

- **Maladies nécessitant un traitement multidisciplinaire: impact sur la consultation et la prise en charge**
Environ 1/3 des affections en neuropédiatrie sont dues à des causes génétiques. Dans le cas des maladies d'origine génétique, nous constatons souvent des répercussions sur différents systèmes d'organes, de sorte que les symptômes neurologiques ne représentent qu'une partie de la problématique de ces patients. Ces patients nécessitent une prise en charge multidisciplinaire, car par ex. des cardiologues pédiatriques sont également impliqués en raison de la présence concomitante de malformations cardiaques, et des gastroentérologues pédiatriques ou d'autres disciplines spécialisées sont également impliqués en raison de difficultés de déglutition avec malnutrition. Une prise en charge multidisciplinaire de qualité entraîne un surcroît de travail administratif et de temps qui n'est pas pris en compte dans le TARMED et encore moins dans les forfaits.
- **«Financement croisé» des examens onéreux plus difficile en neuropédiatrie**
En neuropédiatrie, il existe donc en résumé, sur la base des explications susmentionnées, une part nettement plus faible d'examens complémentaires «normaux» ou homogènes ou de durée constante, qui permettraient un financement croisé des examens mentionnés, chronophages et onéreux.
- **Différences dans l'utilisation d'examens complémentaires pertinents:**
 - **EEG:**
Les EEG de veille et de sommeil sont les principaux examens en neuropédiatrie et représentent 90–95% de l'ensemble des examens. L'EEG de veille et de sommeil représente un défi particulier chez les enfants de 0–7 ans et ceux présentant des troubles du développement: en raison d'une capacité de coopération nettement réduite, ces examens sont généralement réalisés à l'hôpital avec deux assistantes EEG. Ces ressources en personnel ne sont pas disponibles dans les cabinets médicaux, de sorte que l'assistante EEG effectue l'examen en y consacrant plus de temps, souvent aussi en instruisant les parents pour qu'ils l'aident et avec une présence accrue du médecin pendant l'EEG. De ce fait, le temps de consultation est également prolongé, parfois de manière considérable. Parfois, malgré tous les efforts, il n'est même pas possible de terminer un examen EEG, par ex. chez les enfants atteints d'autisme. Dans ces cas, l'examen ne peut même pas être facturé, malgré l'important travail fourni par le personnel.

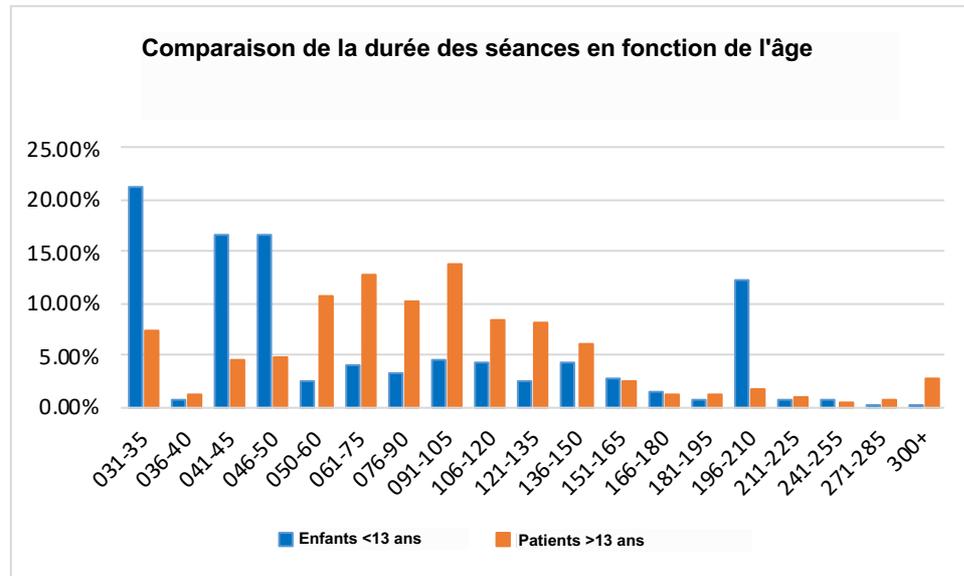


Fig. 13: Comparaison de la durée des séances lors de consultations pour lesquelles la position TARMED 05.0410 a été saisie comme prestation, enfants âgés de <13 ans par rapport aux patients âgés de >13 ans.

La distribution des consultations dans la Fig. 13 montre la répartition inhomogène des prestations. Il y a un grand groupe de consultations avec une durée de séance courte, qui s'explique par le fait que les EEG de ces enfants ont été réalisés sans consultation complète immédiatement après (<50 minutes). Cela peut aussi s'expliquer par le fait que les enfants plus jeunes, en raison de leur capacité de coopération réduite et de la charge que représente cet examen, ne sont souvent pas évalués le même jour par un EEG suivi d'un examen clinique supplémentaire, mais en deux consultations séparées. Il en résulte également une réduction des coûts médians d'examen par cas d'après les données NewIndex. La répartition des séances où l'EEG et la consultation ont été réalisés ensemble, correspondant à une durée de séance > 60 minutes, est très dispersée et encore moins homogène que chez les adultes.

Chez les enfants de moins de 7 ans ou présentant des troubles du développement, il faut compter avec un surcroît de temps de 30% en moyenne, ce qui n'est pas reflété de manière adéquate dans le TARMED pour les enfants de moins de 7 ans, même par le supplément de temps de 10 minutes de plus d'occupation du local. Dans le TARDOC, ce surcroît de personnel pour les dérivations EEG a donc été pris en compte avec une part de 51% de plus dans les prestations de soins. Alors que le forfait C01.70C tient compte de la charge de travail légèrement plus élevée pour les enfants plus âgés que pour les adultes, la charge de travail supplémentaire plus importante pour les enfants de <7 ans ou présentant des troubles du développement n'est pas suffisamment prise en compte et ne permet pas de couvrir les coûts.

- **ENMG:** Ces examens sont perçus comme «invasifs» par de nombreux enfants, de sorte qu'il faut d'une part disposer d'une compétence professionnelle particulière pour obtenir un maximum d'informations avec le moins d'examens possibles et des examens les moins invasifs possibles. D'autre part, il faut plus de temps pour préparer les enfants à ces examens afin de maintenir la coopération. C'est pourquoi ils sont principalement effectués par des services ambulatoires spécialisés chez les enfants et les adolescents atteints de maladies neuromusculaires dans des cliniques universitaires spécialisées ou de grandes cliniques A.

Du point de vue des forfaits, outre l'augmentation du temps nécessaire, il faut tenir compte du fait que l'EMG quantitative, qui tiendrait le mieux compte de la qualification nécessaire et de la charge de travail en tant que forfait, n'est guère utilisée en raison de son caractère plus invasif et de la douleur associée. Une électroneurographie mieux tolérée associée à une échographie a plutôt tendance à être réalisée. Dans le TARMED, il n'y a pas de supplément pour un examen électroneurographique ou électromyographique chez les enfants. Cette lacune a été reconnue dans le TARDOC et représentée en conséquence. Les deux forfaits C01.80B (électroneurographie et électromyographie) et C01.80C (électromyographie, non quantitative) ne reflètent pas non plus le surcroît de travail spécifique à l'enfant.

- Diagnostic du sommeil: dans les services ambulatoires spécialisés en médecine du sommeil, il existe également un besoin en personnel supplémentaire pour les dérivations par rapport à la neurologie adulte, qui n'est pas pris en compte dans les forfaits.

Remarques finales sur les forfaits relatifs à la médecine de l'enfant et de l'adolescent, y compris du point de vue de la politique professionnelle

Il faut malheureusement constater que dans le catalogue v0.3, des forfaits spécifiques aux enfants n'existent que pour les examens EEG. Pourtant, du moins l'EEG de veille est calculé sur la base de plus de 900 cas provenant des hôpitaux, qui montrent que 25% de prestations supplémentaires ont été facturées pour les enfants et les adolescents < 13 ans par rapport aux adultes. Comme ces données se basent sur le TARMED, dans lequel le surcroît de travail pour la prestation EEG n'est pas suffisamment représenté avec seulement 10 minutes de plus d'occupation de local, le surcroît de travail réel devrait être plus élevé. Il en va probablement de même pour les autres prestations neurophysiologiques qui ne sont pas représentées dans le système de forfaits actuel.

En raison du manque de couverture des coûts réels en médecine de l'enfant/de l'adolescent comme en neuropédiatrie, comme expliqué ci-dessus, le danger de ces forfaits est qu'ils incitent à réduire les prestations et la qualité afin de réaliser plus de consultations en moins de temps, ou d'augmenter la fréquence des examens pour les patients individuels. Dans les deux cas, il n'y aurait pas de réduction des coûts, mais une détérioration de la prise en charge des patients.

En outre, une rémunération insuffisante des prestations est problématique, en particulier dans le domaine de la pédiatrie, dans la mesure où il existe déjà aujourd'hui un sous-approvisionnement important. Un nouveau tarif doit garantir une rémunération conforme aux prestations afin d'éviter une augmentation de la pénurie. Grâce à des recherches intensives pour le TARDOC, la neuropédiatrie y est représentée de manière adéquate. Cela doit également être analysé de manière adéquate lors de l'introduction de forfaits. Les forfaits actuels ne sont pas du tout au point à cet égard, mais nous sommes à disposition pour améliorer cela ensemble.

2.7 Mélange des coûts en cas de frais de laboratoire simultanés

Outre les positions déjà mentionnées ci-dessus, qui entraînent une grande inhomogénéité dans les prestations, cette dispersion est encore accrue par la nécessité de procéder à des analyses de laboratoire et/ou à l'administration de médicaments.

À titre d'exemple, nous aimerions mentionner la variabilité des coûts de laboratoire pour différentes indications de ponction lombaire. Les prestations fournies par les neurologues se distinguent dans une certaine mesure par la durée de la consultation accompagnant la ponction lombaire. Par exemple, en cas d'indication d'une recherche d'hémorragie, une ponction lombaire est généralement effectuée le même jour que la première consultation avec une anamnèse complète et un examen neurologique de type A. En revanche, dans le cas d'une affection démentielle, une ponction lombaire lors de la première consultation sera plutôt l'exception, de sorte que la consultation associée sera plus ciblée et plus courte.

Une plus grande variabilité existe cependant pour les frais de laboratoire qui seraient inclus dans le forfait. Le Tab. 6 présente les coûts pour différents paramètres, qui sont ensuite présentés dans la Fig. 13 comme la somme de différentes combinaisons de ces paramètres en fonction de la problématique.

Paramètre	Coûts (CHF)
Nombre de cellules dans le LCR	26,10
Lactate dans le LCR	20,70
Glucose dans le LCR/sérum	4,60
Protéines totales dans le LCR	7,80
Bandes oligoclonales avec diagramme de Reiber	254,00
Borrélies LCR/sérum	185,60
Treponema pallidum dans le LCR/sérum	69,30
Démence d'Alzheimer	194,40
Maladie de Creutzfeld-Jakob (protéine 14-3-3)	252,00
Ferritine dans le LCR	7,10
Numération cellulaire différentielle dans le LCR	23,40
Réaction MRZ	235,40

Tab. 6: Coûts de laboratoire pour la détermination de certains paramètres pertinents pour le diagnostic de maladies neurologiques dans le liquide céphalo-rachidien (LCR)

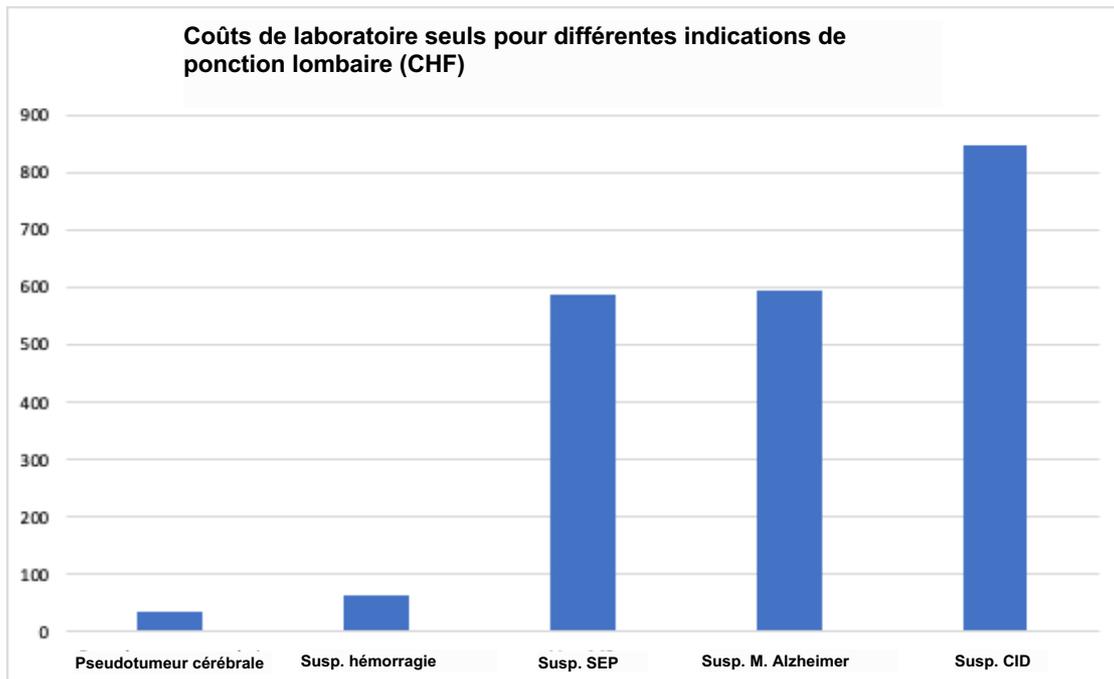


Fig. 13: Combinaisons de coûts de laboratoire en plus de la prestation neurologique pour les indications typiques d'un examen ambulatoire du LCR.

Outre le fait que ces données montrent que la ponction lombaire n'est, elle non plus, pas une prestation homogène, nous ne voyons pas clairement comment de tels coûts fluctuants de deux fournisseurs de prestations (dans ce cas, le neurologue et le laboratoire) peuvent être répartis dans un forfait.

8. Mélange des coûts en cas d'administration simultanée de médicaments

Tout comme la combinaison de la prestation clinique et de coûts de laboratoire, la combinaison de la prestation clinique et de coûts de médicaments pose elle aussi problème.

À titre d'exemple, nous aimerions citer trois médicaments différents utilisés en neurologie et dont l'administration est, dans l'intérêt du patient, si possible combinée lors d'une consultation avec les contrôles neurophysiologiques de suivi nécessaires.

Le médicament Ocrevus est administré deux fois par an aux patients atteints de sclérose en plaques, le médicament Tysabri une fois par mois. Sporadiquement, en fonction de l'évolution clinique, les potentiels évoqués sont également réalisés. Afin d'éviter aux patients des rendez-vous supplémentaires, qui ne sont pas toujours faciles à organiser pour les patients souvent encore jeunes, qui travaillent et ont des obligations familiales, les neurologues traitants essaient de les effectuer si possible pendant la perfusion. C'est ce que montrent également les Fig. 2 et 5, où l'on constate que, pour des consultations plutôt courtes, les coûts des médicaments sont très souvent élevés en plus des prestations TARMED.

Les forfaits auraient toutefois pour conséquence que la réalisation d'un examen avec potentiels évoqués conduirait à ce que l'ensemble de la consultation, y compris les coûts des médicaments, soit facturé sous ce forfait, ce qui serait loin de couvrir les coûts (cf. Fig. 14: coûts de Tysabri/Ocrevus seul, remboursement en CHF du médicament, consultation avec perfusion et PES/PEV selon TARMED et remboursement de la même prestation par un forfait). Il est donc à prévoir qu'à l'avenir, les patients seront convoqués d'autres jours pour des examens complémentaires, ce qui dégradera la qualité des soins.

Un exemple similaire en neurologie est celui des patients atteints de neuropathies inflammatoires et traités par immunoglobulines. Ces patients nécessitent également des contrôles neurographiques sporadiques. Cependant, s'ils sont effectués pendant la perfusion d'immunoglobulines, les immunoglobulines seraient remboursées par le forfait pour les neurographies, qui est nettement inférieur au prix des immunoglobulines seules (Fig. 14).

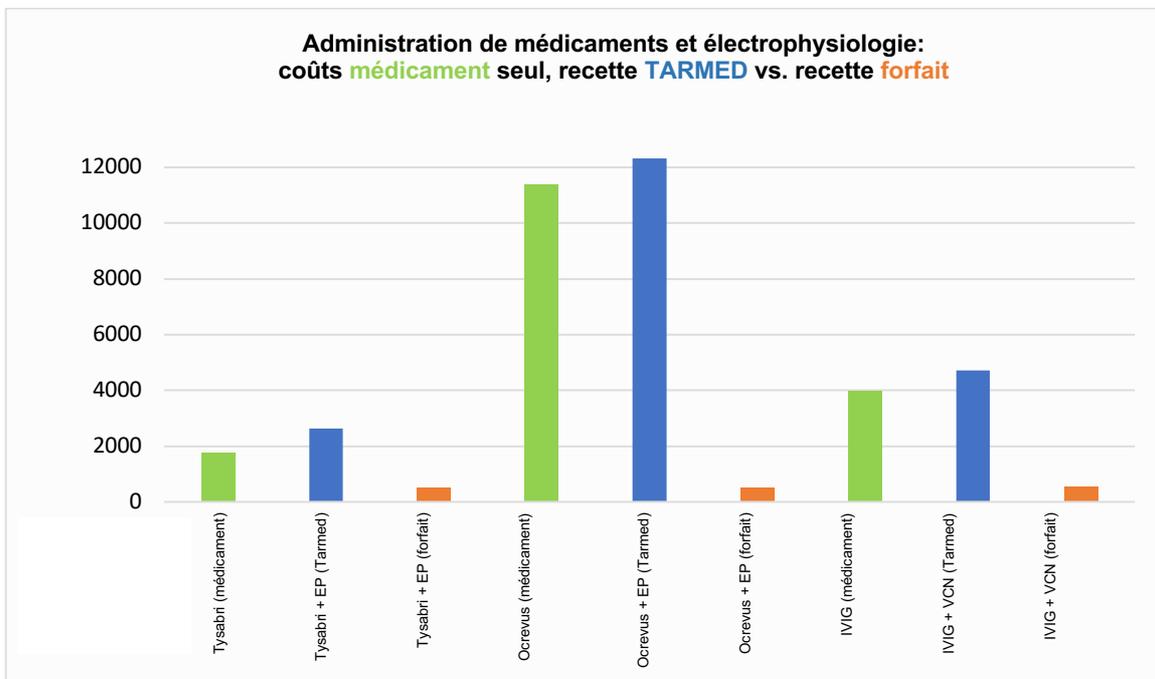


Fig. 14: Coûts en CHF pour le médicament, à chaque fois pour le médicament seul, ainsi que recette en cas de facturation selon TARMED ou comme forfait pour la consultation de suivi, le médicament, la perfusion et l'examen électrophysiologique (PE: PES et PEV, vitesse de conduction nerveuse [VCN]: quatre neurographies avec électrodes de surface).

En résumé, nous arrivons à la conclusion que presque tous les forfaits concernant la neurologie ne remplissent pas le critère d'homogénéité médicale et économique. C'est ce qui ressort aussi bien de la collecte de données ambulatoires de NewIndex que des chiffres hospitaliers de sts. De plus, la comparaison entre les données des hôpitaux et celles des cabinets médicaux montre que les chiffres des hôpitaux ne peuvent pas être transposés tels quels aux cabinets médicaux.

Il convient également de mentionner que les cabinets ayant une spécialité particulière, avec une patientèle dont le diagnostic et le suivi sont plus complexes et pour lesquels la possibilité de «financement croisé» par des cas plus simples est limitée, seraient insuffisamment représentés. Nous l'avons illustré notamment par l'exemple de la neuropédiatrie, mais aussi d'une consultation de vertiges avec un diagnostic complexe et une infrastructure coûteuse.

Une trop grande inhomogénéité ou une représentation insuffisante inciterait à un fractionnement des examens en plusieurs consultations individuelles ou à un transfert des prestations vers le secteur hospitalier, ce qui entraînerait à son tour des coûts nettement plus élevés ou une dévalorisation des forfaits. La dévalorisation des forfaits, quant à elle, aurait pour conséquence que le déroulement des examens lors des consultations s'orienterait de plus en plus vers ce qui est économiquement rentable plutôt que vers ce qui répond à la problématique à l'origine de la consultation. Cela incite à consulter d'autres médecins, ce qui va à l'encontre de la maîtrise des coûts sans améliorer la qualité et entraîne en même temps un surcroît de contraintes pour les patients.

Dans l'ensemble, nous craignons que principalement l'inhomogénéité des prestations regroupées dans le système de forfaits réduise la qualité des traitements, mais que l'objectif de réduction des coûts ne soit pas ou pas suffisamment atteint. D'autres carences, décrites en détail ci-dessus, compromettent la cohérence du système de forfaits avec les autres prestations neurologiques.

Nous voyons toutefois des approches visant à optimiser le système de forfaits de manière à ce qu'ils puissent être utilisés de manière judicieuse, du moins en partie, dans les soins neurologiques.

Nous aimerions mettre notre expertise neurologique à disposition lors de l'élaboration d'une nouvelle version des forfaits par cas ambulatoires et proposons volontiers notre coopération.

Salutations cordiales,



Dr méd. Silke Biethahn, MHBA
Déléguée tarifaire de la Société Suisse de Neurologie



Prof. Dr méd. Peter Sandor
Président de la Société Suisse de Neurologie



Dr. méd. et phil. Anne Kathrin Peyer Kauffmann
Déléguée tarifaire de la Societ  Suisse de Neurophysiologie Clinique



PD Dr méd. Andrea Humm
Présidente de la Societ  Suisse de Neurophysiologie Clinique



Dr méd. Tobias Iff
Délégué tarifaire Neuropédiatrie



Dr Annette Hackenberg
Présidente de la Societ  Suisse de Neuropédiatrie

Copies  :

- OFSP
- FMH
- *Directeurs/trices de cliniques pour transmission aux directions d'hôpitaux*