

GT N°1

SYSTÈME DE TARIFICATION DES PRESTATIONS DE SOINS

RAPPORT FINAL DU 10 MARS 2010

Président :	Raymond Wagener
Secrétaire :	Pascale Oster
Membres du groupe :	Jean-Marie Feider (CNS), Paul Koch (CMSS), Fränk Gansen, Carlo Steffes (MS), Paul Schmit, Marianne Scholl, Jürgen Hohmann (IGSS), Jean Uhrig, Claude Schummer, Patrick Weyland, Nico Diederich (AMMD), Romain Nati, Michel Nathan, Tom Henckels, Christian Oberlé, Marc Schlim, Paul Wirtgen, Marc Hastert (EHL)

Remarque préliminaire

Ce rapport est censé refléter les discussions du groupe de travail lors des réunions du 4, 11 et 25 novembre 2009 (phase 1) et du 13 et 27 janvier 2010 (phase 2). La présente version du rapport tient compte de toute remarque entrée par mail au secrétariat jusqu'au 8 mars 2010.

Objectifs des travaux du Groupe de travail

En vue de la préparation d'une réforme de l'assurance maladie et du système des soins de santé, le présent groupe a pour mission d'analyser le cadre légal, réglementaire, statutaire et conventionnel de la rémunération des prestataires de soins, et en particulier celle des médecins. Dans ce contexte, les nomenclatures des actes et services des médecins, des médecins-dentistes et des professions de santé sont des documents clés du fonctionnement du paiement à l'acte qui constitue la façon dominante de rémunération des prestataires de soins. Dès lors, le groupe est chargé d'analyser de façon prioritaire la structure des nomenclatures ainsi que le fonctionnement de la commission de nomenclature, et de proposer des pistes de réforme.

Compte tenu des difficultés qui se sont présentées au cours des dernières années de rémunérer certains services des prestataires de soins, le groupe a par ailleurs fait des propositions pour permettre de rémunérer des prestataires de soins par un salaire ou par le système de vacation ou de capitation. Jusqu'ici, le groupe n'a pas pu analyser le système de financement des hôpitaux par des budgets et n'a donc pas pu définir des lignes de conduite pour une réforme structurelle du financement des hôpitaux.

La réforme de 1992

Avant la réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé de 1992, la rémunération de tous les prestataires de soins se faisait suivant le système du paiement à l'acte. Le point de départ de cette réforme a été le constat que le système en vigueur avant la réforme, caractérisé par le paiement à l'acte et l'autonomie tarifaire, ne comportait pas de mécanismes de régulation du volume des dépenses.

Pour cette raison, la réforme avait pour objectifs prioritaires :

Projet de réforme de l'assurance-maladie et de l'organisation des soins de santé

- l'introduction de mécanismes de régulation des dépenses,
- la redéfinition du contenu des négociations, et
- le réaménagement de la procédure de négociation.

En premier lieu, la réforme définissait deux groupes de prestataires :

- les hôpitaux rémunérés suivant le système des budgets prévisionnels négociés individuellement par établissement suivant des règles communes appliquées à tous les établissements, et à
- tous les autres prestataires, et en particulier les médecins, y compris ceux exerçant au sein des hôpitaux, qui sont rémunérés par le système du paiement à l'acte.

En ce qui concerne plus particulièrement la rémunération des médecins, les auteurs du projet de loi partaient du constat que les efforts entrepris entre 1982 et 1992 pour rechercher une modernisation négociée des rapports avec les médecins avaient en grande partie échoué. C'est pourquoi, le projet de loi introduisait une commission chargée d'élaborer et de tenir à jour les nomenclatures luxembourgeoises suivant l'évolution de la technicité et de la complexité des actes, et limitait la négociation entre l'UCM/CNS et les organisations représentatives des prestataires à la seule fixation des lettres-clés applicables aux actes des différentes nomenclatures.

De façon générale, on peut conclure que l'introduction de la commission a permis que les discussions concernant les adaptations des nomenclatures soient plus influencées par des considérations scientifiques et professionnelles et se déroulent moins dans un climat de négociations tarifaires comme c'était le cas avant 1992. Ceci étant, la méthodologie appliquée dans cette commission n'a pas pu empêcher que la détermination des coefficients d'actes a contribué à des différences de revenus notables entre médecins de différentes spécialités que ne justifient ni l'évolution de la technicité ni la complexité des actes.

Néanmoins, il faut constater que l'absence d'un secrétariat professionnalisé ne permet pas de préparer les discussions de la commission de façon rigoureuse et scientifique, de sorte que les adaptations des nomenclatures se font de façon ponctuelle, ce qui ne favorise pas une politique de santé cohérente, et le développement cohérent dans des domaines tels que la : continuité des soins (filières de soins), le développement chirurgie ambulatoire, la transparence du système des soins, le développement de pôles de compétence ou encore les objectifs e-santé. Il faut en plus constater que certains actes sont facturés par analogie, alors que la loi prévoit que seuls les actes inscrits dans les nomenclatures sont pris en charge par l'assurance maladie. Parfois la commission de nomenclature est mise devant un fait accompli, par exemple lors de projets pilotes ou d'activités prévus au plan hospitalier, alors que les actes médicaux correspondant à ces activités n'ont pas encore été définis dans les nomenclatures correspondantes.

Système de rémunération des prestataires de soins

Actuellement l'assurance maladie ne connaît que deux formes de rémunération des prestataires de soins, à savoir par le paiement à l'acte et dans le cas des hôpitaux, par le système des budgets annuels. Dans le cas de certains prestataires, par exemple des médecins du Rehazenter, il serait souhaitable que le code de la sécurité sociale permette aussi d'autres formes de rémunération. C'est pourquoi le groupe de travail propose de prévoir, en dehors de ces 2 systèmes actuellement en vigueur, **la possibilité** de rémunérer les prestataires de soins également :

- **Au moyen de salaires** : système actuel du CHL – or, pour l'instant c'est l'hôpital qui se voit rembourser les actes médicaux. Si ce système était prévu par le Code de la sécurité sociale (CSS), la CNS pourrait rembourser à l'hôpital le salaire des médecins. L'AMMD relève le problème de fixer l'échelle de mesure de l'activité médicale.
- **Par vacation** : Le médecin en pratique libéral serait payé par heure de travail et non pas par patient, notamment pour les activités qui ne sont pas imputables à un ou des patient(s)

Projet de réforme de l'assurance-maladie et de l'organisation des soins de santé

- **par capitation** : Pour certains patients et certaines pathologies, le médecin en pratique libérale serait payé par personne inscrite auprès de son cabinet, n'importe le nombre de patients qui viennent réellement en consultation. Cette partie de la rémunération pourrait être complétée par d'autres formes de rémunération, notamment la rémunération à l'acte.

En dehors de ces systèmes, on peut également imaginer des primes liées à un contrat de performance, tel que cela a été mis en vigueur en 2009 en France avec un grand succès. Ce contrat de performance prévoit des primes en cas d'amélioration de la pratique du médecin selon des objectifs de santé publique et de prescriptions fixés par la CNAM, tels que p. ex. faire vacciner 75 % des patients de plus de 65 ans contre la grippe saisonnière, obtenir un taux de 80 % de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans, amélioration du suivi des maladies chroniques ou encore optimisation des prescriptions en atteignant un taux de 90 % d'antibiotiques sous forme de génériques. D'autres facteurs engendrant une prime pourraient être l'application du tiers payant, la pratique de la chirurgie ambulatoire ou la participation à des programmes divers de l'assurance-maladie.

L'AMMD se montre prudent en ce qui concerne la mode actuelle des contrats de performance :

1. Le lien entre la performance et la rémunération doit être clair et transparent.
2. P4P (Pay for performance) présente le danger de devoir payer des primes pour obtenir une prestation que le médecin livre de toute façon au quotidien.
3. Il est impossible de faire des liens directs entre
 - Performance du médecin, d'un côté, et
 - Résultat, de l'autre côté, qui dépend de facteurs autres tels que la collaboration du patient notamment.
4. Il ne peut pas y avoir de liens directs entre résultat et rémunération.
5. Tous les objectifs de performance doivent avoir comme base le contexte de la situation de départ.
6. Le lien entre la performance et le résultat doit être basé sur des preuves scientifiques et le choix des indicateurs doit se faire sur une base consensuelle avec les médecins.

Les représentants des Ministères et des administrations publiques au sein du GT sont d'avis que les différents systèmes de rémunération des prestataires peuvent également être combinés entre eux.

L'EHL se positionne en faveur des nouveaux systèmes proposés, se pose toutefois la question si d'autres modèles de paiement ne sont pas rendus superflus avec l'introduction d'une nouvelle classification étrangère. Elle préconise que le choix pour un système de rémunération donné ne doit pas forcément être fait par hôpital, mais plutôt par spécialité hospitalière donnée et le cas échéant à différents degrés selon spécialités données. Le système du salariat permettrait aux directions des hôpitaux de mieux responsabiliser le corps médical pour participer activement à la gouvernance des hôpitaux.

L'AMMD par contre ne voit pas le besoin pour un changement du système actuel de rémunération à l'acte des médecins. L'introduction du salariat pour certaines spécialités ou activités médicales comme unique moyen de soi-disant gouvernance des hôpitaux remet très clairement le système en question (droit constitutionnel d'exercice libéral de la profession) et entraîne automatiquement celle du conventionnement obligatoire et automatique à la CNS même si ce n'est pas souhaité politiquement.

Nomenclature

Les représentants des Ministères et des administrations publiques au sein du groupe de travail proposent une réforme progressive de la nomenclature en partant de celle en vigueur à l'heure actuelle. Faute d'expertise

Projet de réforme de l'assurance-maladie et de l'organisation des soins de santé

suffisante et de la complexité des travaux nécessaires pour développer une nomenclature luxembourgeoise spécifique prenant en compte les développements modernes des procédures de soins de santé, ces représentants ont conclu qu'il est nécessaire d'aligner progressivement la nomenclature luxembourgeoise sur une nomenclature étrangère.

Deux nomenclatures ont été discutées dans ce contexte, à savoir la nomenclature française CCAM (classification commune des actes médicaux) et la nomenclature suisse TARMEDE (tarif médical). L'annexe 1 sur la CCAM et l'annexe 2 sur TARMEDE présentent les caractéristiques principales de ces nomenclatures modernes.

Tout en reconnaissant certains aspects importants du TARMEDE qui devront être pris en compte dans les travaux futurs concernant la nomenclature en application au Luxembourg, dont notamment la prise en compte du facteur temps et de la formation du médecin, les représentants des instances publiques ont conclu que la philosophie de la nomenclature luxembourgeoise, qui voit l'acte dans sa globalité, ne correspond pas à celle de TARMEDE, qui fragmente l'acte en plusieurs volets. La CCAM par contre regroupe les actes selon les organes, vision qui pourrait plus facilement être intégrée dans la nomenclature existante au Luxembourg.

En outre il faut signaler que la CCAM possède le double caractère d'une nomenclature des actes et d'une classification moderne des procédures. En choisissant la CCAM comme classification des procédures, il devient possible d'organiser l'alignement par étape de la nomenclature luxembourgeoise sur la nomenclature de référence étrangère, et de l'accompagner d'une simulation précise des effets que ce changement implique pour la rémunération des prestataires. En cas de besoin des facteurs correcteurs peuvent donc être introduits pour neutraliser d'éventuelles distorsions non souhaitées. Par contre dans le cas du choix du TARMEDE, qui ne peut pas être utilisé comme classification des procédures, une telle simulation reste entachée de beaucoup d'incertitudes pouvant entraîner des fluctuations indésirables des rémunérations des prestataires concernés.

Le groupe est d'accord pour proposer que les coefficients des différents actes soient fixés en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté, du niveau de compétences requis. En outre, l'AMMD propose de distinguer à l'instar de TARMEDE, entre la prestation médicale et la prestation technique.

Le groupe préfère promouvoir l'examen clinique plutôt que les actes techniques. Un médecin qui prend le temps nécessaire pour la consultation de ses patients doit être rémunéré en conséquence. En outre, l'effort, la technicité de l'acte et la qualification nécessaire pour poser l'acte sont également des facteurs devant être pris en considération lors de la fixation des coefficients. D'autres principes devant être définis sont les suivants : règles de cumul, champs opératoire, assistance opératoire, organisation du service de garde.

Les représentants des Ministères et des administrations publiques au sein du GT sont en outre d'avis que la commission de nomenclature devrait spécifier pour chaque acte les conditions que le médecin doit remplir pour prêter un acte donné. Tout médecin peut effectuer un acte, à condition :

- de posséder la formation, y compris la formation continue, et la pratique nécessaires,
- d'effectuer cet acte dans des conditions adéquates (p. ex. un service hospitalier spécialisé)

Il faudra toutefois préciser les modalités à suivre en cas d'urgence.

L'AMMD préfère parler de « compétence » plutôt que de formation, de formation continue ou de pratique nécessaire.

Aucun tarif ne devra plus être facturé par analogie ou rétroactivement. Si un médecin prévoit de prêter un acte non encore prévu dans la nomenclature, il sera nécessaire d'introduire au préalable à la commission de nomenclature une demande d'inscription de cet acte dans la nomenclature. L'AMMD estime toutefois qu'il s'agit-là d'une entrave à l'exercice libéral de la médecine qui remet en question le système actuel.

Les groupements des prestataires proposent d'évaluer l'état actuel de la nomenclature luxembourgeoise. Ils proposent en outre de créer un groupe de travail spécifique pour comparer de façon détaillée les systèmes CCAM et TARMEDE.

Organes

En ce qui concerne la **composition de la commission de nomenclature** et la question, qui peut proposer une modification, les représentants des Ministères et des administrations publiques ont discuté les avantages et inconvénients de garder le statu quo par rapport à une modification de la composition en vue d'une plus grande indépendance. En cas de maintien de la composition actuelle, il faudra toutefois tenir compte des différents groupements professionnels demandant une adaptation de leur nomenclature, ainsi que prévoir la participation de l'EHL aux réunions de la commission et de l'exigence de l'AMMD à une représentation paritaire au sein de cette commission. L'AMMD exige aussi d'être représentée à la Commission Technique d'Investissement EHL-CNS (CTI) étant donné qu'aujourd'hui l'hôpital a vocation de service public et que la cogestion médicale du système s'impose surtout dans le contexte économique difficile actuel.

Les représentants des Ministères et des administrations publiques au sein du groupe souhaitent éviter tout lobbying au sein de la commission de nomenclature et favoriser des discussions scientifiques sur les adaptations à apporter à la nomenclature. C'est pourquoi elle doit être composée d'experts en la matière, capables d'établir des nomenclatures reflétant l'activité des différentes professions de manière correcte.

Les représentants des Ministères et des administrations publiques proposent de prévoir un appui professionnel à la commission, à savoir un **secrétariat permanent** composé de médecins, de professionnels de santé ainsi que de personnel administratif, qui disposeront de la formation et du temps nécessaire pour préparer convenablement les dossiers à discuter au sein de la commission. Le secrétariat aura la possibilité de recourir aux services d'experts externes. Il est proposé de prévoir des synergies avec le Conseil scientifique et l'Observatoire de la santé, dont la création est en voie de discussion.

L'AMMD est d'avis que la commission fonctionne bien à l'heure actuelle et que le climat qui y règne est très serein. Elle demande la création de :

1. En amont une **commission d'arbitrage** composée de tous les représentants des acteurs de santé concernés (donc aussi l'EHL) dans le but de proposer des solutions communes concernant les nomenclatures et les investissements hospitaliers. Ainsi les différentes demandes de tarification pourraient mieux être coordonnées avant le démarrage d'une nouvelle activité/d'un nouveau service.
2. En aval la création d'une **commission paritaire d'interprétation** de la nomenclature, qui serait en charge de régler et statuer les différends liés à l'application pratique de la nomenclature.

Il existe une demande de la part de l'EHL d'être intégrée dans les débats de la commission de nomenclature. L'AMMD s'oppose à la présence d'un représentant de l'EHL au sein de la nomenclature pour les raisons suivantes :

- 1) L'EHL n'apporte aucune plus-value soit disant « scientifique » à la détermination d'un coefficient d'un acte médical (prestation médicale).
- 2) Plutôt que d'apaiser le climat cela risque d'introduire une situation nouvelle de conflit.
- 3) L'AMMD redoute la pérennisation de la tactique du fait accompli, contraire à la rigueur demandée à cette commission.

L'EHL rappelle que plusieurs hôpitaux occupent des médecins auxquels ils garantissent une rémunération en tant que salariés. Il est dès lors inconcevable qu'ils ne soient pas directement impliqués au sein de la commission de nomenclature et restent sans droit d'initiative en ce qui concerne la détermination de la valeur pécuniaire des actes prestés par ces médecins.

Projet de réforme de l'assurance-maladie et de l'organisation des soins de santé

Procédure pour l'adaptation de la nomenclature

Les représentants des groupements professionnels des prestataires, la CNS, les représentants du ministre de la santé et de la sécurité sociale ainsi que le président de la commission de nomenclature ont le droit de **proposer des adaptations** en présentant un avis motivé.

Toute nouvelle demande sera présentée selon un **calendrier annuel** et à l'aide d'un **dossier standard** qui contient tous les arguments en faveur de l'insertion de l'acte et tient compte de l'impact financier, des risques d'abus, etc. Chaque dossier sera évalué en premier lieu par le secrétariat permanent, avant d'être soumis à la commission de nomenclature. La décision de la commission est prise provisoirement pour la durée de 2 ans. Passé ce délai, le nouvel acte sera réévalué avant d'être adopté définitivement.

Les représentants des Ministères et des administrations publiques proposent en outre de procéder à la révision annuelle d'un chapitre de la nomenclature.

Les parties sont d'accord pour dire qu'un **règlement d'ordre intérieur** soit élaboré afin de soutenir le président dans ses démarches.

Problèmes divers

D'autres points discutés concernent les problèmes suivants :

- En ce qui concerne le **diagnostic de sortie**, il faut constater que le code ICD transmis est souvent erroné. Il faut mettre beaucoup plus de poids sur la transmission de données validées. Dans ce contexte, il y a lieu d'étendre la codification ICD10 de trois à quatre positions au moins, afin de pouvoir l'utiliser pour des études épidémiologiques.

L'EHL évoque la question d'encodeurs professionnels, qui pourraient alléger la tâche aux médecins.

- En ce qui concerne la **location d'appareil**, le groupe est unanime pour dire qu'une solution devrait être trouvée. En effet, une grande partie des actes sont posés par le personnel soignant, mais le médecin facture et l'acte et la location d'appareil. Si on considérait l'amortissement réel de l'appareil, la séance reviendrait beaucoup moins cher. En plus, aucun des appareils installés dans les cabinets médicaux n'est soumis à un contrôle quant à sa qualité et son efficacité.

L'AMMD estime que les frais pour prestations techniques se composent des frais suivants : amortissement de l'appareil + location infrastructures équipées + entretien appareil et locaux + frais personnel assistant. Elle demande une définition préalable de la qualité exigée ce qui n'est pas fait à l'hôpital non plus.

- Les représentants des Ministères et des administrations publiques au sein du GT sont d'avis que dans un souci de transparence et dans le but de développer des indicateurs de qualité, il faut pouvoir **identifier le médecin ayant posé l'acte**. Actuellement, bon nombre de médecins établissent leurs mémoires d'honoraires sur le compte de leur association, et il est impossible de voir quel médecin de ladite association a réellement effectué l'acte.

L'AMMD soutient que, pour les besoins de la facturation, les associations sont considérées actuellement comme un seul médecin. Identifier le médecin vis-à-vis de l'assurance maladie renie ce principe. Du point de vue médico légal le prestataire qui effectue l'acte est clairement identifié par l'association ou par le dossier médical hospitalier.

Projet de réforme de l'assurance-maladie et de l'organisation des soins de santé

- Un souci du GT concerne également les **profils de prescription** : il estime nécessaire que tout médecin reçoive son profil, afin d'être conscient de ce qu'il prescrit, pouvoir se comparer à ses confrères et éventuellement changer son comportement.
- Dans le contexte des procédures dans les salles OP, il faudra introduire une documentation et un contrôle sur le temps effectivement presté dans la salle OP lors de la facturation d'une **assistance opératoire**. Dans ce contexte, il est question également du **dossier patient**, dont l'AMMD réclame la réglementation depuis plusieurs années.
- Un grand souci concerne le fait que lors d'une demande d'introduction d'un nouvel acte médical dans la nomenclature, la commission de nomenclature se voit régulièrement posé devant un fait accompli : il est inévitable de lier les avis de la CPH et de la commission d'investissement CNS/EHL à la **consultation préalable de la commission de nomenclature quant aux activités médicales nouvelles projetées**. Les parties sont d'accord qu'il faut éviter de créer des situations où des coefficients d'actes doivent être fixés de sorte à mettre en relation a posteriori des actes prestés avec un salaire dû. L'AMMD propose une **commission d'arbitrage** en amont des nomenclatures, de la commission technique d'investissement et de la CPH pour garantir une gouvernance cohérente et harmonieuse du système de santé en fonction d'une priorisation de besoins objectifs.
- Il faut impérativement informatiser la **transmission des données** des médecins et autres professions.
- Une alternative est recherchée pour le système du « **vase communicant** ». Ce système, inscrit à l'article 65 du CSS, prévoit que les effets d'une modification du coefficient d'un acte figurant dans la nomenclature soient neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé. Les représentants des Ministères et des administrations publiques verraient comme solution de le remplacer par un coefficient d'ajustement, introduit pour rémunérer les médecins qui appliquent p. ex. le tiers payant avec transmission informatique des factures (gain de productivité pour la CNS), favorisent la chirurgie ambulatoire ou encore participent à des programmes divers.

L'AMMD demande à ce que l'article 65 CSS sur le vase communicant reste inchangé.

- Il y a lieu de revoir également le **décali de validité des mémoires d'honoraires**. En effet, à l'heure actuelle, le prestataire dispose de 2 ans pour envoyer son mémoire. À partir de la date de paiement, l'assuré est en droit de le présenter pendant 2 ans pour remboursement à la CNS.
- En ce qui concerne les **implants**, dentaires ou autres, l'AMMD informe le groupe de travail qu'à l'étranger, un prix de référence est déterminé pour le remboursement. Ainsi, le patient garde le choix de l'implant, tout en étant conscient du fait que sa participation sera, le cas échéant, plus élevée.
- Quant au **dossier électronique**, l'AMMD constate que l'outil électronique GECAMED n'est pas suffisamment utilisé par le corps médical. Les parties sont unanimes pour dire qu'il est inévitable qu'un outil informatique unique soit créé, éventuellement en collaboration avec le CRP. Il s'agit là d'un investissement important et il est clair que les cabinets médicaux ne peuvent pas changer d'outil informatique d'un jour à l'autre. Il y a lieu de considérer le problème du transfert des données d'un système vers l'autre ainsi que celui de la maintenance. En plus, il faut que l'outil choisi puisse être adapté plus tard à de nouvelles situations.

Validation du président du groupe de travail

Signature

Annexe 1 : CCAM

LA CCAM a un objectif double :

- construire une nomenclature de libellés codés, commune aux secteurs public et privé,
- refondre de manière globale et synchrone les honoraires médicaux afin d'élaborer une nomenclature cohérente et "neutre".

Propriétés de la CCAM

- La CCAM est exhaustive. Elle répertorie l'ensemble des actes médicaux et dentaires techniques validés, qu'ils soient tarifés ou non. La validité des actes est précisée par la société savante et confirmée in fine par l'Anaes.
- Elle est bijective c'est à dire qu'à un libellé correspond un code et un seul et réciproquement. Un acte pratiqué par plusieurs disciplines est décrit dans la CCAM par un libellé unique, consensuel entre toutes les sociétés savantes concernées.
- Elle est non ambiguë c'est à dire que chaque libellé définit précisément l'acte auquel il correspond sans possibilité d'interprétations divergentes.
- Elle est maniable. La CCAM doit être compréhensible par tous les utilisateurs et doit donc rester d'utilisation simple.
- La CCAM doit être évolutive de façon à s'adapter à l'évolution des pratiques et techniques.

Structures de la CCAM

La CCAM est classée par grands appareils et non par spécialités.

Elle comprend 17 chapitres :

- Système nerveux central, périphérique et autonome
- Oeil et annexes
- Oreilles
- Système cardiaque et vasculaire
- Système immunitaire et hématopoiétique
- Système respiratoire
- Système digestif
- Système urinaire et génital
- Actes concernant la procréation et la grossesse
- Système endocrine et métabolisme
- Système ostéoarticulaire et musculaire de la tête
- Système ostéoarticulaire et musculaire du cou et du tronc
- Système ostéoarticulaire et musculaire du membre supérieur
- Système ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur
- Système ostéoarticulaire et musculaire du corps entier
- Système tégumentaire
- Actes sans "localisation"

Chaque libellé comporte la mention de deux axes obligatoires :

- l'action,
- la topographie,

et de deux axes facultatifs :

- la voie d'abord,
- et la technique utilisée.

Projet de réforme de l'assurance-maladie et de l'organisation des soins de santé

Exemple : Biopsie / du rein / par voie transcutanée / sans guidage.

Il y a une harmonisation systématique des termes : les termes anatomiques de la CCAM sont par exemple ceux de la nomenclature anatomique internationale francisée.

Principes de la CCAM

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global : chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art.

La CCAM est conçue de telle sorte que le praticien puisse décrire son acte avec un seul code. Toutefois, il sera possible d'associer des actes sous certaines conditions.

L'élaboration de la CCAM a comporté plusieurs étapes :

- rédaction d'une liste de libellés,
- test sur sites des libellés,
- relecture par les sociétés savantes,
- vérification de la conformité des libellés à la norme européenne, de la terminologie française par la commission ministérielle de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé,
- étude par l'Anaes de la validité médicale des 300 actes les plus problématiques.

Suite à ces étapes, on dispose d'un référentiel d'environ 7100 actes techniques médicaux et dentaires.

Ces libellés ont été hiérarchisés en vue d'une refonte des honoraires en secteur libéral.

La CCAM possède la particularité remarquable d'être à la fois une nomenclature utilisée pour le paiement à l'acte des médecins français, et une classification des procédures de « deuxième génération »¹, qui en tant que telle rencontre un intérêt certain dans d'autres pays, comme en Allemagne ou en Autriche, par exemple.

¹ Rodriques, J.M. ; Trombert, B. ; Martin, C. ; Vercherin, P. Galen et la CCAM : Ontologie et système terminologique de troisième génération pour les interventions chirurgicales. Les auteurs considèrent les ICD9, ICD9-CM et ICD10 comme des classifications de première génération, car elles ne sont pas à indexation multiple, multi-hiérarchiques et à finalité multiple, comme le sont celles de deuxième génération.

Annexe 2 : TARMED

En Suisse, « pour la facturation à leurs patients, les médecins appliquent un tarif uniforme: le TARMED: Avec plus de 4600 positions, il comprend la quasi-totalité des prestations médicales et paramédicales fournies au cabinet médical et dans le domaine hospitalier ambulatoire.

Un certain nombre de points tarifaires est attribué à chaque prestation en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté et de l'infrastructure requise. En outre, le TARMED fait la distinction entre la prestation médicale et la prestation technique.

Chaque canton applique des valeurs différentes du point tarifaire puisque l'ouvrage tarifaire TARMED a repris les tarifs cantonaux d'origine en respectant la neutralité des coûts. Les cantons qui autorisent une remise directe des médicaments sont classifiés à un niveau inférieur à ceux qui n'admettent pas la propharmacie.

Les différentes positions des prestations dans le TARMED exigent une certaine valeur intrinsèque qualitative, c'est-à-dire des qualifications professionnelles précises requises par la Réglementation pour la formation postgraduée pour pouvoir facturer une certaine prestation à la charge de l'assurance sociale (titres de spécialiste, formations approfondies, certificats de formation complémentaire).

Le TARMED est en vigueur depuis le 1er janvier 2004 et ne cesse d'évoluer. »²

« Pour facturer leurs prestations à la charge des assurances sociales, les médecins nécessitent une certaine valeur intrinsèque qualitative. On entend par là la qualification professionnelle – c'est-à-dire les titres de spécialistes, formations approfondies et attestations de formation complémentaires tels qu'ils sont réglés dans Réglementation pour la formation postgraduée. Cette valeur intrinsèque qualitative est indiquée pour chaque prestation de l'ouvrage tarifaire TARMED. Le concept de valeur intrinsèque en constitue la base contractuelle:

Les médecins ont le droit de facturer des prestations selon la structure tarifaire TARMED pour autant qu'elles correspondent

- à leur valeur intrinsèque qualitative,
- à leur certificat de facturation* ou
- à la garantie des droits acquis.

* Les médecins sans titre de spécialiste se classent sous le titre de spécialiste qui correspond à leur principal domaine d'activité. »^{3 4}

« Sous la désignation « projet TARMED 2010 », TARMED Suisse prépare actuellement un projet de révision complet du TARMED. TARMED Suisse est la société chargée du maintien et du développement du TARMED sur le plan national; elle réunit des représentants de la FMH, de H+, de santésuisse et de la Commission des tarifs médicaux. Le projet comprend quatre projets partiels. L'un d'entre eux élabore une proposition de négociation pour obtenir une « simplification de la structure » du TARMED. »⁵ « La révision urgente de la structure tarifaire du TARMED est actuellement bloquée en raison de points de vue divergents quant à une convention sur la régulation des coûts et leurs effets. »⁶

« En décembre 2007, le Parlement a inclus les forfaits basés sur les prestations dans la LAMal⁷. A partir de 2012, les traitements stationnaires dans les hôpitaux devront être facturés en règle générale au moyen d'une structure de forfaits par cas uniforme, s'appliquant dans toute la Suisse. Ce système s'appelle SwissDRG et il est basé sur les G-DRG allemands. »⁸

² <http://www.fmh.ch/fr/tarifs/tarmed-tarif.html>

³ http://www.fmh.ch/fr/tarifs/tarmed_concept_intrinseque.html

⁴ http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife___Preise/TARMED/Dignitaet/Concetto_di_valore_intrinseco.pdf

⁵ http://www.primary-care.ch/pdf_f/2008/2008-19/2008-19-334.PDF

⁶ http://www.fmh.ch/files/pdf2/937_FMh_f_43.pdf

⁷ LAMal : Loi fédérale sur l'assurance-maladie

⁸ http://www.hplus.ch/fr/tarifs_prix/swissdrg/

**Projet de réforme de
l'assurance-maladie et de
l'organisation des soins de
santé**

Annexe 3 : Evolution des prestations de soins de santé de 1994 à 2010 ^{1) 2)}

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Prestations de soins de santé au Luxembourg	447,1	508,4	582,0	594,1	600,4	655,7
Soins médicaux	99,5	109,4	120,0	128,3	129,8	138,5
Soins médico-dentaires, prothèses, traitement orthodontique	25,7	26,0	27,6	28,3	28,6	30,4
Frais de voyage et de transport	4,1	5,3	7,4	6,8	4,9	5,4
Médicaments (secteur extra-hospitalier)	62,8	71,8	77,0	82,0	82,9	90,8
Soins des autres professions de santé	11,8	12,3	14,6	15,7	16,4	20,8
Moyens curatifs et adjuvants	12,6	15,2	16,9	17,9	18,5	19,2
Analyses de laboratoire (secteur extrahospitalier)	13,0	13,5	15,2	17,6	18,6	20,4
Rééducation et cures ³⁾	5,3	5,9	8,5	9,4	9,1	10,0
Soins hospitaliers	211,3	248,1	293,6	286,7	290,2	318,9
Médecine préventive	1,0	0,9	1,0	1,3	1,4	1,4
Prestations diverses	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prestations de soins de santé à l'étranger	108,9	103,5	86,9	98,0	103,6	112,6
Prestations servies en vertu de conventions internationales		90,5	84,0	95,0	99,9	108,6
Autres prestations à l'étranger	19,3	12,9	2,8	2,8	3,5	3,8
Frais de séjour à l'étranger	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Maternité	5,3	14,6	13,5	15,5	14,2	17,6
Prestations au Luxembourg	4,5	10,7	9,9	12,5	11,1	14,1
Prestations à l'étranger	0,8	3,9	3,5	3,0	3,1	3,5
Indemnités funéraires	3,2	3,3	3,5	3,5	3,5	3,5
TOTAL	564,5	616,8	685,8	711,1	721,8	789,4

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Prestations de soins de santé au Luxembourg	676,1	771,2	832,7	900,2	1031,4	1069,0
Soins médicaux	138,2	147,9	163,1	177,9	215,4	227,4
Soins médico-dentaires, prothèses, traitement orthodontique	30,2	32,7	38,8	41,8	48,2	49,4
Frais de voyage et de transport	4,6	5,2	5,8	6,3	6,8	6,9
Médicaments (secteur extra-hospitalier)	95,1	105,4	115,6	124,7	132,6	136,7
Soins des autres professions de santé	21,9	30,5	34,1	38,0	42,6	46,6
Moyens curatifs et adjuvants	18,1	18,8	21,7	24,0	25,3	26,5
Analyses de laboratoire (secteur extrahospitalier)	23,0	26,7	27,9	32,3	38,2	32,0
Rééducation et cures ³⁾	10,8	12,3	13,6	8,3	8,6	8,9
Soins hospitaliers	332,6	389,9	409,4	443,7	509,8	530,5
Médecine préventive	1,4	1,7	2,6	3,0	3,9	4,1
Prestations diverses	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Prestations de soins de santé à l'étranger	129,3	140,4	157,0	171,0	146,9	234,3
Prestations servies en vertu de conventions internationales	124,9	135,4	152,1	165,9	141,2	228,4
Autres prestations à l'étranger	4,2	4,9	4,7	4,9	5,4	5,7
Frais de séjour à l'étranger	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2
Maternité	19,3	18,5	21,9	22,4	23,3	26,3
Prestations au Luxembourg	15,3	14,7	15,7	16,2	18,1	19,7
Prestations à l'étranger	4,0	3,8	6,1	6,2	5,3	6,7
Indemnités funéraires	3,5	3,5	3,6	4,1	3,7	3,7
TOTAL	828,2	933,6	1015,2	1097,7	1205,4	1333,4

Projet de réforme de l'assurance-maladie et de l'organisation des soins de santé

	2006	2007	2008	2009 ⁴⁾	2010 ⁴⁾
Prestations de soins de santé au Luxembourg	1134,3	1206,5	1270,5	1351,3	1411,2
Soins médicaux	226,2	241,2	252,6	281,3	291,6
Soins médico-dentaires, prothèses, traitement orthodontique	51,4	53,8	55,7	60,7	63,5
Frais de voyage et de transport	7,3	7,1	7,4	8,4	9,0
Médicaments (secteur extra-hospitalier)	140,3	146,1	154,5	162,2	172,6
Soins des autres professions de santé	53,6	59,0	65,5	73,1	79,7
Moyens curatifs et adjuvants	29,3	34,6	33,7	37,2	41,1
Analyses de laboratoire (secteur extrahospitalier)	36,4	39,2	44,2	39,8	43,8
Rééducation et cures ³⁾	9,1	9,0	12,1	13,3	15,3
Soins hospitaliers	576,3	612,0	639,1	669,6	688,6
Médecine préventive	4,4	4,5	5,4	5,7	6,0
Prestations diverses	0,1	0,1	0,1	-	-
Prestations de soins de santé à l'étranger	203,5	233,7	253,6	283,8	292,0
Prestations servies en vertu de conventions internationales	197,3	227,6	246,8	276,2	283,9
Autres prestations à l'étranger	5,9	5,9	6,5	7,6	8,1
Frais de séjour à l'étranger	0,2	0,2	0,2	-	-
Maternité	31,5	31,0	36,8	40,1	40,4
Prestations au Luxembourg	23,4	21,4	24,7	25,8	26,4
Prestations à l'étranger	8,1	9,6	12,1	14,3	14,0
Indemnités funéraires	3,9	4,2	3,9	4,2	4,4
TOTAL	1373,2	1475,4	1564,8	1679,4	1748,0

¹⁾ Données comptables.

²⁾ Données ajustées en fonction des dotations et prélèvements aux provisions.

³⁾ Y compris la réadaptation en foyer de psychiatrie à partir du 01.01.2008.

⁴⁾ Estimations CNS (janvier 2010).