

Convention cantonale d'adhésion (CCA) à la Convention-cadre TARMED (CCT)

entre
santésuisse

et

la Société de médecine du canton de Berne dénommée ci-après «SMB»

Abréviations:

LAMal:	Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie
OAMal:	Ordonnance fédérale du 27.6.1995 sur l'assurance-maladie
CCT:	Convention-cadre TARMED du 05.06.2002 entre la FMH et santésuisse
CCA:	Convention cantonale d'adhésion à la convention-cadre TARMED
CPP:	Convention entre santésuisse et la FMH ainsi que les sociétés cantonales de médecine concernant le contrôle et le pilotage des prestations et des prix dans le domaine du TARMED (CPP national du 27.06.2005, signée le 26.09.2005)
SM:	Société(s) de médecine
N°RCC:	Numéro de registre du code créancier

Table des matières:

Préambule

Art. 1	Champ d'application à raison de la matière et du lieu
Art. 2	Adhésion à la convention / membres d'association (nouveaux membres) / non-membres
Art. 3	Finance d'adhésion / contributions aux frais généraux
Art. 4	Retrait de la convention
Art. 5	Registre des adhésions / retraits
Art. 6	Numéro EAN / numéro d'enregistrement (N° RCC)
Art. 7	Exclusion de médecins ou d'assureurs
Art. 8	Contrat de mandat / libre choix du médecin
Art. 9	Point tarifaire / Contrôle et gestion des prestations et des coûts
Art. 10	Facturation et rémunération
Art. 11	Données de statistique médicale
Art. 12	Cession du droit à la prestation
Art. 13	Assistanat au cabinet médical et remplacements
Art. 14	Engagement de médecins et collaboration sous la forme juridique d'une personne mo-rale
Art. 15	Médecins-conseils
Art. 16	Commission paritaire de confiance / Tribunal arbitral convenu par convention
Art. 17	Sanctions en cas de violation de la convention
Art. 18	Durée de la convention et dénonciation
Art. 19	Entrée en vigueur
Art. 20	Tarif cadre
Art. 21	Dispositions finales et dispositions transitoires
Art. 22	Approbation par les autorités

Préambule

¹ santésuisse et la FMH ont signé la CCT le 5 juin 2002. Le Conseil fédéral l'a approuvée le 30 septembre 2002.

² La valeur du point tarifaire est convenue par les parties au niveau supra-cantonal, cantonal ou régional et doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent (art. 11, 2^e al., CCT).

³ Si lesdites parties ne parviennent pas à s'entendre, la valeur du point tarifaire est fixée par le gouvernement du canton compétent.

⁴ Assureurs et médecins peuvent en outre édicter des dispositions supra-cantonales, cantonales ou régionales pour tout objet qui n'est pas réglé de manière exhaustive par la CCT (art. 2, 3^e al., CCT).

⁵ S'il apparaît que des dispositions de la CCT et/ou de ses annexes et leurs dispositions sont en contradiction avec celles de la présente convention et/ou de ses annexes, alors les dispositions de la CCT et/ou de ses annexes ont la préséance.

⁶ Les CPP cantonal et national font partie intégrante de la présente convention.

Art. 1 Champ d'application à raison de la matière et du lieu

¹ Cette convention règle les relations entre les médecins et les assureurs qui y ont adhéré par déclaration écrite (art. 2 CCA). L'article 22, 1^{er} al., CCA demeure réservé.

² La convention s'applique à toutes les prestations ambulatoires de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal qui figurent dans la structure tarifaire TARMED convenue entre les parties et approuvée par le Conseil fédéral et qui sont fournies en pratique privée dans le canton de Berne (art. 2, 1^{er} al., CCT).

³ Les médecins qui fournissent, sous leur propre nom, à leur propre compte et avec leur propre numéro de facturation, des prestations ambulatoires dans un hôpital ne sont pas soumis à la présente convention pour lesdites prestations.

Art. 2 Adhésion à la convention / membres d'association (nouveaux membres) / non-membres

¹ Peuvent adhérer à cette convention, les médecins et les assureurs qui ont adhéré à la CCT (art. 46, 2^e al., LAMal, en relation avec les dispositions transitoires de la CCT, art. 1, et de la CCA, art. 21, 1^{er} al.).

Membres d'association SMB (nouveaux membres)

² Les nouveaux membres de la SMB auxquels s'applique la CCT doivent, à leur admission, faire savoir par écrit s'ils désirent adhérer à la présente convention.

Non-membres de la SMB

³ Les médecins n'appartenant pas à la SMB peuvent adhérer à la présente convention, à condition d'avoir adhéré à la CCT (art. 5

CCT). L'adhésion à cette convention implique la pleine reconnaissance de celle-ci ainsi que de ses annexes. L'adhésion se fait par une déclaration écrite adressée à la SMB. Elle ne prend effet qu'après paiement de la finance d'adhésion (art. 3 CCA).

⁴ Les assureurs peuvent déclarer l'adhésion et le retrait indépendamment de l'affiliation à santé-suisse.

Art. 3 Finance d'adhésion / contributions aux frais généraux (art. 46, 2^e al. LA-Mal et art. 5 CCT)

¹ Tout médecin n'appartenant pas à la SMB doit payer à celle-ci une finance d'adhésion unique et une contribution annuelle aux frais généraux.

² Les modalités en sont définies à l'annexe A de la présente convention.

Art. 4 Retrait de la convention

¹ Tout médecin ou assureur peut se retirer de la convention moyennant un délai de six mois pour le 30 juin ou pour le 31 décembre de chaque année. Le médecin dans ce cas doit faire parvenir sa déclaration de retrait au secrétariat de la SMB dans le délai prescrit; l'assureur concerné doit faire parvenir sa déclaration de retrait à santé-suisse dans le délai prescrit.

² Si un médecin ou un assureur cesse d'adhérer à la CCT, il perd d'office son adhésion à la présente convention.

³ Si un médecin perd son adhésion à la SMB, il perd également sa qualité d'adhérent à cette convention à la prochaine échéance du délai de révocation conformément à l'art. 4, 1^{er} al., de la CCT, resp. Art. 4, 1^{er} al., de la CCA, pour autant qu'il n'y adhère pas en tant que non-membre (cf. art. 2, 3^e al., CCA).

Art. 5 Registre des adhésions et des retraits (art. 3, 3^e al. et art. 4 CCT)

¹ Les parties tiennent un registre des adhésions et des retraits.

² Toutes les mutations sont inscrites dans ce registre qui est déterminant pour les parties, mais aussi pour les tiers.

³ Les parties s'échangent leurs registres une fois par semestre.

Art. 6 Numéro EAN / numéro d'enregistrement (N° RCC) (Art. 6 CCT)

¹ La FMH délivre à tous les médecins un numéro EAN (numéro d'individualisation européen uniforme).

² En vertu du numéro EAN et des données reçues concernant le droit de facturation, santé-suisse attribue au médecin reconnu fournisseur de prestations, conformément à la LAMal, la CCT et la CCA, un numéro d'enregistrement (N° RCC) dont il se sert pour facturer à la charge de l'assureur. Le code EAN et le N° RCC doivent figurer sur chaque facture et chaque ordonnance (art. 10, 2^e al., let. a, CCA).

³ Les numéros d'enregistrement utilisés jusque-là peuvent être gardés.

⁴ santé-suisse remet le numéro d'enregistrement au médecin conventionné dans les 10 jours suivant la présentation de sa requête, accompagnée des documents prouvant qu'il est reconnu comme médecin fournisseur de prestations selon la CCT et la présente convention et moyennant paiement de la finance d'entrée (art. 6, 3^e al., CCT et art. 3 CCA).

Art. 7 Exclusion de médecins ou d'assureurs (art. 10, 1^{er} al., lit. f, CCT)

L'exclusion de médecins ou d'assureurs ne peut être demandée que pour des raisons graves. La partie à l'origine de la demande

doit exposer les motifs d'exclusion par écrit à la commission paritaire cantonale (art. 16 de la présente CCA). Cette dernière se charge d'une procédure selon l'art. 16 et annexe E. La décision peut faire l'objet d'un recours auprès du tribunal arbitral cantonal en vertu de l'art. 89 LAMal.

Art. 8 Contrat de mandat / libre choix du médecin

¹ Les relations entre médecin et patient se fondent sur le droit du mandat simple (cf. art. 394 ss CO).

² Le libre choix du médecin par l'assuré est expressément garanti par les parties. Demeurent ré-servées les restrictions de ce choix liées aux dispositions légales (actuellement les formes particulières d'assurance, art. 62 LAMal).

Art. 9 Point tarifaire / Contrôle et pilotage des prestations et des coûts

¹ La valeur et l'adaptation du point tarifaire est fixée selon les dispositions de l'annexe B (CPP cantonal).

² Si, pendant la durée de validité de la convention, les assureurs et les prestataires décident d'un changement du tiers garant au tiers payant, ou du tiers payant vers le tiers garant, il faut tenir compte logiquement de la modification de volume causée par le changement lors du calcul prévue par le CPP national. Le bureau de gestion national CPP prend les mesures nécessaires à cet effet.

Art. 10 Facturation et rémunération (art. 42 LAMal et art. 11 CCT)

¹ Pour la durée de la convention, les parties conviennent de la facturation selon le système du **tiers garant**. Dans ce cas, les assurés ont un droit au remboursement envers l'assureur. Contrairement à l'article 22, al. 1 LPGA, ce droit peut être cédé au prestataire de soin.

² Des assureurs individuels et des prestataires de soin individuels peuvent convenir, contrairement à l'al. 1, que l'assureur doit le remboursement de la prestation (système du tiers payant). L'assuré reçoit une copie de la facture qui a été remise à l'assureur. Lors d'un tel changement de système, resp. avec ce mode de remboursement, aucun inconvénient ne doit en découler pour l'assureur, le prestataire de soin et le patient.

³ Lors du changement du mode de remboursement, le prestataire de soins informe le patient de manière correcte.

⁴ Conformément à l'art 11, al. 8, de la CCT, la facture doit contenir les indications suivantes:

- nom et adresse du médecin, n° RCC et n° EAN;
- nom, adresse, date de naissance et, si possible, n° d'assuré du patient;
- raison du traitement (maladie, accident, maternité ou infirmité congénitale);
- calendrier des prestations;
- positions tarifaires, n° et dénomination;
- points tarifaires, valeurs du point tarifaire, montant total par tarif;
- diagnostic selon le code de diagnostic convenu;
- indication des prestations non prises en charge par la LAMal;
- date de la facture.

⁵ En règle générale les médecins facturent au plus tard tous les trois mois. Afin de permettre à l'assureur un décompte correct des prestations à la fin d'une année civile, il est recommandé aux médecins de facturer leurs prestations à la fin d'une année civile,

resp. que les prestations mentionnées sur leurs factures soient présentées avec indication de l'année civile.

Art. 11 Données de statistique médicale

santésuisse permet aux différents médecins, resp. à la SMB, l'obtention de statistiques et de commentaires individuels.

Art. 12 Cession du droit à la prestation

¹ Pour les mauvais payeurs notoires, après des rappels sans succès et en présence de soupçons fondés que le remboursement de l'assureur maladie est utilisé par l'assuré pour d'autres buts (p.ex. achat de drogue), le médecin peut exceptionnellement faire usage de la possibilité d'obtenir de l'assuré la cession du droit à la prestation de son assureur, et de le notifier à l'assureur (accord SMB et Association cantonale bernoise des assureurs maladie du 13.12.1993, ch. 3, qui diverge de l'art. 12 CCT). La notification doit être remise en même temps que la facture à l'assureur.

² Les litiges concernant cette cession relèvent en première instance, soit de la commission paritaire cantonale de confiance.

Art. 13 Assistance et remplacement au cabinet médical (art. 8 CCT)

¹ Le médecin est en principe tenu de fournir ses prestations personnellement.

² Il peut cependant, sous réserve de la législation cantonale, engager un assistant ou un remplaçant.

³ Un assistant en formation postgraduée peut être engagé pour une période de 6 mois au maximum. Demeurent réservées d'autres solutions proposées par la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP). Le détenteur du cabinet médical indique à santésuisse le numéro EAN et la durée de l'engagement de l'assistant.

⁴ En cas d'absences journalières régulières connues à l'avance et d'absences pour vacances dépassant 15 jours, le nom et la valeur intrinsèque du remplaçant doivent être communiqués à santésuisse. Si le remplacement dure plus de 6 mois, le remplaçant doit demander son propre numéro d'enregistrement.

⁵ Des remplaçants au sens de l'art. 13, 4^e al., CCA peuvent notamment être engagés en cas d'impossibilité momentanée d'exercer à titre personnel, ou pour assurer l'intérim au cabinet médical en cas d'incapacité de travail durable ou lors du décès du médecin, afin de permettre la reprise du cabinet par un successeur.

⁶ Le médecin, détenteur du numéro RCC, est responsable dans le cadre de la présente convention de l'activité médicale de son remplaçant ou assistant.

⁷ Le délai de 6 mois selon l'art. 13, 3^e al., CCA peut exceptionnellement être prolongé par santésuisse.

Art. 14 Engagement de médecins et collaboration sous la forme juridique d'une personne morale (art. 9 CCT)

¹ L'engagement d'un médecin sous la responsabilité et la surveillance du médecin qui l'engage est autorisé.

² Le médecin qu'il est prévu d'engager doit être annoncé à santésuisse et à la FMH avant son entrée en fonction. Au moment de son engagement, il doit satisfaire aux exigences des articles 36 LAMal et 38 OAMal.

³ La collaboration sous la forme juridique d'une personne morale (SA, société en commandite, Sàrl, coopérative, association, etc.) est possible.

⁴ Lorsque plusieurs médecins exercent sous un même numéro d'enregistrement, ils sont solidairement responsables à l'égard des assureurs-maladie en cas de comportement non conforme à la convention.

⁵ Les prestations fournies doivent pouvoir être attribuées aux divers médecins au moyen du numéro EAN de manière telle qu'il ressorte de la facture quel est le médecin principalement responsable des prestations fournies.

⁶ L'engagement de médecins et la collaboration sous la forme juridique d'une personne morale sont soumis à la législation cantonale et aux conventions entre médecins et assureurs sur le plan supracantonal, cantonal ou régional.

Art. 15 Médecins-conseils

¹ Les médecins-conseils sont soumis aux dispositions de la convention sur les médecins-conseils conclue entre santésuisse et la FMH. Actuellement, la version du 14 décembre 2001 est applicable.

² Après avoir consulté les sociétés cantonales de médecine, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues à l'art. 36 LAMal et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins (art. 57, 1^{er} al., LAMal).

³ Les médecins-conseils appelés à exercer dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège (art. 57, 2^e al., LAMal).

⁴ Une société cantonale de médecine peut récuser pour de justes motifs un médecin-conseil exerçant dans toute la Suisse (art. 57, 3^e al., LAMal); dans ce cas, l'affaire doit être portée devant la commission paritaire cantonale (art. 16 de la présente CCA).

⁵ Si le médecin-conseil examine lui-même l'assuré, il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen (art. 57, 6^e al., LAMal).

⁶ santésuisse s'engage à exiger des assureurs au 1^{er} janvier de chaque année une liste comprenant les adresses et les numéros de téléphone des services de médecins-conseils ou des médecins-conseils compétents pour chaque canton et de la mettre à disposition de la SMB sur Internet.

Art. 16 Commission paritaire de confiance

¹ Les parties créent ensemble une Commission paritaire de confiance en se référant à l'art. 17 de la CCT. Les détails (composition, compétence, procédure) s'orientent selon un règlement séparé (annexe D). Les dispositions des al. 2 à 6 restent réservées.

² La SMB nomme ses représentants et santésuisse ceux des assureurs.

³ Les parties à la convention élisent un président neutre et choisissent le cas échéant ensemble un secrétariat. Les coûts pour la présidence et le secrétariat sont répartis pour moitié à la charge de chacune des parties.

⁴ La Commission paritaire de confiance n'est expressément pas responsable de la procédure de contestation des forfaits contre des médecins individuels qui s'appuient sur la statistique des facturations de santésuisse. Ces procédures doivent être soumises directement au tribunal arbitral cantonal régulier concerné selon l'art. 89 LAMal.

⁵ Les parties à la convention et leurs membres ainsi que les médecins et assureurs qui ont adhéré individuellement à la convention s'engagent à se soumettre à la procédure de la Commission paritaire de confiance. Les procédures conformément au 4^e al. restent réservées.

⁶ Les parties à la convention indemnisent leurs propres représentants.

Art. 17 Sanctions en cas de violation de la convention (art. 10 CCT)

¹ Lorsqu'un médecin ou un assureur conventionné contrevient aux dispositions de la présente convention, à ses annexes ou aux dispositions légales de la LAMal (notamment au devoir de répercuter les avantages perçus conformément à l'art. 56, 3^e al. LAMal) et de ses ordonnances, la Commission paritaire de confiance peut prendre les sanctions suivantes (art. 16 CCA):

- avertissement écrit;
- non-remboursement de prestations facturées à tort;
- demande de restitution de prestations d'assurance indûment encaissées;
- paiement de prestations d'assurance refusées à tort;
- amende jusqu'à Fr. 50'000.-;
- exclusion de la convention;
- publication dans les organes de presse des parties à la convention.

² Les diverses sanctions peuvent être cumulatives.

³ Le dépôt d'une plainte pénale en cas de soupçon d'infraction demeure expressément réservé.

Art. 18 Durée de la convention et dénonciation (art. 46, 5^e al., LAMal et art. 18 CCT)

¹ La présente convention, avec ses annexes, entre en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et remplace la CCA du 16 mai 2006. Elle peut être résiliée, dans le respect d'un délai de 6 mois, pour la fin d'une année civile, mais pour la première fois au 31 décembre 2008, par l'une des deux parties contractantes. Si la convention n'est pas résiliée dans le délai fixé, elle reste en vigueur pour une nouvelle année chaque fois.

² Les annexes A, B et D peuvent être résiliées indépendamment de la CCA. Le délai est le même qu'au paragraphe 1 ci-dessus.

³ Si la CCT est résiliée, la présente convention est aussi considérée comme résiliée pour la même date.

Art. 19 Entrée en vigueur

Depuis l'introduction de la nouvelle structure tarifaire TARMED (01.01.2004), les prestations pour les analyses, la logopédie, la physiothérapie et l'ergothérapie doivent être facturées selon les tarifs fédéraux correspondants (art. 20 CCT).

Art. 20 Tarif-cadre (art. 48 LAMal)

Si les parties ne parviennent pas à établir une convention cantonale d'adhésion, si celle-ci est dénoncée, ou si la CCT du 5 juin 2002 est dénoncée et qu'elle n'est pas remplacée par une nouvelle CCT, les parties proposent aux autorités d'approbation de fixer comme tarif-cadre une valeur du point tarifaire de +/- 2 centimes au sens de l'art. 48 LAMal.

Art. 21 Dispositions finales et dispositions transitoires

Tout médecin membre de la SMB et affilié à la CT au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention y adhère d'office,

à moins que, par une déclaration adressée au secrétariat de la dite société dans un délai de 30 jours après approbation de la convention par l'assemblée des membres ou l'assemblée générale, il ne renonce à être conventionné (dispositions transitoires art. 1 CCT).

Art. 22 Approbation officielle

¹ La présente convention et ses annexes doivent être approuvées par le gouvernement du canton de Berne.

² Si l'autorité d'approbation ou l'instance de recours compétente refusent d'approuver la présente convention et/ou ses annexes essentielles, ladite convention et ses annexes deviennent sans objet pour les parties. Les annexes B et C sont considérées comme essentielles!

Berne, 22 juin 2007

Société de médecine du canton de Berne

Dr. med. J. Schlup
Le Président

Dr. iur Th. Eichenberger
Le Secrétaire

santésuisse

Ruth Humbel Näf
Directrice régionale Centre

Thomas Linder
Secrétaire général Berne

Annexes:

- A. Finance d'adhésion et contribution annuelle aux frais généraux pour les non-membres d'association
- B. Accord entre la Société de médecine du canton de Berne et santésuisse concernant la valeur du point taxe ainsi que le contrôle et le pilotage des prestations et des prix (CPP cantonal)
- C. Convention entre santésuisse et la FMH ainsi que les associations cantonales de médecine concernant le contrôle et le pilotage des prestations et des prix dans le domaine du TARMED (CPP national)
- D. Règlement de la commission paritaire de confiance.

ANNEXE A

Finance d'adhésion et contribution annuelle aux frais généraux pour les non-membres

Conformément à l'art. 46, 2^e al. LAMal, à l'art. 5 de la CCT, à l'art. 6 de l'annexe 5 CCT, ainsi qu'à l'art. 3 de la CCA, la Société de médecine du canton de Berne (SMB) et santésuisse conviennent des points suivants:

1. La SMB prélève une finance d'adhésion et une contribution annuelle aux frais généraux auprès des non-membres.
2. Ces contributions servent à couvrir les frais des négociations contractuelles, de la conclusion de la convention et de son exécution, des bases de données nécessaires pour les annexes B et C de la convention cantonale d'adhésion (valeur du point, valeur initiale du point et paramètres de la neutralité des coûts), de la mise en place de la convention ainsi que de l'activité de la Commission paritaire cantonale, dans la mesure où celle-ci doit assumer des tâches en relation avec cette convention.
3. La finance d'adhésion pour les non-membres se monte au maximum à 60% – pour l'année de l'introduction du TARMED et de la CCA à un maximum de 80% – de la cotisation annuelle de membre de la SMB.
4. La contribution annuelle aux frais généraux pour les non-membres s'élève à 50% au maximum de la cotisation de membre annuelle de la SMB. Cette contribution n'est exigée que dès la deuxième année d'affiliation. Au cours de la phase

de neutralité des coûts, la contribution annuelle aux frais généraux peut être perçue, selon les dépenses de la SMB, à un maximum de 80% de la cotisation annuelle de membre.

5. La finance d'adhésion et la contribution annuelle aux frais généraux sont fixées dans le cadre des sommes maximales exigibles (ch. 3 et 4) de manière indépendante par la SMB.
6. En cas de retrait d'un non-membre de la convention au cours de l'année, la contribution annuelle totale est échue.
7. La finance d'adhésion et la contribution annuelle aux frais généraux doivent être versées à l'avance et sont exigibles dès réception de la déclaration d'adhésion ou au 31.12, soit avant le début de l'année civile.
8. La convention d'adhésion cantonale cesse d'être applicable lorsque la contribution annuelle aux frais généraux n'est pas payée malgré deux rappels, à l'issue d'un délai de 30 jours après le deuxième rappel. Le rappel au non-membre doit faire état explicitement de cette sanction. A l'issue de ce délai, le droit de facturer est retiré au non-membre.

Berne, le 22 juin 2007

Société de médecine du canton de Berne

Dr. med. J. Schlup
Le Président

Dr. iur. Th. Eichenberger
Le Secrétaire

santésuisse

Ruth Humbel Näf
Directrice régionale Centre

Thomas Linder
Secrétaire général Berne

ANNEXE B

Convention

entre **santésuisse** et **Société de médecine du canton de Berne** (dénommée ci-après «SMB») concernant

la valeur du point tarifaire ainsi que le contrôle et le pilotage des prestations et des prix (CPP cantonal)

1 Domaine d'application et adhésion à la convention**1.1 Domaine d'application personnel**

La présente annexe à la convention cantonale d'adhésion (CCA) s'applique d'une part aux parties contractantes, c.à.d.

- l'association des assureurs maladie suisses (santésuisse)
- la Société de médecine du canton de Berne ainsi que d'autre part
- aux médecins ayant adhéré à la convention cadre TARMED (CCT) et à la CCA cantonale (ci-après: médecins conventionnés¹)
- aux assureurs ayant adhéré à la CCT et à la CCA (ci-après: assureurs conventionnés).

1.2 Domaine d'application concret

¹ La présente annexe vise à mettre en pratique le pilotage des prestations et des prix et à convenir de la valeur du point tarifaire cantonal.

² Le CPP national fait partie intégrante de la présente annexe. Les parties s'engagent à appliquer les règles du CPP national pour convenir de la future valeur du point tarifaire.

¹ Dans l'intérêt d'une meilleure lisibilité, seule la forme masculine est utilisée dans la présente convention; celle-ci s'applique néanmoins aussi au sexe féminin.

1.3 Adhésion et dénonciation

Les art. 2 et 4 de la CCA s'appliquent pour l'adhésion et la résiliation, en comparaison avec le chiffre 4 de la présente annexe (dispositions finales et transitoires).

2 Valeur du point tarifaire

¹ La valeur du point tarifaire se monte à CHF 0.86. au 1^{er} janvier 2008.

² Les coûts estimés déterminants pour en déduire la valeur du point tarifaire selon l'art. 2.3, 1^{er} al., du CPP national se montent à CHF 579.29 par assuré pour 2008.

3 Résiliation

¹ Si la CCT est résiliée, la CCA et ses annexes sont considérées comme résiliées pour la même date (art. 18, 2^e al. CCA).

² Si la CCA est résiliée, la présente annexe l'est également pour la même date.

³ Si seule le CPP cantonal (annexe B de la CCA) est résiliée, la

CCA ainsi que les autres annexes continuent à s'appliquer. Par contre le CPP national perd sa validité comme élément intégré à cette convention.

⁴ Le chiffre 2 de cette annexe (valeur du point tarifaire) peut être résilié séparément, c.à.d. sans résiliation des autres dispositions de l'annexe. Dans ce cas, le CPP national (annexe C) et les autres dispositions de cette annexe restent valables.

⁵ Dans tous les cas les dispositions de résiliation selon l'art. 18, 3^e et 4^e al. CCT s'appliquent.

⁶ Si une recommandation de pilotage par le bureau directeur est disponible d'ici à août, le chif. 2 de cette annexe (valeur du point tarifaire) peut exceptionnellement être résilié au 30.6. de l'année suivante dans le respect d'un délai de 6 mois.

4 Dispositions finales et dispositions transitoires

¹ Tous les médecins qui sont membres de la SMB et à qui s'applique la CCT et la CCA sont affiliés à la présente convention au

moment de son entrée en vigueur, à moins que, par une déclaration adressée au secrétariat de ladite société dans un délai de 30 jours après réception de la convention ou après sa publication dans l'organe de la société, ils ne renoncent à être conventionnés (dispositions finales et transitoires de l'art. 21 CCA).

² La présente annexe entre en vigueur au 1^{er} janvier 2008 et nécessite l'approbation du Conseil-exécutif du canton de Berne.

Berne, le 22 juin 2007

Société de médecine du canton de Berne

Dr. med. J. Schlup
Président

Dr. iur. Th. Eichenberger
Secrétaire

santésuisse

Ruth Humbel Näf
Directrice Région centre

Thomas Linder
Secrétaire général Berne

ANNEXE C

Contrat

entre **santésuisse** et la **FMH** ainsi que

les Sociétés cantonales de médecins concernant

le contrôle et le pilotage des prestations et des prix dans le domaine du TARMED

(CPP national)

Préambule

Les parties contractantes visent les objectifs suivant à l'aide du présent contrat:

- L'évolution des coûts des prestations LAMal figurant dans le TARMED (art. 2 de la convention-cadre TARMED) doit faire l'objet d'une surveillance et d'un pilotage durables, dont les modalités sont définies par contrat, qui tiennent à la fois compte de critères relatifs aux prestations et de modifications des coûts de revient.
- Les données et les expériences recueillies par les parties en constituent la base.
- Convenir d'une réglementation pour succéder à la «Convention relative à la neutralité des coûts» selon l'annexe 2 de la convention-cadre TARMED qui arrive à échéance fin 2005.
- Remplacer les annexes «Valeur du point tarifaire» et «Valeur du point tarifaire initial et paramètres de la neutralité des coûts» des contrats d'adhésion cantonaux.
- Convenir d'une réglementation transitoire permettant un contrôle et un pilotage entre mi-2005 et fin 2006, et garantissant un passage en bonne et due forme de la «Convention relative à la neutralité des coûts» au présent contrat (CPP).
- Déterminer une fourchette de coûts pour une période définie (ci-après «fourchette de coûts») permettant de procéder et de mettre en oeuvre les éventuelles adaptations indispensables de la structure tarifaire (reengineering).
- Lors de la détermination de cette fourchette de coûts, il sera entre autres tenu compte:
 - A) de l'évolution démographique;
 - B) des modifications de la structure de la demande;
 - C) des interventions ciblées dans la structure de l'offre;

D) des modifications du catalogue des prestations;

E) des modifications des conditions légales;

- L'objectif à moyen terme est la convergence ciblée de l'indemnisation des prestations en tenant compte des habitudes de facturation.
- La réglementation des compétences en matière de contrats tarifaires qui est prévue aux art. 46 et 47 LAMal n'en est pas affectée.
- Déterminer notamment la structure, l'organisation, les compétences et le financement du bureau de pilotage.
- Définir les règles de recours contre les décisions de la CPI.
- Attribuer les compétences en matière de développement / modification de la structure tarifaire TARMED.

1 Champ d'application

1.1 Champ d'application personnel

Le présent contrat s'applique d'une part aux parties contractantes, c.-à-d.

- à la Fédération des médecins suisses (FMH)
- à l'association des assureurs-maladie suisses (santésuisse)
- aux Sociétés cantonales de médecins signataires

et d'autre part aux

- médecins ayant adhéré à la convention-cadre TARMED (CC) et à un contrat d'adhésion cantonal (CA) (ci-après: médecins conventionnés¹)
- assureurs ayant adhéré à la CC et à un CA (ci-après: assureurs conventionnés).

¹ Dans l'intérêt d'une meilleure lisibilité, seule la forme masculine est utilisée dans la présente convention; celle-ci s'applique néanmoins aussi au sexe féminin.

1.2 Champ d'application matériel et géographique

Le champ d'application est défini selon les art. 2 CC et art. 1 du CA correspondant à la CC. Ces dispositions régissent également les conditions d'admission.

1.3 Constitution de régions

Si les directions des affaires sanitaires et les parties contractantes concernées sont d'accord, plusieurs cantons et/ou demi-cantons peuvent se regrouper en régions. Dans ce cas, des valeurs moyennes pondérées sont définies pour le contrôle des prestations et des prix.

2 Mise en œuvre du contrat sur les prestations et les prix

2.1 Base des prestations (dividende)

¹ Toutes les prestations aos selon TARMED, fournies par des médecins conventionnés et payées en l'espace d'un mois civil par les assureurs conventionnés, font partie de la base des prestations. Les coûts doivent être indiqués par canton/région (communauté conventionnée). Le critère de délimitation est toujours la date de début du traitement.

² Ne font pas partie de la base des prestations celles qui relèvent de modèles d'assurances particuliers et qui sont indemnisées forfaitairement.

³ Sont également contrôlées toutes les prestations aos, fournies (groupe¹) et/ou prescrites (groupe²) par des médecins conventionnés et payées en l'espace d'un mois civil par les assureurs conventionnés dans le domaine des analyses¹⁺², des moyens et prestations¹, des médicaments⁺², de la physiothérapie¹⁺², et autres prestations, à condition qu'elles puissent être isolées statistiquement.

2.2 Paramètre (diviseur)

¹ Le paramètre retenu est le nombre d'assurés par canton/région de domicile selon le pool de données de santésuisse. Pour déterminer les assurés, le pool de données de santésuisse s'appuie

sur les définitions de l'institution commune conformément au document «Guide pour l'établissement des données nécessaires à la compensation des risques». Les prestations fournies à des assurés ayant conclu des modèles d'assurance particuliers, qui sont indemnisées forfaitairement, ne sont pas prises en compte dans le paramètre tant que l'erreur statistique est négligeable. Elles sont indiquées séparément.

² Le paramètre dépend davantage du degré de couverture de l'assureur conventionné et des transferts éventuels de groupes d'assurés vers un modèle d'assurance particulier que la base des prestations. Il convient donc de tenir compte de la modification de ces deux paramètres et de les surveiller.

2.3 Base de comparaison (coûts réels vs. coûts théoriques)

¹ Les coûts réels de l'année 2003 constituent la valeur de départ. Les coûts théoriques d'avril 2004 à mars 2005 sont calculés à partir des coûts réels de l'année 2003 majorés de 1,875% (correspond à $1\frac{1}{4} \times$ le facteur de correction \times_2 selon l'annexe 2 CC).

² Les coûts théoriques d'avril 2005 (t-1) à mars 2006 (t) sont formés à partir des coûts théoriques d'avril 2004 (t-2) à mars 2005 (t-1), corrigés du facteur de correction \times (selon le point 2.4) et de la prise en compte éventuelle de la différence par rapport à la valeur cible définie (coûts supérieurs ou inférieurs durant l'année précédente).

³ Les coûts théoriques définis peuvent être corrigés dans des cas fondés et documentés (données à l'appui!). Le partenaire contractuel concerné (santésuisse ou la société cantonale de médecins) fait une demande correspondante sur laquelle le bureau de pilotage doit statuer.

2.4 Facteur de correction X

¹ Le facteur de correction X doit permettre d'indemniser les modifications de coûts sectorielles.

² La pondération et le montant des divers facteurs sont définis de manière centralisée par le bureau de pilotage sur la base de critères uniformes. Des différenciations cantonales sont possibles.

Type de traitement (type de partenaire)	Catégorie de tarif	Type de coûts / prestations	No LAR dès 2004	No LAR dès 2003
Médecin, ambulatoire (tous les sousgroupes selon le rcc)	TARMED (dès 2004)	Traitement médical	011*	011
	LS	Médicaments	050	050
	OPAS	LiMA	052	052*
	Physiothérapie	Physiothérapie (tarif fédéral)	053	053*
	Liste des analyses	Analyses	054	–
	Autres tarifs	Autres tarifs ambulatoires	055*	–
		Prestat. stationnaires chez le méd.	056*	–
	Inconnu		999	999
	Autres tarifs ambulat.**	Dentiste, chiropraticien, etc.	001-998	001-998

* non évaluable statistiquement durant l'année d'introduction

** types de coûts existants qui ne sont cependant pas habituels chez les médecins

Abréviations	Base des prestations	BP	Physiothérapie	P = LAR 053
	Total des prestations facturées	PR	Analyses	A = LAR 054
	Type de partenaire	TP	Tarifs stat.	Tstat = LAR 056
	Médicaments	M = LAR 050	Capitation	Cap
	LiMA	MA = LAR 052		

³ Le montant du facteur de correction repose sur des composantes spécifiques $x_i - x_n$ (p.ex. nouvelles prestations obligatoires, progrès médical, évolution démographique, meilleure efficacité des soins médicaux, évolutions structurelles de l'offre et de la demande, paramètres d'évaluation de l'évolution des prestations, convergence dans l'indemnisation des prestations, conséquences des modifications des conditions légales), l'évolution effective des années précédentes devant être prise en compte.

⁴ Les paramètres pour évaluer l'évolution des prestations (conformément à la convention complémentaire à la CC, annexe 3, du 1^{er} novembre 2003) sont intégrés dans les indications obligatoires du formulaire de facturation uniforme. Les parties peuvent convenir d'une réglementation divergente dans certains cas.

2.5 Base de données

¹ Aux fins du contrôle, santésuisse met à disposition chaque trimestre les données mensuelles préparées à partir de son pool de données.

² Les données pour la détermination du facteur de correction, notamment les paramètres pour l'évaluation de l'évolution des prestations, peuvent être fournies par les parties contractantes. A cet égard, les parties ont réparti comme suit les compétences clés au niveau de la livraison et de la préparation des données:

- Coûts totaux: santésuisse
- Effectif des assurés: santésuisse
- Importation/exportation des prestations: santésuisse
- Données relatives aux prestations individuelles, paramètres des prestations: parties contractantes médicales

³ Seuls peuvent être pris en compte les paramètres pour l'évaluation desquels les parties disposent des données requises (p.ex. valeurs intrinsèques) sous une forme électronique, dans une banque de données mise à jour.

⁴ Les données doivent être préparées pour toutes les communautés conventionnées et leur être communiquées.

3 Définitions techniques

3.1 Base des prestations (dividende)

¹ Les calculs reposent sur les évaluations issues du pool de données de santésuisse, mais l'évaluation doit également tenir compte des données recueillies par les fournisseurs de prestations. La transparence réciproque des données et des calculs doit être garantie. Les données mensuelles préparées chaque trimestre à partir du pool de données de santésuisse sont utilisées pour réaliser le contrôle (voir tableau en bas).

² En raison de l'introduction du TARMED le 1.1.2004, la base des prestations doit être répartie sur deux périodes. La phase 1 s'applique si un mois au moins de la base des prestations se situe avant l'introduction:

a) Délimitation de la phase 1 (une partie des coûts théoriques provient de l'année de traitement 2003):

- Pour des raisons statistiques et techniques, tous les coûts bruts payés par les assureurs conventionnés au titre de l'aos (prestations ambulatoires TARMED de même que analyses, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, moyens et appareils, etc., mais sans les médicaments) pour des prestations fournies par les médecins conventionnés, font partie de la base des prestations. Ces coûts doivent être ventilés par canton/région et par groupe conventionné. Le critère de délimitation est respectivement la date de début du traitement.
- Ne font pas partie de la base des prestations celles qui relèvent de modèles d'assurance particuliers avec une indemnisation forfaitaire.

- Sont également contrôlées toutes les prestations aos payées par les assureurs conventionnés dans le domaine des analyses, des médicaments, de la physiothérapie, et qui ont été fournies ou prescrites par des médecins conventionnés.
- Formule pour la base des prestations:

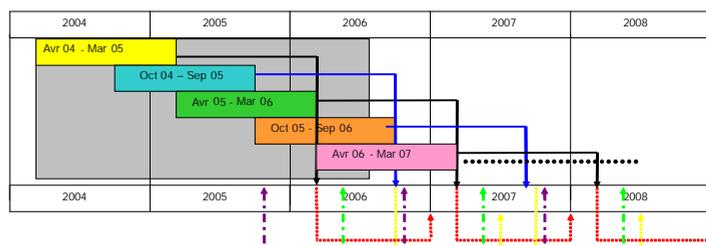
$$BP = PR_{TP\ Médecins} - M - Cap$$

b) Délimitation de la phase 2 (la totalité des coûts théoriques concerne l'année de traitement 2004):

- Pour des raisons statistiques et techniques, tous les coûts bruts payés par les assureurs conventionnés au titre de l'aos (prestations ambulatoires TARMED de même que ergothérapie, logopédie, etc., mais sans les médicaments, analyses, physiothérapie, moyens et appareils et les tarifs stationnaires) pour des prestations fournies par les médecins conventionnés, font partie de la base des prestations. Ces coûts doivent être ventilés par canton/région et par groupe conventionné. Le critère de délimitation est la date de début du traitement.
- Ne font pas partie de la base des prestations celles qui relèvent de modèles d'assurance particuliers avec une indemnisation forfaitaire.
- Sont également contrôlées à partir de l'année de traitement 2004 toutes les prestations aos payées par les assureurs conventionnés dans le domaine des analyses¹⁺², des moyens et des appareils¹, des médicaments¹⁺², de la physiothérapie¹⁺², et autres, à condition qu'elles puissent être délimitées statistiquement, qui ont été fournies (groupe¹) et / ou prescrites (groupe²) par des médecins conventionnés.
- Dans la mesure où des prestations dans les domaines de l'ergothérapie, de la logopédie, etc. sont, au moyen de méthodes statistiques appropriées et susceptibles de plausibilisation, séparables des autres prestations, des délimitations supplémentaires peuvent être convenues lors de la détermination de la base des prestations.
- Formule pour la base des prestations:

$$BP = PR_{TP\ Médecins} - M - MA - P - A - T_{stat} - Cap$$

4 Concept technique de mise en œuvre



- Légendes**
- Recommandation de pilotage: nouvelle VPT obligatoire à partir du 1.01.
 - Réunion de février: comparaison coûts réels et coûts théoriques
 - Recommandation de pilotage si nécessaire: nouvelle VPT à partir du 1.07.
 - Réunion d'août: comparaison des coûts réels et théoriques.
 - Réunion de mai: correction des coûts théoriques X pour la prochaine période.
 - Réunion de nov.: pas de contenu défini pendant les deux premières années.
 - Double méthode de mesure jusqu'à mars 2006: selon la convention sur la neutralité des coûts, annexes 2 et le CPP.

5 Traitement du contrôle des prix et des prestations

5.1 Comparaison des coûts théoriques/réels et recommandation pour la valeur du point tarifaire

¹ Les coûts théoriques/réels sont comparés. Si cette comparaison fait ressortir un écart, le bureau de pilotage émet une recommandation pour la valeur du point tarifaire (VPT).

² Le déroulement chronologique de la comparaison des coûts théoriques/réels est représentée graphiquement au point 4 (concept technique de mise en œuvre).

5.2 Mesures de correction

¹ Si le contrôle de la situation théorique/réelle d'une communauté conventionnée révèle un écart par rapport à la marge de tolérance, le bureau de pilotage vérifie si la VPT doit être adaptée. S'il estime que oui, il recommande à la Société de médecins cantonale concernée et à santésuisse de convenir une modification de la valeur du point tarifaire et de la faire approuver par le gouvernement cantonal.

² Les recommandations du bureau de pilotage concernant des adaptations de la VPT doivent impérativement être formulées en février pour être mises en œuvre au 1er janvier de l'année suivante et si nécessaire en août pour une mise en œuvre au 1.07. de l'année suivante.

5.3 Mécanisme de correction

Si une correction doit être effectuée, la nouvelle VPT est calculée de telle sorte que le volume de points tarifaires cumulé, pondéré à l'aide de la nouvelle VPT, atteigne les coûts théoriques.

6 Le bureau de pilotage

6.1 Tâches et compétences

¹ Le contrat sur les prestations et les prix est mis en œuvre par un bureau de pilotage national financé conjointement, qui applique des critères et des définitions techniques uniformes. Le bureau de pilotage a notamment les tâches et les compétences suivantes:

- Traitement de tous les problèmes liés au pilotage et à la saisie des prestations et des coûts;
- Comparaison des coûts théoriques/coûts réels et recommandations fondées aux parties concernées en vue d'une éventuelle adaptation de la valeur du point tarifaire;
- Définition des composantes de correction;
- Elaboration d'une méthode en vue du recensement des composantes de correction;
- Définition de la pondération locale et fixation du montant des composantes de correction;
- Elaboration de propositions en vue de la convergence ciblée de l'indemnisation des prestations;
- Développement de la structure tarifaire TARMED et élaboration de recommandations à l'intention de santésuisse et de FMH pour des demandes correspondantes à TARMED Suisse;
- Précision et adaptation des définitions techniques;
- Mise à jour du formulaire de facturation uniforme convenu par les parties (standard XML) voire du mode de transmission des factures (conformément à la convention complémentaire au CC, annexe 3 du 1^{er} novembre 2003).

² Le bureau de pilotage peut adresser des recommandations de pilotage complémentaires aux parties contractantes.

³ Le bureau de pilotage peut assumer d'autres tâches en accord avec les parties.

6.2 Composition du bureau de pilotage

¹ Le bureau de pilotage se compose de trois représentants de santésuisse et de trois représentants mandatés par les parties contractantes médicales (FMH et sociétés de médecins cantonales), et de leurs suppléants.

² Un représentant de l'OFAS, de la surveillance des prix et de la CDS peut participer en tant qu'observateur aux réunions de février et d'août du bureau de pilotage.

6.3 Procédure

¹ L'invitation, l'ordre du jour et le procès-verbal sont envoyés par le président de la réunion concernée. L'invitation et l'ordre du jour doivent parvenir aux membres au moins une semaine avant la réunion.

² La recommandation d'une valeur de point tarifaire ainsi que les décisions du bureau de pilotage doivent être prises à l'unanimité. Les communautés conventionnées concernées ont le droit d'être entendues et de soumettre des demandes au bureau de pilotage.

³ Un procès-verbal des décisions prises est rédigé lors de chaque réunion.

⁴ La présidence change chaque année. La première année civile est présidée par un représentant de santésuisse.

⁵ Pour le reste, le bureau gère lui-même son organisation. Il peut éditer un manuel.

6.4 Dates de réunion

¹ Le bureau de pilotage se réunit impérativement le troisième jeudi des mois de février et août pour évaluer les coûts théoriques/réels (point 2.3).

² Le bureau de pilotage se réunit obligatoirement le troisième jeudi du mois de mai pour définir le facteur de correction et les composantes de correction pour l'année en cours.

³ Pendant les deux premières années après l'entrée en vigueur du présent contrat, le bureau de pilotage se réunit en outre le troisième jeudi du mois de novembre.

⁴ Les parties représentées au sein du bureau de pilotage peuvent convenir des dates de réunion supplémentaires pour mener à bien leurs autres tâches.

6.5 Financement du bureau de pilotage

¹ Les parties – santésuisse d'une part ainsi que les parties médicales contractantes d'autre part – supportent elles-mêmes la part des coûts qui résulte de leur participation au bureau de pilotage, tant d'un point de vue financier que temporel.

² Il en va de même pour la mise à disposition des données de base et la réalisation des analyses correspondantes. D'autres règles de participation aux coûts peuvent être définies.

³ Le bureau de pilotage établit un budget à la fin de chaque année – à l'exception des coûts internes selon l'al. 1 précédent – en fixant pour l'année à venir une clé de répartition des coûts qui doit être approuvée par les parties.

⁴ Les demandes d'études externes, le recours à des experts ou le développement d'instruments communs doivent être décidés conjointement.

7 Transfert électronique des données

¹ Le standard XML et le formulaire de facturation uniforme, conformément à la convention complémentaire à la CC, annexe 3, du 1^{er} novembre 2003, qui a été adopté par santésuisse et la FMH, doivent être utilisés. Les parties tiennent si possible compte du standard du «Forum pour l'échange des données dans le

domaine de la santé» et y font part de leurs besoins découlant de l'application du présent contrat.

² Le formulaire de facturation doit dans tous les cas être rempli intégralement et correctement.

³ Les factures qui ne correspondent pas à ces directives formelles peuvent être refusées.

8 Résiliation

8.1 Résiliation

¹ Chaque partie contractante peut résilier le contrat pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de six mois.

² La résiliation se fait par lettre recommandée:

- de santésuisse: à la FMH. Celle-ci informe la société cantonale de médecins;
- de la FMH: à santésuisse;
- d'une société cantonale de médecins: à santésuisse. La société cantonale de médecins informe la FMH.

³ En cas de résiliation par une société cantonale de médecins ou la FMH, le présent contrat reste valable entre les autres partenaires.

⁴ Si la CC est résiliée, le CA est réputé résilié à la même date conformément à l'art. 19 CA. Cela s'applique aussi au présent contrat. Si le CA est résilié avec ses annexes, le présent contrat est également réputé résilié. Ceci concerne la partie contractante qui résilie (société cantonale de médecins, communauté conventionnée). Le contrat reste applicable pour les autres parties contractantes.

9 Recours contre les décisions de la CPI selon l'art. 16 de la convention-cadre TARMED

Conformément à l'art. 16 CC, il est possible de recourir contre les décisions de la CPI directement auprès du tribunal arbitral cantonal (art. 89 LAMal). La possibilité de recourir à la CP cantonale est supprimée.

10 Dispositions finales et transitoires

10.1 Passage de la phase de neutralité des coûts au contrat sur les prestations et les prix (CPP)

¹ La mesure et la méthode de comparaison (aspects techniques) selon la «Convention relative à la neutralité des coûts, annexe 2 CC», sont maintenues et appliquées jusqu'à mi-2006.

² La mesure est effectuée chaque trimestre sur une base mensuelle (c.-à-d. que sont évaluées en août 2005 les données jusqu'à juin 2005, en novembre 2005, les données jusqu'à septembre 2005, en février 2006, les données jusqu'à décembre 2005, en mai 2006, les données jusqu'à mars 2006 (voir le point 4, «Concept technique de mise en œuvre»)).

³ Si cette méthode de mesure met à jour une recommandation de pilotage différente de celle de la nouvelle méthode de mesure du CPP, ces données doivent être prises en compte.

⁴ Le bureau de pilotage, dans la composition et avec les compétences définies au point 5 du présent contrat, est responsable de l'exécution de ces dispositions transitoires.

⁵ Les parties qui ont déclaré le 1.07.05 comme date d'entrée en vigueur, peuvent convenir d'autres périodes que les six mois normalement prévus pour compenser les différences de volume.

10.2 Entrée en vigueur

Le contrat entre en vigueur pour les parties dès l'apposition de leur signature juridiquement valable. Elles entrent dans la période de coûts théoriques actuelle selon le point 2.3, al. 1.

10.3 Prééminence de la version allemande du contrat

Ce contrat a été traduit. En cas de questions et d'incertitudes, le texte allemand fait foi.

Soleure, 26.9.2005

santésuisse	Les assureurs-maladie suisses
Le Président	Le Directeur
Christoffel Brändli	Marc-André Giger

Fédération des médecins suisses (FMH)	
Le Président	Le Délégué du CC pour les questions tarifaires
Jacques de Haller	Franco Muggli

ANNEXE D

Règlement de la Commission paritaire de confiance (CPC)

conformément à l'art. 16 de la Convention cantonale d'adhésion (CCA) du 22 juin 2007 à la convention-cadre TARMED (CCT) entre la Société de médecine du canton de Berne et santésuisse.

I. Composition et organisation**Art. 1**

La Commission paritaire de confiance (CPC) est composée de 6 membres ordinaires. Chaque partie à la convention en nomme respectivement la moitié.

Chaque partie à la convention nomme par ailleurs au moins 3 remplaçants, la Société de médecine un nombre suffisant pour que, en cas de nécessité, le know-how des médecins spécialistes soit disponible au sein de l'autorité de décision.

Art. 2

Les parties à la convention élisent comme président une personnalité indépendante et neutre. Elles désignent par ailleurs, en accord avec le président, le secrétariat de la CPC.

Art. 3

La CPC se réunit sous la direction du président et en présence de trois membres, ou remplaçants, de chacune des parties. Le secrétaire a voix consultative.

Art. 4*Retrait / récusation*

Si un membre se retire ou qu'il est récusé, il est remplacé par la partie concernée elle-même.

Si le président se retire ou qu'il est récusé, il est remplacé par le vice-président.

Le vice-président est élu pour une année chaque fois par la CPC parmi ses membres ordinaires. La vice-présidence alterne chaque année entre les deux parties à la convention.

La CPC statue elle-même sur une demande de récusation contre un membre ou le président, la personne récusée se retirant.

L'activité professionnelle pour une assurance maladie ou l'activité comme médecin ou médecine ne représentent pas un motif de récusation.

Art. 5

Le président réunit la CPC aussi souvent que les affaires l'exigent. Le secrétaire se charge du travail administratif, il tient le procès-verbal, envoie les décisions de la CPC et assure l'archivage.

II. Tâches**Art. 6**

La CPC est l'instance de conciliation cantonale dans les cas selon l'art. 8, let. a à d ci-après.

Art. 7

La CPC est l'instance de décision dans les cas selon l'art. 8, let. e et g à j ci-après.

Art. 8

Sous réserve des tâches mentionnées à l'art. 16 al. 4 CCA, la CPC a les compétences suivantes:

- a. interprétation des conventions cantonales et éventuellement régionales;
- b. arbitrage des litiges entre médecins et assureurs;
- c. vérification de factures contestées de médecins;
- d. vérification du bien-fondé de traitements médicaux par rapport aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (annexe 6 de la CCT);
- e. décision de sanctions à l'égard de médecins ou d'assureurs en cas de violation de la LAMal ou de ses ordonnances, de la CCT, de ses annexes ou des conventions cantonales ou régionales (art. 17 CCA);
- f. conseils;
- g. décision sur l'exclusion de cette convention ou sur le rejet d'une demande d'adhésion d'un médecin ou d'un assureur (art. 2 et art. 7 CCA);
- h. décision lors de litiges portant sur une cession de dettes (art. 12 CCA);
- i. décision concernant la récusation d'un médecin-conseil selon l'art. 15, 4^e al., CCA;
- j. décision lors de litiges portant sur la finance d'adhésion et la contribution aux frais généraux (art. 3 CCA et annexe A).

D'autres compétences peuvent être convenues par écrit entre les parties.

III. Légitimation et procédure**Art. 9**

Dans la procédure devant la CPC,

- a. la Société de médecine du canton de Berne
- b. santésuisse Berne
- c. les membres de la Société de médecine du canton de Berne
- d. les médecins qui ont adhéré à la CCA sans être membres de la Société de médecine
- e. les assureurs maladie affiliés
- f. les assureurs maladie qui ont adhéré à la CCA sans être membres de santésuisse ont légitimité active et passive.

Art. 10

Les plaintes ou requêtes doivent être présentées et justifiées par écrit en trois exemplaires auprès du secrétaire de la Commission, accompagnées de preuves.

Art. 11

La plainte ou la requête est envoyée à la partie adverse avec indication d'un délai pour une prise de position écrite. Le délai peut être étendu sur demande justifiée.

En cas de litige, le président peut convoquer une séance de conciliation.

Art. 12

La Commission donne ses recommandations sur la base des dossiers. Une audition orale peut être demandée. Elle est obligatoire lorsque des sanctions entrent en ligne de compte selon art. 17, 1^{er} al. CCA.

Art. 13

Dans ses décisions, la CPC n'est pas liée aux requêtes des parties.

Art. 14

La CPC a recours au consensus pour prendre ses décisions. Si le consensus ne peut être atteint, la CPC décide à la majorité simple des membres présents ayant le droit de vote. En cas d'égalité des voix, la CPC prend ses décisions avec la voix décisive du président.

Les décisions sont notifiées aux parties par écrit et avec justification. La CPC peut inclure dans la justification les éventuelles avis minoritaires.

Art. 15

Les décisions de la CPC sont contraignantes pour les parties dans la mesure où elles n'ont pas été rejetées par écrit auprès de la CPC dans les 30 jours après leur notification.

Art. 16

Si l'une des parties rejette une décision de la CPC, celle-ci en informe les parties par écrit. Dans ce cas, les parties ont recours au tribunal arbitral cantonal conformément à l'art. 89 LAMal.

Art. 17

Les parties peuvent se faire envoyer les dossiers de la CPC pour en prendre connaissance.

Art. 18

Si aucune décision n'est notifiées aux parties dans un délai de 4 mois après réception de la plainte ou de la requête, elles peuvent alors sans autre présenter le cas au tribunal arbitral cantonal conformément à l'article 89 de la LAMal.

Art. 19

Le recours à la CPC n'entraîne pas de frais. Chaque partie à la convention dédommage ses représentants. Les autres frais (dédommagement du président, secrétariat, éventuels honoraires d'experts et dépenses administratives) sont pris en charge par les parties pour moitié chacune. Le secrétaire rend compte annuellement de ces frais.

Les coûts provoqués par les demandes de preuve d'une partie doivent être pris en charge par celle-ci. Le secrétariat lui demande de verser une avance à cet effet.

Art. 20*Résiliation*

Le présent règlement peut être résilié pour la première fois au 31 décembre 2008. Le délai de résiliation est de six mois (art. 18 CCT en relation avec l'art. 18 CCA).

Si la CCA est résiliée, le présent règlement est résilié automatiquement.

La CPC reste compétente pour les procédures qui ont été introduites avant l'échéance du délai de résiliation.

Art. 21*Disposition finale*

Le présent règlement entre en vigueur en même temps que la CCA.

Berne, le 22 juin 2007

Société de médecine du canton de Berne

Dr. med. J. Schlup

Le Président

Dr. iur. Th. Eichenberger

Le Secrétaire

santésuisse

Ruth Humbel Näf

Directrice régionale Centre

Thomas Linder

Secrétaire général Berne