



Avril 2002 / 2

doc.be

Ärztegesellschaft
des Kantons Bern
Société des médecins
du canton de Berne
www.berner-aerzte.ch

Pensez politique

Le «rating médecins» ou les signes avant-coureurs de la suppression de l'obligation de contracter

A la fin du mois de février, Helsana s'est adressée à la Société des médecins et lui a proposé une entrevue dans les plus brefs délais. Dix jours plus tard déjà, notre délégation de trois personnes était informée de l'organisation prévue d'une enquête, s'étendant à l'ensemble de la Suisse, auprès des médecins de famille et de leurs patients. Une étude pilote allait être lancée au cours des prochains jours dans le canton de Berne. En ce qui concerne les questionnaires qui seraient envoyés, Helsana se limita à nous présenter une ébauche ne comprenant que 11 questions, elle ne nous montra pas le formulaire définitif ni la lettre d'accompagnement. Ce n'est que 24h après leur envoi à nos membres que les documents furent également mis à disposition de la Société des médecins. Dès leur réception nous avons publié ces informations – avec un bref commentaire – sur le site www.berner-aerzte.ch. Il va de soi que la Société des médecins du canton de Berne est toujours ouverte à des discussions. C'est la raison pour laquelle elle a accepté la demande d'Helsana et elle continuera à agir de même à l'avenir. Il est pour le moins curieux de qualifier d'accord une orientation unilatérale. Le contenu surprenant de la lettre d'Helsana évoque presque une action punitive. Les questions posées ne semblent d'aucune utilité pour documenter la pratique économique exigée par Helsana. Les médecins sont actuellement sous les feux de la rampe. Toutes les décisions médicales que nous prenons doivent par conséquent tenir compte également de l'angle de vue de la politique professionnelle. On ne doit pas se contenter de se demander «qu'est-ce que je dois faire dans ce cas?» mais bien «comment les médecins doivent-ils agir maintenant?» Dans le cas de l'enquête pilote d'Helsana, nombre de consoeurs et de confrères ont démontré leur conscience politique, je leur adresse mes remerciements. J'adresse des remerciements tout particuliers aux présidents des cercles, de la BEGAM et du VKBI (société cantonale des internistes, n.d.t.). La technique de communication choisie par Helsana est un indicateur de la pression qui s'exerce sur les assureurs. Une politique d'intimidation ne constitue en aucun cas une bonne base de collaboration, des mesures propres à créer la confiance ouvrent des perspectives plus favorables. La pression sur les médecins va aller en augmentant. Nous avons un urgent besoin de sens politique et de solidarité; à côté de cela une adresse E-mail et un coup d'œil de temps en temps sur www.berner-aerzte.ch.

Jürg Schlup, président

Comité 2

• Séance du 2 avril 2002 – Votation générale

Votation générale – un problème pour les médecins? 2

Lancement de PonteNova 3

Communications du secrétaire 5

De médecin à patient 7

Nouvelles du grand conseil 8

• Session parlementaire de mars 2002

Rapport annuel du président 9

Cours d'introduction TarMed 12

Comité

Séance du 2 avril 2002

«Rating médecins» par Helsana

Le comité prend acte que la caisse Helsana a lancé une enquête qui ne correspond pas, dans son contenu, à ce qu'elle avait présenté à la SCB. De plus, dans la lettre d'accompagnement, Helsana laisse entendre que la SCB pourrait participer activement et se serait prononcée de façon positive à l'égard de cette enquête. Dans un premier temps, le comité ne s'était pas opposé à cette entreprise. Par la suite cette opinion a évolué, nous avons le sentiment que Helsana nous a consciemment manipulé. Nous demanderons à cette dernière de nous informer des conclusions de l'enquête.

Médecin spécialiste d'hôpital

La SCB a pris position succinctement au sujet du profil d'activité du médecin spécialiste d'hôpital. Pour plus de détails à ce sujet, veuillez vous référer au rapport du secrétaire (cf. p. 5).

Service de garde

Une enquête auprès des cercles de district a mis en évidence que 6 (sur 8) d'entre eux sont satisfaits de la situation actuelle. Tous les cercles entendent préserver leur autonomie et ne souhaitent aucune immixtion de la part de leur organisation professionnelle – sinon ponctuellement pour la résolution de certains cas litigieux. Des cours d'introduction pour de nouveaux confrères sont souhaités, de même que des cours de perfectionnement en médecine d'urgence pour ceux déjà installés.

La législation en vigueur dispose que «pour des raisons importantes» on peut demander une dispense. Le comité devra décider s'il est judicieux de préciser cette clause générale, sous forme d'une recommandation non contraignante du point de vue légal. Les conclusions des délibérations du comité seront présentées lors de la conférence des présidents élargie, au début de l'été.

Calcul de la valeur initiale du point

Le directeur de la Caisse des médecins, Anton Prantl, donne au comité des informations au sujet de l'état actuel des choses. Suite à l'introduction de TarMed, sous le régime de la neutralité des coûts, il résulte qu'il faudra obtenir une valeur du point qui ne soit la cause de coûts ni plus bas ni plus élevés que ce fut le cas jusqu'à maintenant. Les négociations concernant cette valeur neutre du point de vue des coûts vont débiter prochainement entre la SCB et les représentants de santésuisse – l'organisme qui a remplacé le concordat des assureurs maladie.

L'introduction de TarMed sera suivie d'une «phase de neutralité des coûts» d'une durée de 18 mois. Si les coûts augmentent de plus de deux pour-cent, la valeur du point subit une diminution pour retourner à un niveau de neutralité des coûts; il en va de même dans le cas où les coûts subiraient une baisse. Notre avenir économique pourrait être sérieusement menacé si l'on devait assister à la chasse effrénée des points de taxe. Il en résulterait une diminution de la valeur du point vers les abîmes, sans espoir de le voir remonter dans un avenir proche.

Peter Jäger

**Des vaccins
dans les pharmacies**

La revue «K-Tipp» informe qu'une pharmacie, à Lucerne, propose à ses clients de les vacciner. La FMH signale à ce sujet qu'«un pharmacien a le droit de proposer également des vaccinations, pour autant qu'il le fasse sous la supervision d'un médecin». Les médecins généralistes devraient se demander s'il n'ont pas perdu une occasion de répondre à un besoin des clients. Le président de la Société de médecine tropicale et des voyages ne fait part, lui-aussi, d'aucune opposition de principe: «C'est le moyen idéal pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille.» Il considère néanmoins qu'il serait préférable, pour des personnes âgées, de continuer à se faire vacciner auprès de leur propre médecin. Il ajoute que c'est indispensable pour ceux qui doivent prendre régulièrement des médicaments. Il peut y avoir des risques d'incompatibilité avec certains vaccins et certains anti-malariques. Le pharmacien entreprenant a enregistré un usage important de son offre. Les clients lui seraient adressés par les agences de voyage de la région.

**Votation générale,
un problème pour les médecins?**



Christian Gubler, vice-président de la SMCB et membre du comité de la FMS Berne

La FMH et la FMS ont, cette année déjà, organisé une votation générale. C'était une opportunité unique, pour chacun d'entre nous, de contribuer, par son vote, à l'avenir de notre profession. La votation de la FMH a connu une participation d'un peu plus de 50%, celle de la FMS de 42%. Je me garde de tout commentaire, mais en ce qui me concerne, j'ai honte...

La présidence de la FMS, par la votation générale, souhaitait obtenir l'appui de sa base pour poursuivre le chemin qu'elle avait pris. Il est évident que les revendications des différents membres de la FMS ne

sont pas les mêmes: le médecin chef, tenu de verser une partie de ses revenus à l'hôpital public, n'a pas les mêmes exigences que le médecin agréé pratiquant des opérations et ce n'est qu'un exemple. Le fait que, de plus, les praticiens de base ne manifestent pas une grande sympathie pour nos revendications ne rend pas la chose plus facile.

Les fronts semblent s'être radicalisés, c'est ce que nous constatons après les séances de la chambre médicale.

Est-ce raisonnable? N'est-il pas de notre intérêt, au cours des prochains mois, où des décisions essentielles pour nous vont être prises, de nous présenter aux négociations aussi unis que possible? Plus le groupe est petit, plus il sera faible, divise et impera, c'est ce que nous avons appris à l'école.

Je lance ici un appel à tous les confrères, de toutes les disciplines, et leur demande de faire preuve de plus d'intelligence et de solidarité entre eux, ils permettront peut-être d'empêcher que notre système de santé, qui ne fonctionne pas si mal, ne finisse aux oubliettes.

Lancement de PonteNova

Le centre fiduciaire des médecins bernois (v. doc.be 1/2002) porte le nom de PonteNova SA. Il a été lancé le 4 avril 2002, il dispose d'un capital en actions de Fr 250'000.– et compte déjà 77 actionnaires. L'assemblée des délégués du 21.3.2001 a donné son feu vert et approuvé à l'unanimité la création du centre fiduciaire projeté. Les médecins vont être invités à souscrire des actions; à cet égard, compte tenu de l'intérêt soulevé, il semble que l'on peut escompter une grande participation, permettant de dépasser les attentes et autorisant une augmentation du capital.

Il a été procédé à l'élection du conseil d'administration, qui se compose de la façon suivante (v. photo, de g à d): Philipp Baumann (directeur de BlueCare), Christoph Hug (représentant les praticiens de premier recours), Hans-Werner Leibundgut (président, membre du comité de la SMCB), Adrian Sieber (représentant les spécialistes) et Kurt Hänni (représentant l'association des médecins hospitaliers du canton de Berne). L'élection de Kurt Hänni sera soumise à approbation lors de la prochaine assemblée des délégués, jusqu'à cette date il assistera aux délibérations du conseil d'administration.

PonteNova – un premier pas vers la parité dans les données

Le but premier de PonteNova SA consiste à collecter et interpréter les données concernant les factures des clients affiliés. Ce faisant on évite que ces données, qui concernent l'activité médicale, ne soient interprétées et commentées que sous le seul angle de vue des assureurs et assure qu'elles puissent rapidement et complètement être analysées selon des critères propres à notre profession. C'est la seule façon de parvenir à la parité dans le contrôle des données.

Des centres fiduciaires, tels que PonteNova SA, devraient dans le futur jouer un rôle de

premier plan lors des discussions concernant la politique de la santé. Pour que cela puisse être le cas, il faudra toutefois que les médecins fassent grand usage de cette prestation, permettant ainsi, grâce aux données collectées, d'aboutir à des conclusions significatives. C'est également d'une grande importance pour le médecin client de PonteNova SA. En effet, il reçoit simultanément les interprétations détaillées concernant son propre cabinet et la comparaison avec les données provenant de cabinets de même nature (image du cabinet). Dans ce contexte on peut se demander ce qu'une telle prestation de service peut coûter. Des évaluations, sur une base d'économie d'entreprise, se fondant sur les données à disposition à l'heure actuelle, indiquent que ce montant devrait se situer au maximum à Fr 65.– par mois. Ce calcul est influencé par le nombre des clients; plus le nombre des médecins qui participeront sera grand, plus bas seront les coûts. On recherchera également des collaborations avec des tiers et la fourniture électronique des données devra à l'avenir être rémunérée par les assureurs.

En mesure de fonctionner à partir du 1.1.03

Maintenant que PonteNova SA a été lancée, il s'agit de trouver de nouveaux actionnaires et, surtout, des clients. Il faut

également créer les structures internes et occuper les postes de travail. Dans ce domaine on agit avec prudence. Notre propre personnel sera engagé au plus tôt à partir d'octobre 2002.

Le système informatique sera mis à disposition de PonteNova, clés en mains et à temps par NewIndex. Il s'agit d'un élément essentiel pour l'activité de l'entreprise, il sera à disposition à la fin de l'année 2002, permettant ainsi une mise en route effective à partir du 1.1.03.

PonteNova éveille l'intérêt

C'est avec joie que les créateurs de PonteNova ont appris que d'autres sociétés cantonales avaient manifesté leur intérêt pour une collaboration. Nous avons déjà reçu une demande de la part de la société des médecins du canton de Soleure. PonteNova est prête à offrir ses services à d'autres sociétés.

Le conseil d'administration adresse ses remerciements à tous ceux qui ont collaboré jusqu'à maintenant à la mise en route, ainsi qu'aux actionnaires fondateurs pour la confiance qu'ils accordent à PonteNova SA. Les médecins bernois seront prochainement informés de la procédure pour s'affilier à PonteNova.

Peter Jäger



Le conseil d'administration du Trust Centers PonteNova (de g.à.d.): Philipp Baumann (directeur de BlueCare), Christoph Hug (représentant des médecins généralistes), Hans-Werner Leibundgut (président et membre du comité de la SMCB), Adrian Sieber (représentant des spécialistes) et Kurt Hänni (représentant de l'Association des médecins principaux d'hôpitaux du canton de Berne).



Dates importantes en 2002

- 30 mai conférence des présidents élargie, après-midi
- 19 septembre conférence des présidents élargie, après-midi
- 27 au 30 novembre BETAKLI

Secrétariat

Communications du secrétaire



Th. Eichenberger,
secrétaire

1.) Décisions de l'assemblée des délégués du 21 mars 2002

1. Approbation des comptes 2001 et vote de la décharge au comité cantonal. (A l'unanimité)
 2. Budget 2002 (avec une cotisation cantonale inchangée de Fr 600.– pour les membres en pratique privée ou dépendants en position dirigeante et de Fr 300.– pour les autres catégories). (A l'unanimité et 1 abstention)
 3. Compétence accordée au comité cantonal de prélever une cotisation extraordinaire de Fr 100.–, resp. Fr 50.–, destinée à des actions publiques de politique professionnelle. (A l'unanimité et 1 abstention)
 4. Compétence accordée au comité cantonal d'augmenter le taux de la contribution pour la formation des assistantes médicales de 0.3% de la masse salariale soumise à l'AVS (selon nécessité) à un maximum de 0.6%. (Accepté par 27 oui contre 11 non)
 5. Réalisation du projet PonteNova – le centre fiduciaire des médecins bernois – et souscription par la Société des médecins du canton de Berne d'actions de la société anonyme PonteNova pour une valeur nominale de Fr 50'000.–. Présence d'un représentant, proposé par le comité, au sein de du conseil d'administration de la société citée. (A l'unanimité)
 6. Choix de l'organe de contrôle PriceWaterhouseCoopers. (A l'unanimité)
 7. Election d'un nouveau délégué à la chambre méd. en la personne du Dr Thomas Heuberger, Thoune. (A l'unanimité)
 8. Election d'un nouveau membre du comité en la personne du Dr Roland Brechbühler, Corgémont. (A l'unanimité)
- Commentaire (au sujet du point 4):
Le comité cantonal va présenter une nou-

velle fois aux des délégués, à l'occasion de l'une des prochaines assemblées, son projet de financement de la formation des assistantes médicales sous la forme d'une contribution en pourcentage du salaire. Il va étudier si des variantes plus différenciées de prélèvement peuvent être envisagées.

2.) Médecin spécialiste d'hôpital

La direction de la santé publique et des affaires sociales du canton de Berne a soumis à consultation un projet de modèle bernois de médecin spécialiste d'hôpital. Au nom de la Société des médecins le comité a répondu de la façon suivante (courrier du 4 avril 2002): «Dans le cadre du projet de «médecin spécialiste d'hôpital», au bénéfice d'une formation pré- et post-graduée achevée, en mesure d'assumer de façon autonome une activité dans son domaine de discipline, il s'agit de la création d'une nouvelle forme d'activité médicale, considérée par les milieux médicaux comme étant de plus en plus nécessaire. Le médecin spécialiste d'hôpital doit remplacer des postes de formations superflus. Engagé à long terme, il est essentiellement voué à une activité de prestation de services. On pourra ainsi, en fonction de la planification des structures, améliorer la qualité des postes de formation réellement indispensables.

Le médecin spécialiste d'hôpital devra être au bénéfice de sa propre autorisation de pratiquer et, selon les statuts de la FMH, être tenu d'adhérer à la Société cantonale des médecins en qualité d'organisation de base.

Nous pouvons fournir les réponses suivantes aux questions les plus importantes: Hiérarchiquement le médecin spécialiste d'hôpital doit se situer entre la fonction d'un chef de clinique au bénéfice d'un engagement à terme et celle d'un médecin chef.

Compte tenu de la grille de salaire proposée, nous estimons qu'une autorisation de pratique privée doit être exclue.

Le médecin spécialiste d'hôpital doit se mettre à 100% à disposition du «service public» (en français dans le texte). Il sera toutefois judicieux et indispensable de le faire participer à des activités de formation, il s'agit en effet d'éviter que la créa-

tion de ce type de fonction entraîne une nouvelle structure de l'organisation et des équipes.

Selon nos vues le médecin spécialiste d'hôpital pourrait assumer les fonctions suivantes (aux conditions précitées):

- 1.) Activité autonome avec ou sans attribution d'un domaine précis dans la discipline concernée; avec toutefois une totale intégration dans la hiérarchie médicale, au moins en ce qui concerne le domaine administratif et l'enseignement.
 - 2.) Participation à l'activité d'enseignement (étudiants, assistants, soins).
 - 3.) Salaire d'un chef de clinique; droit à 2 semaines de formation par année.
 - 4.) Obligation de participer aux gardes de nuit et de fin de semaine (urgences).
 - 5.) Une activité à temps partiel et un partage du travail (en particulier pour des femmes ayant des obligation familiales) doivent être possibles; elles contribueront à la polyvalence souhaitée, on pourra ainsi à l'avenir exercer une activité à temps partiel à l'hôpital et au cabinet le reste du temps.
 - 6.) Aucune activité privée stationnaire à l'hôpital.
 - 7.) Aucun droit de gérer une consultation à l'hôpital.
 - 8.) Interdiction de pratiquer une activité médicale accessoire (concurrentielle) en cas d'occupation à 100%.
- Dans la mesure où la solution choisie sera celle d'une version aussi flexible et polyvalente que possible, nous ne voyons pas de nécessité de réglementation au-delà des principes évoqués plus haut.
- Les hôpitaux ont donc la possibilité de décider de leur propre chef s'ils souhaitent et, le cas échéant, dans quelle mesure la création de postes de médecins spécialistes d'hôpital.»

3.) «Rating médecins» par Helsana

La caisse Helsana a informé la Société des médecins de son intention de procéder à une enquête, auprès des généralistes et internistes, concernant les caractéristiques de leurs cabinets.

Au niveau de la direction de la Société nous avons été mis au courant de l'existence du projet et du formulaire, dans sa version non définitive, peu de temps avant son envoi. Le formulaire définitif, qui n'est pas le même que celui que nous avons vu, de même que la lettre d'accompagnement, ne ont pas été présentés.

Nous nous permettons d'insister sur le fait que le comité de la Société des médecins n'est pas responsable de cette enquête et qu'il n'y a contribué en aucune manière.

Opinion personnelle

De l'état de médecin à celui de patient



Reinhold Streit

Dans un moment de faiblesse, je me suis laissé entraîner et ai promis à mon successeur à la présidence de la Société bernoise des médecins, de rédiger un article, ayant pour sujet le titre de cet article, à publier dans le nouveau bulletin d'information de la Société. Il s'adressait au médecin, qui avait exercé son activité pendant 40 ans à l'hôpital et dans son cabinet, sans connaître d'atteinte sérieuse à sa santé, tout soudainement victime d'un cancer gastrique, et lui demandait de parler de son expérience lors de ce changement de rôle, de médecin à malade.

J'ai considérablement sous-estimé cette mission. A la première tentative d'écriture, je vis s'accumuler les pages du projet. Au lieu d'un court article destiné à doc.be, c'est plutôt un petit volume qui menaçait de voir le jour. Je dus constater que j'avais beaucoup de peine à mettre par écrit mes sentiments fluctuants, ce qui revenait en quelque sorte à me déshabiller moralement aux yeux des lecteurs. Je me posai alors une question. Est-il possible, après tout, de dire quelque chose de sensé sur le sujet imposé, dans le cadre limité d'un court article? Le médecin et le patient jouent-ils, chacun de leur côté, des rôles bien délimités? Le médecin et le patient ne sont-ils pas plutôt tous deux des partenaires dans une pièce dont les sujets sont la maladie et la santé? Leur rôle ne se modifie-t-il pas d'heure en heure? En fonction de l'interlocuteur qu'il aura en face de lui, le patient va ou bien affirmer que tout va bien ou évoquer les moments éprouvants de sa carrière de patient. Le médecin, lui aussi, ne se comporte pas à tout moment de la même façon avec son

patient, il n'est pas en mesure d'accéder en permanence à toutes ses exigences. Lorsque nous sommes confrontés à une maladie qui met en danger notre vie, ce ne sont pas seulement deux âmes qui habitent notre corps, ainsi que le pensait Goethe, mais elles sont encore plus nombreuses. De l'instant du diagnostic, à celui de l'opération et des périodes de chimiothérapie qui ont suivi, des mois se sont maintenant écoulés. Avec un recul, qui n'est pas encore très grand, je vais tirer quelques impressions marquantes, dont j'ai pris conscience lorsque je suis passé du rôle de médecin à celui de patient. Je pourrais citer encore d'autres aspects. Je suis conscient qu'il ne m'est possible que de mettre rapidement en évidence quelques facettes, permettant d'étudier le phénomène «médecin et patient» en fonction de leurs rôles respectifs.

1. Activisme et passivité

En ma qualité de médecin, plus particulièrement d'obstétricien, de gynécologue, de conseiller de la femme dans diverses situations de sa vie, tout en restant sur une certaine réserve et en s'efforçant de cultiver un art de la coopération dans ses consultations, on est plutôt actif. La naissance est un événement naturel, de nombreux dangers la menacent cependant. A tout instant on doit évaluer s'il faut, si l'on doit être, plus agissant ou si l'on peut encore attendre. La gynécologie chirurgicale exige en permanence, au moment de l'indication et de l'exécution d'une opération, des décisions et des actes. La patiente, dans diverses situations difficiles de vie, même si on peut pas lui supprimer son problème, attend du médecin des conseils, des explications, dans le sens de la logothérapie de Viktor Frankl. Le patient doit évidemment, nous ne cessons de le répéter, s'employer activement à sa guérison. Son rôle est pourtant le plus souvent passif. Au moment du diagnostic et du traitement, ce sont d'autres partenaires qui jouent un rôle déterminant et actif. Les procédures de travail ne sont pas guidées par le patient. Il apprend à attendre, doit s'adapter, le processus de guérison prend du temps, on doit le laisser venir. Les plans d'exams et de traitement font l'objet d'une certaine concertation, mais ils sont

pour l'essentiel décidés par des étrangers. J'ai eu la chance d'avoir toujours confiance dans les médecins, hommes ou femmes, qui me prodiguèrent leurs soins. J'étais convaincu qu'ils s'efforçaient, en leur âme et conscience, de faire pour moi le mieux qu'ils pouvaient. Pendant toute ma vie j'ai pensé que la confiance valait mieux et était meilleure pour la santé que le scepticisme, la méfiance, les contrôles permanents et la mise en doute de tout geste médical. Je n'ai pas dévié de ces principes dans l'épreuve.

2. Compassion et le sentiment d'être concerné

La compassion, l'altruisme constituent l'essence d'une activité médicale authentique. Les expressions de la langue maternelle me semblent avoir plus de poids que les mots d'une langue étrangère. Le mot cancer a un plus grand pouvoir évocateur que celui de carcinome. La médecine se sert d'expressions objectives, elles sont moins empreintes d'émotions que celles qu'utilise la langue maternelle. L'empathie, la compassion du médecin sont utiles et indispensables à la bonne prise en charge des patients. Mais le sentiment que le patient ressent d'être atteint va beaucoup plus loin, elle le touche au plus profond de lui-même. C'est ma propre vie qui est menacée, je suis beaucoup plus concerné que lorsqu'il s'agit d'un patient. Je suis mis en question. Le caractère fini de mon existence m'est démontré. Ma propre philosophie de vie, mon sentiment religieux ont été défiés par cette menace existentielle, ils eurent à affirmer leur solidité. J'ai été appelé, en ma qualité d'être mortel, à m'interroger sur ma vie et ma mort. Je pense que cette interrogation constitue une part essentielle de l'«humanité» de l'homme.

Pour mon compte je n'ai pas connu la dépression. Pas plus que des réactions de révolte du type «pourquoi moi?». J'ai senti quelques sentiments mélancoliques. Ils ne furent jamais violents. Je suis plutôt tombé dans une attitude de distanciation, que j'avais une certaine difficulté à comprendre. On peut parler de roulement, de fatalisme ou, un peu moins négativement, de stoïcisme ou d'acceptation. M'appuyant sur ma foi chrétienne je pourrais prononcer ces mots: «dans tes mains je remets mon âme».

3. Le médecin est-il un patient particulier?

C'est d'abord un être qui souffre comme un autre. Par rapport à d'autres patients il bénéficie d'un certain nombre d'avantages

et de désavantages. Il en sait beaucoup plus au sujet des divers traitements. Nous, les médecins, nous fixons des règles auxquelles nous ne nous tenons pas toujours mais que nous nous efforçons néanmoins de respecter. Nous avons des normes éthiques et des buts élevés, nous n'en sommes pas toujours dignes dans la vie de tous les jours. Il est possible que nous adoptions une même attitude lorsque nous devenons des patients. Devons-nous être des modèles de patients? Avons-nous le droit de simplement lâcher prise? J'ai reçu un grand nombre de lettres de sympathies, d'appels téléphoniques, de visites. Ils venaient de confrères, d'amis, de patientes. Dans leurs lettres, il n'était pas rare que certains correspondants s'affirmaient convaincus que je serais en mesure de faire face à cette maladie. On me forçait dans un rôle et se déclarait convaincu que je serais capable d'assumer ce rôle. Parfois on ajoutait des recommandations pour certains traitements alternatifs. Tous les malades souffrant d'une maladie qui met leur vie en danger ont certainement reçu de telles propositions. Lorsqu'il est un patient, le médecin a l'avantage de pouvoir s'entretenir avec son médecin en utilisant un langage technique plus objectif, d'avoir une connaissance de la matière et d'être en mesure de trouver des rensei-

gnements sur sa maladie, ce qui est porteur, je l'ai déjà dit, d'avantages et de désavantages. Le médecin traitant peut avoir le sentiment que son confrère le surveille et le contrôle. Je ne pense pas que je sois laissé aller jusqu'à maintenant me réfugier dans une quelconque élucubration non scientifique, ce que l'on reproche parfois à certains médecins, qui ne veulent pas reconnaître la réalité autour d'eux. Il va de soi que je m'accroche à l'espoir d'appartenir au nombre de ceux qui seront guéris d'une maladie qui n'est plus à son stade initial ou d'au moins pouvoir bénéficier d'une rémission aussi longue que possible. Je suis persuadé que mes consoeurs et confrères m'ont examiné et soigné rapidement, de manière compétente et avec beaucoup de prévenance. Je leur en suis reconnaissant. Mes expériences avec le personnel infirmier et paramédical, venant de dix pays différents, furent excellentes. J'ai eu accès à la plupart des documents me concernant. J'ai évidemment dû constater que je n'étais pas toujours d'accord avec leur contenu, comme par exemple pour certaines données anamnestiques, que je n'avais pas indiquées de la manière dont elles étaient notées. Cela provient certainement du fait qu'une réponse peut avoir été mal comprise, ou avoir été mal interprétée ou que l'on n'a

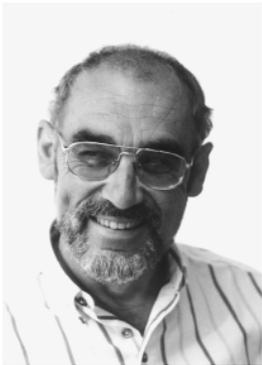
pas accordé assez d'attention à une précision. Les malentendus sont toujours possibles.

Posons-nous pour finir la question: y a-t-il un patient idéal?

La réponse est facile à donner: il n'existe pas! Chaque médecin le souhaiterait différemment, chaque patient va se comporter à sa façon. Respecter le patient, psychologiquement, mentalement, physiquement, socialement, c'est là tout l'art du médecin. L'art est subjectif et n'est jamais abouti. Il est ressenti par le patient, il n'est pas mesurable. Il a ses limites. J'ai lu récemment quelques pages du philosophe Jörg Splett au sujet de la notion d'«humilité». C'est peut-être à ce niveau que le médecin et le patient peuvent se rencontrer dans leur relation. La modestie, l'effort vers l'objectivité, le respect mutuel, ainsi qu'une compréhension et une façon d'agir pleines d'affection devraient constituer la base de la relation entre médecin et patient.

Loin de moi l'idée de me considérer comme un patient idéal. J'ignore comment ma maladie va évoluer. Il faut s'efforcer de vivre avec ce sentiment d'insécurité. Je souhaite que ces quelques réflexions incomplètes vous donneront matière à réflexion quant à votre état de médecin et celui, possible un jour, de patient.

Nouvelles du grand conseil



T. Heuberger,
vice-président

Les sujets traités au cours de la session de mars ne concernaient pas la politique de la santé ni les hôpitaux, je n'aurais donc rien eu à signaler dans le cadre de ces pages. Je trouve pourtant utile d'éclairer, de mon point de vue, certains points dans d'autres domaines politiques, puisque nous autres médecins sommes membres de la société dans laquelle nous vivons, que nous avons à nous y exprimer et qu'avant l'expression un moment de réflexion n'est pas inutile. Dans le canton, à l'heure actuelle, le pro-

blème le plus important est celui des finances. Le canton, en dépit de l'actuelle petite amélioration, devrait se voir contraint de déposer son bilan. Les sujets concernant les finances furent au centre des débats et des arguments au grand conseil (ils sont également évoqués pendant la campagne précédant les élections, mais beaucoup s'empresseront de les oublier par la suite).

Une motion concernant la loi sur les soins hospitaliers, qui préconisait une action rapide – trop rapide et trop précipitée –, n'a été transmise que sous forme de postulat, elle demande une amélioration de la qualité de la loi. Il est certainement indiqué de procéder à une restructuration du paysage hospitalier, mais il faut éviter un dirigisme centralisateur comme dans une économie planifiée. Une certaine forme de concurrence entre les groupes hospitaliers pourrait peut-être se révéler salutaire.

Il n'y a pas eu de nouveaux débats au sujet de l'hôpital de l'Ile, alors même qu'une nouvelle interpellation est annoncée. Les gros titres des journaux auront

été ainsi évités et cela ne peut qu'être bénéfique à notre clinique universitaire. Le sujet n'est pourtant pas épuisé et il a donné lieu à des discussions (dans la salle des pas perdus), suite notamment au projet du conseiller national de Bâle, Remo Gysin, relatif à la création d'une université médicale suisse.

La loi sur la chasse a donné lieu à des discussions parfois très agressives. On a pu avoir l'impression d'une guerre «par substitution». On évoque l'office «superflu» consacré à la protection de la nature et l'on pense à la loi sur la chasse et la protection du gibier, elle a été expurgée de tous les articles de protection, qui ont été remplacés par des formules vides de sens, des notions mal définies et des délégations au conseil exécutif. La nature finit par inspirer la pitié. C'est ici que celui qui vous écrit doit reconnaître qu'il a régulièrement figuré parmi la minorité sévèrement battue lors des votes, il souhaitait accorder plus de poids à la protection de la nature plutôt qu'approuver une loi dépourvue de toute «graisse inutile».

Loi sur l'alimentation en eau. La majorité bourgeoise avait l'intention, au cours de l'année précédente, de faire un geste de 10 millions de francs en faveur des gros

producteurs, dans le contexte désespéré des finances! Une proposition populaire de nature opposée a été adoptée largement par le conseil et transmise, de telle sorte que ce dernier vota contre sa décision de l'année précédente. Il faudra malheureusement encore organiser une votation populaire (avec les coûts qu'elle entraînera! Il ne s'est donc rien passé, sinon des coûts nouveaux).

Finances. Les mots d'ordres actuels s'appellent paquets d'économie et vérification des tâches. Il est bien de vérifier les tâches, c'est la seule façon de soigner les finances. Mais il faut encore trouver le moyen d'y parvenir. Chaque service devrait s'efforcer de trouver ce qui n'est pas vraiment indispensable. Quel est le service qui va déclarer qu'il est superflu? Il faudrait d'abord fixer des buts. Comment le canton devrait-il se présenter dans 10 ans, que voulons-nous, de quoi avons-nous besoin? Ce n'est que dans une

étape ultérieure qu'il conviendra de définir les tâches que le canton doit garder dans ses mains et celles qu'il veut abandonner. La planification doit se fonder sur le but à atteindre, si elle ne le fait pas, la vérification des tâches n'aboutira pas.

Les conditions d'engagement des professeurs ont fait l'objet de discussions, il s'agissait de définir d'éventuels privilèges susceptibles d'attirer des personnalités de premier rang à l'université (ou de les garder). En dépit de quelques manifestations de mauvaise humeur (et le retrait d'une motion), il semble que le conseil se rende compte que des mesures d'économie poussées trop loin (règles au sujet de la caisse de pension, gains accessoires, conditions de travail) risquent d'avoir un effet boomerang compromettant plus encore la place de Berne dans le domaine de l'enseignement et de la recherche, avec un effet boule de neige sur d'autres centres créateurs de valeur. Le canton (qui

figure au rang de canton économiquement faible) n'en a pas vraiment le besoin. Finalement on a transmis une déclaration de planification chargée d'étudier la situation des activités accessoires des professeurs. La nomination de votre représentant au sein de la commission des marchés publics m'a permis de prendre connaissance de domaines nouveaux, même s'ils ne font pas partie de mes principaux centres d'intérêt. Les achats ne se limitent toutefois pas aux commandes dans le domaine des constructions et des travaux publics que les autorités (canton, organisations, institutions publiques et subventionnées, communes) attribuent. Il faut également tenir compte de l'attribution de consultations, d'expertises, de l'achat de matériel électronique, de logiciels et d'autres prestations de service; un novice, comme je le suis, aura quelque chose à apprendre. Il est finalement toujours bon d'élargir son domaine de connaissance.

Société des médecins du canton de Berne

Rapport annuel du président



Jürg Schlup

1. La politique de la santé en 2001

1.1 La Suisse

La loi sur l'assurance maladie (LAMal) est entrée en vigueur il y a déjà 5 ans et représente selon Madame la conseillère fédérale Ruth Dreifuss «un réel progrès social dans le domaine de l'accès aux soins médicaux»¹. Les parlementaires jugent la LAMal de manière identique, à titre d'exemple l'opinion de Madame la conseillère aux états Beerli: «La LAMal est fondamentalement une bonne loi, elle souffre de maladies d'enfance. Nous nous trouverions dans une situation nettement moins favorable sans cette LAMal. Il n'y a pas d'alternative à cette loi².» Parlement et gouver-

nement partagent dans une large mesure l'avis que les buts de la LAMal, en ce qui concerne la solidarité, l'offre des soins, ont été atteints pour l'essentiel, alors que la limitation des coûts, elle, n'a pas encore été réalisée. L'augmentation des dépenses, pour l'essentiel, ne résulte pas de l'évolution des prix, qui restent stables, mais elle est la conséquence de l'augmentation du volume des prestations que le département fédéral de l'intérieur (DFI), lui-même, ne peut attribuer seulement au nombre plus élevé de fournisseurs de prestations, mais qui découle du progrès médico-technologique, de l'évolution démographique et des exigences accrues de la population. A l'opposé de ce que pense une grande partie des médecins, le DFI ne voit aucune cause d'augmentation du volume des prestations dans l'élargissement du catalogue des prestations: «Les coûts résultant de l'introduction des prestations nouvellement admises dans le cadre de la LAMal sont négligeables, leur influence sur le niveau des primes est de l'ordre du pour-mille»¹. Le DFI ne souhaitant ni reculer devant l'élargissement du catalogue des prestations ni arrêter le progrès médical dans le cadre de l'assurance de base, puisqu'il n'est pas en mesure de retenir l'évolution démographique, il n'a d'autre ressource pour agir sur le développement

du volume des prestations qu'en agissant sur le nombre des fournisseurs de prestations.

1.2 Le canton de Berne

Dans l'année concernée par le rapport, nous autres bernois avons pu nous rendre compte, et la chose nous a été confirmée par les statistiques, que notre canton a dégringolé au niveau des plus pauvres de ce pays, respectivement qu'il se situe économiquement parmi les plus faibles. Pour notre système de la santé financé en majeure partie par de l'argent public, cela entraîne des conséquences qui se feront encore plus sentir durant les prochaines années. Au cours de l'été 2001, le responsable des finances sur le départ, le conseiller exécutif Lauri, a indiqué sans équivoque ce que cela signifie: des suppressions de prestations cantonales. Les prévisions pour le système cantonal de la santé à cours ou moyen terme sont clairement indiquées.

2. Politique professionnelle 2001

2.1 Activités de la Société des médecins bernois au niveau suisse

TarMed

Dans le cadre de la FMH, la Société des médecins du canton de Berne s'est engagée en faveur d'une adaptation de la version TarMed 1.0, présentée au début de

¹ Communiqué du DFI du 17.12.2001

² Exposé de Mme Beerli devant l'association des hôpitaux bernois le 17.12.2001

l'année du rapport : pour la modification de la structure tarifaire selon le remaniement, ainsi que pour la révision de la convention cadre, notamment de l'annexe concernant neutralité des coûts ainsi que celle concernant l'échange électronique des données, finalement pour l'organisation d'une votation générale. La proposition de votation, demandée par Berne, n'a pas été rejetée par la chambre médicale qui a eu lieu en mai de l'année du rapport, elle a finalement été décidée en décembre. Le remaniement I a été approuvé, organisé avec succès, il a conduit à la version tarifaire 1.1. L'annexe concernant l'introduction de TarMed neutre du point de vue des coûts a été considérablement remaniée et par conséquent nettement améliorée. L'annexe concernant le transfert des données n'a pas été améliorée durant l'année du rapport, elle demeure insatisfaisante et défavorable aux yeux des médecins. Les annexes «Activité des médecins conseil» et celle concernant les «Exigences de qualité et les critères EAE (efficacité, adéquation, économicité)» n'étaient pas connues lors de la chambre médicale du 13.12.2001 et furent – à mon grand étonnement – néanmoins approuvées telles quelles.

Obligation de contracter

En ce qui concerne la suppression de l'obligation de contracter, le comité bernois a demandé par écrit, en mai de l'année du rapport, au comité central de la FMH de proposer aux parlementaires fédéraux, en particulier aux membres du conseil des états, une séance d'information qui aurait dû se tenir au début du mois d'août. Le comité directeur de la FMH a rejeté notre proposition et a invité de son côté les différents présidents cantonaux à informer leurs conseillers aux états respectifs. Le comité central s'est exprimé sur ce sujet par un communiqué de presse au début du mois de juillet de l'année du rapport. La suppression de l'obligation de contracter ne fut abordée ni lors de la chambre médicale de mai ni lors de celle de décembre 2001. C'est pourquoi le comité bernois a pris la décision, en juillet 2001, de prendre une initiative de son côté, il a organisé une réunion en conclave sur le sujet de l'obligation de contracter, en a présenté les résultats à la présidente de la commission du conseil des états, Mme Beerli et s'est adressé par écrit à la présidente de la commission tant à l'occasion de la session de septembre que celle de novembre. Le conseil des états s'est prononcé en faveur de la suppression de l'obligation de contracter mais a suivi sur au moins deux points notre argumentation: la décision de refuser de contracter devrait

être prise par des commissions composées paritairement, en aucun cas confiée aux seules caisses ou aux autorités; les critères d'économicité et de qualité ne doivent pas être définis par les seuls assureurs, ils doivent être établis en collaboration avec les fournisseurs de prestations. Il n'empêche que nous ne sommes pas satisfaits du résultat de nos efforts et que nous devons être actifs dans le cadre de la préparation du débat au conseil national.

Euthanasie

La libéralisation de l'euthanasie a fait l'objet d'un débat au conseil national. Selon l'académie suisse des sciences médicales ASSM, la Suisse dispose, en Europe, d'un des régimes les plus libéraux en ce qui concerne les dispositions légales régissant l'euthanasie. Le comité de la Société des médecins bernois a demandé au comité central de la FMH, en juin de l'année du rapport, qu'il informe le conseil national de sa position; cet avis de la FMH n'a pas été entendu (de l'avis d'un membre de la commission du conseil national pour les questions juridiques). C'est la raison pour laquelle le comité de la Société des médecins bernois a décidé d'adresser par écrit à tous les conseillers nationaux son opinion sur le sujet. Le parlement, s'opposant à l'avis de la commission, a finalement repoussé les articles de lois libéralisant l'euthanasie, ce qui représentait un véritable revirement de l'opinion. Je ne peux exclure le fait qu'il ait été tenu compte de l'avis des médecins bernois.

2.2 Activités de la Société des médecins bernois au plan cantonal

Hôpital universitaire de Berne

Le bureau et le comité de la Société des médecins bernois se sont engagés vigoureusement, au cours de l'année du rapport, en faveur d'un centre de compétence de haute qualité médicale et universitaire dans la canton de Berne. On sait qu'au niveau de la Confédération on discute de la restructuration des cinq facultés de médecine et de l'accréditation future de ces facultés. Au niveau cantonal, en raison de la mauvaise situation des finances, on évoque des suppressions de prestations cantonales. Dans ce contexte notre hôpital universitaire doit être soutenu par la politique et l'industrie en même temps qu'il doit être renforcé par une plus grande intégration de la faculté, une adaptation de la structure du conseil d'administration et une évolution de la stratégie. Les efforts de mon prédécesseur, Reinhold Streit, ont été poursuivis : nous nous sommes prononcés en faveur d'une autonomie budgétaire de

la faculté dans les domaines de l'enseignement et de la recherche, de la représentation de la faculté au sein de la direction de l'hôpital universitaire, pour une présence significative des directeurs des cliniques dans les organes directeurs de l'hôpital, pour une professionnalisation du conseil d'administration. Au cours de l'année du rapport mon prédécesseur et moi avons défendu ces exigences lors de discussions avec la direction de l'hôpital de l'Ile, le doyen, certains directeurs de cliniques, certains membres du conseil d'administration de l'hôpital de l'Ile, des leaders d'opinion au sein des partis politiques bernois, de la présidente de la commission de gestion et de la présidente de la sous-commission de gestion, ainsi que certains représentants du gouvernements. La Société bernoise des médecins va continuer de donner tout son appui à l'hôpital universitaire.

Clinique de médecine interne générale

Mon prédécesseur s'était beaucoup engagé en faveur de la médecine interne générale à l'hôpital de l'Ile. Au début de l'année du rapport, le Prof. U. Bürgi a été choisi comme directeur de cette clinique, un choix heureux, tant pour la faculté que pour les médecins praticiens.

Projet FIAM de stages en cabinet

Le projet de la FIAM visant à proposer la formation par blocs également dans le cadre de cabinets médicaux n'a pas évolué vers sa réalisation au cours de l'année du rapport. Notre appui à ce qui est appelé le «modèle Wick» n'a eu à ce jour aucun effet, tant au niveau de la direction de la santé, que celui de l'instruction. Je continuerai d'appuyer ce projet, ne serais-ce que parce qu'il pourrait offrir un avantage concurrentiel pour une formation médicale dans le cadre de Berne.

Rémunération basée sur les prestations RBP

L'organisation du marché sur une base de droit privé en vigueur jusqu'à maintenant (réglementation) a été remplacée à la mi-année par une réglementation étatique des prix. Les prestations des pharmaciennes et pharmaciens sont dès lors rémunérées indépendamment du prix des médicaments. La réduction de la marge bénéficiaire résultant de ce changement a été la cause d'une diminution du revenu des médecins dispensants, celle-ci n'a pas été compensée, comme ce fut le cas chez les pharmaciens, par une rémunération de l'activité de conseil. En février de l'année du rapport déjà, le directeur de notre délégation aux négociations, Me U. Hofer, a engagé des discussions à ce sujet avec la

fédération des caisses maladie, elles furent interrompues unilatéralement par les caisses en avril. Le comité s'est vu contraint – ainsi que ce fut d'ailleurs le cas dans tous les autres cantons – de déléguer le mandat de négociation à la FMH. Jusqu'à la fin de l'année, aucune solution n'a été trouvée à ce sujet.

Service de garde

Le comité a été informé par certains membres de problèmes, petits ou grands, relatifs au service de garde. Le comité considère que le service de garde représente la carte de visite de la Société des médecins, il devrait fonctionner à la perfection et ne souffrir d'aucune critique en ce qui concerne sa qualité. Il doit assurer une fonction de triage et de premiers soins couvrant l'ensemble du territoire cantonal. Les médecins doivent assumer un rôle de premier plan dans l'organisation des soins urgents ambulatoires et pré-cliniques. Le comité accorde beaucoup d'attention aux demandes de la base concernant le service de garde, dans un premier temps il a organisé une enquête auprès des présidents des cercles au sujet de l'état actuel des services de garde régionaux.

NewIndex SA

La SA, en main médicale, du nom de New Index, est un organisme fournisseur de prestations et de compétence destiné au corps médical. Il a pour but d'appuyer les organisations professionnelles cantonales et fédérales lors de l'introduction et de l'utilisation du nouveau tarif. Dans l'année du rapport, notre secrétaire, le Dr Th. Eichenberger, a été élu au conseil d'administration, en qualité de représentant de la Société bernoise des médecins. A la suite d'une décision de l'assemblée des délégués d'automne, nous avons conclu en octobre le contrat de prestation : il confie à New Index le mandat de procéder au calcul de la valeur initiale du point tarifaire

cantonal, cette valeur sera utilisée lors des négociations que la Société des médecins devra entreprendre.

Utiliser nos propres données: le centre fiduciaire

Dès le mois de juin de l'année du rapport, le comité s'est activement attelé à la création d'un centre de gestion des données en mains médicales. Il s'est renseigné sur des projets déjà existants dans les cantons de Fribourg, Argovie et Thurgovie. Le transfert électronique des données ouvre aux médecins l'opportunité de rassembler leurs propres données, de les utiliser et, sur demande des caisses, de les leur transmettre. Il est vital pour nous de disposer d'une statistique des prestations performante et nous appartenant, elle nous aidera à améliorer nos procédures thérapeutiques, à mieux gérer nos négociations avec les assureurs et à promouvoir notre argumentation publique concernant l'évolution des coûts. Le comité a par conséquent lancé un avant-projet pour la création d'un centre fiduciaire des médecins bernois, il a été approuvé par l'assemblée des délégués d'automne. A la fin de l'année du rapport un projet au sens strict était déjà en voie d'élaboration sous la direction d'un groupe de projet et d'un comité. La coordination du projet a été confiée à H. W. Leibundgut, membre du comité.

Enquête concernant l'évolution de la situation économique des médecins bernois

Comme il y a presque 3 ans, le comité a confié à son représentant dans la commission économique, Adrian Sieber, l'organisation d'une nouvelle enquête rapide au sujet de l'évolution de la situation économique des médecins bernois. Les résultats ont été publiés dans doc.be du mois d'août. Au total 773 membres ont répondu à l'enquête (43%). En comparaison avec la précédente enquête, ce sont surtout les médecins hospitaliers qui ont été confrontés à péjoration de leur situation économique.

Compensation partielle du renchérissement non compensé

Par une demande adressée au conseil exécutif, la Société des médecins a indiqué qu'elle refusait une nouvelle prolongation du décret sur le tarif. A la suite de l'absence, depuis environ 10 ans, d'une convention entre assureurs et fournisseurs de prestations dans le canton de Berne, ce décret sur le tarif reste inchangé depuis des années, malgré des recours de notre part. Au cours de cette période le renchérissement a atteint près de 30%. De plus, au cours de l'année du rapport, une nou-

velle baisse du revenu significative, conséquence de l'introduction de la RBP, a dû être enregistrée par les médecins dispensants. Je ne connais aucun groupe professionnel, tant chez les employés que chez les indépendants, qui n'ait bénéficié pendant 13 ans d'aucune compensation du renchérissement. La décision finale du conseil exécutif n'est pas tombée au cours de l'année du rapport. Le comité est fermement décidé, le cas échéant, de s'opposer à la décision.

Ordonnance sur la santé publique OSP

La Société des médecins a pris position au sujet de cette ordonnance, d'une part par l'intermédiaire de la procédure normale de consultation, d'autre part par une entrevue extraordinaire avec la direction de DSP, à l'initiative de Mme F. Fritschy, membre PRD du grand conseil. Il n'a pas été tenu compte de toutes nos propositions, certaines ont toutefois été retenues. Sur certains points nous avons même reçu le soutien de la fédération des caisses FCBAM. Je me bornerai à signaler les deux points les plus importants pour nous: l'art. 15 al. 3 OSP qui interdit l'utilisation du terme «médecin» [Arzt, Ärztin] par des personnes ne disposant d'aucune formation médicale classique. L'art. 19 et ss OSP stipule que les «professionnels non médecins», en présence d'une maladie ou d'un accident, qui tombe dans le domaine d'activité des médecins, doivent inciter les patients à consulter ces derniers.

Mutations

A la fin du mois de mars de l'année du rapport, ont sait que Reinhold Streit, à la tête de la Société des médecins depuis 9 ans, a décidé de se retirer et accepté de mettre ses connaissances à la disposition du comité et du bureau en qualité d'ancien président. J'ai pris sa succession au début du mois d'avril. A la fin du mois d'octobre, le Dr Willi Steiner, médecin chef à l'hôpital régional d'Interlaken et représentant du cercle Engeres Oberland, s'est retiré du comité après 6 ans d'activité. Son successeur a été désigné par l'assemblée des délégués en la personne du Dr Manfred Studer, médecin chef à l'hôpital régional d'Interlaken. Il a pris ses fonctions au début du mois de novembre.

3. Perspectives concernant la politique de la santé en 2002

3.1 Au plan Suisse

Au cours de l'année du rapport les médecins sont surtout concernés, au plan fédéral, par la révision de la LAMal et les consé-

Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne / paraît 6 x par an.

Répondable pour le contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.

Rédacteur: Peter Jäger, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8. Tél. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82; e-mail: jaeger@forumpr.ch
Annonces: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern. Tél. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;

e-mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne. Edition avril 2002.

quences de l'entrée en vigueur de la loi sur les produits thérapeutiques.

Révision de la LAMal

La révision de la LAMal va avoir pour conséquence qu'une nouvelle fois des modèles particuliers d'assurance (managed care) vont être proposés, le législateur veut améliorer sensiblement les conditions cadre de tels modèles; à côté de cela on va s'efforcer de limiter encore plus le nombre des fournisseurs de prestations, que ce soit par l'intermédiaire de la suppression de l'obligation de contracter, ce que le parlement souhaite, ou par celle d'un clause urgente selon l'art. 55a LAMal, ainsi que le voudrait le gouvernement fédéral. La pression sur les médecins praticiens va s'exercer avec toujours plus de vigueur. Le caractère indispensable de certaines prestations va être contrôlé de plus en plus souvent, le gouvernement envisage à cet effet de faire appel aux médecins conseil des assurances et pense tout particulièrement à contrôler les indications de certaines opérations. Enfin, les prix des médicaments doivent encore baisser, ce qui peut difficilement intervenir sur la base du prix au départ de la fabrique, mais plutôt par l'intermédiaire d'une nouvelle diminution de la marge.

Loi sur les produits thérapeutiques

La loi sur les produits thérapeutiques, entrée en vigueur il y a peu, aura des répercussions sur les médecins. Ce sera tout spécialement le cas du fait de l'art. 33 LPT, dans lequel des rabais exagérés et d'autres avantages matériels doivent être poursuivis pénalement, tant celui qui offre que celui qui reçoit sont concernés. Notre secrétaire, M Thomas Eichenberger, a informé nos membres, au cours de l'année du rapport, au moyen d'un article dans doc.be, il va continuer de faire certaines recommandations à ce sujet.

3.2 Au plan cantonal bernois

La loi révisée sur la santé est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002. Pour les médecins, c'est dans le domaine du service de garde que ses premiers effets se feront sentir. C'est ainsi qu'il y a dorénavant de nouvelles possibilités pour bénéficier d'une dispense contre versement d'un montant compensatoire.

A côté de la loi sur la santé notre corps médical va bientôt ressentir les effets de l'introduction de TarMed qui se profile. En plus d'une instruction à TarMed et des modifications indispensables à entreprendre à l'hôpital et au cabinet, la Société

des médecins et sa délégation aux négociations devra s'occuper des tractations relatives à la valeur du point cantonal. Il est probable que des considérations politiques auront plus de poids que d'autres de nature d'économie d'entreprise; c'est ce qui ressort de déclarations de la part de représentants de santé suisse et du surveillant des prix, mais pas des milieux de la santé et des affaires sociales.

Le gouvernement fédéral met en route un projet intitulé «Politique nationale suisse de la santé», chargé d'étudier des innovations réalisables du point de vue politique et sensées. L'académie suisse des sciences médicales ASSM est chargée du projet «Nouvelle orientation de la médecine» qui doit indiquer la voie à suivre.

La médecine va continuer à évoluer au cours des prochaines années dans notre canton, avec nous les médecins, hommes et femmes, et tout le domaine médical. Beaucoup en ont conscience, nous allons tous en mesurer les effets. Voyons une chance dans cette évolution! Nous continuerons, pour nos patients et pour nous.

Cours d'introduction TarMed

TarMed à nos portes – de toute façon dans un avenir pas trop lointain. C'est une des raisons pour lesquelles la Société des médecins organise un cours ayant pour seul et unique but la familiarisation avec le navigateur tarifaire, permettant ainsi aux participants de poursuivre leur apprentissage à la maison.

Tel est pris qui croyait prendre

La convention TarMed postule la «neutralité des coûts» pendant la période d'introduction. Pendant les 18 mois qui suivent l'introduction du tarif, les coûts doivent se maintenir dans une fourchette de +/-2%. Si l'ensemble des coûts évolue vers le bas, la valeur du point sera réévaluée. Si les coûts dépassent le cadre toléré – à cause de l'augmentation du volume des prestations, p.ex. –, le point verra sa valeur diminuer. Il existe donc un grand danger de spirale sans fin vers le bas. La valeur du point est diminuée, les médecins réagissent en augmentant le volume des prestations et le point descend une nouvelle fois, ainsi de suite. Ce scénario n'est pas que pure théorie, il est bien connu en Allemagne.

L'importance du centre fiduciaire

Le centre fiduciaire de la Société cantonale bernoise, PonteNova (v. p. 3), sera déjà en mesure de fonctionner avant l'entrée en vigueur de TarMed. Ce centre fiduciaire aura pour fonction de collecter des données concernant les factures, de donner aux médecins participants des données comparatives valables d'un point de vue d'économie d'entreprise et, surtout, de disposer de nos propres statistiques (c.-à.-d. ne relevant pas des caisses) au

Ce panneau de la protection civile se trouvait là par hasard. Nous n'avons pas eu besoin d'aide.



sujet de l'évolution du marché. Le centre fiduciaire va jouer à l'avenir un rôle déterminant dans le domaine de l'évolution du tarif.

Un CD d'instruction unique

Le CD d'instruction, développé tout spécialement pour les cours bernois d'instruction et reconnu entre temps par la FMH, procure d'intéressantes possibilités. Le créateur de ce moyen didactique est le président de la commission économique, François Bossard, en collaboration avec ses acolytes Beat Gafner, Thomas Heuberger et Anton Prantl (directeur de la Caisse des médecins).
Peter Jäger

Les experts préparant un cours d'instruction exigeant.

