



octobre 2002 / 5

doc.be

Ärztegesellschaft
des Kantons Bern
Société des médecins
du canton de Berne

www.berner-aerzte.ch

Oui à la réduction du secteur hospitalier, non au développement du secteur ambulatoire

Examen stratégique des prestations publiques ESPP: projet Policliniques+

La société des médecins du canton de Berne soutient résolument le projet du conseil exécutif visant à réaliser, dans le domaine stationnaire de la santé – au niveau des soins hospitalier – de nouvelles économie. Les hôpitaux des régions périphériques ne devraient pas être concernés. Le conseil exécutif doit être conscient que les mesures d'économie auront pour conséquence la création d'un certain nombre de goulots d'étranglement, en d'autres termes, de temps d'attente pour les patientes et les patients ne requérant pas des soins aigus.

La proposition du conseil exécutif de transformer les hôpitaux de district en policliniques, offrant une palette de prestations élargie, équivaut à un déplacement des coûts du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire. En terme d'économie, il y a évidemment une diminution de charge pour le canton, mais en même temps une augmentation des frais à la charge des caisses et une augmentation des primes pour la population. La société des méd. du can. de Berne est de l'avis que ces projets n'ont de sens, ni au plan de la santé publique, ni au plan de l'économie. Il serait beaucoup plus loyal de fermer des hôpitaux. Il y a lieu de vérifier soigneusement s'il existe un réel besoins de lits pour les «soins intermédiaires». Le projet consistant, à l'initiative de l'état, en un élargissement de l'offre de prestations par l'intermédiaire de la création de services ambulatoires, apparaît d'autant plus étrange si l'on tient compte des difficultés financières du domaine de la santé. Il faut également rejeter l'idée d'un service de garde de 24 h sur 24 prévu par le projet. Les cercles médicaux organisent – en application d'une obligation légale – une garde permanente. Un service supplémentaire ne serait d'aucune utilité, et, de plus, occasionnerait des coûts élevés.

Le parlement cantonal, au cours de sa session de novembre, va prendre une décision au sujet de l'ESPP, ainsi que des policliniques. Connaissez-vous l'un ou l'autre des 200 parlementaires? Prenez contact avec elle/lui. Les membres du grand conseil sont à l'écoute des avis d'expert émanant de leur entourage.

Jürg Schlup, président

Séance en conclave du comité de la Société des médecins bernois 2

Plus que 420 jours avant TarMed 4

Saisie des données concernant la valeur intrinsèque par le FMH 5

Formation TarMed pour assistantes médicales 6

Négociations TarMed dans le canton de Berne 7

Communications de secrétaire 8

Moratoire à l'ouverture de nouveaux cabinets – la suite? 11

Obligation de contracter: succès d'étape

Commission de sécurité sociale et de la santé du conseil national

Conférence de presse du 25.10.2002 par le conseiller national Toni Bortoluzzi (UDC), président

Un majorité de la commission souhaite – contre la proposition du conseil des états – ne pas supprimer l'obligation de contracter. Les assureurs et les organisations professionnelles (fournisseurs de prestations) doivent formuler jusqu'à fin 2004 de nouvelles conditions pour l'admission (cf LAMal art. 43). Dans le cas contraire le conseil fédéral aura la compétence de décider les conditions. La majorité de la commission est de l'avis que les fournisseurs de prestations doivent participer à la nouvelle formulation. En cas d'infraction, il y aura lieu, à l'avenir, de punir plus sévèrement. Felix Gutzwiller, médecin spécialiste en prévention et membre de la commission, va néanmoins proposer, lors de la session d'hiver prochaine, la suppression de l'obligation de contracter.

Il y aurait lieu, premièrement, de réduire le nombre des nouveaux cabinets et, deuxièmement, de sévir plus efficacement contre les «brebis galeuses». Les dispositions légales actuelles seraient insuffisantes et les procédures d'exclusion trop longues.

Comité

Séance en conclave au sujet des prestations de service



Marco
Tackenberg
Conseiller en RP
Service de
presse et
d'information de
la SMCB

Séance en conclave du comité de la société des méd. bernois

Les discussions concernant le domaine de la santé en Suisse se font de plus en plus à coup de slogans: pour traiter le «patient domaine de la santé» on propose un traitement à base de «suppression de l'obligation de contracter», de «budget global» ou de «rationnement». C'est une constante du débat politique que de juger négativement le domaine de la santé. En 1987, par exemple, l'économiste spécialiste de la santé Jürg Sommer, évoquait un «malaise dans le domaine de la santé» et repérait de «graves défauts de structure» dans le système même – à une époque qui, rétrospectivement, peut être considérée comme presque idyllique en ce qui concerne l'activité médicale et le niveau des primes. Ce qui est nouveau, c'est que, dans les médias et les milieux politiques, l'évolution des coûts est jugée insupportable. Sous la bannière de «plus de concurrence», on a envisagé des mesures de plus en plus nombreuses qui, d'une part, visent à une réduction des coûts sur le dos du corps médical et des autres fournisseurs de prestations et, d'autre part, touchent à l'étendue et la qualité des prestations aux dépens des assurés.

En prenant en compte cette évolution, le comité de la société des médecins du canton de Berne a décidé de répartir à l'avenir les tâches et les responsabilités en quatre départements. Il s'agit, pour les médecins, de faire entendre leur avis d'expert dans le débat politique et d'indiquer des voies économiquement et politiquement sen-

sées pour le domaine de la santé. Il faut également mettre en évidence, tant à l'interne qu'à l'externe, que la société des médecins fournit à ses membres, ainsi qu'à la population, des prestations que son action est profitable.

Etre profitable

«Etre profitable» c'est sous ce titre que le président Jürg Schlup avait invité les participants à la séance en conclave, le 29 août 2002, au Gurten. Il s'agissait de donner au comité la possibilité de traiter de certains sujets dans le cadre de groupes de travail, répartis en département, afin de proposer un choix de solutions à certains problèmes. En prélude à la réunion en conclave, les groupes de travail avaient rédigé des projets de cahier des charge des différents départements et indiqué des thèmes importants concernant la société des médecins. Les projets ont été discutés et remaniés lors du conclave. La liste des thèmes importants fut également remaniée et on a mis en évidence ceux qui devraient être traités en priorité.

Services publics

«Etre profitable et le faire savoir» (faire bien et en parler), tel est le but suprême du département services publics présenté par Christian Gubler lors de la réunion en conclave. La part essentielle de son activité est dévolue à l'organisation du service de garde, qui doit continuer à rester entre les mains de la société des médecins. La formation continue des médecins participant au service de garde va constituer un des thèmes à traiter. Les partenaires sont les cercles, la direction de la santé, Spitex et les organisations de patients.

Services aux membres

Dans sa présentation du département services aux membres, Thomas Heuberger, indiqua qu'il fallait présenter et mettre en évidence aux membres et futurs membres les avantages liés à la qualité de membre de la SMCM. Parmi les prestations offertes

il y a p. ex. le conseil juridique, il sera évoqué dans doc.be et sur le net de plus en plus souvent.

Economie

Kurt Aeschlimann présenta un projet déjà très élaboré concernant le département économie. Il concerne les défis économiques des prochains mois et années: entrée en vigueur de TarMed, resp. négociations tarifaires, adaptation et utilisation, activités concernant le centre fiduciaire, New Index, RoKo (étude permanente des frais généraux). Le groupe de travail économie étudie les conditions économiques régissant l'activité médicale dans le canton de Berne et met le comité au courant des ses analyses. En cas de nécessité il fait appel à la commission économique de la SMCB.

Relations publiques

Le département relations publiques propose, sur commande, des mesures de communication et apporte son soutien aux autres départements pour leur communication. Il a la responsabilité de faire connaître les buts et exigences de la SMCB à un public élargi, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la société, créant ainsi des conditions favorables à l'exercice de la politique professionnelle.

Différents départements, en particulier celui des relations publiques, ont insisté sur le fait qu'à la suite d'une analyse permanente des processus, les buts de politique professionnelle de la SMCB devaient être reformulés et – dans le cadre des différents départements – réalisés. Les participants au conclave ont donné mandat au bureau d'établir une liste de thèmes concernant la politique de la santé et de la soumettre au comité pour discussion.

Deux orateurs de la République fédérale allemande, le médecin diplômé Karla Gierak, une praticienne de base allemande et Ulrich Müller, médecin diplômé, directeur médical de la Clinique Dorothea Christiane Erxleben, à Quedlinburg, présentèrent la situation des médecins en Allemagne.

Le texte de leur présentation est présenté plus loin.

Marco Tackenberg

«... il reste moins de temps que vous ne croyez!»



Ulrich Müller,
DM, MHM,
directeur médical de la Clinique Dorothea Christiane Erxleben, Quedlinburg D, chargé de cours à l'université privée d'économie de Berne CH

Les médecins allemands déçirés entre qualité des soins fournis aux patients et réformes permanentes du domaine de la santé

Dans le domaine de la santé, les années nonante sont caractérisées en Allemagne par des tentatives de réformes au moyen de diverses mesures législatives. Le point culminant des lois et amendements a été atteint par la «Loi de réforme de la santé», entrée en vigueur en 2000, qui comprend trois points essentiels:

1. La mise en œuvre généralisée d'un système de forfaits dans le domaine hospitalier (à l'exception de la psychiatrie).
2. La mise en réseau des prestations ambulatoires et hospitalières sous la dénomination de soins intégrés.
3. Un contrôle généralisé de la qualité (jusqu'à maintenant limité à l'hôpital).

Les intérêts du corps médical allemand, et ainsi de ceux des patientes et des patients, n'ont été que de peu de poids dans cette production continue de textes de loi. Celles qu'on appelle les chambres médicales des Länder, auxquelles tous les médecins doivent obligatoirement appartenir, sont des corporations de droit public, il en est de même l'association médicale des caisses, dont tous les médecins établis reconnus pas les caisses doivent faire partie. Le Marburger Bund, est un syndicat des médecins fonctionnaires, le Hartmann Bund est une association regroupant, sur une base volontaire, les médecins établis, son influence est limitée. Diverses associations professionnelles, ainsi que de sociétés à orientation scientifique, n'ont que peu de poids pour défendre les intérêts professionnels du corps médical allemand.

La défense des intérêts professionnels des médecins suisses nous apparaît beaucoup plus solide. Cette situation favorable doit être utilisée de façon conséquente par les organisations médicales existantes.

Dans le cadre de toutes les réformes législatives, en Allemagne, on n'a pas touché au financement dual des hôpitaux, c'est à dire que des investissements provenant de recettes fiscales, par l'intermédiaire des Länder, sont attribués aux hôpitaux. La couverture des dépenses courantes d'entretien doit être assurée par les caisses. A la suite d'un gel budgétaire pour chaque hôpital, décidé dans les années 90, en même temps qu'une diminution des moyens en provenance des Länder, on assiste à un lent vieillissement des moyens techniques des hôpitaux allemands, qui oblige à des efforts de rationalisation, pouvant aller jusqu'au rationnement. Des fermetures d'hôpitaux sont envisagées par la politique de la santé allemande. Dans le cadre de l'expertise ANDERSON, généralement acceptée, on envisage, qu'à la suite de fermeture, des 2200 hôpitaux existant à l'heure actuelle, il devrait en subsister 1600 à l'horizon 2015. Les «mesures» éventuelles que les hôpitaux peuvent décider contre cette évolution consistent en fusions, coopérations, ainsi que surtout la prise en main par le secteur privé.

A la suite de la diminution des crédits et des déficits des crédits de fonctionnement, il n'est plus possible de répondre entièrement aux attentes des patients, motivées par le progrès de la technique médicale. Il en va de même dans le cas des soins ambulatoires.

Il existe en Allemagne ce qu'on appelle la relation à quatre. Elle est établie entre l'assuré et le médecin en sa qualité de fournisseur de prestation. Le médecin lui-même est représenté par l'association médicale des caisses qui, elle-même, coopère avec les caisses des assurés.

Le 31 janvier 2002 sont entré en vigueur les nouvelles directives de la commission gouvernementale des médecins des caisses concernant la planification des besoins ainsi que la fixation des normes de surmédicalisation ou de sous-médicalisation pour les soins médicaux fournis dans le cadre d'un contrat d'assurance (appelées directives de planification des besoins). Les premières directives de planification des besoins ont été publiées en 1993, elles ont

rapidement été qualifiées par le corps médical allemand de «blocage de l'accès». Dans les directives de planification des besoins sont désignées les spécialités qui sont soumises à des quotas de médecins par rapport au nombre d'habitants. On tient compte de certaines différences géographiques (zones d'habitation importantes, telles que grandes métropoles, grandes villes, régions de campagne et régions particulières). A l'heure actuelles, les spécialités médicales suivantes sont concernées: anesthésistes, ophtalmologues, chirurgiens, internistes, gynécologues, ORL, dermatologues, pédiatres, neurologues, orthopédistes, psychothérapeutes, radiologues, urologues, généralistes. Le 1er avril 2002 la «loi limitant les dépenses liées aux médicaments» est entrée en vigueur (prescription de médicaments à un niveau de prix au tiers inférieur). Depuis le 1er juillet 2002 il existe à ce sujet une liste contraignante. De plus, les pharmaciens sont tenus de remplacer les médicaments prescrits, à moins que le médecin n'ait indiqué «aut idem».

Il existe également un budget pour les médecins établis, il est valable tant pour un cabinet individuel que pour deux groupes de médecins. On fait ici une différence entre le groupe des médecins de premier recours et le groupe des spécialistes.

En Allemagne le libre choix du médecin par le citoyen est fixée par l'article 76 SGB V. Le libre choix est valable pour tout patient, toutefois l'alinéa 2 fait mention d'un rapport à la région, c.à d. qu'il y a lieu de consulter le médecin le plus proche. Dans l'alinéa 3 le rôle essentiel du médecin de premier recours est mis en évidence. Des programmes de traitement par maladie ou par cas, prévus par les caisses, ont pour but de limiter le libre choix du médecin. Il est toutefois possible au patient de s'inscrire librement pour un tel programme.

Résumé

En Allemagne, la situation des médecins s'est considérablement péjorée dans les années 90, cette tendance se maintient au début du nouveau millénaire. Il n'a pas été possible de mettre en œuvre une véritable défense des intérêts professionnels de notre profession par une organisation réellement représentative. Nous autres médecins en Allemagne pensons représenter également les intérêts de nos patientes et patients. C'est ainsi qu'au cours des dernières années une grande partie de leurs intérêts ont été négligés. La mesure prévue actuellement en Suisse consistant à limiter

l'ouverture de nouveaux cabinets, de même que d'autres «instruments de régulation», sont bien connus au niveau de la politique de la santé allemande. Ils n'ont pas permis, associés à d'autres mesures, en Allemagne, au contrôle et à la planification des coûts dans le domaine de la santé. Bien au contraire – les dépenses pour les médicaments continuent d'augmenter de façon excessive. La demande, de la part des patients, de soins hospitaliers de haute qualité demeure inchangée (ce qui est leur droit), les primes des caisses n'ont pu être sérieusement stabilisés ou diminués par aucune mesure.

C'est le devoir du corps médical suisse, beaucoup mieux organisé, d'utiliser son organisation pour décider des mesures de résistance contre des mesures prises peut-être en pensant à bien par des politiciens de la santé, mais qui n'ont apporté (en Allemagne) que la confusion et la frustration. Cela se traduit notamment dans la dramatique pénurie de médecins. De nombreux médecins allemands abandonnent leur poste auprès des patients pour exercer une activité dans un autre domaine de la santé. Encore plus dramatique est le recul de ceux qui commencent les études de médecine. D'après les

chiffres publiés on doit s'attendre que seuls environ 50% de ceux qui commentent les études l'exerceront au profit du patient à la fin de leurs études.

Chères consoeurs et confrères suisses,

Faites usage de votre organisation, soyez actifs, affrontez les défis politiques et économiques. Il en va de la reconnaissance de notre image professionnelle et du bien de nos patients. N'oubliez pas: vous avez peut-être moins de temps que vous ne croyez.

DM Ulrich Müller / DM Karla Gierak

Encore 420 jours avant TarMed



J. Schlup,
président de la
Société des
médecins du
canton de Berne

Le conseil fédéral a décidé le 30.9.2002 l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2004, de la **structure tarifaire TarMed, dans sa version 1.1**, ainsi que celle des contrats cadre la concernant. Toute modification de cette structure tarifaire version 1.1 est à soumettre au conseil fédéral pour approbation. La Suisse disposera ainsi, dans 14 mois, d'une structure tarifaire unique pour les différentes prestations médicales.

Pour le conseil fédéral, la condition préalable à l'entrée en vigueur était constituée par la **neutralité des coûts**, définie dans les contrats cadre. Pendant la phase de 18 mois de neutralité des coûts, Santésuisse et la FMH doivent présenter, chaque trimestre, à l'office fédéral des assurances sociales OFAS, des indications au sujet de l'évolution du nombre des prestations à la charge de TarMed, ainsi que les **dépenses** par zone de neutralité des coûts. D'éventuelles adaptations de la valeur du point doivent, elles, être communiquées sans délai, resp. chaque mois, à l'OFAS.

Le conseil fédéral se fonde sur le principe

que les différentes valeurs du points respectant la neutralité des coûts, qui doivent encore être négociées, «se situent en règle générale **nettement en dessous de un franc**». De plus, «les valeurs du point en fonction d'un domaine particulier d'activité ne sont pas autorisés». Le conseil fédéral «engage les autorités cantonales à considérer la neutralité des coûts comme critère directeur lors de l'approbation des valeurs du point».

Sur mandat du comité de la Société des médecins bernois, notre délégation a entamé des négociations avec Santésuisse région Centre et envisage de les mener à terme d'ici la fin du printemps 2003. La négociation concerne la valeur du point, ainsi que le contrat cadre cantonal. Vers le début de l'été 2003, les résultats des négociations seront soumis à l'approbation des membres de la Société des médecins du canton de Berne, puis examinés par le préposé à la surveillance des prix, soumis à l'approbation du gouvernement cantonal, et, pour terminer, il restera une période pendant laquelle les partenaires tarifaires peuvent faire valoir leur droit de recours. En cas de recours, ce sera au conseil fédéral de décider définitivement.

Pendant toute cette période, dans les cabinets il s'agira de procéder aux mesures préparatoires: mise au courant des collaborateurs, adaptation des systèmes informatiques, transfert des données, collecte des données, etc. Encouragez votre assistante à participer aux cours d'instruction TarMed de son association professionnelle. De votre côté, prenez connaissance des prestations de notre centre fiduciaire Ponte-Nova.

Tenez vous au courant

- en participant aux assemblées de votre cercle,
- en consultant www.berner-aerzte.ch <<http://www.berner-aerzte.ch>>,
- www.fmh.ch <<http://www.fmh.ch>>,
- doc.be et Bulletin des médecins suisses.

Les 32 prochains mois seront intéressants et excitants pour les médecins. Je vous recommande une dose de décontraction avec le petit-déjeuner pour les 960 jours à venir, à l'issue de cette période la phase de neutralité des coûts sera arrivée à son terme.

Jürg Schlup, président

Citations: *Décision du conseil fédéral du 30.9.2002 au sujet de l'entrée en vigueur de la structure tarifaire pour les prestations médicales TarMed.*

Programme 2003

16 janvier	Conférence des présidents, après-midi
27 mars	Assemblée des délégués, après-midi
30 avril	Chambre médicale, toute la journée, Soleure
15 mai	Conférence élargie des présidents, après-midi
19 juin	Assemblée des délégués, après-midi
18 sept.	Conférence des présidents élargie, après-midi
23 octobre	Assemblée des délégués, après-midi

Saisie des données concernant la valeur intrinsèque par la FMH



T. Heuberger
vice-président de
la Société des
médecins du
canton de Berne
membre du
grand-conseil

La FMH va prochainement procéder, auprès de ses membres, à une saisie de données, annoncée depuis longtemps déjà, concernant la **valeur intrinsèque**. Dans le cadre de l'introduction du nouveau tarif TARMED, il s'agit d'un projet important, tant pour la politique professionnelle en général que pour chaque médecin en particulier.

Le texte qui suit sert à l'information de nos membres, leur signale ce qui les attend et ce qu'on attend d'eux dans le cadre de cette enquête.

L'enquête avait déjà été annoncée en 2001, mais elle a été retardée. Il est prévu de l'organiser auprès de l'ensemble des membres du corps médical suisse au cours de l'automne 2002. Un certain nombre de consoeurs et de confrères ont reçu des questionnaires dans le cadre d'un galop d'essai, ils ont pu les critiquer pour les améliorer lors de leur utilisation définitive. Il s'agit en fait d'un CD-ROM, ainsi qu'un mode d'emploi imprimé donnant des explications et des instructions. Les données recueillies sont ensuite envoyées, par disquette ou e-mail, à la centrale tarifaire de la FMH pour évaluation.

Une saisie de données concernant la valeur intrinsèque: dans quel but?

Ces données, de même que la qualification individuelle des médecins qui en résultera, seront d'une importance décisive pour l'utilisation et le succès du nouveau tarif. Cette banque de données contiendra les documents autorisant chaque médecin à pratiquer, à un haut niveau de qualité, ainsi qu'à facturer des prestations pour lesquelles il a reçu une formation et au sujet desquelles il peut attester de son expérience. La mise à disposition de telles com-

pétences et de telles prestations en faveur des patients ne sera possible, à long terme, que dans la mesure où elles pourront être facturées. Dans le cadre de TARMED, une banque de données sera à disposition à cet effet. Une condition préalable doit toutefois être remplie, celle de collecter et de documenter, pour les mettre à la disposition des caisses, les différentes valeurs intrinsèques, formations approfondies, attestations de formation complémentaire et certificats d'aptitude technique. C'est là sens profond de la saisie de données au sujet de la valeur intrinsèque, qui concerne avant tout les médecins en activité à l'heure actuelle, ceux qui vont participer à la transition de l'ancien vers le nouveau tarif au cours de leur vie professionnelle active.

La saisie complète des valeurs intrinsèques d'un médecin constitue en quelque sorte une **garantie des droits acquis** dans le cadre de la pratique actuelle. Dans le cadre de TARMED, et des dispositions transitoires, il est, dans un premier temps, encore possible de continuer à fournir (et facturer!) les prestations fournies précédemment, **sans contestation**, à la charge de l'assurance maladie sociale, à la condition qu'elles aient été annoncées et documentées et, seconde condition, que dans la discipline concernée ou dans le cadre de la formation complémentaire ou de l'aptitude technique correspondantes on puisse attester et documenter une formation continue. Les deux conditions doivent être remplies pour pouvoir continuer à pratiquer ces activités sous TARMED.

Il est souhaitable que chaque médecin puisse continuer à pratiquer toutes les activités qu'il pratiquait, bien que ne relevant pas directement de sa discipline au sens strict, (ce qui était sans autre possible jusqu'à maintenant en raison de dispositions libérales). C'est ainsi que pourront continuer à être mises à disposition du public des compétences et des aptitudes acquises au cours des années.

Cela implique évidemment que la saisie de la valeur intrinsèque doit être irréprochable et complète, il en va finalement à notre propre avantage. De la part des médecins concernés cela implique un engagement important.

En tout premier lieu, il faut accepter de prendre sur son **temps**, ensuite, il est essentiel que chaque médecin puisse **définir** et, si nécessaire **attribuer à une discipline donnée**, les activités qu'il pratique à l'heu-

re actuelle. Il doit être en mesure de savoir ce qui se passe dans son cabinet au cours des heures normales de consultation (ce qui est également indispensable à l'utilisation correcte de TARMED!), ce sera ainsi le seul moyen de déterminer assez rapidement la valeur intrinsèque. Pour l'instant cette procédure n'est possible qu'au moyen d'un **ordinateur**. Il ne doit évidemment pas s'agir obligatoirement de celui du cabinet, mais de n'importe quelle installation. C'est important surtout pour les médecins qui ne disposent pas d'ordinateur dans leur cabinet mais qui ont accès à celui de connaissances ou de leurs enfants. On ne sait pas encore, pour l'instant, si un questionnaire écrit sera mis à disposition. Dans le cadre d'un essai pilote de la FMH, j'ai procédé à cette détermination à plusieurs reprises, dans le rôle de «cobaye» et j'ai ainsi pu faire quelques constatations. Je me suis rendu compte que le travail est plus facilement réalisable si l'on dispose de certaines **connaissances préalables**, ainsi que de bonnes instructions écrites, qu'une bonne expérience du travail à l'**ordinateur** et la **connaissance du navigateur tarifaire** sont plus qu'utiles pour répondre à tout en évitant les fautes.

Quelles sont les questions posées?

Il s'agit de répondre à des questions concernant sa formation dans sa spécialité, la structure du cabinet, ainsi que certains détails, qui ne sont en réalité pas relatifs à la valeur intrinsèque, mais qui permettent de donner des renseignements sur la démographie du corps médical suisse et serviront éventuellement à des fins statistiques ou lors de négociations.

On demande une liste des attestations de formation approfondie, formation complémentaire et certificats d'aptitude techniques détenus par le médecin concerné et qu'il entend pratiquer et conserver à l'avenir.

En troisième place figure une liste des activités pratiquées en-dehors de sa propre discipline que le médecin entend exercer et facturer à l'avenir. Cette liste doit être établie soigneusement à partir des différents chapitres du navigateur tarifaire et retranscrite dans une liste personnelle ad hoc, qui sera transmise à la FMH.

La saisie des données de la valeur intrinsèque aura des effets évidents, c'est ce qui ressort de ce qui précède: possibilité de continuer de pratiquer à la charge de l'assurance maladie sociale les activités non contestées à ce jour ne relevant pas de sa propre spécialité médicale, de les mettre à la disposition du public et de permettre au public de les demander et d'en faire usage. Etant donné que cela concerne au-

tant le public que le corps médical, il saute aux yeux que des listes **complètes** et **exemptes d'erreurs** sont d'une importance capitale tant pour chaque médecin en particulier que le corps médical dans son ensemble. Il est plus que probable que de telles statistiques auront un intérêt sociologique et politique.

Procédure

Les questions posées concernent des données personnelles, des détails au sujet de l'activité au cabinet, les installations du cabinet ainsi que les conditions de travail. A côté de cela des indications au sujet de la formation et de l'activité au cabinet, l'indication de la spécialité médicale, les attestations de formation approfondie, complémentaire, les certificats d'aptitude technique dans d'autres disciplines et, finalement, la liste des activités «étrangères» qui pourront continuer à être pratiquées sans attestation de formation complémentaire ou certificat d'aptitude technique. Pour terminer des indications de nature géographiques concernant le cabinet, le nombre des employés, les heures d'ouverture ainsi que des questions au sujet d'activités extra-professionnelles (pour des raisons statistiques exclusivement).

Sécurité

Les diverses données de ce véritable catalogue de questions, allant pour certaines d'entre elles loin au-delà de ce qui est nécessaire au contrôle par les caisses,

restent entre les mains des médecins, ne peuvent pas être utilisées à d'autres fins que statistiques, sous forme anonyme, et ne sont pas à la disposition des assureurs, caisses maladies et autorités. Ces derniers n'ont accès qu'aux renseignements concernant la valeur intrinsèque proprement dite, en aucun cas à ceux relatifs aux cabinets. La valeur intrinsèque est constituée par le titre de spécialiste, les attestations de formation approfondie, de formation complémentaire et les certificats d'aptitude technique, ainsi que les activités exercées à ce jour sans contestation (garantie des droits acquis).

Conditions préalables

D'après mes constatations je pense qu'il est utile, voire indispensable que celui qui se prépare à remplir les questionnaires concernant la valeur intrinsèque, qui souhaite le faire sans faute et intégralement, dispose de quelques notions concernant le navigateur TARMED, sache se «mouvoir» dans ce navigateur. Il faut savoir ouvrir les différents chapitres et s'être familiarisé avec les recherches en fonction de mots clés ou index. Si l'on ne dispose pas de ces notions préalables et que l'on n'a aucune connaissance des interprétations tarifaires, il faudra plus de temps, de peine pour établir des listes, souvent grevées d'erreurs. Cela concerne essentiellement les activités en-dehors de la propre discipline médicale et des certificats d'aptitude technique. La participation à un cours d'introduction

TARMED devrait se révéler utile à ces travaux préparatoires.

Chaque médecin devrait procéder à une **analyse** précise de son propre cabinet, qui mettra en évidence quelles sont les activités pratiquées, le cadre dans lequel elles sont pratiquées, le temps approximatif qu'il faut pour les exécuter. Une **analyse pratique** de son propre travail est une condition préalable essentielle d'une part pour la détermination de la valeur intrinsèque et, d'autre part également (avec encore plus d'importance) pour l'utilisation du nouveau tarif dès son entrée en vigueur. Ce n'est qu'à cette condition que le tarif utilisé à l'heure actuelle (dans le cadre bernois le tarif bloc) pourra être retranscrit sans faute dans le nouveau tarif à la prestation et modulaire.

Cette analyse va vous demander un certain temps pour mettre en évidence le déroulement du travail dans votre cabinet en fonction de votre propre travail et de votre agenda et vous fournir ainsi une image précise de votre cabinet sur un jour, une semaine ou un mois. Ce travail devrait débuter dans chaque cabinet dès aujourd'hui, afin de ne pas se voir confronté à des problèmes de manque de temps. Il me semble également important et urgent de vérifier l'environnement électronique du cabinet et, en cas de nécessité, de le mettre à jour.

*T. Heuberger
vice-président*

Formation TARMED des assistantes médicales

TARMED, cet acronyme qui prend par moment beaucoup de place dans notre vie professionnelle et même notre vie en général, va bientôt avoir une influence considérable sur notre façon d'entrevoir notre activité médicale. On a déjà souvent évoqué le sujet.

Le nouveau tarif médical va non seulement exercer une influence sur notre groupe professionnel et nos activités, il va également toucher le travail de nos employées au cabinet, dans le domaine des tarifs, facturations et traitements.

Il en résulte une absolue nécessité d'informer nos assistantes et de les former à l'utilisation du tarif.

Les assistantes médicales ne sont pas les seules qui devront connaître le nouveau système tarifaire, l'ensemble de l'équipe du cabinet est concerné, y compris le patron ou la patronne. Les cours à l'intention des médecins ne sont pas devenus superflus, au contraire. On constate de plus en plus qu'il est avantageux, voire indispens-

able, que tous soient en mesure de se familiariser avec le ce tarif et qu'ils connaissent les conditions cadre qui interviendront au moment de l'entrée en vigueur.

Il faut notamment accorder une importance toute particulière à la saisie des données concernant la valeur intrinsèque, à la mise à jour des ordinateurs et logiciels, à la planification financière (période de carence de facturation au moment de l'entrée en vigueur), aux craintes touchant à la façon d'aborder TARMED.

Tous les confrères ayant une activité en cabinet ont pu prendre connaissance récemment (cela ne doit concerner que les membres de langue allemande, nd.t) d'un envoi de la SVA (Schweizerischer Verband des Arztgehilfen) qui proposait des cours de formation TARMED pour les assistantes médicales. Nous devons être reconnaissants à la SVA d'avoir reconnu à temps l'importance de cette formation pour nos collaboratrices et d'avoir envisagé un programme d'instruction dont j'ai

eu le privilège de prendre connaissance (quelle chance, n.d.t).

Je pense qu'il s'agit d'une formation de qualité, utile et importante, qu'elle apportera des informations et compétences non seulement aux assistantes médicales, mais quelle aidera également – avec certaines précisions et informations complémentaires – les médecins dans leur façon d'aborder TARMED.

C'est pourquoi je vais proposer au comité de la Société cantonale qu'il décide une collaboration de nos deux organisations dans ce domaine, dans le but d'améliorer le niveau de connaissance des cabinets bernois.

Nous recommandons à chaque propriétaire d'un cabinet de donner la possibilité à ses collaboratrices de suivre un de ces cours et de les encourager à le faire. D'autres articles de doc.be seront consacrés à ce sujet.

*T. Heuberger
vice-président*

Négociations TarMed dans le canton de Berne



*U. Hofer
avocat, responsable de la délégation aux négociations*

Les délégations de santésuisse Berne et de la Société des médecins du canton de Berne ont mis en route leur activité lors d'une première séance, qui a eu lieu le 10 septembre 2002.

La délégation aux négociations de santésuisse est placée sous la direction de M. Helmut Allemann, de Zurich, représentant Helsana SA, elle comprend, en qualité de membres, Me Roland Amstutz, consultant juridique de santésuisse, de Berne, M. Christoph Engel, membre de la direction

de Visana et M. Martin Horisberger, directeur de Managed Care et innova, technique d'assurance.

La délégation de la Société des médecins du canton de Berne, sous la direction du rédacteur de cet article, est composée des Drs Beat Gafner et Peter Luder, ainsi que de M. Anton Prantl, directeur exécutif de la Caisse des médecins.

Les négociations ont pour but de discuter des dispositions cantonales complémentaires au contrat cadre LAMal entre la FMH et santésuisse, accepté entre temps par le conseil fédéral. Il s'agira également de fixer, pour le canton de Berne, la valeur du point initiale au moment de l'entrée en vigueur de Tarmed.

Nous partons pour l'instant du principe qui consiste à mettre à la disposition des médecins bernois un document, en qualité de base de contrat, dans lequel seront contenus les dispositions cantonales indispensables au contrat Tarmed.

Les membres de la délégation aux négociations sont d'accord pour que l'entrée

en vigueur de Tarmed n'introduise aucun changement dans le système de paiement et que, par conséquent, le tiers payant reste le système en vigueur.

A l'occasion de la première séance, notre partie, par la voix de M. Anton Prantl, a présenté le modèle New Index pour le calcul de la valeur du point et il a été décidé que M. Prantl examine avec le responsable des tarifs de santésuisse le modèle et la méthode «tool santésuisse». La chose est intervenue entre temps.

Notre but – peut-être un peu trop ambitieux – est de disposer d'un contrat Tarmed bernois avant la fin de l'année, afin de pouvoir le mettre à la disposition des organes responsables de la Société des médecins jusqu'au printemps 2003. Il faudra ensuite, en accord avec les négociations menées par le G7 pour différents cantons, en accord également avec New Index, de fixer la valeur du point initiale. Dans cette optique, notre sommes particulièrement heureux de pouvoir compter sur la collaboration de M. Prantl dans le cadre de notre délégation aux négociations.

U. Hofer, responsable de la délégation aux négociations

Inserat Medics Labor
(Posifilm beiliegend)

Communications du secrétaire



Th. Eichenberger,
secrétaire

1. Décisions de l'assemblée des délégués du 24 octobre 2002

1. Les cours d'introduction pour les assistantes médicales doivent continuer à être financés solidairement par l'intermédiaire de prélèvements en pourcentage des salaires de l'ensemble du personnel employé par le cabinet, resp. par l'intermédiaire de la masse salariale soumise à l'AVS. [Le taux actuel est de 0.3%. Il peut, selon une décision de l'assemblée des délégués du 21 mars 2002, être augmenté jusqu'à 0.6%].

Les délégués se prononcent en principe pour discuter d'une solution permettant des réponses différenciées dans le cas des cabinets ayant une grande masse salariale. *A l'unanimité*

2. A l'occasion d'une votation de variantes les délégués se prononcent en faveur d'une solution schématique fixant une limite supérieure contractuelle (droit à demander le remboursement du montant dépassant la limite supérieure fixée), par opposition à une solution encore plus différenciée selon laquelle le remboursement intervient en fonction de critères très précis encore à déterminer.

(En faveur d'une limite supérieure) 29 à 18 (en faveur d'exceptions précises)

3. En votation finale, les délégués se prononcent en faveur de la nouvelle solution fixant une limite supérieure contractuelle par opposition au statu quo.
Accepté par 30 oui, contre 22 non et 2 abstentions

4. L'assemblée des délégués délègue au comité cantonal la décision concernant la fixation de la limite supérieure.
Accepté par 50 oui, contre 1 non et 4 abstentions.

Commentaire (ad ch. 1-4):

Le comité cantonal va devoir, pour des raisons techniques, décider d'un niveau raisonnable pour la limite supérieure. Celui qui dépasse un certain niveau de cotisations destinées à la formation des assistantes médicales (p. ex. Fr 1500.– par année), aura le droit, se fondant sur cette disposition, qui doit encore être mise au point par le comité et publiée dans doc.be, de demander le remboursement auprès du secrétariat de la Société des médecins du canton de Berne SMCB.

Important: Pour des raisons techniques il ne sera pas possible de déterminer d'emblée les déductions en fonction de la masse salariale soumise à l'AVS. Dans la mesure où la limite supérieure est dépassée pour une année donnée, il sera possible, au cours de l'année suivante, sur présentation des déclarations AVS, de demander auprès du secrétariat le remboursement du total de la somme pour laquelle il y a un droit au remboursement. Pour des raisons de protection des données la SMCB n'a aucun accès aux documents de l'AVS, resp. à prendre connaissance de la masse salariale de ses membres. Medisuisse (anciennement Caisse de compensation des médecins, dentistes et vétérinaires à St-Gall), elle aussi, n'a aucun droit de fournir directement ces données à la SMCB. C'est pourquoi l'administration de la preuve (présentation des documents AVS) incombe au membre.

5. L'assemblée des délégués confie au comité cantonal le soin d'étudier des mesures incitatives propres à augmenter le nombre des participants à l'étude permanente des frais généraux des cabinets (ROKO) et de les présenter pour approbation lors de la prochaine assemblée des délégués. L'incitation doit aller dans le sens que les membres qui participent et retournent leurs données dans les délais sont récompensés.

Majorité écrasante, 2 non et 3 abstentions.

6. L'assemblée des délégués promulgue des recommandations juridiquement non contraignantes concernant la dispensation du service de garde général ainsi que la fixation de l'indemnité relative à cette dispensation, dans le sens de l'art. 30 b de la loi sur la santé publique.

Accepté par 39 oui, contre 16 non et 3 abstentions.

Les nouvelles dispositions sont les suivantes:

La libération totale ou partielle peut être autorisée en principe pour les raisons suivantes:

1. Sur demande la personne astreinte au service de garde

a) Participation à un service de garde local ou régional de spécialistes ou à un service de garde d'un hôpital, pour autant que le service de garde concerné est considéré équivalent par l'organisation du service de garde;

b) en cas de libération totale d'une discipline médicale par le service de garde;

c) pour des raisons de santé, notamment en cas d'absence ou de diminution importante de la faculté de se déplacer.

d) lorsque l'astreinte au service de garde est assumée en remplacement par un consoeur / un confrère;

e) lorsque la participation au service de garde a atteint une durée maximum fixée par l'organisation du service ou le cercle médical ou que celui qui y est astreint a atteint un âge limite;

f) pour d'autres raisons graves.

2. Suite à une décision du cercle médical responsable de l'organisation ou du groupe de service garde

a) En cas d'incompétence professionnelle ;
b) à la suite d'infractions répétées aux obligations du service.

3. Indemnité de libération du service de garde

L'indemnité due pour la libération du service de garde est une indemnité de remplacement permettant de couvrir les frais occasionnés directement par le service de garde (p.ex. cours d'introduction au service de garde, formation continue au service de garde, indemnité pour la personne responsable de l'organisation du service, jetons de présence, annonces, pertes dues à des débiteurs, déviations téléphoniques et indemnisation pour le service de piquet).

2. Augmentation de la valeur du point – Oui, mais finalement non

Le conseil exécutif du canton de Berne, sur demande de la SMCB, a augmenté la valeur du point pour les prestations médicales de Fr 1.50 à Fr 1.55, rétroactivement au 1^{er} janvier 2002.

Santésuisse a immédiatement annoncé qu'elle allait recourir contre cette décision auprès du conseil fédéral. Même si, du point de vue légal, la chose est incertaine, il faut admettre que ce recours a valeur suspensive. Nos membres devront donc,

jusqu'à nouvel avis, et comme jusqu'à maintenant, utiliser une valeur du point de Fr 1.50. Toute autre façon de procéder pourrait être considérée illégale et conduire à des demandes de remboursements d'honoraires coûteuses, si le conseil fédéral devait aller dans le sens des caisses. Dans les motifs de sa décision le conseil exécutif indique que selon la DSP (direction de la santé publique et des affaires sociales) il n'est « plus opportun de ne pas adapter la valeur du point, inchangée depuis 1985, au renchérissement. En dépit du fait que les coûts occasionnés par les cabinets ont augmenté dans le canton de Berne au cours des dernières années, la DSP ne pense pas que cette augmentation doive être attribuée au tarif. La DSP a examiné la déclaration de la Société des médecins indiquant que le renchérissement, depuis 1989, dépassait largement les 3% qu'elle réclame et l'a approuvée. De plus, à l'occasion d'autres négociations, dans le domaine hospitalier et ambulatoire, on a tenu compte, au moins partiellement, du renchérissement. Ne serait-ce que pour des raisons d'égalité devant la loi, il n'est plus possible de refuser aux médecins établis une compensation partielle du renchérissement ». En ce qui con-

cerne les objections des caisses, la DSP note: «La direction de la santé publique et des affaires sociales reconnaît le problème; l'augmentation des coûts, parce qu'il est fait de plus en plus appel aux prestations médicales, ne peut pas être mis au compte des seuls médecins établis.»

3. Moratoire à l'ouverture de nouveaux cabinets

Selon des renseignements de la part de l'office du médecin cantonal, l'ordonnance cant. ne sera connue qu'à la fin de l'année, mais pourrait entrer en vigueur au 1.1.2003. Le canton va user de son droit de prévoir des exceptions (p.ex. en cas de reprise de cabinet ou densité médicale insuffisante). La SMCB pourra donner son avis au sujet du projet d'ordonnance cant. dans le cadre d'une procédure de consultation.

4. Décisions du tribunal arbitral cantonal / du tribunal des assurances

A l'heure actuelle de nombreuses affaires sont pendantes devant les tribunaux ber-

nois. Ces affaires concernent d'une part la nature du tarif à appliquer dans la division la plus basse des hôpitaux privés. D'un autre côté, il s'agit du droit à facturer les rapports de sortie dans le cadre des rapports opératoires.

Dès qu'une décision exécutoire, dans l'un ou l'autre cas, aura été prise par le tribunal fédéral des assurances, nous en informons nos membres.

Nous vous prions de ne pas céder à l'argumentation des assureurs (en particulier d'Helsana), qui fondent leur argumentation sur des décisions isolées d'instances cantonales et qui, s'appuyant sur ces dernières, bifflent ou corrigent certaines positions tarifaires.

Continuez à établir vos factures ainsi que vous l'avez fait jusqu'à maintenant. S'il y avait lieu d'agir autrement, nous serions en mesure de recommander à nos membres de facturer avec une valeur du point à Fr 1.55, alors que cette décision du gouvernement cantonal bernois n'est pas encore exécutoire.

Une vue d'ensemble du système RAI

Introduction de nouveaux instruments de soins dans les établissements médico-sociaux

A compter du 1.1.2003, les établissements médico-sociaux du canton de Berne doivent mettre en œuvre de nouveaux instruments d'évaluation des besoins conformes à la LAMal. A côté de BESA, l'instrument RAI se fonde sur une collaboration active entre l'équipe soignante et les médecins traitants. La revue de médecins de premier recours Primary Care a présenté l'instrument. Une manifestation d'information à l'intention des médecins de famille aura lieu le 14.11.2002, à 16 h à l'Hôpital de l'Île. RAI est un système exigeant au sujet duquel les méd. doivent être informés. RAI est déjà en usage dans des homes des cantons de Soleure, Bâle-Ville, Argovie et Zurich, il va être mis en œuvre, dans le cadre de Spitex, pour l'ensemble de la Suisse.

Une vue d'ensemble du système RAI

Le Resident Assessment Instrument (RAI) est un système bien établi, ayant fait ses

preuves au niveau international. L'amélioration de la qualité des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux a été à la base de son développement. Dans une première étape, il mène l'équipe soignante à travers un processus très large d'évaluation des besoins. Tous ceux qui participent aux soins et traitements établissent en commun un état des lieux systématique et complet au sujet des points forts, des conditions cadre et des difficultés de la résidente, resp. du résident. Les méd. participent à cette évaluation – on souhaite qu'il le fassent activement.

Dans le cadre de RAI, cette évaluation des besoins est appelée Minimum Data Set (MDS). Fondé sur ces informations de base, l'équipe soignante reçoit un résumé de l'évaluation et ainsi un moyen de planifier les soins et traitements conformément aux besoins.

L'évaluation systématique des besoins se fonde sur une philosophie orientée vers l'encouragement à l'autonomie des résidentes et résidents des homes. Elle est structurée en fonction des connaissances professionnelles des soignants. Il résulte

que la qualité des soins se trouve déjà améliorée de façon vérifiable par la seule utilisation de l'évaluation des besoins. Se fondant sur les mêmes informations relatives aux patients contenues dans le MDS, le module complémentaire groupes d'utilisation de soins, autrement dit Ressource-Utilization-Groups (RUG's = groupes d'utilisation de soins), constitue la base d'une tarification différenciée et le calcul des parts forfaitaires de l'assureur maladie pour les soins.

A la suite de la mise en route de la tarification RUG, fondée également sur les informations MDS concernant les résidents, on procède au calcul d'indicateurs de qualité RAI. Ces indicateurs de qualité permettent aux homes, en fonction des résultats de leurs soins, de se comparer avec d'autres homes et de la faire également par rapport à des normes internationales. Il est possible, au sujet de problèmes bien identifiés, de se basant sur la situation particulière du home, de prendre des mesures précises et d'améliorer ainsi la qualité.

Pour des informations concernant RAI: www.qsys.ch

Dr Markus Anliker, spécialiste FMH en médecine générale, gériatre, responsable du projet RAI pour le canton de Berne

Traitement et établissement de factures pour des touristes de l'UE



Marcus Grossenbacher, président de BEGAM

Depuis le 1.6.02, les traités bilatéraux sont en vigueur et ainsi un accord selon lequel les soins fournis aux citoyens de l'UE sont garantis selon le tarif **des caisses-maladie en vigueur**.

Comment procéder dans le canton de Berne (sous le régime du tiers garant)?

Le patient venant de l'UE présente au médecin traitant le formulaire E111 et lui demande de le remplir. Le médecin établit une facture selon le tarif des caisses-maladie et l'encaisse immédiatement auprès du patient (en espèces ou par carte de crédit). Il remet ensuite au patient une facture détaillée et le formulaire E111 rempli et prie le patient d'adresser la facture, avec indication de son compte bancaire, centre collecteur à l'adresse suivante:

Institution commune LAMal, Gibelinstrasse 25, case postale, 4503 Soleure

Le patient obtiendra le remboursement de sa facture de la part de cette institution, après déduction d'une franchise de Fr 70.– pour les adultes, par 30 jours de séjour en

Suisse, resp. de Fr 25.– pour les enfants, par 30 jours de séjour.

Pour les autres cantons, la procédure est la suivante:

Identique à Berne dans le cas du tiers garant.

Dans le cas du tiers payant, le médecin traitant adresse sa facture établie selon le tarif des caisses-maladie à l'institution citée plus haut, en même temps que le formulaire E111.

D'après mes recherches, le patient ne bénéficie de la protection tarifaire que s'il présente le formulaire E111.

Pour de **plus amples renseignements**, veuillez vous adresser à l'Institution commune LAMal, tél. 032 625 48 20 ou à Mme Scherer de l'OFAS, tél. 032 322 90 11.

A ce jour ni l'OFAS ni la FMH n'ont donné d'information au sujet de cette nouvelle réglementation.

*Dr. med. Marcus Grossenbacher,
président de BEGAM*

Assemblée générale de PonteNova



Hans-Werner Leibundgut
président du conseil d'administration de PonteNova

Augmentation du capital, élection du Dr Kurt Haenni au conseil d'administration, ainsi que la présentation de la pharmacie «zur Rose» en qualité de partenaire, tels furent des points à l'ordre du jour le 24 octobre.

Grande preuve de confiance

Après en gros six mois d'exercice, PonteNova a tenu sa première assemblée générale (extraordinaire). Grâce à une demande d'actions PonteNova réjouissante de la part du corps médical bernois, il a été possible de procéder à une augmentation de

capital, de telle sorte qu'il y a de nouveau des titres en suffisance. PonteNova compte à l'heure actuelle 155 actionnaires, 41 d'entre eux ont souscrit à des actions pour la nouvelle tranche et 135 autres conseillers et confrères ont demandé des informations. C'est ainsi qu'environ 20% du corps médical bernois a manifesté un intérêt à PonteNova, mais l'intensité de l'engagement des différents cercles est très inégal: 40 à 45% dans l'Oberland et l'Emmental, à côté de 9% à Berne Ville.

Un médecin chef au conseil d'administration – on recherche une femme de la ville

Le conseil d'administration devrait refléter le corps médical bernois en activité. A côté des deux médecins de premier recours Christoph Hug et Hans-Werner Leibundgut, du membre de la FMS Adrian Sieber et du directeur de Bluecare Philip Baumann, Kurt Hänni, chirurgien chef de l'hôpital régional de Haute-Argovie va désormais siéger officiellement. Ce dernier participait déjà, en qualité de membre muet du conseil d'administration, à toutes les séances depuis la fondation. Il y aurait encore des places pour 1 à 2 membres, les

femmes médecin et la ville de Berne ne sont pas représentées.

Un objectif bien défini

En peu de temps PonteNova a acquis un haut degré de reconnaissance. L'activité principale consiste à faire de la promotion. Les membres du conseil d'administration ont participé à cinq séances de formation TarMed, à onze assemblées de cercles ou de sociétés de discipline, ils ont également présenté des exposés devant huit groupes de garde, de médecins de premier recours ou cercles de qualité. Nous avons également lancé un site web et publié deux bulletins d'information. Nous avons fixé pour but l'acquisition d'environ 600 actionnaires et clients d'ici la fin de l'année.

Nouveau prix de l'abonnement – L'offre promotionnelle valable jusqu'à la fin de l'année

«La joie règne!». Il a été possible de diminuer le prix de l'abonnement des clientes et clients de PonteNova. Au lieu de Fr 750.–, les prestations de notre centre fiduciaire coûteront Fr 700.– par année, en cas de souscription à notre offre promotionnelle valable jusqu'à la fin de l'année – en fonction du nombre d'actions souscrites – la réduction se montera de Fr 50.– à Fr 150.– supplémentaires.

Moratoire à l'ouverture de cabinets – la



St. Schneider
Co-président
ASMAC Berne

Le comité de l'ASMAC Berne a eu des discussions poussées au sujet des mesures à prendre à la suite du moratoire à l'ouverture de nouveaux cabinets. Il continue à s'opposer énergiquement à cette mesure, qui ne va pas atteindre ses objectifs, qui est dirigée unilatéralement contre un des acteurs du domaine de la santé et qui néglige le fait, qu'à l'heure actuelle déjà, s'annonce une pénurie de médecins établis en cabinet. On ne sait pas encore si le canton l'appliquera, ni de quelle façon.

En accord avec l'ASMAC Suisse, le comité de l'ASMAC Berne, a constaté qu'il n'était plus possible de revenir sur la décision du conseil fédéral, de telle sorte qu'une démonstration ou des arrêts de travail à l'hôpital, sans préparation préalable de l'opinion, seraient passés à côté de leur but. Sur mandat du grand conseil le conseil exécutif prépare actuellement le paquet d'économie le plus drastique qui a jamais été ficelé dans le canton de Berne. Il s'agit

d'économiser chaque année 240 millions de francs. Les syndicats de personnel des services publics du canton de Berne ont décidé d'appeler à une grande démonstration, contre le démantèlement du service public, le 1^{er} novembre 2002. Le mandat d'économie du grand conseil pourrait menacer, dans le domaine hospitalier, la mise en route de l'amélioration des conditions de travail, de la loi sur le travail, de l'acquisition de matériel pour un système électronique d'information dans les cliniques, ainsi que la création du système de médecin hospitalier sur une base attractive.

Se fondant sur ces réflexions, le comité de l'ASMAC Berne a pris les décisions suivantes:

1. L'ASMAC Berne participe activement à la journée de protestation du 1.11.
2. En prévision de cette journée, l'ASMAC va engager un travail d'information de l'opinion ayant pour but de donner des informations (au moyen d'affiches, de la revue VETO, d'information des médias) sur nos revendications et leurs relations avec le moratoire à l'ouverture de cabinets (pénurie de médecins à moyen terme).
3. L'ASMAC Berne va suivre très attentivement l'application de la mesure insensée du conseil fédéral par la direction cantonale de la santé et – en cas de nécessité – la juger de manière critique.
4. L'ASMAC Berne apporterait, le cas échéant, un soutien juridique dans l'éventualité du refus d'une demande.

5. On va créer un badge («on a de plus en plus besoin de nous»), qui sera porté par tous les médecins assistants et chefs de clinique, jusqu'à la suppression du moratoire.
6. On va s'adresser aux membres bernois du conseil des états et du conseil national en leur demandant d'éliminer de la LAMal les bases légales pour un moratoire.

Les préoccupations actuelles de l'ASMAC Berne (poursuite de l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux, modernisation de la formation, loi sur les hôpitaux, présence dans les cercles dirigeants cant., des hôpitaux et de l'ASMAC Suisse) continueront à être suivies de près. Nous sommes persuadés que le danger, à moyen terme, d'une pénurie de médecins, est réel et ceci pour les raisons suivantes: augmentation du nombre des postes de médecins dans les hôpitaux, augmentation du nombre de ceux travaillant à temps partiel, diminution des diplômés de fin d'étude et pénurie de médecins dans toute l'Europe. Les médecins établis seront également touchés par la diminution de l'attractivité de la profession médicale (service de garde, difficultés lors de la remise). Il nous semble par conséquent qu'il en va de l'intérêt de tous que l'image publique du médecin soit une nouvelle fois améliorée et qu'elle corresponde à ce qu'elle est en réalité: celle d'une profession passionnante, exigeante, centrée sur les problèmes des patients et qui fournit des prestations essentielles à la population.

Pour l'ASMAC Berne
Dr St. Schneider, co-président

Nouveau classeur d'instruction pour médecins et assistantes médicales

Un nouveau classeur d'instruction TarMed pour médecins et assistantes médicales est paru récemment. Il peut être commandé auprès de Mme Marie-Louise Schönbächler, Kirchhaldenstrasse 42, 8722 Kaltbrunn
FAX 055 293 56 91, E-mail mls@bluewin.ch

Porté manquant: questionnaire ROKO

Nous vous prions de retourner sans délai votre questionnaire ROKO. Si vous ne deviez plus le trouver, vous pouvez en commander un autre auprès du secrétariat:

Secrétariat de la SMCB
Kapellenstrasse 14, 3011 Berne
Tél. 031 390 25 60
FAX 031 390 25 64

Veuillez s.v.pl. nous faire parvenir
par courrier électronique
votre adresse e-mail

kag@bgb.ch



BETAKLI

27 au 30 novembre

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.

Résponsable 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 octobre 2002.

Inserat AstraZeneca
4farbig