



décembre 2002 / 6

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

Bâtir des ponts dans le domaine de la santé

A l'occasion des BETAKLI, la conseillère aux états Christine Beerli a déclaré sur le podium que les médecins devaient participer aux transformations du système de santé: nous devons pratiquer une politique de la santé et pas seulement de la politique professionnelle.

Le changement crée l'insécurité, la peur. La peur provoque la réticence et le mutisme, on n'entend ni opinion, ni idée, ni proposition; la peur mène à la confrontation. Nous devons résister à nos peurs, les affronter de face et honnêtement. Tous ceux qui participent au domaine de la santé craignent les changements. Mais les modifications dans ce domaine apportent également des opportunités, comme par exemple celle de bâtir des ponts pour enjamber d'anciens fossés – dans de nombreux domaines et sur divers plans. On attend des bâtisseurs de ponts sur les deux berges des fossés. Les bâtisseurs de ponts s'exposent au sein du groupe auquel ils appartiennent, ils vivent dangereusement, il sont menacés de chute. Les bâtisseurs de pont doivent être décidés, ils doivent respecter leur environnement, être au bénéfice de beaucoup d'expérience, être en mesure d'apprécier la situation en permanence, d'évaluer honnêtement leurs forces et leurs faiblesses et d'aller avec passion vers leur but.

Nous devons bâtir résolument des ponts dans le domaine de la santé, mais en respectant les dangers possibles – avec passion mais en tenant honnêtement compte de nos moyens.

Chères consoeurs et confrères, chères collaboratrices et collaborateurs de notre Société des médecins, dans les rangs du secrétariat, du comité, des sociétés de discipline et de district, je vous apprécie, vous et votre travail, je vous souhaite, à vous et à vos proches, santé et de belles heures au cours de la nouvelle année.

Jürg Schlup, président

doc.be

Au sujet de la
votation fédérale du 9 février 2003 2

Orchestre des médecins de Berne
Concert d'adieu
de Toni Muhmenthaler 2

Information au sujet de TarMed 3

Obligation de contracter:
débat du conseil national 4

Clause du besoin: correction
des chiffres cantonaux maximaux 5

Domaine de la santé:
plus de temps pour attendre 6

Motion: assistance gériatrique
étendue dans le canton de Berne 7

Communications du secrétaire 8

Cours d'introduction Tarmed 10

Questions au sujet de Tarmed 10

Au sujet de la votation fédérale du 9 février 2003



Rudolf Joder,
conseiller
national Belp

Votation fédérale du 9 février 2003 concernant la loi fédérale sur l'adaptation des par- ticipations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'as- surance maladie LAMal

Le 30 novembre 2001, le tribunal fédéral des assurances (TFA) a jugé qu'en cas de séjour hospitalier d'un patient dans son canton de domicile, ce canton doit également subvenir aux frais de traitement en division privée et semi-privée des hôpitaux publics et subventionnés. Le tribunal fédéral des assurances motive cette décision par le caractère obligatoire de l'assurance maladie et en fonction de l'égalité devant la loi selon la constitution fédérale.

En préalable à cette décision, le 7 juillet 1998, un moratoire avait été conclu entre la conférence des directeurs des affaires sanitaires et santésuisse. Il stipulait que les caisses renonceraient à déposer un recours contre les cantons au sujet d'une participation aux coûts des traitements des patients privés et semi-privés dans les hôpitaux publics et subventionnés. A la suite de l'impossibilité pour les cantons et santésuisse de trouver un accord, le moratoire ne fut pas prolongé. Il manquait donc des bases légales pour l'entrée en vigueur de l'arrêt du TFA, ce qui obligeait le parlement à jouer son rôle de législateur. Il convenait par conséquent, dans l'intérêt de tous les concernés, de clarifier la situation du point de vue légal.

Grâce à un travail préparatoire très intense de la part de la commission de sécurité sociale et de la santé du conseil des états, la loi fédérale sur l'adaptation des participations aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance maladie fut approuvée le 21 juin 2002 par 40 voix contre 0 au conseil des états et par 189 voix contre 0 au conseil national. Ce projet de loi ne comprend que trois articles et permet la réalisation de l'art. 49 LAMal. Il propose que les cantons participent aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton dans les divisions

privées et semi-privées des hôpitaux publics et subventionnés sur la base suivante:

1. à compter du 1^{er} janvier 2002, 60 % des tarifs dus par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné;
2. à compter du 1^{er} janvier 2003, 80% des tarifs payés par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné;
3. à compter du 1^{er} janvier 2004, 100% des tarifs payés par les assureurs pour les résidents du canton pour la division commune de l'hôpital concerné.

Il est prévu que les hôpitaux remettent la facture aux assureurs après déduction de la participation cantonale.

La caisse maladie Assura a lancé un référendum contre cette loi. Elle déclare que le projet est injuste puisque, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les cantons étaient tenus de participer au financement des traitements hospitaliers des patients des divisions privées et semi-privées des hôpitaux publics et subventionnés et que, par conséquent, une transition échelonnée n'en est que plus choquante.

On peut opposer à cette argumentation que ce qui est nécessaire en premier lieu, c'est de disposer d'une base légale claire. La nouvelle loi est un compromis politique équilibré entre les cantons et les caisses. Il est de l'intérêt de tous que l'arrêt du TFA trouve rapidement son application légale. Le projet mérite par conséquent notre plein appui.

Orchestre des médecins de Berne: concert d'adieux de Toni Muhmenthaler

Après 20 ans d'activité en qualité de directeur de l'orchestre des médecins de Berne, notre chef Toni Muhmenthaler nous quitte en dirigeant deux concerts d'adieu

dimanche 26 janvier 2003, 17 h,
au Temple du Pasquart à Biel-Bienne

lundi 27 janvier 2003, 20 h,
au Kulturcasino à Berne

Au programme les œuvres suivantes:

G. Bizet: «Jeux d'enfants», suite pour grand orchestre

F. Mendelssohn: Concerto pour violon et orchestre en mi majeur, op. 64

C. Ives: «The Unanswered Question» (1908)

F. Schubert: Symphonie no 8 en si mineur, «Inachevée»

Le soliste du concerto pour violon de

Mendelssohn est Stefan Muhmenthaler, le fils de notre directeur.

Toni Muhmenthaler est né à Bienne. Après une formation musicale à Bienne, Berne et Stuttgart (violin, piano, chant, éducation musicale, direction de chœur et d'orchestre), il a dirigé en de divers endroits des chœurs, des orchestres, ainsi que quelques représentations d'opéra. Il s'est de plus en plus spécialisé dans le domaine de la pédagogie musicale. Il a dirigé pendant de nombreuses années le chœur d'enfants du conservatoire de Berne et s'est beaucoup engagé en faveur du succès des concerts pour enfants de Berne. Il a, pendant plusieurs décennies, exercé une activité de pédagogue musical dans le cadre de la formation et du

Information concernant Tarmed dans le domaine AA/AI/AM

Information destinée aux médecins praticiens concer- nant l'introduction de la ver- sion Tarmed 1.1.r dans le domaine AA/AI/AM

Sous forme d'une liste de contrôles nous vous présentons ci-dessous les indications les plus importantes, pour les médecins praticiens, en relation avec l'introduction de la version Tarmed 1.1.r dans le domaine AA/AI/AM.

Dans le domaine AA/AI/AM Tarmed, 1.1.r entre en vigueur le 1^{er} mai 2003.

La décision s'applique à tous les médecins en pratique.

La décision s'applique à toutes les prestations fournies dans le cadre AA/AI/AM.

Elle ne s'applique pas aux hôpitaux ni aux prestations fournies dans le cadre des hôpitaux.

Que faire? De quoi devez-vous disposer?

- Un logiciel adapté à Tarmed
- Dans la mesure du possible d'un navigateur Tarmed 1.1.r intégré
- Des paquets de prestations Tarmed déjà préparés dans votre logiciel de facturation (exemples dans le cédérom d'instruction)

Veillez bien noter que: La préparation des paquets de prestations, appelés également blocs de prestations ou chaînes de prestations, nécessite plus de temps que vous ne l'imaginez. Mettez à

profit les prochains jours de fêtes pour vous y atteler.

- Sachez qu'avec l'introduction de Tarmed dans le domaine AA, il faudra utiliser un nouveau formulaire de facturation. Il y aura peut-être lieu de prendre contact avec l'imprimerie.
- Votre logiciel de facturation devrait disposer d'une sortie XML ou GNI, afin de permettre le transfert des données vers un trust center, de préférence par l'intermédiaire d'une adresse e-mail HIN avec un tunnel ASAS.
- Votre logiciel de facturation ne doit pas obligatoirement disposer d'un système de validation. L'utilisation de ce dernier vous permet toutefois d'éviter des erreurs dans la prise des prestations, en particulier en ce qui concerne les interdictions de cumulation ou le dépassement de limites.
- La FMH va vous donner prochainement un numéro EAN. Dans le domaine SUVA, il remplace le numéro SUVA.
- Vous devez avoir répondu, avant l'entrée en vigueur du tarif, l'enquête de la FMH concernant la valeur intrinsèque, en indiquant votre titre de spécialiste, vos attestations de formation complémentaire, ainsi que les droits acquis pour des prestations en-dehors de votre discipline médicale proprement dite.
- Il vous faudrait finalement avoir signé un contrat avec un trust center appartenant aux médecins et, si possible,

situé dans le canton, afin que vos données puissent être collectées pour garantir la stabilité des coûts par cas, respectivement la neutralité des coûts. L'installation devrait être techniquement en mesure de fonctionner.

Veillez noter:

- que votre logiciel de facturation pour le domaine de l'assurance maladie doit continuer de travailler avec les tarifs en vigueur à l'heure actuelle. Dans le domaine de l'assurance maladie Tarmed n'entrera en vigueur que plus tardivement, probablement le 1.1.04. Vous devez également être en mesure, après le 1.5.03, de transcrire des prestations du domaine de l'assurance maladie, fournies avant le 1.5.03, dans le tarif SUVA, si le cas concerné devait finalement être considéré comme un accident. Les prestations du domaine AA devraient également pouvoir être transcrites dans le tarif cantonal actuel, s'il s'avérait que le cas concerné n'était pas un cas AA.
- que vous devez mentionner le diagnostic sur vos factures. Si le patient vous a été adressé, vous devez indiquer le nom du médecin qui vous l'a adressé.
- que dans le tarif Tarmed, dans le cas de nombreuses prestations, il y a lieu de donner une indication de côté (p.ex. pour les radios des extrémités, droite ou gauche), nous n'avons pas trouvé la mention des deux côtés.

Prenez contact sans tarder avec votre fournisseur de logiciels, afin qu'il puisse procéder aux indispensables adaptations de programmes, vous permettant ainsi de vous familiariser avec l'utilisation de la nouvelle structure tarifaire.

Pour les confrères qui ne se sont pas encore colletés avec Tarmed, je dispose encore d'un nombre pas très élevé de cédéroms d'instructions, créés pour le canton de Berne, que je peux vous mettre à disposition au prix de Fr 25.–. Vous pourrez ainsi y trouver des informations dans le cadre de votre «formation individuelle».

Avec mes meilleurs messages.

Dr F. Bossard, groupe d'instruction

Tarmed du canton de Berne

A. Prantl, directeur la

Caisse des médecins

*** Commandes écrites auprès de:
Institut de radiologie F. Bossard
Scherzliweg 16, 3600 Thoun**

(suite de la page 2)

perfectionnement des maîtres, il a également assuré un enseignement dans le cadre de l'Université de Berne. Dans le cadre de ses activités, il a voyagé en Hongrie, Finlande, Grande-Bretagne, Autriche, Israël et, pour une durée plus longue, aux Etats-Unis. Il est l'auteur ou le collaborateur de nombreuses publications spécialisées et de moyens d'enseignements de la musique réputés.

Toni Muhmenthaler dirige l'orchestre des médecins de Berne depuis l'automne 1982. Son engagement en faveur de notre orchestre a été constant, il ne s'est de loin pas limité aux répétitions et con-

certs. Pendant ses heures de loisirs, il fouillait les bibliothèques musicales, perpétuellement à la recherche d'œuvres rares, pouvant être interprétées par un orchestre d'amateurs, qu'il ajoutait à nos programmes, à côté d'œuvres plus connues. Cher Toni, nous te remercions de tout cœur de ton énorme travail en faveur de notre orchestre, nous t'adressons nos vœux de santé et te souhaitons la curiosité pour d'autres découvertes musicales. Nous aurions évidemment le plus grand plaisir de te rencontrer, en qualité d'auditeur, lors de nos futurs concerts.

*Urs Wild, président de
l'orchestre des médecins de Berne*

Obligation de contracter: le débat au conseil national



Peter Jäger

Le 11 décembre 2002, le conseil national a rejeté, par 91 voix contre 76, la suppression de l'obligation de contracter. En clôture des débats, le conseil national, de façon fort surprenante, a rejeté en totalité la révision de la LAMal; toutes les décisions de détail, prises au cours de la session, sont par conséquent sans objet.

Le projet, tel qu'il a été adopté, prévoit toutefois de resserrer les dispositions concernant les autorisations accordées aux médecins. Les médecins et les assureurs doivent se mettre d'accord avant la fin 2004 sur la manière de réaliser ces buts. Le conseil national a ainsi suivi les recommandations de sa commission. Le projet retourne au conseil des états pour l'élimination des divergences.

Il n'a pas manqué de contre-propositions au projet de la majorité de la commission. Une minorité bourgeoise, autour de Hans W. Widrig (PDC), F. Gutzwiller (PRD) et T. Bortoluzzi (UDC) souhaitait, suivant plus ou moins le conseil des états, supprimer l'obligation de contracter, donnant ainsi «un signe» pour «plus de concurrence». Ce faisant, on renoncerait à des interdictions de la part de l'état, ainsi qu'à des budget globaux décrétés par l'état. Une telle retenue était motivée par les résultats misérables rencontrés par le moratoire à l'ouverture de cabinets en Suisse et en Allemagne par les résultats également misérables avec les budgets globaux.

La gauche, autour de Jost Gross (PS), a présenté un modèle entièrement nouveau, se basant sur des réseaux médicaux interrégionaux et intercantonaux «gérant leurs propres budgets», afin de «renforcer la médecine de proximité»; les spécialistes ne seraient admis qu'en tant qu'un des éléments constitutifs du réseau. L'attribution de la responsabilité budgétaire aurait signifié que les réseaux «ne devraient pas dépasser, annuellement, les coûts moyens par membre affilié, fixés par la Confédération,

en distinguant médecine générale et médecine spécialisée, et en tenant compte des différentes régions hospitalières».

Après que les conseillères et conseillers nationaux eurent tiré à la corde chacun de leur côté, ce fut au tour de la conseillère fédérale Ruth Dreifuss d'indiquer clairement ce qui est le rôle du législateur et ce qui ne l'est pas. Les jeux de sable n'en font pas partie.

Des médias désapprouvateurs

«Le conseil national protège les médecins de famille», annonçait le Tages-Anzeiger, elle parlait de «protection des médecins». La Neue Zürcher Zeitung, elle, évoquait le «triomphe des médecins, constructeurs de routes et paysans» et constatait qu'au sein de la grande chambre, les médecins bénéficient encore d'un respect pratiquement non entamé. C'était encore l'occasion de quelques lignes pour faire remarquer que la gauche de la chambre avait gagné en brandissant le drapeau de «pas tout le pouvoir aux caisses». Quelles conclusions tirer de tout cela? Les discussions concernant le domaine de la santé ont dégénéré en déclarations à caractère populiste. Toutes ces solutions, soigneusement ficelées, ces idées géniales – qu'elles émanent de gauche ou de droite – ne valent même pas le papier sur lequel on les a écrites, ni l'air qui les a prononcées. Il ne viendrait à l'idée de personne, même plus que moyennement doté au plan intellectuel, de proposer à une branche importante de l'économie – montres, machines, chimie, tourisme – des «solutions» aussi peu réfléchies. La «branche en expansion» domaine de la santé, occupant beaucoup plus de 300'000 personnes, au budget annuel de 45 milliards de francs, n'a apparemment pas besoin qu'on la traite raisonnablement.

Autrement dit: nos politiciens ne peuvent pas faire preuve de tant d'imbécillité. Celui qui rapporte ne peut s'empêcher de penser qu'on en sait beaucoup plus mais qu'on craint de l'exprimer, par peur des réactions populaires. L'assurance maladie doit mettre à l'abri de risques qu'on ne peut pas affronter seul. Les fournisseurs de prestations doivent, en étant correctement payés pour le faire, entreprendre ce qui est nécessaire et pas plus. En clair, les coups pour des futilités doivent être à la charge du patient, dans la mesure de ses moyens. Les fournisseurs de prestations qui ne jouent pas le jeu doivent en être exclus.

Peter Jäger

Citations

Ceux qui sont responsables, dans le domaine ambulatoire, de l'augmentation du volume des prestations, ce sont avant tout les médecins. Dans ce domaine, les caisses doivent payer jour après jour environ deux millions de plus que le jour précédent. (...) Il n'est pas question que des assureurs, en quelque sorte arbitrairement, décident d'exclure des médecins. Au contraire, elles fixeront, en accord avec les médecins, les conditions des contrats, les médecins, eux, sauront bien se défendre.

Hans Werner Widrig (PDC, SG)

Le groupe PS approuve en principe la limitation de l'obligation de contracter, en effet, dans aucun autre état européen, l'autorisation d'exercer ne signifie automatiquement l'accès à l'assurance de base. Mais il n'est pas possible que les fournisseurs de prestations, ainsi que les patientes et patients ne doivent pas rester sur le carreau. (...) Venons-en au modèle de réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire comme moyen de limiter l'accès à l'assurance de base. (...) Je pense que devrions avoir aujourd'hui le courage d'aller dans cette direction. Pourquoi? Parce qu'il s'agit d'un compromis entre le modèle du conseil des états et le projet de la majorité de la commission; parce qu'elle empêche très probablement la menace de référendum brandie par l'organisation représentant les médecins; parce qu'elle renforce la médecine générale et la médecine de famille. Nous devons approuver cette idée parce qu'elle valorise la médecine de premier recours et le modèle de managed care des fournisseurs de prestations, les rend plus attractifs s'il acceptent des responsabilités budgétaires. La responsabilité budgétaire signifie la responsabilité dans l'évolution des volumes et des coûts avec pour conséquence que si ceux-ci augmentent de façon excessive il en résulte automatiquement des tarifs en diminution. Je suis par conséquent en faveur de l'adoption de ce modèle parce qu'il permet le passage d'une situation inadéquate dans laquelle la demande domine à celle, beaucoup plus efficace, où l'offre l'emporte, en particulier, pour un premier temps, dans le domaine coûteux pour les caisses de la médecine spécialisée. Les modèles de médecin de famille ne sont pas de simples modèles des fournisseurs de prestations, ce sont des modèles paritaires des fournisseurs de prestations et des assureurs. Ce sont des modèles d'autorégulation dans le sens d'un budget global de bas en haut plutôt que haut en bas.

Jost Gross (PS, TG)

Finalement, les médecins d'aujourd'hui sont les paysans d'hier, avec une garantie de prise en charge totale de leur production. Et il est extraordinaire que l'on ne puisse remettre en question ce principe de garantie pour le domaine médical, alors qu'on l'a remis en question, sans doute avec raison, dans le domaine de la production agricole.

Serge Beck (lib., VD)

Les médecins d'aujourd'hui sont peut-être les paysans d'hier, mais nos patients ne sont pas vos moutons! Je dis nos patients, mais je ne pratique plus et je n'ai aucun lien

d'intérêts autre que celui des patients. L'obligation de contracter, c'est la liberté des patients. Il en va de la liberté de choix des patients. Et c'est cette liberté qui détermine aussi la qualité de la relation thérapeutique. Un seul mot donc: non!

Barbara Polla (lib., GE)

Au titre de vice-président de la Fédération des médecins suisses, j'aimerais quand même attirer votre attention sur les conséquences de l'obligation de contracter, dans la version du Conseil des Etats. Je précise que toutes les autres variantes qui ont été présentées ne sont en fait qu'un pied dans la porte. C'est une guerre déclarée aux fournisseurs de prestations (...).

Yves Guisan (FDP, VD)

Ensuite, je souhaite réagir au bouquet de propositions présentées. Je n'entrerai pas dans le détail parce que Mme Heberlein l'a bien décrit.

J'aimerais dire que si quelqu'un dans ce pays sait ce que signifie appliquer une loi qui n'est pas mûre, aux conséquences de laquelle on n'a pas réfléchi, une loi pour laquelle on dit: «On verra bien» et «On pourra demander au Conseil fédéral de régler ces questions dans les ordonnances», si quelqu'un a vraiment souffert de cette situation, c'est moi. Je ne sais pas s'il y a quelqu'un d'autre dans le pays qui a eu une telle tâche: essayer de comprendre ce qu'avait voulu le législateur – je vous rappelle que j'ai hérité de cette loi –, l'interpréter, trouver les instruments, entre autres préparer les ordonnances pour pallier – je le dis avec une certaine dureté – les lacunes du travail législatif.

Cela n'est jamais sain. Il n'est pas bon que, pour une question aussi centrale que celle-ci, le Parlement se débarrasse ensuite sur l'exécutif en disant: «On sait bien que ce n'est pas mûr, on sait bien qu'on devra trouver des critères, on sait bien que les caisses-maladie ne sont pas en mesure d'utiliser cette compétence énorme que la minorité I (Widrig) veut leur donner, mais ça ne fait rien, on aura fait quelque chose.» Non! Ce n'est pas se comporter comme un législatif raisonnable et responsable que de dire: «On fait quelque chose et puis on verra bien la suite.» Pas dans ce domaine! Pas dans un domaine qui concerne la liberté d'exercer une profession, qui concerne la liberté thérapeutique du médecin, qui concerne la liberté de choix du médecin par le patient. C'est dans ce domaine que vous voulez travailler à la tronçonneuse?

C'est exactement ce que fait le Conseil des Etats. Il travaille là à la tronçonneuse.

Ruth Dreifuss, conseillère fédérale

Moratoire à l'ouverture de nouveaux cabinets: les cantons corrigent le nombre maximum

Le conseil fédéral a décidé une modification de l'ordonnance concernant la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. A la demande de certains cantons, il a adapté le nombre maximum, cité en annexe, des fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie.

Les cantons de Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Jura, Genève, Neuchâtel, Soleure, Tessin, Vaud et Valais ont fait usage de cette possibilité et, en collaboration avec les associations professionnelles concernées, ont adapté le nombre cantonal maximum. Ces chiffres sont dorénavant repris dans les annexes 1 et 2 de l'ordonnance et entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Nombre maximum de fournisseurs de prestations

Berne

Médecine générale	736
Anesthésiologie	55
Chirurgie	186
Dermatologie-vénérologie	41
Gynécologie-obstétrique	150
Médecine interne générale	657
Médecine interne, endocrinologie	12
Médecine interne, pneumologie	29
Neurochirurgie	12
Neurologie	27
Psychiatrie, psychothérapie	317
Pédopsychiatrie et psychothérapie pédiatrique	42
Ophthalmologie	79
Chirurgie orthopédique	94
Oto-rhino-laryngologie	48
Pédiatrie	101
Radiologie et médecine nucléaire	58
Médecine tropicale	7
Urologie	23
Médecine physique et rhumatologie	51
Médecine interne, cardiologie	48
Médecine interne, hématologie	40
Médecine interne, gastro-entérologie	29

Source:

Ordonnance concernant la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Politique de la santé: *il n'est plus temps de jouer à l'homme noir*

Dans le cadre des BETAKLI – les journées bernoises de la clinique, une manifestation bernoise de perfectionnement médical, à laquelle participèrent récemment près de 400 méd. bernois – s'est tenue une discussion de haut niveau au cours de laquelle on a déclaré unanimement qu'il est exclu d'envisager de corriger l'augmentation disproportionnée des coûts de la méd. et de la ramener au niveau de l'augmentation des prix.

Comme l'indiquent certains sondages d'opinion, les patients ne manifestent aucune velléité de renoncer aux bienfaits de la médecine moderne. En cas de maladie, seul le meilleur est assez bon – une attitude connue de longue date et parfaitement compréhensible. A cette exigence, s'ajoutent d'autres facteurs d'augmentation des coûts, tels que l'espérance de vie, qui continue de s'allonger, les progrès incessants de la médecine, qui rallongent la vie (en 1960, 30% des patients atteints d'infarctus aigu mouraient, alors qu'aujourd'hui il ne sont plus que 8%) et qui en améliorent la qualité (on ne rappellera que l'amélioration du degré d'activité des personnes âgées grâce aux prothèses de hanche et de genou, qui permettent une vie sans douleurs et de retrouver la mobilité antérieure).

Plaintes au sujet des coûts, évaluation des bénéfices

La conseillère aux états Christine Beerli, dans sa déclaration introductive, déclara qu'en comparaison internationale, le système de santé suisse est bon et se situe à un niveau de compétence très élevé. Avec les quelques 380'000 personnes employées dans le secteur, il constitue l'une des branches d'activité les plus importantes du pays – aux perspectives d'avenir des plus brillantes. Tenant compte de ces considérations, il n'est pas possible, selon Mme Beerli, de n'envisager le problème que sous le seul angle des coûts. Ce qui fait problème, c'est qu'on a connaissance de l'importance des dépenses mais qu'il est impossible d'évaluer les bénéfices retirés. En évitant des maladies, par la guérison ou le raccourcissement de la durée de la maladie, la médecine contribue dans une mesure considérable à l'amélioration de la productivité de l'économie et ainsi à l'augmentation du produit national – une meilleure qualité de la vie n'étant citée que pour être complet.

Il demeure que la Suisse, après les USA, consacre la plus grande partie de son produit national brut au domaine de la santé – une situation qui n'est pas pour étonner étant donné le haut niveau de bien-être du pays. L'augmentation des primes de 27.7% au cours des années 1997 à 2000 doit être attribuée à de nombreux facteurs. A côté de ceux qui ont déjà été mentionnés, il faut songer à l'élargissement du catalogue des prestations de la loi sur l'ass. maladie; un autre facteur doit être évoqué, qui joue un rôle essentiel, c'est le fait que, au cours de la même période, les cantons ont réduit leur part de financement de 16 à 12%, ce qui a eu pour conséquence directe une augmentation des primes des caisses maladie. Manfred Manser, président de la direction de Helsana, ramena le problème à sa plus simple expression : ou bien nous acceptons de mettre plus d'argent dans le système – ce qui signifie de nouvelles augmentations de primes – ou bien nous rationalisons aussi loin que la chose est encore possible, ou alors nous passons au rationnement en refusant certaines prestations à certains patients. Ce sont nos exigences qui exercent une influence sur le marché de la santé, tel fut l'avertissement de Manser.

Les réseaux, le système de santé de l'avenir?

Malgré que l'enthousiasme initial manifesté par le parlement fédéral en faveur de la suppression du libre choix du médecin, resp. de la suppression de l'obligation de contracter se soit considérablement calmé, les caisses sont encore de l'avis qu'il s'agirait pour elles d'un moyen capable de gérer l'évolution des coûts. Tant Ferenc Follath, professeur de médecine interne et responsable du département

de médecine à l'Hôpital universitaire de Zurich, que Jürg Schlup, président de la Société des médecins du canton de Berne, signalèrent qu'il n'était ni loyal ni sensé, du point de vue de l'économie, de former des médecins qui, à aucun moment de leur formation s'étendant sur une vingtaine d'années, ne seraient certains de pouvoir exercer leur profession. Cette incertitude, qui règne aujourd'hui déjà, va nous gratifier, dans un avenir proche, d'un manque de médecins, comme le connaît aujourd'hui déjà l'Allemagne, dans un contexte identique. Dans le canton de Fribourg, pour assurer les soins hospitaliers de psychiatrie, 80 pour-cent des médecins proviennent de pays hors UE.

Pour la conseillère aux états Beerli, le temps des discussions arrive à son terme. L'insatisfaction est grande dans la population, il est des gens qui commencent à chercher de tirer les marrons du feu de cette situation. Du côté des politiciens on serait reconnaissant que les médecins participent à la politique de la santé, plutôt que de se contenter de politique professionnelle. Si l'on veut conserver le libre choix du médecin, il faut, selon Mme Beerli, créer des incitations pour que les patients acceptent que des prestations leur soient fournies par des réseaux. Les assurés qui choisissent d'autres médecins doivent accepter de payer une franchise de 20 à 30% pour un montant annuel max. d'environ 1500 francs, par exemple. Le réseau, qui prend en charge les soins d'un patient, le ferait pour l'ensemble des problèmes de santé, du berceau au cercueil. L'organisation recevrait un montant forfaitaire annuel au titre de rémunération (capitation) et cela indépendamment du fait que l'assuré aurait bénéficié ou non de prestations médicales.

Le temps des discussions pour les solutions toutes faites ou les autres traitements du système de la santé arrive à son terme. Cela signifie également, selon Follath, que le temps où l'on se repasse l'homme noir est terminé.

Le succès des BETAKLI 02

En présence de près de 400 participants, les BETAKLI 02 et leur programme très diversifié, ont connu, comme à l'accoutumée, un très grand succès. Il a été possible de répondre aux exigences de qualité très élevées des participants, l'organisation par le secrétariat de la SMCB a permis un déroulement exemplaire et sans accroc de cette importante manifestation.



Motion: assistance gériatrique étendue dans le canton de Berne



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

On demande au conseil exécutif de prendre aussi rapidement que possible des mesures pour assurer à l'avenir l'assistance gériatrique dans le canton et d'en informer le grand-conseil jusqu'à l'été 2003.

- En tenant compte de ressources actuellement existantes au plan de l'organisation, des structures et en personnel:
1. Définition et création dans le canton d'un centre de compétence gériatrique de niveau tertiaire, qui, à côté des prestations gériatriques proprement dites, serait également responsable de l'enseignement et de la recherche dans le domaine gériatrique, ainsi que du perfectionnement des futurs médecins de premier recours.
 2. Le conseil exécutif intervient auprès de la faculté de médecine et de l'Université de Berne en faveur d'une chaire de gériatrie, à laquelle serait attribuée le centre de compétence cité plus haut.
 3. Création de centres régionaux de gériatrie, chargés de l'assistance gériatrique à la population, dans le cadre des CHR prévus par la LSH.

Motifs:

Depuis 1991 au moins (motion von Allmen partiellement acceptée), le parlement et les autorités politiques savent que, dans le canton de Berne, l'assistance gériatrique ne correspond pas aux besoins actuels et futurs de la population. On admet généralement que, pour des raisons démographiques et grâce aux progrès de la médecine, cette branche de

l'assistance médicale gagne en importance et qu'elle évolue vers une discipline médicale spécialisée, qui mérite qu'on lui confère toujours plus de considération. Depuis la création de départements à l'hôpital de l'île, une chaire de médecine est devenue vacante et on pense l'attribuer à l'avenir à la gériatrie.

On ne peut compter, dans ce domaine, sur des mesures positives et efficaces avant que, sur la base de la nouvelle loi sur les soins hospitaliers (éventuellement en 2004), un décret relatif à la gériatrie entre en vigueur et commence à exercer ses effets (2006 ou 2007).

En sachant que, généralement, on partage l'opinion que la création d'une chaire de gériatrie et d'un centre tertiaire destiné à cette discipline ont un caractère urgent et, en se souvenant qu'il existe déjà des rapports et des études affirmant qu'il est souhaitable et faisable de réaliser un tel projet (rapport Mahler 1995, étude Price-Waterhouse-Coopers 1999), on peut s'étonner qu'il n'en est fait aucune menti-

on dans le projet de nouvelle loi sur les soins hospitaliers, alors que le sujet a une importance égale à celle de l'assistance psychiatrique.

Le canton de Berne, en réalisant la motion, serait le deuxième canton universitaire de Suisse (après Genève) à apporter au problème de la médecine des personnes âgées une réponse adéquate s'appuyant sur une base universitaire (donnant ainsi à l'Université de Berne un réel avantage). Dans le cas contraire, le perfectionnement et la formation continue de la jeune génération de praticiens de premier recours, dans ce domaine plein de promesses d'avenir, ne se situerait pas au niveau universitaire (et par conséquent de meilleure qualité), alors que c'est déjà le cas dans de nombreuses universités européennes. En toute logique, une chaire de gériatrie devrait être créée au moment de l'entrée en vigueur de la LSH.

Par la création de centres régionaux de gériatrie, on choisirait, comme modèle de pensée et de vision d'avenir, la même voie logique que celle prévue pour l'assistance de base générale et pour la psychiatrie (soins de proximité).

T. Heuberger
vice-président

Recommandations de salaires pour les assistantes médicales en 2003

Salaire de base

Fr 3500.– x 13 pour 43 heures de travail hebdomadaire et 4 semaines de vacances.

Augmentations par année de service

Fr 150.– par mois (par année de service) pour les années qui suivent la première année de service. L'augmentation par année de service doit être un des sujets évoqués au cours de la discussion de qualification.

Compensation du renchérissement

Le renchérissement annuel se montait, à fin septembre, à 0.5%. La compensation du renchérissement, doit être accordée, si elle convenue dans par le contrat

Supplément de fonction

On recommande d'accorder un supplément de fonction aux assistantes médicales ayant suivi et terminé un cours de maître d'apprentissage ou qui occupent un poste de formation au sein du cabinet.

Salaires des apprenties

1^{ère} année: Fr 250.–; 2^{ème} année Fr 800.–; 3^{ème} année Fr 1200.–. Un 13^{ème} salaire est versé.

Communications du secrétaire



Th. Eichenberger,
secrétaire

I. Procédure de consultation au sujet de la loi sur les soins hospitaliers

1. Généralités

Le comité de la Société des médecins du canton de Berne, dans les délais impartis, qui allaient jusqu'au 13 décembre 2002, s'est prononcé au sujet de cet important projet législatif.

La responsabilité envisagée du canton à plusieurs niveaux – le canton est à la fois celui qui assigne les missions, décrète les tarifs, gère les hôpitaux, finance l'activité et exerce la fonction de contrôle – éveille la crainte justifiée d'une centralisation et d'une étatisation exagérées. C'est pourquoi nous nous prononçons pour une large autonomie d'organisation des centres hospitaliers régionaux financés par le canton.

Les communes d'implantation doivent être parties prenantes dans les nouveaux organes responsables. Pour les régions, pour le commerce régional et pour l'ensemble de la population de la zone de recrutement, les hôpitaux ne sont pas qu'un centre hospitalier régional avec une mission de dispensation de soins, mais constituent également un facteur économique important et méritant d'être maintenu.

Sous le régime des conditions cadre économiques et juridiques actuelles, il n'existe pas d'alternative aux sociétés anonymes d'intérêt public selon les art. 620 et ss du code des obligations. Nous craignons toutefois l'instauration d'une médecine étatisée, qui aurait pour conséquence un

recul toujours plus grand des investissements et une baisse du niveau de la qualité (avec p. ex. des listes d'attente) dans les hôpitaux publics. Nous nous demandons comment on pourra lutter contre la tendance déjà constatée de l'exode des médecins les mieux qualifiés vers les hôpitaux privés.

C'est pourquoi, dans notre réponse à la consultation, nous regrettons que, dans le cas des médecins chefs et médecins cadres, on maintienne le système des contributions en fonction des revenus provenant de l'activité privée. Elles concernent très précisément le domaine hospitalier qui devrait être en mesure d'affronter la concurrence au plan international.

Nous sommes de l'avis que le maintien des contributions versées par les médecins chefs ne permet que des économies de peu d'importance. Les mesures prévues par l'art. 19 du projet (convention collective de travail ou prescriptions relatives au personnel de l'administration cantonale), elles, par contre ont des conséquences économiques de plus de poids.

Au plan médical, la conséquence la plus importante à craindre pourrait être une baisse du niveau de la qualité, puisque non seulement les meilleurs, mais également les bons médecins chefs et médecins cadres, qui ont la possibilité de se déplacer librement à l'intérieur de l'UE, pourraient s'expatrier. Cette situation va connaître une aggravation au cours des cinq à dix ans à venir à cause d'une menace d'une diminution du nombre des médecins. Le projet, qui consiste à péjorer encore le système actuel au détriment des médecins, est inacceptable, il attribue en effet explicitement le qualificatif d'impôt à la contribution ordinaire, alors que jusqu'à maintenant il s'agissait d'un prélèvement affecté à des buts définis et destiné à des dépenses ayant fait la preuve qu'elles ne sont pas couvertes. Le conseil exécutif devrait dorénavant avoir la compétence de fixer des contributions forfaitaires contraignantes, indépendamment du fait que ces contributions concernent des frais d'infrastructures non couvertes ou non. Pour être en mesure de lutter contre la concurrence, il faudrait au minimum biffer la disposition concernant la contribution supplémentaire pour des revenus très élevés.

Ce projet, dans son ensemble, présente également des côtés positifs. Mais, en tenant compte des intérêts de nos membres (médecins chefs et médecins cadres), nous sommes tenus de nous prononcer contre le projet.

2. Concernant les différents points

Personnel

Nous repoussons la variante envisagée qui se fonde sur les prescriptions peu nuancées relatives au personnel de l'administration cantonale. Si les contrats de prestations annuels devaient être régulièrement dépassés, ce qui conduit à des déficits d'importance identique au niveau cantonal, il en résulterait obligatoirement des conséquences sur les conditions d'engagement du personnel.

En lieu et place, nous nous prononçons pour la disposition prévue dans le cadre d'une convention collective de travail, en excluant selon nous toutefois les médecins chefs et médecins cadres de l'application de cette obligation de CCT.

Soins hospitaliers de médecine aiguë et planification psychiatrique

Tenant compte de la situation difficile des finances cantonales, il n'est pas envisageable d'ajouter à l'offre actuelle de nouvelles offres dans le domaine ambulatoire. Il faudrait, pour le moins, spécifier que de telles prestations ne devraient être offertes que dans le cas où régnerait un grave état de demande de soins.

Dans le cadre du projet ESPP, on sait que la Société des médecins s'est prononcée contre la création de nouvelles policliniques. Il est exclu que, d'une part, on décrète, au niveau de l'état, un moratoire à l'ouverture de nouveaux cabinets et que, d'autre part, de son côté, l'état ouvre de nouvelles policliniques et engage les médecins « en excès ». Même si le canton ne prévoyait que de mettre à disposition les actuels hôpitaux de district en faveur de cabinets de groupe, nous considérons la solution envisagée comme peu réaliste.

Il serait par contre envisageable d'utiliser ces disponibilités dans le cadre de la fourniture de soins psychiatriques décentralisés. Il serait possible d'utiliser à d'autres fins, dans les régions, des lits de soins somatiques et, en même temps, de réduire les surcapacités bien connues dans les grandes cliniques psychiatriques. Grâce à des offres de proximité, il devrait être possible de diminuer le nombre des hospita-

lisations sous contrainte, puisque nombre de situations de crises pourraient trouver leur solution à temps dans les régions.

Gériatrie

Le canton a le mandat d'établir un projet concernant la gériatrie. Il devrait répondre au très grandes demandes du proche futur par une planification et une législation. Le projet de loi devrait être complété dans ce sens. Si ce n'est pas le cas, le passage hospitalier du canton de Berne court le risque de se noyer sous le problème de ces patientes et patients toujours plus âgés et souffrant d'affections multiples.

Service d'urgence et service de sauvetage
Il est peu tenu compte du rôle que les médecins établis jouent déjà dans le domaine du sauvetage, ainsi que du potentiel encore disponible.

Nous proposons d'incorporer les médecins établis dans le projet d'ensemble et d'améliorer les possibilités de coordination.

Le canton devrait rétribuer les médecins établis en pratique privés pour les frais non couverts dans le cadre du service de garde et de sauvetage.

Assistance de base générale des hôpitaux universitaires

L'art. 15, al 1 du projet cite l'«assistance de base générale» que les hôpitaux universitaires doivent fournir, à côté des «prestations hautement spécialisées». L'obligation de fournir des soins de premier recours est indispensable, en tenant compte du mandat de formation de ces institutions. La formation universitaire des médecins généralistes ne peut et ne doit en aucun cas être laissée à la seule charge des policliniques. Elle doit obligatoirement également se dérouler dans les cabinets médicaux, resp. à côté de médecins praticiens. Un tel programme de formation existe déjà (modèle Wick de la fakultäre Instanz für Allgemeinmedizin de l'Univ. de Berne). Par manque de financement ce modèle n'a pas pu être mis en route au cours des 4 dernières années.

En ce qui concerne cette question, il faudrait prévoir, de notre point de vue, une solution plus subtile, dans le sens d'une obligation faite aux hôpitaux de remplir ce mandat dans le cadre des soins généraux. Dans ce domaine tout particulièrement nous proposons que les mandats de prestations soient conclus sur une base identique pour les hôpitaux régionaux et pour l'hôpital de l'île.

De plus, les prestations concernant l'enseignement et la recherche médicale, que l'Université doit se procurer auprès d'autres fournisseurs, doivent être rémunérées équitablement.

Tous ces éléments devraient ressortir plus nettement du texte de la loi.

II. Pas d'augmentation de la valeur du point au 1^{er} janvier 2003

Le conseil exécutif du canton de Berne a augmenté de façon rétroactive la valeur du point dans le domaine concerné par la LAMal, à partir du 1^{er} janvier 2002, de Fr 1.50 à Fr 1.55. Il s'agissait évidemment d'une décision réjouissante.

Santésuisse a adressé un recours contre cette décision auprès du conseil fédéral. Le partenaire tarifaire a également repoussé les solutions alternatives proposées (comme p.ex. une augmentation de la valeur du point à partir du 1^{er} janvier 2003). Le recours administratif a un effet suspensif, ce qui signifie, en d'autres termes, que la seule valeur du point valable est de Fr 1.50.

A l'heure actuelle court une période d'en-

quête au sujet du recours. Nous tiendrons évidemment nos membres au courant de l'évolution ultérieure de la procédure.

III. Moratoire à l'ouverture de cabinets dans le canton de Berne

La Société des médecins du canton de Berne s'est engagée en faveur d'une application loyale des prescriptions fédérales au plan cantonal.

Le décret d'application cantonal sera pris après qu'une consultation organisée par l'office du médecin cantonal aura eu lieu, afin qu'elle puisse se fonder une base statistique améliorée et adéquate. Nous avons eu la possibilité de nous exprimer dans un sens positif au sujet du projet de décret, qui prévoit des exceptions en cas de reprise d'un cabinet, en faveur des médecins chefs et en cas de sous-médicalisation.

Le décret cantonal, qui, à juste titre, ne concerne pas les fournisseurs de prestations qui agissent uniquement sur mandat, entrera probablement en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Calendrier 2003

16 janvier	conférence des présidents, en soirée
27 mars	assemblée des délégués, l'après-midi
30 avril	chambre médicale, toute la journée, Soleure
15 mai	conférence élargie des présidents, l'après-midi
19 juin	assemblée des délégués, l'après-midi
11 septembre	conférence élargie des présidents, l'après-midi
23 octobre	assemblée des délégués, l'après-midi

Veillez s.v.pl. notre communiquer votre adresse e-mail à
kag@bgb.ch



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 décembre 2002.

Cours d'introduction Tarmed pour assistantes médicales

L'introduction de Tarmed devient lentement une réalité ... la mise en œuvre pratique et l'utilisation de ce tarif signifient pour tout cabinet d'importants changements. Il apparaît dès lors sensé de proposer des cours d'introduction destinés aux assistantes médicales. Mon assistante a suivi un tel cours. Je relate ici son expérience.

En début de cours on a remis le classeur Tarmed de la Caisse des médecins, ainsi que le cédérom (Tarmed n'existe que sur support électronique). Les organisatrices des cours ont déjà une longue expérience du nouveau tarif et sont en mesure d'analyser des situations critiques et de donner des conseils.

Le classeur est bien conçu, il laisse assez de place à des remarques personnelles. À côté d'une partie théorique, des cas pratiques sont exposés dans différentes disciplines et d'une manière proche de la pratique du cabinet.

Il s'agissait d'un groupe restreint d'une vingtaine de participantes, ce qui permet à tout un chacun de poser des questions. La difficulté principale sera constituée par l'application pratique du minutage. Il s'agit d'un cours de trois heures, en soirée, que je recommande chaudement aux assistantes médicales de mes confrères et collègues.

Christian Gubler
vice-président de la SDMCB

Questions au sujet de Tarmed (suite)

11. Le supplément pour enfant en dessous de 6 ans, 00.0040, n'a pas de valeur intrinsèque qualitative. Cela signifie-t-il que tous les médecins peuvent l'ajouter à toutes les prestations? Pourquoi cette position n'a-t-elle pas de CM. Le médecin prend plus de temps pour examiner un petit enfant agité.

→ Par son histoire, cette position est limitée aux pédiatres et chirurgiens pédiatriques. D'après Anton Prantl une erreur d'indication du navigateur, qui s'explique par l'histoire de la position. Cette position sert à apporter une correction au paquet des prestations des pédiatres. Pas de CM parce que le TEMPS n'est pas déterminant pour cette position, à cet effet il y a déjà la possibilité de prolongation, mais la mise à contribution supplémentaire des assistantes médicales.

12. Un gynécologue peut-il facturer une intervention ou un conseil psychiatrique? Qu'en est-il de la valeur intrinsèque après que la période du maintien des droits acquis se sera écoulée?

→ Le confrère doit être en mesure d'attester une formation continue correspondante et indiquer la valeur intrinsèque de praticien de base. Les règles pour la formation continue et les certificats de formation complémentaire sont fixées par les sociétés de discipline et non par les institutions Tarmed. Qu'il se renseigne cet

endroit. À titre de rappel: pendant une période de 3 ans suivant l'entrée en vigueur de Tarmed, garantie des droits acquis.

13. Quelle est la durée de la phase de garantie des droits acquis?

→ 3 ans, étant bien précisé qu'à compter de l'entrée en vigueur de Tarmed il y a lieu de satisfaire aux exigences de la formation continue.

14. Y a-t-il un droit de porter deux titres de spécialiste et de prétendre aux deux valeurs intrinsèques?

→ OUI, dans la mesure où la formation continue exigée par les deux titres est suivie. Le droit à deux titres est en principe possible et, de ce fait, la facturation en fonction du concept de la valeur intrinsèque. Dans les interprétations générales (IG 10) on ne trouve aucune interdiction ou limitation à ce sujet. Dans l'article «Concepts de valeur intrinsèque» Bulletin des médecins suisses 2001, 82, suppl. 5b, sous le titre dispositions particulières: «Les médecins en pratique privée ... indiquent en outre à la FMH quelles prestations de la structure tarifaire TarMed ils ont fournies selon les critères susmentionnés ...» Plus loin, sous point 4 du même no du BMS, Principes d'application du droit de facturation fondé sur la valeur intrinsèque, «Pour la facturation, il s'agit

d'attester que les prestations portées en compte ont été fournies par un médecin habilité à le faire en vertu de sa valeur intrinsèque.» Je tire de ceci la conclusion que le recensement des valeurs intrinsèques et celui concernant la garantie des droits acquis doivent être indiqués selon la structure tarifaire Tarmed. Une raison supplémentaire pour que les médecins apprennent à connaître cette structure tarifaire dès maintenant.

15. Deux consultations au cours de la même journée: dispositions en fonction de la date et non de la durée?

→ Il faut être en mesure d'indiquer deux séances, dans ce cas pas de problème. Définition selon la notion «séance» dans les IG (une première à 2 h du matin, une seconde au cabinet vers 10 h). Il peut y avoir des problèmes avec les firmes de logiciels. Praxidata utiliserait apparemment la notion de «séance» à la place du calendrier.

16. Un praticien de base téléphone à un spécialiste. Le praticien a-t-il le droit de facturer ce temps au titre de consultation téléphonique et le spécialiste consulté au titre de consilium?

→ Non, praticien de base, temps en absence; spécialiste, consilium. Pour le praticien, «en absence du patient», «informations auprès de tiers», ... , «transmission à un médecin consultant». Eventuellement aussi «téléphone». Le spécialiste va débiter sa facture avec consilium; ou éventuellement utiliser «en absence du patient». À noter que les psychiatres (02.0060) perçoivent plus pour les consultations téléphoniques!

17. Position 00.0030. Cette position, qui concerne les 5 dernières minutes, doit-elle être utilisée dans tous les cas, même si la consultation dure exactement 20 min., ou seulement lorsque on a commencé d'«entamer» les minutes?

→ Consulter le cédérom d'instruction. Toutes les variantes possibles sont énumérées. Les dernières 5 minutes mettent toujours un terme au temps de consultation.

18. Un médecin consulte ses quelques 30 patients d'un home pour personnes âgées, chaque patient se trouvant dans sa chambre respective. Faut-il facturer des consultations ou des visites? Sur le compte de quel patient ou comment faut-il répartir sur les différents patients l'indemnité de déplacement?

→ Dans le cas de 30 patients, en ce qui me concerne je considérerais qu'il s'agit

d'un deuxième lieu de travail, par conséquent de consultations. Si le médecin est appelé par le personnel infirmier du home, il s'agit alors sans contestation d'une visite avec éventuelle indemnité de déplacement 00.0080: «lorsque le médecin rend visite à plusieurs patients en un seul voyage, seul le temps mis pour aller d'un patient à l'autre est facturable.»

Dans ce cas seules une indemnité de déplacement pour le déplacement du cabinet au home et une autre indemnité pour le déplacement au retour peuvent être facturées. Encore ne faudrait-il pas toujours attribuer ces indemnités au même patient.

19. Un médecin adresse des radios à l'hôpital ou à un confrère. Quelle position peut-il facturer, les frais (Fr 4.70 pour l'enveloppe ad hoc), ainsi que le port peuvent-ils être facturés au titre de frais facturables pour matériel?

→ Question délicate. En ce qui me concerne, je le facturerais directement au patient au titre de prestations non remboursables. Encore mieux, donner les radios au patient.

- Non, seulement dans le cas où le patient refuse de prendre les radios sous le bas.
- Les frais de port font partie de l'administration du cabinet. Dans la CT de toutes les prestations de Tarmed, ces frais sont inclus dans le fonctionnement de l'entreprise «cabinet» (= frais de gestion, au même titre que les salaires des assistantes médicale. Il ne nous est pas possible de facturer à un patient les heures supplémentaires d'une assistante parce qu'il insiste qu'elle attende, le soir, jusqu'à ce qu'il soit venu chercher des médicaments).

20. En cas de participation à un centre fiduciaire, l'autorisation du patient est-elle nécessaire pour des raisons de protection des données? Qu'en est-il en cas de poursuite d'un patient?

→ Dans le cas d'un centre fiduciaire, il s'agit d'un centre collecteur de données, le patient est anonyme, donc l'autorisation n'est pas nécessaire. Si l'on va plus loin, le médecin doit en informer le patient. Dans le cas de poursuites il est conseillé de demander cette autorisation PAR ECRIT, au début du traitement déjà.

21. Un médecin pratique lui-même un ECG dans son cabinet. Peut-il facturer ce temps avec la position 00.0020 – 5 minutes supplémentaires?

→ En principe, NON. L'ECG n'exige pas la présence d'un médecin. En pratique ...

On ne peut facturer que le travail pour lequel une valeur intrinsèque est exigée. Faire un ECG est un travail d'assistante médicale, même si c'est le médecin qui le fait. Le travail des assistantes n'a pas de valeur intrinsèque (mais une valeur!).

22. Situation de départ: visite chez un patient qui doit être hospitalisé et pour lequel le médecin doit faire deux à trois appels téléphoniques. Comment facturer ces appels?

→ Si ceci se passe au cours de la visite/consultation, le temps nécessaire aux appels peut être facturé comme temps de visite/consultation. Dans le cas contraire il s'agit de travail en dehors de la présence du patient.

23. On a posé la question de savoir si les soins pour des fractures fermées peuvent encore être donnés par le médecin de premier recours ou s'il ne sont attribués qu'aux seuls spécialistes.

→ Le survol du navigateur tarifaire permet de constater que de nombreuses réductions fermées ont la valeur intrinsèque tous (p.ex. fracture de la diaphyse fémorale) et qu'elles peuvent être pratiquées dans l'UBR médecin de premier recours. Curieusement la réduction d'une fracture de la tête radiale (24.2040 ne fait pas partie de ces dernières.

24. Pourquoi faut-il facturer un prestation supplémentaire (p.ex. acupuncture 00.1710, alors que cette dernière ne donne pas plus de points que la consultation 00.0020)?

→ Parce que Tarmed est un tarif à la prestation exigeant la définition correcte d'une prestation fournie; d'un autre côté le patient ou la caisse maladie pourraient attaquer le fournisseur de prestations; enfin l'une notion de volume sous-tend le modèle de calcul qui, dans un tel cas, ne correspondrait pas à la réalité et aurait pour conséquence un déséquilibre du spectre du fournisseur de prestations. Finalement la formation complémentaire acupuncture ne peut être contournée.

25. Est-il sensé d'utiliser en totalité les suppléments et temps du tarif, ainsi que cela a été recommandé dans certains cours, notamment par M. Velke?

→ Signalons pour commencer qu'un tel comportement de la part des médecins, pendant la phase de neutralité des coûts, aurait pour conséquence une diminution de la valeur du point. La caisse des médecins a calculé que le prolongement de la durée de la consultation de 2,5 min (00.0030) aurait pour conséquence une

augmentation du volume des prestations de 14% et qu'elle entraînerait une diminution de 11 centimes de la valeur du point.

26. Un praticien de premier recours téléphone à un spécialiste. Le praticien a-t-il le droit de facturer ce temps au titre de consultation téléphonique et le spécialiste appelé peut-il considérer ce temps comme consilium?

→ Non, pour le praticien de base = consultation en absence, pour le spécialiste = consilium. Mon appel au spécialiste avec description du cas correspond à 00.0410 (en absence). Mais attention 00.0410 est une position dangereuse, comme 501 aujourd'hui. Sinon minutage.

27. Frais pour matériel: la chose n'est pas évidente et doit être encore tirée au clair. Comment facturer du matériel coûtant moins de Fr 3.– pièce, mais qui fait un tout (indispensable au traitement) dépassant de beaucoup cette somme?

Exemple: suture de plaie

- matériel d'injection
- anesthésie locale
- gants
- champs
- matériel de suture
- pansements
- attelle

→ Le navigateur le dit sans équivoque: le matériel d'usage peut être facturé séparément dans la mesure où le prix d'achat (avec TVA) dépasse Fr 3.–. On facture le prix d'achat (prix à l'unité sur la base de du volume annuel d'achat) avec un supplément de 10%. Pour le matériel d'usage, figurant dans MiGel ou dans les contrats, le prix maximum est celui indiqué.

Les différents articles doivent être mentionnés individuellement avec l'indication du prix et du jour de la remise (date de la séance). Le matériel réutilisable (y compris les fixateurs externes) n'est pas concerné par ces règles de remboursement. Il sont déjà inclus dans les positions tarifaires. Ne sont pas compris également les exécutions sur mesure par des techniciens en orthopédie. Ces exécutions spéciales peuvent être facturées selon les tarifs (p.ex. association suisse des techniciens en orthopédie).

Il n'est pas interdit d'acheter un set comprenant tout le matériel nécessaire à la suture, et qui coûtera par conséquent plus de Fr 3.–. Il pourra être facturé.

Inserat medipa
4farbig