



Ärztegesellschaft  
des Kantons Bern  
Société des médecins  
du canton de Berne

[www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)

## Dès 2005, liberté de contracter pour les fournisseurs de prestations ambulatoires

Le 13 mars 2003, le conseil des états a décidé de supprimer l'obligation de contracter, le conseil national prendra sa décision le 6 mai. Le conseil des états a décidé que c'est aux cantons de fixer le nombre de fournisseurs de prestations indispensables pour assurer les soins à la population. Les fournisseurs de prestations qui pratiquent leur activité en-dehors des hôpitaux sont les seuls concernés. Tout assureur, qui a une activité dans un canton, est tenu de conclure un contrat avec les fournisseurs de prestations dont le nombre a été déterminé par le canton. Les fournisseurs de prestations qui ont conclu au moins un contrat avec un assureur sont autorisés. Chaque contrat s'étend sur une durée de 4 ans et doit être résilié au moins 18 mois avant son échéance. Celui qui n'est au bénéfice d'aucun contrat, peut faire recours auprès d'une commission cantonale d'arbitrage, qui doit encore être créée. La décision de la commission est définitive, le conseil des états exclut toute autre instance de recours.

A côté de la liberté de contracter, le conseil des états a été conquis par le financement moniste des hôpitaux, parce que «c'est le seul moyen permettant d'élimination des disparités de concurrence entre les secteurs ambulatoire et hospitalier» (conseiller aux états Frick, SZ). Mais au contraire de la liberté de contracter avec les fournisseurs ambulatoires de prestations, il ne veut pas, pour l'instant, mettre en œuvre ce système moniste de financement des hôpitaux, étant donné que «les cantons ont dit sans ambages qu'ils allaient, actuellement, s'opposer fermement au passage à un système moniste» (conseillère aux états Beerli, BE).

Le conseil des états veut limiter les coûts et il concentre ses efforts en direction des médecins du secteur ambulatoire, qui représentent 14% des dépenses totales de notre système de santé. Et, contre ses propres convictions, il exclut les hôpitaux - représentant plus de 40% des dépenses de santé - de ses mesures actuelles visant à réduire les coûts.

La politique est comme l'eau, elle suit la voie de la moindre résistance. C'est ainsi que le président de la commission, le conseiller aux états Frick, pouvait dire, avec une certaine malice, dans son message d'entrée en matière, le 13.3.2003, au sujet des déclarations de la FMH: «Leurs représentants n'ont émis aucune opposition de fond.»

Jürg Schlup, président

*Un Oui clair à l'initiative santé* 2

*Initiative santé: une augmentation des impôts et une incitation à la hausse des coûts* 3

*Amélioration de la qualité en réduisant le nombre des médecins – l'avis de deux experts* 4

*L'orchestre des médecins de Berne sous une nouvelle direction* 7

*Communications du secrétaire* 8

*Séances du comité de la SMCB* 9

*Nouvelles du grand-conseil* 10

*Au sujet des négociations Tarmed dans le canton de Berne* 11

*Politique de la santé allégée* 12

## Un Oui clair à l'initiative santé du 18 mai



Annemarie  
Kempf  
Schluchter,  
membre du  
grand-conseil\*

Depuis la dernière révision de la LAMal en 1996, les coûts de notre système de santé sont en constante et importante augmentation, en dépit des propositions de réduction des dépenses qui ne cessent d'être formulées, celles qui sont applicables et celles qui ne le sont pas. (L'année dernière les primes ont augmenté de presque 10%, aux cours des années précédentes en moyenne de plus de 5%). «La vue de vos primes nuit à votre santé», c'est ce qui devrait apparaître en grands caractères en-dessous de l'adresse, sur le décompte de vos primes. Malgré le système de réduction des primes, celles-ci provoquent un choc chez de nombreuses personnes, parce que les réductions sont insuffisantes ou parce que des assurés disposant d'un revenu un peu trop élevé ne sont plus en droit de bénéficier de ces réductions. Selon le dernier moniteur de la santé de Claude Longchamp, un sixième de la population suisse a en permanence des difficultés à payer les primes de caisse-maladie.

Le mode de financement de notre assurance maladie est unique en Europe. Nous avons les primes les plus élevées de tous les pays et sommes les seuls à prélever des primes par tête, c'est-à-dire une prime par personne, en ne tenant aucun compte de sa situation financière. Les pays de l'UE financent leur assurance maladie soit par des primes en fonction des revenus, en pour-cent des salaires ou directement par l'intermédiaire des impôts.

Le modèle de financement de l'initiative «La santé à un prix abordable» apporte à

\*Annemarie Kempf Schluchter est membre du comité bernois «La santé à un prix abordable» et ancienne présidente de l'Association professionnelle suisse des infirmières et infirmiers SBK, section de Berne.

la majorité de la population une réduction significative des primes de caisse maladie. La fin des soucis va non seulement signifier un grand soulagement pour ceux qui seront concernés et les rendre moins malades, mais elle va également, avec certitude, permettre des économies.

Notre système de santé est malade de ses nombreuses dépenses inutiles. L'augmentation des dépenses n'apporte pas toujours plus de santé, ainsi que le démontre la statistique de l'espérance de vie en Europe. Les spécialistes de la santé sont unanimes: 15–20% des prestations de notre système de santé sont inutiles.

L'initiative vise non seulement à une répartition plus juste des coûts de la santé, mais veut également leur stabilisation par la mise en œuvre de moyens efficaces, permettant le contrôle des coûts sans menacer le haut niveau de qualité de notre système de santé. Au contraire, la qualité et l'efficacité doivent être améliorés. L'alinéa 5 de l'initiative prévoit des mesures dans cette direction: planification sanitaire entre les cantons, réglementation de la médecine de pointe, détermination du prix maximum des prestations, contrôles de qualité, ainsi que des mesures pour la limitation des coûts en cas d'une augmentation excessive du volume des prestations.

Ce qui est nouveau, c'est que la plus grande partie de l'assurance maladie sera financée par des primes en fonction d'une part du revenu, d'autre part de la fortune et le reste par la taxe à la valeur ajoutée. Les opposants à l'initiative considèrent que l'augmentation de la taxe à la valeur ajoutée est antisociale. La TVA est anti-

## Rejet

La conférence des présidents de la FMH a rejeté, le 20.3.03, par 50 Non, 0 Oui et 11 abstentions l'initiative santé du PS.

Une votation consultative lors de l'assemblée des délégués de la SMCB du 27.3.03 a abouti à un rejet unanime avec une abstention.

sociale lorsqu'elle remplace les subventions fédérales ou d'autres systèmes de financement progressifs. Mais en lieu et place de l'actuel système de primes par tête, elle soulage précisément les revenus les plus faibles.

Celui qui a un revenu de 2000 ou 3000 francs par mois, consacre une part disproportionnée de son revenu pour les produits alimentaires, sur lesquels le taux de la TVA est le plus bas. Les riches, eux, dépensent beaucoup plus pour des voyages, des autos ou d'autres biens de luxe, sur lesquels les prélèvements de la TVA sont les plus élevés.

Le peuple suisse aura enfin l'occasion, le 18 mai, de décider un changement radical du financement de notre système de santé, sans diminution de la qualité du catalogue des prestations. Je dis un OUI très clair à l'initiative «La santé à un prix abordable», parce que ... l'initiative supprime les primes par tête injustes, ... les millionnaires paieront plus que les vendeuses, ... près de 80% de la population paiera moins pour son assurance maladie, ... les coûts de la santé pourront être réduits, ... et que l'on évitera une médecine à deux vitesses.

### Calendrier 2003

30 avril	chambre médicale, toute la journée, Soleure
15 mai	conférence élargie des présidents, 14 h
15 mai	assemblée des délégués, 16 h
11 septembre	conférence élargie des présidents, après-midi
23 octobre	assemblée des délégués, après-midi

### 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 avril 2003.

## Au sujet de l'initiative santé du PS: Une augmentation des impôts et une incitation à la hausse des coûts!



Rudolf Joder,  
conseiller  
national, pré-  
sident de l'as-  
sociation ber-  
noise des éta-  
blissements  
hospitaliers

L'initiative fédérale «La santé à un prix abordable» a été lancée par le parti socialiste suisse et déposée à la chancellerie fédérale le 9 juin 1999 munie d'environ 108'000 signatures. Elle propose une nouvelle formulation des articles 117 et 197, ch. 2 de la constitution fédérale. Pour l'essentiel, l'initiative exige un nouveau financement de l'assurance maladie obligatoire. Celui-ci doit passer par des moyens provenant de la taxe à la valeur ajoutée et par des cotisations payées par les assurés, dans une proportion au moins équivalente. Les cotisations des assurés sont fixées en fonction du revenu et de la fortune. Au moins un quart des cotisations, selon des dispositions transitoires, devra provenir de moyens prélevés sur la fortune. Les initiants proposent encore que les revenus inférieurs à 20'000 francs et que les fortunes inférieures à 1'000'000 francs soient exonérées de cotisations. Les recettes provenant de la TVA, ajoutées aux cotisations des assurés seront versées dans un pot commun. Ce dernier sera réparti aux caisses maladie en fonction du nombre de leurs assurés pour la couverture de leurs prestations, en sachant qu'il y aura lieu de tenir compte des différences dans la structure des risques chez les assureurs. A côté de cette partie consacrée au financement, l'initiative contient également des dispositions concernant le transfert de compétences de planification cantonales à la Confédération, en particulier dans le domaine de la médecine de pointe. L'initiative porte, il faut en convenir, un bel intitulé, mais elle est de peu d'utilité pour résoudre les problèmes en suspens.

### Hausse de la TVA

Pour réaliser les buts de l'initiative, une

grande partie des prestations assurées doit être financée par la taxe à la valeur ajoutée. Si l'on part de l'idée que cette partie représente la moitié, ce sont près de 8,5 milliards qui seront nécessaires, ce qui nécessitera une hausse de la TVA à 3.6%. En fonction du texte de l'initiative, peu clair, il est même pensable que la participation cantonale actuelle au financement des prestations de l'assurance de base devrait complètement disparaître, ce qui représenterait un besoin supplémentaire de 12 milliards et conduirait à une augmentation de la TVA jusqu'à 5%. Ceci aurait pour conséquence que les économiquement faibles, à bas revenus, ressentiraient les premiers les effets de l'augmentation de la TVA.

### Nouveaux impôts

De plus, l'initiative équivaut à une augmentation de l'impôt sur le revenu et sur la fortune. Il s'agit d'une intervention indirecte sur le système fiscal actuel, qui ne connaît pas, à ce jour, pas d'impôt fédéral sur la fortune.

### Suppression des réductions de primes

Il est également important de constater que les réductions actuelles de primes ne sont pas compatibles avec le nouveau système voulu par le PS. A l'heure actuelle, grâce aux réductions de primes, les assurés à petit revenu bénéficient d'un allègement de l'ordre de grandeur de 3 milliards de francs. Ce sont plus d'un million de ménages qui bénéficient de telles réductions et 160'000 ne payent même pas de primes du tout. Cette composante sociale disparaîtrait dans le cas où l'initiative serait acceptée.

### Pas d'incitations à économiser

Il serait également très désavantageux que la concurrence entre les caisses soit amenée à disparaître presque complètement. Les modèles visant des économies, tels que ceux qui limitent volontairement les prétentions des assurés en échange d'une réduction des primes, seraient difficilement envisageables avec le nouveau système de primes selon l'initiative. C'est ainsi que les incitations à un comportement économe disparaissent et les caisses, elles-mêmes, n'ont plus aucun intérêt à contrôler les dépenses de santé.

### Pas d'idées nouvelles

Les autres propositions des initiants n'auraient, elles également, que peu d'effet. Le projet du PS exige des mesures, qui sont en partie déjà réalisées (prix des médicaments), qui font déjà l'objet de discussions (planification de la médecine de pointe, prescriptions concernant les autorisations de pratiquer) ou qui peuvent déjà être mises en œuvre par les cantons (contrôle des coûts dans les hôpitaux et les homes).

### Les problèmes importants ne sont pas résolus

Il n'est pas possible de résoudre les problèmes les plus importants du système de santé en mettant cul par dessus tête le mode de financement et en demandant plus d'impôts. Il faut plutôt continuer de suivre la voie pragmatique sur laquelle on s'est engagé et, pas à pas, poursuivre sur les bases de la LAMal actuelle. Les étapes les plus importantes seront la réduction de l'augmentation du volume des prestations, la création d'incitatifs à économiser, l'encouragement à la responsabilité individuelle, plus de concurrence entre les différents fournisseurs de prestations, ainsi qu'une amélioration du contrôle des coûts. Par dessus le marché il faudra une orientation sociale de la réduction des primes.

Nous ne contrôlerons les problèmes existants que grâce à une politique des petits pas, tout en agissant concrètement. L'initiative santé du PS, au titre trompeur, n'apporte rien d'utile dans cette direction. Elle doit par conséquent être repoussée le 18 mai.

### «Réseau avec responsabilité budgétaire»

«Réseau avec responsabilité budgétaire», c'est le nouveau slogan de la politique de santé fédérale. Le conseiller aux états Frick a affirmé au parlement: «Le but de la commission est de créer un système de fourniture des soins plus avantageux. Le managed care se caractérise par une responsabilité budgétaire et un nombre limité des fournisseurs de prestations.» Deux remarques à ce sujet: 1. «Responsabilité budgétaire» signifie en d'autres termes, budget global fixé par les caisses. (En disant cela je n'accuse pas Monsieur Frick de l'avoir su.) 2. La commission du conseil des états met en œuvre «un système avantageux de fourniture des soins». Bravo! Ce qui n'a pas été possible dans tous les états industrialisés, devient réalité.

Un miracle?

Peter Jäger

## Amélioration de la qualité en réduisant le nombre des médecins – l'avis de deux experts



**Le quotidien bernois «Der Bund» a publié le 8 mars 2003 une interview de l'économiste allemand de la santé, le Prof. Karl W. Lauterbach. La SMCB a soumis les mêmes questions au politicien de la santé et chargé de cours Ulrich Müller, DM, MHM, qui a donné son avis. Ci-dessous l'interview présentée en miroir.**



*Prof. Karl W. Lauterbach, médecin et spécialiste en économie de la santé, il dirige l'Institut d'économie de la santé et d'épidémiologie clinique de l'Université de Cologne. Membre de deux groupes de conseillers du gouvernement Schröder.*

*Ulrich Müller, DM, MHM, directeur médical de la Clinique Dorothea Christiane Erxleben Quedlingburg D, chargé de cours à l'Université privée d'économie de Berne*

**«Bund»: La politique suisse envisage un certain allègement de l'obligation de contracter entre caisses et médecins. Dans le cadre d'une liberté totale de contracter, les médecins doivent briguer les faveurs des caisses. Dans une telle situation n'auraient-ils pas tendance à rejeter les patients non rentables, afin de se présenter, aux yeux des caisses sous un angle plus «économique»?**

Non, au contraire. Dans le système actuel, les médecins ont leur contrat assuré, ils peuvent sans risque renvoyer à des collègues des patients non rentables, c'est-à-dire porteurs de nombreuses maladies et âgés. Si l'obligation de contracter disparaît, un tel médecin doit craindre de perdre son contrat. Les caisses ne veulent pas travailler avec des médecins qui adressent simplement les cas difficiles à des hôpitaux coûteux. Un tel cas devient ainsi inutilement cher. Nous aurons ainsi moins de médecine de la porte tournante que maintenant.

Votre question suggère que le patient non rentable est le patient cher et que le patient économe le patient bon marché. Tout d'abord, les maladies des patients ne sont pas inventées par les médecins, afin d'être obligés de soigner les patients à grands frais ou bon marché. Les patients, d'une manière ou d'une autre, doivent être soignés, dans un système comprenant les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, la rééducation et de nouveau les soins ambulatoires. Il faut développer pour les patients des voies enjambant les différents secteurs de soins (Medical Pathways), sur la base de directives des sociétés de spécialistes (Guidelines) et rendre les soins aux patients transparents. La transparence des soins signifie toujours transparence des coûts. L'allègement de l'obligation de contracter, à elle seule, ne signifie d'aucune façon automatiquement une amélioration de la qualité des soins, tant que des critères de choix des cabinets en fonction de «bon» ou «mauvais» n'ont pas été définis. En réalité, il existe un risque que les cabinets bon marché soient plus attirants pour les caisses. S'il n'y a pas de système assurant la qualité des cabinets médicaux, on devrait plutôt envisager une baisse de la qualité des soins médicaux ambulatoires, ainsi qu'il est possible de la constater à l'heure actuelle en Allemagne.

**Mais la liberté de contracter augmente la pression sur les médecins et de ce fait, à court terme, la tentation de procéder à une sélection des risques.**

La pression économique n'est pas augmentée par la suppression de l'obligation de contracter.

Il n'est possible de réagir à la pression économique, dans une certaine mesure à la tentation des médecins de pratiquer une «médecine au rabais» dans leurs cabinets afin d'obtenir un contrat, que par l'intermédiaire d'un système d'assurance de qualité associé à la preuve de la qualité. Les médecins sont redevables de cela envers leurs patients et leur conception de l'éthique professionnelle.



*Certaines caisses vont rechercher précisément les médecins qui ont des patients rentables. Elles pourront ainsi offrir des primes plus basses.*

Un caisse qui aurait la réputation de n'avoir à offrir que des médecins bon marché, va rapidement disparaître du marché. La société moderne de l'information et des médias s'intéresse beaucoup à la qualité de la médecine. De nos jours déjà, on recherche à grands frais les plus petites différences, alors que les caisses ne présentent que peu de différences. Dans le cadre de la liberté de contracter, les cas de caisses offrant des médecins bon marché seront vite connus. Lorsque, dans les années quatre-vingt, je vivais en Arizona, il existait à Tucson une organisation de managed care, qui faisait sa publicité en disant qu'elle travaillait avec des installations particulièrement bon marché. Cette organisation est rapidement disparue du marché.

Les seules primes basses d'une caisse ne vont pas motiver, à moyen ou long terme, les patients à être membres de cette caisse, à le rester ou à le devenir. Les caisses qui disposent d'un réseau de cabinets de haute qualité vont subsister. Ce qui sera déterminant, ce sera le rapport coûts-prestations-qualité.

*Le lobby des médecins déclare que la médecine de qualité et éthique est menacée par la liberté de contracter.*

L'argumentation médicale décrit les problèmes pour lesquels la suppression de l'obligation de contracter représenterait la solution. La liberté de contracter a pour conséquence que pour le médecin la qualité enfin compte. Il ne doit plus se rattraper par la quantité ou rechercher le profit par la réduction des coûts. Quand tous les médecins disposent d'un même contrat, la concurrence par la qualité n'est pas possible.

La liberté de contracter sur la base: pratique économique égale pratique bon marché égale contrat menace en effet une médecine de qualité et éthique. Seul un système bien réfléchi de contrôle de la qualité des cabinets va permettre de garantir aux patients des soins de niveau équivalent et améliorables, avec des coûts qui restent contrôlés.

*Le lobby des médecins prétend que, dans leur profession, la qualité n'est pas mesurable.*

C'est faux.

On a transposé de l'industrie au système de santé, aux cabinets médicaux également, différents modèles de qualité. Les plus connus sont les procédures de certification DIN ISO EN 9000 ff ou le modèle EFQM. Ces deux modèles de contrôle de qualité ne s'appliquent au système de santé qu'avec des restrictions. Il est urgent de développer un modèle de contrôle de la qualité adapté aux cabinets médicaux.

*Comment va agir la concurrence au niveau de la qualité?*

Prenons l'exemple d'un spécialiste du système digestif, d'un gastro-entérologue bénéficiant d'une formation postgraduée de haut niveau, d'une formation continue de qualité et qui a à son actif un grand nombre de gastroscopies avec un taux bas de complications pour des cas faciles et difficiles. Dans le domaine de la gastroscopie, il bénéficiera d'un avantage de concurrence par rapport à un autre médecin qui ne pratique cet examen que de temps en temps, qui n'a jamais bénéficié d'une formation dans ce domaine et dont les examens sont pratiqués éventuellement avec une hygiène insuffisante ou qui ont abouti à des maladies. Pour les caisses, le spécialiste ayant une grande expérience est intéressant. Le non-spécialiste n'obtiendra pas de contrat et devra se spécialiser dans un autre domaine. La liberté de contracter en médecine conduit à la spécialisation, comme c'est le cas dans d'autres domaines de prestations de haute technologie.

Dans la concurrence pour la qualité, les cabinets vont tendre à se comparer en fonction d'un système unique de mesure de la qualité, c'est-à-dire les cabinets deviendront transparents et comparables selon un système de mesure de l'excellence au niveau de la structure, des coûts des traitements et de leurs résultats. Ce «système de vérification» peut fonctionner en permanence ou intervenir à des moments bien définis, comme p.ex. lors d'une qualification des cabinets, tous les 3 à 5 ans. Les cabinets présentant un profil de qualité bas devront se soumettre à des obligations et dans le cas où elles ne s'y soumettraient pas pourraient éventuellement perdre leur contrat.

*Du point de vue des patients, la liberté du choix du médecin est limitée. Il existe un risque que les personnes, qui peuvent se le permettre, s'assurent la liberté de choix totale en contractant une assurance complémentaire. Il s'agirait, dans ces cas, d'une médecine à deux vitesses.*

Par la limitation de l'obligation de contracter, on améliore la qualité moyenne des soins médicaux. Tous les patients en bénéficient. Les meilleurs médecins et cliniques obtiendront un contrat de la part de presque toutes les caisses. Les médecins au béné-

Dans un système tel que celui je viens de décrire, les patients ont le libre choix du médecin dans des cabinets dont la qualité a été prouvée, qui ont été sélectionnés et qui sont de haut niveau. On s'imagine difficilement que l'on puisse souhaiter choisir, grâce à

ficé d'un contrat limité seront ceux qui ont les plus grands problèmes au niveau de la qualité ou ceux qui travaillent de façon particulièrement non économique. Si seuls 80 à 90 pour-cent des médecins de haut niveau ont obtenu un contrat, peut-on parler dans ce cas d'une limitation du libre choix. Il s'agit d'un profit plutôt que d'une perte. Si un patient considère néanmoins que sa caisse lui fait une offre insuffisante, il aura toujours la possibilité de changer de caisse.

une assurance complémentaire, un cabinet qui n'est pas en mesure de certifier de sa qualité. Sous cet angle, la preuve de la qualité évite la médecine à deux vitesses.

*Il n'y aura donc pas de fuite vers les assurances complémentaires?*

Dans le cadre de la liberté de contracter, les assurances complémentaires n'auraient d'intérêt que si le médecin le plus cher était automatiquement le meilleur. Ce n'est pas le cas. Prenons le cas du dépistage du cancer du sein. Il est scientifiquement insensé de procéder à une ultrasonographie avant une mammographie. Beaucoup de médecins le font néanmoins et sont par conséquent plus chers que d'autres, il ne sont pas meilleurs.

Non.

*Vous insistez sur l'amélioration de la qualité lorsque vous prônez la liberté de contracter. Les politiciens suisses, dans le même contexte, évoquent avant tout le contrôle des coûts.*

A moyen terme, une augmentation de la qualité va avoir pour conséquence une moindre augmentation des coûts. Très souvent la plus mauvaise médecine est la plus chère. Mais ce qui importe, c'est l'amélioration de la qualité et non la baisse des coûts. C'est également ce qui doit être encouragé d'un point de vue éthique. Même si la liberté de contracter ne devait réduire pas les coûts, elle offrirait déjà un avantage.

La gestion de la qualité dans un réseau de soins enjambant les secteurs, constitué de prévention, soins ambulatoires, hospitaliers et de rééducation, signifie transparence des coûts et contrôle des coûts. La liberté de contracter, à elle seule, n'est qu'un élément qui, sans le contrôle de la qualité, aboutit au contrôle des coûts grâce à une médecine au rabais. Ce n'est pas ce qu'on doit souhaiter en politique.

*L'avenir appartient aux réseaux médicaux, c'est ce qu'affirment les politiciens suisses de la santé. Est-ce le cas?*

Le nombre des réseaux médicaux va augmenter de manière significative à la suite de l'allègement de l'obligation de contracter. En effet, la qualité résulte toujours d'un travail d'équipe, en règle générale entre médecins de premier recours et spécialistes.

C'est un fait que les réseaux médicaux sont souhaitables dans le domaine ambulatoire. Il ont toujours existé et ont vu le jour au cours des années. Jusqu'à maintenant ils apparaissent plus ou moins spontanément à la suite de décisions régionales, techniques ou personnelles des médecins de premier recours. C'est un fait qu'il est du devoir des médecins suisses en pratique ambulatoire de construire, sur une base de comparaison des données de qualité, des réseaux entre les cabinets, en vue des soins interdisciplinaires aux patients.

*Aux Etats-Unis, les réseaux, les modèles de managed care donc, ont déjà fait l'objet de critiques négatives.*

Ce qui n'a pas fait ses preuves aux Etats-Unis, ce sont les modèles dans lesquels les médecins abandonnent leur statut d'indépendant et deviennent des employés des caisses. Ces offres avaient la réputation de mettre les intérêts de l'assurance bien plus haut que ceux des patients. Les modèles de managed care qui sont appréciés, ce sont ceux dans lesquels les caisses et les médecins, qui s'entendent bien, concluent volontairement des contrats. Des discussions à ce sujet ont lieu en Suisse.

Les critiques négatives concernant les modèles de managed care furent avant tout la conséquence de la réduction de l'offre des prestations médicales, tant au plan de la qualité que de la quantité. Il faut éviter ces erreurs.

*Nos politiciens souhaitent des réseaux motivants pour les patients. Celui qui n'entre pas dans un réseau devrait payer une franchise plus élevée. S'agit-il d'une bonne solution?*

En principe, oui, mais il faut doser prudemment. Lorsque l'incitatif économique trop grand est au premier plan, les réseaux peuvent être facilement critiqués. L'assurance privée pourra ainsi déclarer: constatez, ces modèles d'assurances travaillent avec des

Les incitatifs économiques n'ont rien de déshonorant. Les incitatifs économiques ne devraient pas être exclus, ni pour les patients ni, évidemment pour les cabinets médicaux.

médecins bon marché, on économise sur le dos des patients. Je préviens les politiciens de ne pas prôner de tels modèles en tant que mesure de limitation des coûts. Les réseaux sont source de meilleure qualité. C'est la raison principale pour laquelle les patients se font soigner dans ce cadre. De toute manière, dans la discussion au sujet de la suppression de l'obligation de contracter, je conseille de ne pas avancer l'espoir d'une réduction significative des coûts. L'espoir que l'on peut justifier, c'est celui de bénéficier d'une médecine de meilleure qualité, mieux adaptée, moins concernée par la sous-médicalisation, la surmédicalisation et les erreurs de traitement.

### Quel est le niveau de qualité des soins médicaux de base en Suisse à l'heure actuelle?

A côté de points forts, je vois dans le système suisse de santé un grand danger: dans le cadre actuel de la dynamique des dépenses et de la tendance qui va en augmentant vers des assurances complémentaires, le risque est grand qu'une forme de médecine à deux vitesses se développe au cours des prochaines années, sans que la qualité ne s'en trouve améliorée. Je dois avouer que ce problème est encore plus grave en Allemagne.

La qualité des soins de base, en Suisse, se situe à un niveau très enviable. Si les ressources financières devaient se révéler insuffisantes, il existerait un risque, en cas de développement exagéré de l'étendue de l'offre, d'une perte de qualité en profondeur. Dans ces conditions, une optimisation du système est indispensable.

### Finalement, l'allègement de l'obligation de contracter est le moyen de choix pour éviter la menace d'une médecine à deux vitesses?

Exactement. Aujourd'hui les caisses ne peuvent se différencier que grâce à l'étendue de leur paquet d'assurance. Cela signifie médecine à deux vitesses. Si l'obligation de contracter disparaît, les caisses peuvent se distinguer également au niveau de la qualité. Les caisses qui ont une offre limitée peuvent même être les meilleures.

L'allègement de l'obligation de contracter sans contrôle de qualité revient à rouler à toute vapeur en direction d'une médecine à deux vitesses. L'allègement de l'obligation de contracter n'est pas une panacée, plutôt une brique dans l'ensemble d'une tâche de construction à laquelle le système suisse de santé est confronté, en connaissance du fait que les ressources économiques ont une fin.

## L'orchestre des médecins de Berne sous une nouvelle direction

Après le départ, en janvier 2003, de notre directeur depuis de longues années, Toni Muhmenthaler, nous allons nous produire en juin pour la première fois sous la direction de notre **nouveau chef Matthias Kuhn**.

Matthias Kuhn, un musicien né à Berne, a obtenu, lors du Festival musical de Tanglewood, la bourse S.&N. Kay pour la direction, ce qui lui a permis d'y travailler avec Seiji Osawa, Andre Previn et Jorma Panula. Il exerce son importante activité musicale de directeur et violoncelliste avec des ensembles renommés, en Suisse et à l'étranger. Il s'occupe aussi bien de reconstitutions historiques (Das Neue Orchester Köln, Die Freitagsakademie, Affetti Musicali), que de musique contemporaine (La Strimpellata, basel sinfonietta, Quatuor à cordes Charmillon, SONEMUS Sarajevo). A côté de ses études à Berne et auprès du Prof. P. Gülke à Fribourg en Brisgau, il a participé à divers classes de perfectionnement et festivals avec des artistes tels que Claudio Abbado, Pierre Boulez, Lorin Maazel, Isaac Stern et Leon Fleisher. Matthias Kuhn est le chef de l'Orchester Opus et, depuis 2003, de l'orchestre des médecins de Berne. Il est chef assistant de l'Orchestre Philharmonique Suisse ORPHIS. A l'occasion de la MESS



à Sarajevo, il a dirigé une production de l'«Histoire du soldat» de Stravinsky / Ramuz, qu'il a conduite par la suite en tournée à travers toute l'Ex-Yougoslavie. En qualité de chef invité il a conduit les orchestres symphoniques de Berne, Bienne, St-Gall, l'orchestre de chambre du Wurtemberg à Heilbronn, la Philharmonie de Tirgu-Mures (Roumanie) et la Strimpellata de Berne (enregistrement de «Four Episodes» de Ernest Bloch).

Sous la direction de Matthias Kuhn, l'orchestre des médecins de Berne interprète le

**dimanche 22 juin 2003**

**en l'Eglise de Luterbach SO** et le

**mardi 24 juin 2003-04-14**

**en l'Eglise française de Berne**

(début des concerts à 20 h)

le programme suivant

Ludwig van Beethoven Ouverture Coriolan

Dimitri Chostakovitch Concerto pour violoncelle No 1

Luigi Boccherini Symphonie No 26

Le soliste est le violoncelliste suisse, internationalement connu, Rafael Rosenfeld



Th. Eichenberger,  
secrétaire

### Décisions de l'assemblée des délégués du 27 mars 2003

1. Approbation des comptes 2002 et décharge du comité.

A l'unanimité.

2. Augmentation de la cotisation de Fr 120.– pour membre praticien (à l'exclusion des médecins chef) et ristourne de Fr 200.– en cas de participation à l'enquête sur les frais généraux (remise de données interprétables).

A l'unanimité avec 1 abstention.

3. Approbation du budget 2003 (y compris l'augmentation de la cotisation et la réduction selon ch. 2 plus haut).

A l'unanimité.

4. Augmentation de la participation de la Société cantonale en actions de PonteNova de Fr 50'000.- Fr 70'000.–.

A l'unanimité avec 3 abstentions.

5. Choix de l'organe de révision: PriceWaterhouseCoopers.

A l'unanimité.

6. Election d'un nouveau délégué à la Chambre médicale, le Dr Christian Stettler de Moutier.

A l'unanimité.

*Commentaire (au sujet du ch.2):*

Le comité cantonal a proposé à l'assemblée des délégués du 27.3.2003 d'augmenter de Fr 120.– la cotisation pour les membres ordinaires avec autorisation de pratique (cat. de membre 01, moins médecins chefs et médecins cadres).

Les membres appartenant aux catégories 02–06, de même que les médecins chefs et médecins cadres avec autorisation de pratique sont libérés de l'augmentation.

*Catégories:*

01 membres exerçant une activité indépendante

02 membres en position dirigeante n'exerçant pas d'activité indépendante

03 membres n'exerçant pas d'activité indépendante, sans position dirigeante, pas en formation postgraduée

04 membres de la FMH en formation postgraduée

05 domicile et activité professionnelle à l'étranger

06 exerçant provisoirement une activité non médicale

Tous les membres qui sont astreints sans exception au paiement de la cotisation supplémentaire de Fr 120.–, ont droit à une ristourne de Fr 200.– s'ils participent à l'enquête sur les frais généraux (RoKo) et remettent des données complètes, resp. évaluables. Les ristournes sont versées chaque année, sur la base de la participation à l'enquête de l'année précédente, resp. inclus dans les cotisations de l'année suivante.

La participation d'un nombre aussi élevé que possible de membres à l'enquête RoKo constitue une contribution importante à la politique professionnelle, elle bénéficie à l'ensemble des médecins pratiquant dans le canton de Berne, est organisée et encouragée par la Société des médecins du canton de Berne en sa qualité d'organisation représentative de la profession. C'est notre seul moyen de nous procurer des données représentatives concernant la structure des frais généraux des cabinets médicaux (dépenses). Ces données sont utilisées lors des négociations avec nos partenaires tarifaires, elles permettent au corps médical de défendre, à l'avenir, ses revendications en se fondant sur des bases objectives et avec un espoir de succès.

Selon l'art. 19 ch. 5 des statuts, la fixation de la cotisation annuelle, ainsi que celle d'éventuelles cotisations extraordinaires, incombe à l'assemblée des délégués. Il n'est pas nécessaire de procéder à une révision des statuts.

En récompensant significativement la participation à RoKo (augmentation de la cotisation de Fr 120.– d'une part et ristourne de Fr 200.– en cas de participation à RoKo, d'autre part), le comité cantonal satisfait à la motion de l'assemblée des délégués du 24 octobre 2002, demandant l'introduction d'un système de récompense.

### 5 points concernant Ponte Nova

PonteNova occupe dès le 1<sup>er</sup> avril ses nouveaux locaux:

Mattenstr. 9 - case postale 202

3073 Gümligen

Tél. 032 951 88 60

FAX 031 951 88 61

- Toutes les consoeurs et tous les confrères qui, à ce jour, se sont annoncés, manifestant ainsi leur intérêt, vont recevoir au cours des prochains jours le portefeuille des contrats. Il fixe les relations avec le TrustCenter ainsi que la collecte des données 2003. Les nouveaux actionnaires et clients sont encore et toujours les bienvenus. Le bulletin de souscription d'action, la convention d'actionnaires et le portefeuille des contrats peuvent être également téléchargés sur notre site [www.pontenova.ch](http://www.pontenova.ch) ou commandés à l'adresse indiquée plus haut.
- NewIndex, ainsi que PonteNova, ont informé en détail récemment tous les fournisseurs de logiciels au sujet des TrustCenters, de la collecte des données et des exigences au niveau des logiciels de cabinet. Toutes les maisons se sont déclarées prêtes.
- C'est le dernier moment d'utiliser l'abonnement HIN, qui fait partie de la cotisation à la FMH que chacun paye, et de mettre en route la technologie de sécurité indispensable à l'échange électronique des données.
- Tarmed dans le domaine AA n'exige pas de facturation électronique, c'est pourquoi il est inutile, trop cher, pernicieux pour ses propres statistiques et revient en définitive à un coup dans le dos pour la politique professionnelle, si vous entrez en matière en ce qui concerne l'offre de Medidata!

H.W.Leibundgut

**Rappel:** Un TrustCenter

- rassemble et garde en archive les copies électroniques de factures de ses clientes et clients, resp. de leurs offices de facturation
- interprète les données, les fait suivre à l'office national de consolidation et met à disposition des statistiques («profil du cabinet»)
- tient des copies électroniques des factures à disposition pour les adresser, électroniquement, aux assureurs
- mais n'établit et n'envoie aucune facture
- ne contrôle et ne valide aucune facture
- ne fait suivre aucune donnée non anonymisée



## Séances du comité de la SMCB

### Négociations Tarmed

La détermination de la valeur du point, ainsi que la transmission électronique des données ne sont pas encore fixés. Il semble qu'il sera possible, pour la valeur du point, de s'accorder sur une valeur relativement raisonnable. Il y a, du côté de santésuisse, une opposition déterminée à l'obligation de rémunération de la transmission des données. Il a toutefois été reconnu que PonteNova représente un intermédiaire adapté, qui sera à disposition pour l'échange des données.

### Les médecins agréés, une exception dans Tarmed?

Tarmed ne répondant pas aux besoins des médecins agréés pour leurs prestations ambulatoires, généralement invasives, dans un hôpital, parce que les frais généraux du cabinets, établis en fonction de critères d'économie de marché, ainsi que d'autres dépenses (prestation technique relevant partiellement de la compétence du médecin) ne sont pas considérés, ces médecins souhaiteraient faire exception à Tarmed. Il y aurait lieu de convenir de ce qui suit avec les caisses:

«Les médecins qui fournissent dans un hôpital des prestations ambulatoires en leur nom propre, sous leur propre responsabilité et en établissant leur propre facture portant leur propre numéro de facturation, ne sont pas soumis à ce contrat en ce qui concerne ces dites prestations.» Le comité approuve à l'unanimité une proposition de son vice-président Gubler concernant le soutien du statut du médecin agréé, l'accord en vue d'un projet de tarif et la reconnaissance de la compétence à négocier de la FMS section de Berne, de l'association des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et de l'association des cliniques privées. La question de savoir s'il est politiquement réalisable de faire une exception à Tarmed en faveur des médecins agréés reste toutefois ouverte. On pourrait envisager une solution qui serait la création d'une valeur du point propre aux médecins agréés.

### Incitation à participer à RoKo

L'enquête sur les frais généraux (RoKo) – à l'origine une «invention» de la Société des

médecins du canton de Berne – fournit des renseignements sur l'évolution des frais généraux dans les cabinets. La mise en évidence de l'évolution généralement à la hausse de ces coûts est indispensable, si l'association professionnelle veut être en mesure d'entreprendre des négociations pour une adaptation de la valeur du point. L'augmentation des coûts constitue à l'heure actuelle le seul argument que l'on peut faire valoir dans une discussion au sujet d'une augmentation tarifaire. A l'opposé de RoKo, les Trust-Centers (TC), qui sont l'objet de nombre de discussions de nos jours, ne livrent aucun renseignement concernant l'aspect des coûts sous Tarmed, ils concernent uniquement le chiffre d'affaire du cabinet. En d'autres termes, les informations délivrées par le TC et RoKo ne se recoupent pas, mais se complètent; les deux éléments sont indispensables au gestionnaire du cabinet et à l'organisation professionnelle. La participation des médecins bernois à RoKo laisse, depuis quelque temps, un peu trop à désirer de telle sorte que la représentativité des chiffres semble être bientôt menacée.

L'assemblée des délégués a approuvé le 27 mars 2003 une augmentation de la cotisation des membres praticiens de 120 francs; les membres qui enverront des questionnaires RoKo évaluables seront gratifiés d'une ristourne de 200 francs.

### Changements dans le paysage hospitalier

Le Dr Peter Eichenberger, ancien vice-président de la SMCB, puis médecin chef de l'armée et, depuis 1991, président de la fondation Croix-rouge Lindenhof, a donné au comité une information sur l'évolution du paysage hospitalier dans la région de Berne. Dans le canton, tous les hôpitaux se sont unis sous une forme ou une autre de coopération dans le but de trouver une place dans la planification hospitalière et d'échapper ainsi à la fermeture. L'hôpital de district de Riggisberg constitue une exception (il a toutefois décidé d'un partage des tâches avec Schwarzenburg). Le Lindenhof, en 1977, s'est approché des hôpitaux de Belp et Aarberg, dans le cadre du groupe «Nouveaux horizons»; en mars 2002, l'association s'est élargie aux Stadtspital Tiefenau et Stadtspital Ziegler, ainsi qu'à la clinique de Münsingen.

«Nouveaux horizons» compte actuellement 800 lits de soins aigus et 3000 collaborateurs, dont 250 médecins; le chiffre d'affaire annuel du groupe, avec ses six institutions, se monte à 300 millions de francs. Sur la place de Berne les «partenaires» sont Sonnenhof et Engerled, le premier ayant conclu une collaboration avec l'hôpital de l'Ile. Le groupe Hirslanden avec Beau Site, Salem et Permanence a été vendu récemment à une entreprise anglaise et n'est plus financé par l'UBS. On ne sait pas quel sera le rôle de la Clinique Siloah à l'avenir. Le groupe «Nouveaux horizons», quant à lui, vise, dans le cadre de la loi sur les soins hospitaliers, à obtenir un mandat pour des prestations complètes. Le système des médecins agréés doit être maintenu, de même que le droit de participation aux décisions des médecins.

### Procédure de consultation discutée concernant la loi sur les soins hospitaliers

Il y a eu 464 prises de position lors de consultation au sujet de ce projet de loi. Nombre de points sont fort discutés: le rôle du canton dans le futur système hospitalier, le niveau de réalisation de la planification, les problèmes de financement, la forme et le support juridique, le problème d'une holding de tous les hôpitaux du canton, la prise en main de toutes les structures hospitalières, le rôle des hôpitaux privés et de l'activité privée à l'hôpital.

Les points les plus importants seront constitués par la question du support juridique et de l'indemnisation des infrastructures qui seront prises en charge par les centres hospitaliers régionaux. Le projet doit être soumis à la commission du grand conseil au cours de l'automne 2003, dans le but d'une entrée en vigueur simultanée de la loi sur les soins hospitaliers et de la 2<sup>ème</sup> révision de la LAMal – on évoque le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### Contrats avec PonteNova

Le comité a approuvé un portefeuille de contrats présenté par le TrustCenter PonteNova. Tous ceux qui, à un moment ou un autre, ont manifesté de l'intérêt pour PonteNova, vont recevoir au cours des prochains jours ces contrats de PonteNova. Le TrustCenter accepte évidemment de nouveaux clients, ainsi que de nouveaux actionnaires (PonteNova, Mattenstrasse 9, Postfach 2002, 3073 Gümligen,

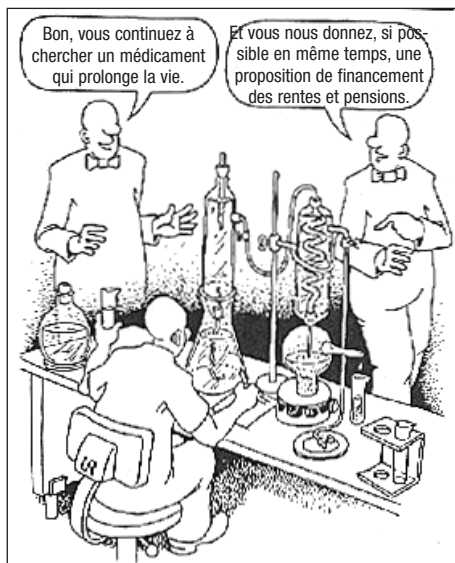
### Faudra-t-il créer un secrétariat pour la formation continue?

Depuis quelque temps, l'offre dans le domaine de la formation continue est devenue difficile à appréhender. La société des médecins zurichois collabore avec une entreprise du domaine pharmaceutique nommée Medilink et organise également ses propres manifestations de formation continue. Grâce au profit généré par ces activités, on a notamment pu engager en «gestionnaire de la formation continue». Le comité de la SMCB, après discussion fournie, est parvenu à la conclusion qu'il y aurait lieu, au préalable, de rechercher une solution plus simple, sans rejeter, plus tard, une collaboration avec Medilink. On va donc tenter un travail commun avec l'hôpital de l'Ile, le plus grand organisateur en matière de formation continue.

### Le bicentenaire de la Société des médecins du canton de Berne

En 2009, la SMCB va fêter la jubilé de ses 200 ans d'existence. Pour préparer une «Festschrift» digne de l'événement, le comité a mis en place une commission composée de:

Prof. Urs Boschung, Berne, Prof. Madeleine Herren, Zurich, Prof. Werner Ringli, Nidau, Reto Steiner, chef de la communication de la FMH, Berne, Dr Roland Brechbühler, membre du comité de la SMCB, Corgémont, Dr Jürg Schlup, président de la SMCB, Zollikofen.



## Nouvelles du grand-conseil



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

### Calme avant la tempête ou calme après la tempête?

Dans l'agitation de la session de novembre (ESPP!), et celle des deux jours de la séance de relevé en décembre, qu'il a fallu tenir parce que tous les sujets n'avaient pas été épuisés, nous nous parfois crus aux marges d'un cyclone. La session de janvier, elle, a été caractérisée par des séances brèves, des progrès rapides, des renvois, des modifications de dernière minute de l'ordre du jour, de telle sorte que pour l'un ou pour l'autre sujet il n'y avait plus assez de temps pour la préparation. L'improvisation régnait et tenait en éveil (pour autant que le sujet le permette). Mais le calme et la tranquillité n'étaient peut-être qu'illusoire avant les difficultés qui allaient venir en 2003, pour ainsi dire le calme dans l'œil du cyclone?

Un débat de principe a eu lieu au sujet de la nature des informations et la qualité des conseils dans le cas d'une demande d'interruption de grossesse, ainsi que de la question de la valeur du diagnostic prénatal (motions Streiff et Gfeller).

Une autre motion demandait la planification de lieux de séjour à long terme pour des patients souffrant d'Alzheimer et de démence. Il y aurait ici une possibilité d'activité pour les hôpitaux de district cessant d'être exploités ou à fermer, en particulier dans le cas où ma motion au sujet de l'assistance gériatrique dans le canton serait traitée de la même façon et adressée au gouvernement.

Un autre débat de principe a suivi le dépôt d'une motion demandant, à l'avenir, l'élection du conseil exécutif au système proportionnel, afin d'apporter plus de signification au débat politique. Ensemble, l'UDC et le PRD représentent à peine 50% des électeurs, mais 60% des membres du conseil exécutif; ils pourraient, sans proportionnelle volontairement acceptée, exi-

ger environ 90% du conseil exécutif. Aucune chance!

De mon point de vue personnel, un fait réjouissant. A la suite d'un débat au sujet d'une motion concernant le trafic d'agglomération dans la ville de Thoune, il a été souligné par tous les côtés que l'instrument destiné à la planification du trafic dans les agglomérations était un instrument valable et adapté pour s'attaquer au problème de la mobilité de façon globale. C'est la raison pour laquelle le canton de Berne a prévu de le faire pour les villes de Bienne, de Thoune et de Berthoud. La chose n'était pas du tout évidente jusqu'à maintenant, ces problèmes n'étant abordés généralement que partiellement; les solutions n'étaient recherchées que pour une partie de ceux qui participent à la circulation, avec pour résultat que chaque solution générerait de nouveaux problèmes et que le lobby le plus faible était le dindon de la farce. Le plus souvent il s'agissait du moyen de transport le plus lent! Affaire à suivre!

Le canton peut, c'est heureux, présenter un bouclier de comptes meilleur qu'il n'avait été mis au budget, d'un montant de 200 millions! Une preuve que cela vaut la peine d'économiser. Le compte courant est équilibré, les intérêts sont l'épine dans le pied! De plus, la Dezennium-AG (apurement de la débâcle, vieille de 10 ans, de la Banque cantonale) boucle avec une perte légèrement moins importante (-440 millions) que prévu, de telle sorte que ce sont plus de 600 millions que ce qui était prévu qui sont à disposition. D'un côté c'est fort réjouissant, d'un autre côté cela recèle deux dangers:

- le canton pourrait quitter la ligue des cantons économiquement faibles et bénéficier de moins d'aide fédérale (117 millions annuellement au cours des 10 prochaines années!).
- Une situation financière un peu moins mauvaise que prévu, pourrait, selon la couleur politique, susciter de nouveaux appétits, que ce soit en faveur de baisses d'impôts ou de nouvelles dépenses ou de tâches nouvelles de l'état, avec pour résultat que l'assainissement du canton ne soit plus au premier plan, mais bien les souhaits des électeurs respectifs. Affaire à suivre!

Le grand conseil est invité à faire preuve du sens de ses responsabilités.

T. Heuberger

## Au sujet des négociations Tarmed dans le canton de Berne



*Urs Hofer,  
avocat, chef de  
la délégation aux  
négociations de  
la Société des  
médecins du  
canton de Berne*

La délégation mandatée par le comité est parvenue pour l'essentiel, le 1<sup>er</sup> avril 2003, à la conclusion des négociations avec la délégation de santé suisse.

Pour obtenir ce résultat, il a fallu, depuis le 10 septembre 2002, au total 7 rondes de négociations et autant de séances de préparation de la délégation aux négociations des médecins, un grand nombre de consultations et de discussions bilatérales, techniques. Pour les dernières nous avons pu compter sur les précieux services d'Anton Prantl, membre de notre délégation.

### **Mission assignée:**

Il s'agissait, sur la base du contrat cadre Tarmed avec annexes conclu le 5 juin 2002 entre la FMH et santé suisse, approuvé le 30 septembre 2002 par le conseil fédéral, de créer les bases cantonales bernoises suivantes:

- un contrat d'adhésion au contrat cadre Tarmed pour le canton de Berne, y compris les annexes indispensables,
- un accord au sujet de la valeur du point initiale, tenant compte de l'accord intervenu au plan fédéral, sous forme d'annexe II au contrat cadre Tarmed, concernant la neutralité des coûts, qui stipule notamment des critères pour le calcul de la valeur initiale du point.

Contrat cantonal d'adhésion (CA) au contrat cadre Tarmed (CC):

Des travaux préparatoires ont eu lieu au niveau intercantonal par un groupe de travail mis en place par le «G7». (Le «G7» est une instance, constituée par 7 présidents de sociétés cantonales de médecine, présidée par le Dr Häfeli, Argovie). Ce grou-

pe de travail a mis au moins un contrat type, qui a également servi de base à la délégation aux négociations bernoise.

Les contrats d'adhésion cantonaux ne devant évidemment pas être en contradiction avec le CC auquel ils sont subordonnés, notre délégation aux négociations devait négocier dans les domaines où le CC laissait des options et un espace de négociation ouverts, et trouver des solutions allant dans l'intérêt de la Société des médecins du canton de Berne. Pendant toute la durée des négociations, la délégation a maintenu un contact étroit avec le comité, afin que ce dernier soit en mesure d'exercer son influence sur certains points cruciaux.

Les points les plus importants du contrat peuvent être résumés comme suit:

1. Dès l'entrée en vigueur de Tarmed, tous les membres de la Société cantonale des médecins sont soumis au contrat, s'ils n'ont pas, dans un délai de 30 jours suivant la remise du contrat, respectivement suivant sa publication dans l'organe de l'association, communiqué qu'ils ne veulent pas adhérer au dit contrat.
2. Les non-membres de la Société des médecins peuvent adhérer au contrat par une déclaration écrite à ce sujet, pour autant qu'ils aient adhéré au contrat cadre et payé les prestations financières selon l'annexe A (taxe d'adhésion et participation annuelle aux frais).
3. Le contrat d'adhésion assure dans l'art. 8 le libre choix du médecin, sous réserve d'éventuelles limitations fédérales supérieures.
4. Le débiteur des honoraires reste le patient (système du tiers garant).
5. En ce qui concerne la facturation électronique, le contrat d'adhésion stipule en toutes lettres que les médecins ont mis en œuvre, en créant PonteNova, un intermédiaire (trustcenter), qui va offrir des services dans ce domaine.
6. Dans le cas de mauvais payeurs et dans le cas de patients qui ne présentent

aucune garantie qu'ils utiliseront effectivement les sommes remboursées par l'assureur pour payer la facture médicale, on mentionne formellement la possibilité d'une cession.

7. Une commission paritaire cantonale, avec à sa tête un président neutre, va être créée, dans le but premièrement d'agir en tant qu'organe de conciliation et qui pourra, dans certains cas, prononcer des sanctions, ainsi que le prévoit le contrat cadre.
8. Le contrat d'adhésion ne contient aucune disposition concernant la remise de médicaments, cette dernière devra faire l'objet d'une réglementation séparée.
9. Après consultation des médecins agréés il a été convenu que leur activité ambulatoire (en général invasive) dans les hôpitaux n'est pas concernée par ce contrat. Il est difficilement contestable que la structure tarifaire Tarmed, dans sa formulation actuelle, n'est en aucune mesure adaptée à la structure des coûts (activité en cabinet et à l'hôpital) d'un médecin agréé.

Le comité reconnaît et soutient les exigences des médecins agréés.

### **Valeur du point initiale:**

Alors qu'au plan suisse aucun accord n'a été trouvé entre santé suisse et NewIndex au sujet de l'utilisation des propositions de NewIndex, il nous a néanmoins été possible, par l'incorporation technique des constatations de NewIndex dans le modèle de santé suisse, de parvenir à un résultat, qui est très proche des constatations auxquelles NewIndex était parvenu.

Pour le canton de Berne, une valeur du point de départ convenue à Fr 0.89 correspond à la valeur calculée par NewIndex, elle peut donc être considérée comme un aboutissement favorable des négociations.

De l'avis du soussigné, il serait faux de surestimer ces 89 centimes. Ce qui compte, c'est la valeur définitive du point, telle qu'elle sera fixée à l'issue de la phase de neutralité des coûts, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005.

Nous sommes persuadés que la valeur du point négociée se situe au bon niveau. Ce qui sera déterminant – et pour cela il s'agira d'utiliser le tarif de façon modérée – c'est que le cadre fixé dans l'accord

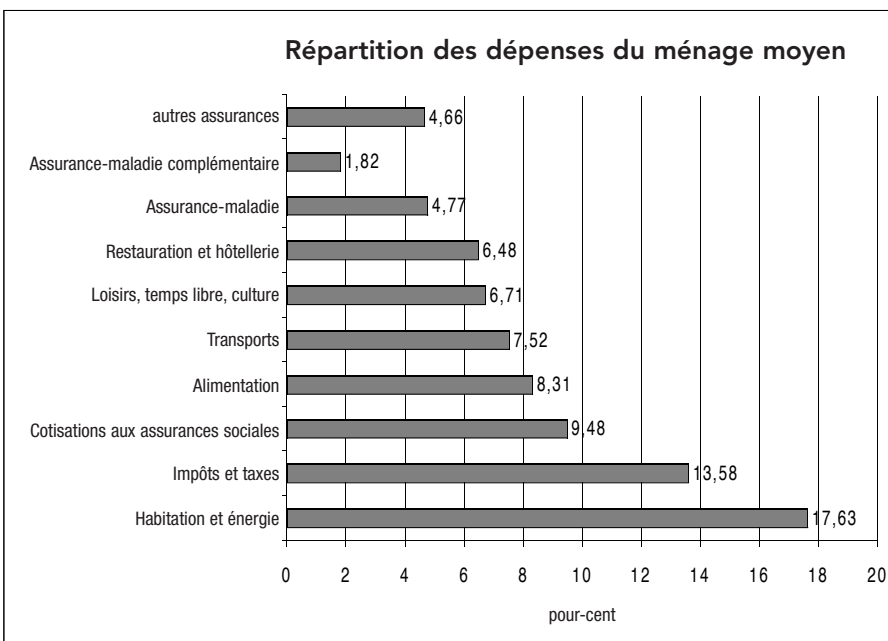
pour phase de neutralité des coûts soit respecté.

Le comité a décidé, de soumettre le contrat d'adhésion pour le canton de Berne négocié, ainsi que ses annexes:

- A: taxe d'adhésion et participation annuelle aux frais pour non-membres de l'association
- B: valeur du point
- C: valeur du point initiale et paramètres de la neutralité des coûts pour décision, à l'assemblée extraordinaire des délégués du 15 mai 2003.

La délégation aux négociation pourra ensuite encore procéder au traitement de l'annexe D (règlement pour la commission paritaire cantonale), qui existe déjà sous forme d'un avant-projet.

Urs Hofer



## Politique de la santé allégée

Une nouvelle fois, l'office fédéral de la statistique nous étonne avec ses chiffres concernant les revenus et dépenses des ménages suisses (v. graphique ci-dessus). Le ménage moyen de l'année 2000 comprend 2,44 personnes, gagne mensuellement 8696 francs et dépense chaque mois 7634 francs. L'assurance de base coûte au ménage 364 francs par mois, ce qui représente 4,77% du budget du ménage. Depuis l'enquête comparative de 1998, les revenus ont augmenté de 4,1%, les dépenses de 2,9%; la charge représentée par l'assurance de base, pour la même période, a augmenté de 5,2%.

Les ménages doivent consacrer 40% de leur budget à l'habitation, aux impôts et cotisations aux assurances sociales. Pour les transports on consacre 7,5% du budget, à peu près 6.5% sont consacrés aux loisirs ainsi qu'à la restauration et l'hôtellerie.

Compte tenu de ces chiffres, on doit se demander une nouvelle fois si les coûts de notre système de santé, dont personne ne conteste l'efficacité, sont aussi insupportables qu'on le prétend ici ou là. De plus, on n'aborde ici que l'aspect du budget d'un ménage, sans considération pour les bénéfices des mesures médicales.

Depuis quelques dizaines d'années, les politiciens suisses ont pris l'habitude de présenter le système de santé comme un monstre assoiffé de ressources. L'importance du système de santé pour les malades, ainsi que pour notre économie sont totalement négligés. Ce tir de barrage politique incessant a eu pour effet de répandre dans le public l'opinion que les prestations actuelles pourraient être obtenues, en qualité et en quantité, à un coût moindre. A ce jour, les électeurs n'ont pas été séduits dans les urnes par ce chant de sirènes venant de différents côtés. Mais on peut penser que cette attitude pourrait connaître sa fin.

Peter Jäger

INSERAT TARMED

SUJET  
Wald