



Jun 2003 / 3

doc.be

Ärztegesellschaft
des Kantons Bern
Société des médecins
du canton de Berne

www.berner-aerzte.ch

Convention d'adhésion à TarMed

Le premier contrat tarifaire cantonal TarMed, en Suisse, concernant les prestations médicales ambulatoires fournies au cabinet médical.

Après 11 bonnes années sans convention, il y aura probablement à nouveau, à dater du 1.1.2004, une convention tarifaire entre les caisses maladie et la Société des médecins bernois. Au début du mois d'avril 2003, les deux délégations aux négociations se sont mises d'accord pour une réglementation commune. Notre assemblée des délégués du 15 mai a approuvé cette convention d'adhésion à TarMed, le 4 juin 2003, le conseil d'administration de santésuisse a finalement pris la même décision. Le contrat d'adhésion peut être consulté sur les pages réservées aux membres de notre site internet.

Dans le cadre de la convention, la valeur initiale du point a été fixée pour la première fois en Suisse. Elle se monte à 89 centimes et représente une valeur de référence pour les autres cantons. Elle relativise les affirmations du Conseil fédéral et de Monsieur Prix, qui l'avaient située à 80 centimes.

Selon le contrat cadre TarMed LAMal, annexe 2, neutralité des coûts (voir sous <http://www.fmh.ch/index.cfm?l=d&m=9&a=2>), il ne faut accorder qu'une importance toute limitée à la valeur initiale du point. Si, au cours des 18 mois suivant l'introduction (phase de neutralité des coûts), on assiste à une augmentation des coûts, la valeur du point sera diminuée; si, au contraire, les coûts diminuent, la valeur du point est augmentée. La valeur du point valable à plus long terme ne sera fixée qu'après 18 mois, soit vraisemblablement en date du 1^{er} juillet 2005.

Jürg Schlup, président

Communications du secrétaire 2

Conditions régissant l'obligation de prestation concernant les médicaments, le point de vue du médecin conseil 5

Nouvelles du grand conseil 6

Réseaux de soins avec responsabilité budgétaire: le managed care entre engagement et désillusion 7

Rapport annuel 2002 du président 8

Communications du secrétaire



Th. Eichenberger,
secrétaire

Décisions de l'assemblée des délégués du 15 mai 2003

1. Convention cantonale d'adhésion au contrat cadre TarMed LAMal

Acceptée par 40 oui, 0 non et 2 abstentions

2. Annexe A: Taxe d'adhésion et participation annuelle aux frais pour les non-membres

Acceptée à l'unanimité

3. Annexe B: Valeur du point et adaptation en général

Acceptée par 42 oui, 0 non et 2 abstentions

4. Annexe C: Valeur initiale du point 89 centimes

Acceptée par 40 oui, 1 non et 2 abstentions

5. Annexe D: Règlement concernant la commission paritaire cantonale (n'existe pas encore); compétence déléguée au comité cantonal

A l'unanimité

6. Proposition au sujet d'une menace existentielle concernant la radiologie

Acceptée par 40 oui, 0 non et 2 abstentions

7. Election d'un nouveau délégué à la chambre médicale, le Dr A. Sieber

A l'unanimité

8. Election d'un nouveau délégué remplaçant à la chambre médicale, le Dr R. Zundel

A l'unanimité

Commentaire au sujet du ch. 1:

La convention cantonale d'adhésion au contrat cadre TarMed, entre la Société des médecins du canton de Berne et santé-suisse, se fonde sur la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et les ordonnances la concernant, ainsi que sur le contrat cadre Tarmed entre la FMH et santé-suisse du 5 juin 2002. La convention cadre et ses annexes doivent être soumis à l'approbation du gouvernement cantonal. Elle entrera probablement en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2004. La convention cadre et ses annexes peuvent être consultées ou obtenues sans frais sous forme de photocopie auprès du secrétariat de la Société des médecins.

Commentaire au sujet du ch. 4:

La valeur cantonale du point de 89 centimes a été calculée selon des méthodes de calcul définies et développées en collaboration avec le partenaire tarifaire.

Commentaire au sujet du ch. 6:

L'assemblée des délégués de la Société des médecins du canton de Berne a pris connaissance du fait que la valeur du point négociée pourrait constituer une menace de fermeture pour les instituts de radiologie privés établis dans le canton de Berne, dans la mesure où les travaux de reengineering II n'auraient pas abouti et ne se seraient pas conclus dans le sens d'une amélioration pour les radiologues, avant l'entrée en vigueur de TarMed dans le domaine LAMal. Le comité cantonal reçoit le mandat de rechercher des mesures d'urgence en faveur des radiologues et de mettre en route des négociations additionnelles avec santé-suisse à ce sujet.

Activité indépendante ou salariée du médecin à l'hôpital

La direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne élabore actuellement un contrat type pour les médecins chefs et médecins cadres du canton de Berne.

La Société des médecins a toujours insisté pour que, dans le cadre de la consultation privée, les frais d'infrastructure effectifs, tels que loyer, frais de personnel, téléphone, FAX, ports, soient payés et qu'il ne

doit pas y avoir de remises d'honoraires. Le tribunal administratif du canton de Berne a décidé récemment que, pour le calcul des remises supplémentaires, il y avait lieu de tenir compte également des revenus provenant de l'activité privée dans le cadre de la consultation. Cette contribution supplémentaire avait été décidée par le grand conseil, dans le but de plafonner les revenus des médecins cadres. La Société des médecins s'est toujours opposée à cette décision et avait demandé sa suppression dans sa réponse lors de la procédure de consultation concernant la loi sur les soins hospitaliers. Si l'on veut fixer le niveau de la rémunération de base, il y a lieu d'établir également des normes pour la durée maximale du temps de travail des médecins cadres. On peut dès lors se demander s'il n'est pas préférable d'accorder aux hôpitaux une marge d'autonomie lorsqu'ils établissent les contrats des médecins cadres.

La caisse de compensation AVS a décidé d'appliquer dorénavant la jurisprudence du tribunal fédéral des assurances concernant le statut AVS des médecins cadres. Nous nous permettons de publier une fois encore, dans son intégralité, l'article à ce sujet de notre secrétaire, publié une première fois le 4 juin 2003 dans le Bulletin des médecins suisses:

1. Principes

La distinction entre revenus provenant d'une activité indépendante et revenus provenant d'une activité salariée et, partant, la qualification d'un assuré pour une activité déterminée, revêt une grande importance dans l'AVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10) parce que la perception de la cotisation et les taux appliqués sont différents selon la situation.

Pour les salariés, la cotisation est perçue à la source, c'est-à-dire chez l'employeur, tandis que les indépendants doivent payer eux-mêmes la cotisation dans son entier. Aujourd'hui, la portée de cette distinction ne se limite pas à l'AVS/AI/PC. Elle exerce aussi ses effets sur la classification des assurés dans l'AC (assurance-chômage), l'AA (assurance-accidents) et la PP (prévoyance professionnelle).

Concernant le statut juridique du médecin dirigeant, il apparaît en outre que les revenus d'une activité indépendante, obtenus sur la base d'une autorisation d'exercer à titre accessoire, ne sont pas limités vers le haut alors que les salaires le sont systématiquement, même quand il s'agit de revenus complémentaires.

Les possibilités juridiques octroyées à l'administration hospitalière d'influer sur

l'activité du médecin dirigeant augmentent fortement lorsque seules des activités salariées sont encore exercées, c'est-à-dire dans le cadre d'un contrat d'engagement. Et le fait que l'employeur ne puisse guère imposer de directives concernant les soins donnés par le médecin dirigeant à son patient ne change rien à cette situation.

On notera enfin que l'autorité fiscale traite le salaire complémentaire tout autrement que l'activité indépendante exercée à titre accessoire.

2. *Activité médicale privée dans le domaine stationnaire*

Les honoraires provenant d'une activité privée dans le domaine stationnaire, qui peuvent être facturés essentiellement à des patients couverts par une assurance complémentaire selon la LCA (loi sur le contrat d'assurance) et avec lesquels le médecin d'hôpital agréé conclut un contrat spécial de traitement, ne peuvent être déclarés à l'autorité fiscale comme revenus provenant d'une activité indépendante qu'à des conditions extrêmement restrictives en ce qui concerne le caractère indépendant de cette activité. De ce fait, et à bon droit, la plupart des caisses cantonales de compensation AVS ont commencé à considérer cette activité comme relevant d'un contrat de travail de droit public.

La perception de cotisations sur le revenu provenant d'une activité privée dans le domaine stationnaire est sans importance pour la délimitation juridique opérée par l'AVS. Si des cotisations sont perçues, ce fait ne prouve pas le caractère salarié ou indépendant de l'activité, selon le Tribunal fédéral. Cette perception peut aussi être une limitation du salaire complémentaire correspondant. Aucune attention n'est accordée aux conventions contractuelles ne concordant pas avec la législation AVS et la jurisprudence. Dans le jugement prononcé par le tribunal de Lucerne, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) constate clairement et sans équivoque possible que la définition figurant dans l'ordonnance cantonale concernant les médecins-chefs, selon laquelle les honoraires provenant d'une activité privée dans le domaine stationnaire sont des revenus LPP produits par une activité indépendante et que l'affiliation à une institution de prévoyance pour ces revenus est l'affaire des médecins concernés, ne change rien à la classification prévue par l'AVS.

Dans ce contexte, il est important de mentionner d'emblée que les revenus considérés jusqu'à présent comme prove-

nant d'une activité indépendante et constituant désormais un salaire déterminant pour l'AVS, doivent être assurés selon la LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité; RS 831.40) pour la partie obligatoire ou peuvent l'être pour le domaine dépassant la partie obligatoire. Les parts de revenus constituant le salaire déterminant pour l'AVS ne peuvent, dans le domaine situé au-dessus de la partie obligatoire, être assurées selon la LPP que par l'institution de prévoyance de l'employeur, si ses statuts le prévoient.

Si cette possibilité n'existe pas, la Fondation pour la prévoyance professionnelle des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse est la seule à offrir un plan de prévoyance sous forme d'assurance spéciale pour cadres. Pour les revenus élevés provenant d'une activité salariée, les médecins peuvent économiser et assurer jusqu'à 20% desdits revenus à des conditions fiscalement avantageuses. La seule condition à remplir par les médecins en activité dans l'hôpital concerné est d'être membres de l'organisation professionnelle des médecins dirigeants d'hôpital ou de l'Association des médecins principaux d'hôpitaux de Suisse (AMPHS) dont le siège est à Berne.

Dans ce contexte, je me permets de vous renvoyer à une communication du professeur W. Schweizer, président de la Fondation pour la prévoyance professionnelle de l'AMPHS, qui sera prochainement publiée dans le Bulletin des médecins suisses.

3. *Consultation privée*

Selon la jurisprudence constante du TFA, les revenus issus de consultations privées à l'hôpital constituent en revanche, depuis toujours, des revenus provenant d'une activité indépendante. Les revenus provenant de consultations privées peuvent être assurés dans le cadre du 2^e pilier facultatif (prévoyance professionnelle selon la LPP) auprès de la fondation de prévoyance de l'AMPHS et ils sont fiscalement déductibles.

Consultation privée veut dire séparation géographique, organisationnelle et personnelle avec l'entreprise hospitalière et donc aussi mise sur pied d'égalité juridique avec un cabinet médical à l'extérieur de l'hôpital. La jurisprudence constante du TFA précise que les honoraires facturés par des médecins-chefs pour le traitement et les soins de patients ambulatoires dans un local de consultation privé, mis à disposition par l'hôpital, sont

des revenus provenant d'une activité indépendante. Elle ne s'applique néanmoins qu'à ces cas précis.

Lorsque cet état de faits n'est pas donné, en particulier quand l'hôpital prodigue lui-même des soins ambulatoires, l'aspect indépendant de l'activité des médecins-cadres n'existe plus.

Ici, il est déterminant de savoir qui, en sa qualité de fournisseur de soins, conclut le contrat de traitement avec le patient. Si les conditions-cadres correspondantes sont remplies, la consultation privée à l'hôpital est assimilable à une consultation en cabinet à l'extérieur de l'hôpital.

Le fait que l'investissement nécessaire pour un cabinet médical destiné aux consultations privées soit moins élevé et que l'activité soit soumise à certaines restrictions dues aux conditions de travail, du moins en ce qui concerne les heures de consultation, ne joue aucun rôle. Le médecin-cadre ne se consacre pas pour autant, dans le cadre de ses consultations privées, à une activité typiquement dépendante du point de vue de l'organisation du travail.

La classification AVS ne peut pas donner lieu à des généralités. Les deux exceptions au sujet desquelles le TFA s'est prononcé dans le cadre de la jurisprudence actuelle, concernent d'une part un médecin-chef en radiologie dont l'activité devait être considérée comme des traitements ambulatoires à l'hôpital. Dans ce cadre, l'hôpital s'est présenté comme le fournisseur de prestations. Le médecin-chef radiologue concerné ne disposait ni d'un local en propre ni d'un personnel privé. Et, d'autre part, un arrêt de la 2^e chambre de droit public, concernant d'abord une problématique relevant du droit des cotisations et non pas le statut AVS.

Il n'est pas possible de suivre en tous points les conclusions du Tribunal fédéral en l'espèce pour le statut non-indépendant AVS des revenus provenant de l'activité ambulatoire à l'hôpital universitaire de Genève, car le Tribunal fédéral estime, entre autres motifs principaux, que les tarifs habituels sont applicables pour les patients ambulatoires, ce qui – par analogie – n'entrerait pas dans le cadre d'une activité privée. En raison de la protection tarifaire existante selon l'art. 44 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), le tarif applicable n'est justement pas un critère d'appréciation utilisable.

Néanmoins, il ressort de l'arrêt du TFA que les hôpitaux ont la possibilité de supprimer les consultations privées pour les

transformer en activité hospitalière ambulatoire.

4. Recommandations actuelles de la Conférence des directeurs sanitaires

Etant donné les recommandations sur la rémunération future des médecins d'hôpitaux du 17 octobre/7 novembre 2002, élaborées par la commission «Application LAMal» de la Conférence des directeurs des affaires sanitaires (CDS), la distinction juridique entre l'activité générale des médecins d'hôpitaux et l'activité privée doit être abolie parce qu'elle est dépassée.

A l'avenir, les médecins-chefs devraient exercer toute leur activité uniquement dans le cadre d'un contrat d'engagement (y compris les consultations privées). Dans une lettre du 7 novembre 2002 adressée au président de l'AMPHS, le secrétaire central de la CDS prétend même que le médecin ne peut faire valoir les honoraires provenant d'une activité privée dans le domaine ambulatoire (consultations privées) comme revenus provenant d'une activité indépendante qu'à des conditions extrêmement restrictives en ce qui concerne le caractère indépendant de ladite activité. La CDS s'appuie à cet effet sur la dernière jurisprudence en date.

La CDS est en contradiction avec les faits ressortissant de l'activité menée dans le cadre de consultations privées et avec la jurisprudence constante du TFA, en vigueur depuis des années.

Des exceptions sont certes envisageables mais elles ne changent rien au principe. La recommandation de la CDS n'est, ni plus ni moins, qu'un projet politique visant à supprimer les consultations privées.

A mon avis, les médecins-cadres s'opposent à bon droit à la suppression des consultations privées. Elles doivent être maintenues parce qu'elles permettent d'éclaircir des cas difficiles à des conditions avantageuses.

Si cette activité n'est plus exercée en tant que consultation privée du médecin-cadre mais comme prestation hospitalière ambulatoire, le premier médecin n'enverra plus aucun patient à l'hôpital, car il veut que le médecin-cadre examine personnellement ses patients ou parce que le traitement n'est plus donné personnellement par le médecin-cadre contrairement à sa demande, ce qui revient finalement au même.

5. Jurisprudence du Tribunal fédéral et littérature

a) Jurisprudence concernant le domaine hospitalier
ATF 101 V 252 (Zürich, médecin-chef radiologue salarié, soins stationnaires); 122 V 281 (Lucerne, médecin salarié, soins stationnaires); 124 V 97 (Genève, médecin salarié, soins stationnaires); H 201/00 du 19 mars 2002 (Berne, médecin-chef radiologue salarié, soins stationnaires).

b) Jurisprudence concernant les consultations privées (domaine ambulatoire)
Principe: ATF 101 V 252, E. Ib avec renvoi à ATFA 1967 p. 80ss.; cf. à la fin 11201/00 du 19 mars 2002, E.3a, p. 6.
Exceptions: H 201/00 du 19 mars 2002 (Berne, médecin-chef radiologue salarié, traitements ambulatoires et dans le cadre de consultations privées) et Pra 1/1999, n° 3, p. 11ss. (Genève, médecin salarié, traitements ambulatoires et dans le cadre de consultations privées). L'arrêt cité en dernier de la 2^e Chambre de droit public du 11 août 1998 (Pra 1/1999, n° 3, p. 11ss.) se réfère ainsi aux consultations pour des traitements ambulatoires mais pas les arrêts suivants du TFA cités à la p. 8 des recommandations de la CDS: ATF 122 V 281 (Lucerne, médecin salarié, soins stationnaires) et ATF 124 V 97 (Genève, médecin salarié, soins stationnaires).

c) Importance de la taxation sur les revenus provenant d'une activité privée
Cf. Pra 1/1999, n° 3, E.3cc, p. 20: il peut aussi s'agir de la limitation d'un salaire complémentaire; l'opinion défendue dans le cadre de ma dissertation, selon laquelle cela peut être considéré au sens large comme contribution des coûts de gain effectifs de l'activité privée, ne peut plus être maintenue à la lumière de la jurisprudence du TFA mentionnée.

d) Bibliographie succincte
Käser H. Unterstellung und Beitragswesen in der obligatorischen AHV 2. Auflage. Bern: Stämpfli; 1996.
Eichenberger T. Die Rechtsstellung des Arztes am öffentlichen Spital. Dissertation. Bern/Stuttgart/Wien; 1995.
Wegleitung über den massgebenden Lohn (WML) des Bundesamts für Sozialversicherung vom 1. Januar 2002.
Schaeppi C. Spitalarzt – Arbeitnehmer oder Selbständigerwerbender? Schweiz. Ärztezeitung 1979; 60(11):505–8.
Zuppinger F. Sozialversicherungsrecht und Steuerrecht, in: Sozialversicherungsrecht im Wandel. Festschrift 75 Jahre EVG. Bern: Stämpfli; 1992. S.385–406.

Cinq questions concernant PonteNova

- Est-il encore possible de souscrire des actions? Oui, nous avons décidé d'augmenter le capital-actions au-delà de la limite du million (téléchargez Souscrire des actions sur www.pontenova.ch).
- La collecte des données 2003 exige-t-elle des investissements en logiciel? Non, nous acceptons tous les formats, même les disquettes. Vous en apprendrez plus en août.
- Devons-nous nous inscrire tout de suite? Oui, nous attendons votre réponse, chaque nouvelle cliente, chaque nouveau client renforce notre position sur le marché.
- La confiance que pourrait nous inspirer Medidata – qui appartient aux caisses – sort-elle renforcée lorsque nous apprenons qu'elle offre aux maisons fournissant des logiciels une récompense pour chaque branchement Medi-Port installé chez un médecin? – Non, puisque ce n'est pas mon fournisseur.
- PonteNova a-t-elle un potentiel de croissance au-delà du canton de Berne? – Oui, la Société des médecins du canton de Soleure a recommandé à ses membres, parmi d'autres, PonteNova.

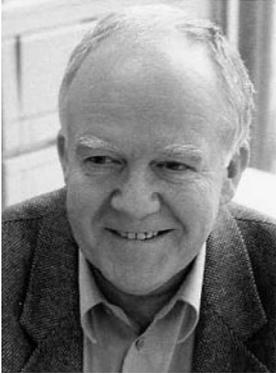
Calendrier 2003

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.
Responsable 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 juin 2003.

Conditions régissant l'obligation de prestation concernant les médicaments, point de vue du médecin-conseil



Dr P. Ryser
responsable du
service des
médecins-conseils de Visana

L'art. 57 LAMal stipule que les médecins-conseils apportent leur appui aux assureurs dans le domaine médical, ainsi que dans ceux relatifs à la rémunération et à l'application des tarifs. Cette énumération, apparemment courte, cache un éventail considérable de questions auxquelles le médecin-conseil doit se confronter en qualité de généraliste. Conseiller indépendant des assureurs, ses jugements ne sont pas liés à des directives, mais la décision définitive concernant une obligation de prestation revient toujours à l'assureur. En fonction de mes expériences au cours des dernières années et de discussions avec des confrères, j'ai constaté que, dans le domaine des traitements par des médicaments, les conditions régissant l'obligation de prestation conduisent fréquemment à des malentendus, parfois à des interprétations qui ne correspondent pas à la réalité. C'est pourquoi je saisis volontiers l'occasion qui m'est donnée de revenir sur certains points. Il s'agit de définir des notions et des conditions, permettant ainsi d'aider à limiter les difficultés pour tous ceux qui sont concernés.

Les conditions les plus importantes régissant l'obligation de prestation sont notamment:

- L'enregistrement d'un médicament par Swissmedic (précédemment OICM). Elle intervient en fonction des indications, selon le texte d'enregistrement dans le compendium des médicaments. Si cette condition n'est pas remplie, la distribution et la prescription d'un médicament n'est pas autorisée en Suisse. Des autorisations exceptionnelles, pour des médicaments non disponibles en

Suisse, peuvent être accordées par l'autorité d'enregistrement.

- C'est l'inscription d'un médicament dans la liste des spécialités (LS) par l'OFAS (suite à une proposition de la commission fédérale des médicaments) qui définit l'obligation de prestation par un assureur maladie. L'inscription peut être assortie de conditions (limitation) se rapportant tant à la quantité, qu'à l'indication médicale, le cas échéant à un groupe de diagnostics.

Le médecin-conseil doit se tenir à ces prescriptions lorsqu'il vérifie l'obligation de prestation. Dans le cas de la LS, il s'agit d'une liste fermée qui, par principe, ne tolère aucune exception. Il convient de tenir compte des cas particuliers mentionnées plus loin, orphan indications et compassionate use. L'enregistrement/autorisation par Swissmedic se fonde sur des critères d'efficacité et d'opportunité. Lors de l'inscription dans la LS, l'OFAS tient également compte des exigences de l'économicité.

Définition et commentaires concernant des notions importantes:

Orphan indications: («indications orphelines») dans le cas du traitement de maladies rares. Elles sont définies par des critères de prévalence (moins de 7.5 cas par 10'000, UE 5/10'000 habitants), efficacité documentée, petites séries de cas, efficacité convaincante, études pertinentes impossibles en raison de la rareté de la maladie, pratiquement seul traitement raisonnablement envisageable.

Exemple: cystinose, avec une prévalence de 2.5 par 100'000, le Cystagon empêche la formation de cristaux intracellulaires.

Compassionate use: («indication humanitaire») d'un médicament non enregistré dans le cas d'une maladie grave, indication absolue ou vitale ou risque important d'une maladie pouvant menacer la vie ou invalidante sans autre traitement raisonnablement envisageable. Problème relativement fréquent dans le cas de médicaments anti-cancéreux. La question de la qualité de la preuve du succès obtenu se pose fréquemment dans de tels cas.

Off-Label use: utilisation de médicaments enregistrés en-dehors de leur domaine d'autorisation (tel qu'il a été inscrit dans la LS), il s'agit fréquemment de médicaments anti-cancéreux.

Dispositifs médicaux: à l'opposé des médicaments, ils n'ont pas un effet pharmacologique mais physique. La procédure d'autorisation par l'OFAS est différente, ce sont les directives de l'UE concernant les critères de qualité lors de la fabrication qui sont déterminants. Pas d'inscription dans la LS. Exemple: la viscosupplémentation, remplacement mécanique de liquide synovial, les dispositifs médicaux constituant souvent un élément indispensable du traitement (exemple: implants), ils sont une prestation obligatoire.

Dans le cas d'une «orphan indication» ou celui de cas évidents de «compassionate use», le médecin-conseil peut prononcer une recommandation positive de prise en charge par l'assurance de base. Pour qu'il puisse motiver sa recommandation il doit disposer de renseignements détaillés et factuels.

Nombre d'utilisations Off-Label ne remplissent pas les conditions de l'obligation de prestation, même en tenant compte des exceptions mentionnées, si bien qu'après consultation des limitations selon la LS, on doit prononcer un refus de prise en charge par l'assurance de base. Dans certains cas, les caisses maladie prennent en charge des prestations dans le cadre de l'assurance complémentaire, en précisant toutefois que ce sont les conditions générales d'assurance qui sont déterminantes.

Rating des médecins par Helsana

Dans plusieurs cantons – dont celui de Berne – Helsana conduit auprès des patients d'un certain nombre de médecins de premier recours (le sondage doit concerner env. 400 médecins pour l'ensemble de la Suisse), une enquête par questionnaire au sujet des prestations de leur médecin. La procédure a été discutée avec le préposé à la protection des données et ne peut donc pas être contestée de ce point de vue.

Le questionnaire s'occupe surtout des impressions subjectives des patients dans le cadre du cabinet. Les résultats pourraient être importants pour les médecins concernés, mais également pour les réseaux de soins organisés sur une base d'économie d'entreprise. Ne serait-ce que pour cette seule raison, une caisse a un intérêt à vérifier quels sont les médecins qui satisfont aux exigences des patients. Il s'agit vraisemblablement de mettre en évidence quels sont les médecins praticiens qui, d'une part, sont peu chers et, d'autre part, jouissent d'une grande faveur auprès des patients.

Peter Jäger

Nouvelles du grand conseil



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

Dans le canton de Berne, la politique est influencée aujourd'hui, et le sera encore longtemps, par la maigreur des finances. C'est la conséquence des années fastes (vraiment fastes?) sous le gouvernement des «bienveillants dirigeants» des années 70 et 80 (on peut se les rappeler en lisant les «Mémoires» de Monsieur Martignoni, ancien membre du conseil exécutif de l'Etat de Berne. Elles nous remettent en mémoire des souvenirs, qui ne sont pas toujours bons!).

Ces difficultés financières se font sentir tout spécialement dans la politique de la santé et des hôpitaux, où s'additionnent des problèmes à fort potentiel de dépenses ainsi que des visons d'avenir, et où les solutions sont difficiles à trouver et encore plus difficiles à appliquer en raison d'intérêts privés divergents. Il n'y a pratiquement pas de session au cours de laquelle de telles questions ne sont pas abordées par l'intermédiaire de motions ou de projets de loi à discuter ou éventuellement accepter. Il n'est pas rare que cela entraîne de nouveaux problèmes ou situations instables qui conduiront eux-aussi à de nouveaux projets, nouvelles interpellations, motions ou questions. Même Sisyphe demanderait grâce, s'il n'était pas entièrement occupé à déplacer son rocher.

C'est ainsi que l'interpellation de notre ancien vice-président, Franz Haldimann, maire de Berthoud («Insuffisances au niveau du conseil d'administration de l'hôpital de l'Ille») ne fit pratiquement l'objet d'aucun débat contradictoire, étant donné que la réponse du conseil exécutif, pour une fois, était beaucoup plus précise que précédemment et se prononçait clairement en faveur d'une réduction et d'une professionnalisation du conseil d'administration, probablement sans participation de membres du conseil exécutif.

Comment sont utilisés les fonds destinés à la formation des médecins à l'hôpital de l'Ille, une partie de ceux-ci ne pourraient-ils servir à financer la formation à la médecine de premier recours («modèle Wick»), qui, si ce n'est pas le cas, ne pourra plus être poursuivie? On attend encore une réponse du gouvernement (motion Amstutz, motion Heuberger), nous sommes curieux de savoir ce que l'avenir nous réservera.

Une motion au sujet de la planification hospitalière (Mme Fritschy) a été acceptée. Selon celle-ci, des travaux de planifications concernant les futurs soins hospitaliers doivent être entrepris dès maintenant, travaux qui ne devraient être entrepris qu'après l'entrée en vigueur de la loi sur les soins hospitaliers (LSH, quand?), notamment une sorte de planification permanente des nouveaux besoins et des offres à disposition: planification de la demande en fonction des différents domaines, chaînes de traitement, gestion de la qualité, planification de l'offre tenant compte des institutions non subventionnées par l'Etat, structures de l'ensemble des soins du domaine de la santé, etc. Le conseil exécutif a l'intention de mettre en œuvre ici les rapports réguliers prévus par la LSH. On aurait pu en réalité mettre de côté sans autre cette motion, puisqu'elle correspond aux intentions du gouvernement et au projet LSH.

Nous n'avons pas discuté des conséquences que la proposition contenue dans la même motion entraînerait, je les ai évoquées dans mon intervention. Nouvelle construction hospitalière (où) d'un centre hospitalier en lieu et place de nombreuses rénovations (avec quels moyens?) des hôpitaux avoisinants (lesquels?), qui devraient éventuellement prendre en charge de nouvelles tâches dans le cadre de la «chaîne de soins» (sans rénovations?). Un nouveau et grand hôpital peut-il vraiment contribuer à l'amélioration de la qualité? Des avantages au niveau de la qualité des soins? Des avantages de proximité pour les patients? Des réductions de dépenses? Je pense que ce n'est pas le cas, qu'il ne s'agit pas aujourd'hui de construire de nouveaux hôpitaux, un tel projet n'aurait pas sa place actuellement.

D'autres motions concernant les dépenses de santé, les coûts hospitaliers, la sécurité dans la fourniture des soins, la qualité de la santé et d'autres sont prévues au cours des sessions à venir, nous

n'allons pas manquer de substance. Comment les hôpitaux peuvent-ils économiser 42 millions, alors qu'ils ont déjà beaucoup réduit leurs dépenses, qu'ils doivent, à cause des versements forfaitaires, prendre à leur compte plus de dépenses, qu'ils doivent faire face aux revendications du personnel et encore affronter les coûts générés par les progrès de la médecine? Motion Schürch: planification hospitalière par le canton, immédiatement! Motion Schär: pas de mesures d'économie (ESPP) dans les établissements hospitaliers, immédiatement! Motion PS: augmentation des postes dans le domaine des soins pour cause d'APERS, immédiatement! Qu'il soit possible de faire de la question de la mammographie préventive un problème de politique jurassienne, voilà un exemple typique de politique cantonale bernoise.

L'interdiction de la publicité pour le tabac et les alcopops, ayant les jeunes pour public cible, a soulevé un peu d'écume. A long terme elle peut effectivement avoir un effet d'amélioration de la santé, ainsi que des répercussions au niveau des dépenses de santé. Même si je ne suis pas particulièrement favorable aux interdictions, préférant la responsabilité individuelle, c'est néanmoins un signe positif qui va dans la bonne direction. Les réactions violentes des milieux concernés ne font que le confirmer.

Dans un canton où toutes les idées à long terme capotent par manque de financement ou parce qu'elles ne peuvent s'imposer au plan politique, les discussions autour de l'initiative visant à réduire les impôts me hérissent. Il faudrait souhaiter que nous inspirions pour une fois de l'exemple de l'Amérique et que nous tenions compte des mauvaises expériences avant de faire les mêmes. «Les fautes des autres nous apprennent beaucoup et à peu de frais!»

T. Heuberger

RoKo

Les membres qui sont astreints sans exception au paiement de la cotisation augmentée de Fr 120.-, peuvent obtenir une bonification de Fr 200.- s'ils participent à l'enquête sur les frais généraux (RoKo) et nous fournissent des données évaluable.

Réseaux de cabinets avec responsabilité budgétaire: le managed care entre engagement et désillusion

Des slogans tels que «réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire» déstabilisent actuellement nombre de confrères et confrères. Les années d'expérience accumulées par les partenaires de la coopérative médicale MediX démontrent cependant qu'ils peuvent constituer une chance de remettre en valeur, au bénéfice de tous, les compétences et savoirs, qui paraissent perdus, du bon vieux médecin de famille.

Les commissions de santé des conseils des états et national l'ont bien mis en évidence, «les réseaux de soins avec responsabilité budgétaire» représentent le mot magique, même si l'on peut douter que toutes les politiciennes et tous les politiciens ont une vue claire de ce dont il s'agit et de la façon de les mettre en œuvre. Cet engouement en faveur des réseaux est un signe de courage. Pour beaucoup d'entre vous, chères consoeurs, chers confrères, les seuls souvenirs sont ceux des mauvaises expériences et des décep-

tions vécues en relation avec des réseaux dirigés par des caisses, et à ce simple rappel vous ne pouvez que réagir par un hochement de tête exprimant votre frustration devant ce qui n'était souvent qu'une accumulation de formulaires n'aboutissant même pas à des réductions de coûts. En dépit du fait que celles-ci pouvaient être démontrées, les caisses, au cours des dernières années, n'ont manifesté aucun engagement en faveur du managed care, de telle sorte que ces modèles ne représentent qu'une modeste part de 8% du marché.

Les affirmations et les intentions de l'office fédéral des assurances sociales du 12 février 2003, du conseil de santé du 27 février 2003 et du conseil des états du 13 mars 2003 exigent:

- la responsabilité économique partagée et la mise en réseau des fournisseurs de prestations
- la suppression par étapes de l'obligation de contracter

- l'introduction de modèles de managed care sur l'ensemble du territoire
- l'obligation de l'offre de modèles de managed care par les assureurs
- l'augmentation de la participation aux coûts en-dehors de ces modèles particuliers («participation différenciée»)
- l'encouragement du pilotage des procédures de traitement.

Se fondant sur cette situation de départ, il s'agit de trouver ses marques. C'est pour nous, fournisseurs de prestations, une opportunité unique d'empoigner notre destin. Un projet d'une telle envergure n'a de chance de succès que si nous autres médecins nous y engageons pas à pas et de la base vers le sommet. Dans le cas d'une introduction dictée par des ordonnances administratives du sommet vers la base, ou provenant des caisses, il y a peu de chances qu'il soit tenu compte des exigences des fournisseurs de prestations.

Permettez-moi de vous présenter, à l'exemple de MediX, comment un réseau médical avec responsabilité budgétaire peut fonctionner avec succès depuis 1999.

Dr Adrian Wirthner

Dans le prochain numéro de doc.be vous pourrez lire la version intégrale de cet article.

Rapport annuel 2002 du président



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

1. Introduction

L'année 2002 a apporté à notre pays et à ses proches voisins des changements significatifs. Le 1^{er} janvier, une monnaie unique a été introduite en Europe. Le 3 mars, 55% des électrices et électeurs suisses ont accepté l'entrée à l'ONU et le 15 mai on a inauguré l'Expo 02. Vous souvenez-vous du nuage d'Yverdon, de l'odeur vanillée de Neuchâtel, des monolithes de Morat et du bouquet final à Bienne?

Le 17 juillet notre membre d'honneur et celui qui m'a précédé à mon poste, Reinhold Streit, est décédé. Au cours des derniers mois de sa vie, il est passé – ainsi qu'il l'a décrit de manière très poignante – du rôle de médecin à celui de patient. Le but suprême de son activité médicale et de politique professionnelle a toujours été constitué par le bien et la dignité des patients. Nous allons nous efforcer de suivre la voie qu'il avait tracée.

2. Etat de la politique de la santé en 2002

2.1 La Suisse

Dans le domaine de la santé, la constante c'est le changement. Avec ses 4% annuels, il poursuit sa croissance, à l'opposé de la plupart des autres domaines de l'économie, qui, eux, doivent de contenir d'une croissance d'à peine 1%. La croissance économique réduite que connaît notre pays a pour conséquence un problème de financement de notre système de santé. «Le domaine de la santé nous menace, parce que nous n'avons plus les moyens de le payer» écrivait un des rédacteurs du quotidien «Der Bund» en octobre 2002, dans un article paraissant sous le titre parlant de «L'angoisse

face au système de santé». Notre système de santé – ainsi que nous les médecins – sommes de plus en plus mis sous pression. La responsabilité de la forte augmentation persistante des primes des caisses maladie, autour de 9%, n'est plus attribuée aux seuls médecins. L'augmentation des dépenses pour les médicaments, les soins hospitaliers ambulatoires, ainsi que les pertes des caisses maladie à la suite de mauvais placements boursiers et à cause de débiteurs défaillants occupent pour l'essentiel la discussion. La pression qui s'exerce sur notre système de santé – sur nous les médecins et sur d'autres fournisseurs de prestations – provoque des signes d'exaspération. Chez certains, elle se traduit par un moindre engagement, chez d'autres, l'activité professionnelle est source de moins de satisfaction que précédemment. A ce jour, les problèmes financiers de notre système de santé n'ont pratiquement pas eu de conséquence sur la qualité, il n'est toutefois pas certain qu'il en aille toujours ainsi.

2.2 Le canton de Berne

Dans le canton de Berne également, le domaine système de santé connaît une expansion annuelle (personnel, dépenses) d'environ 4%. L'économie bernoise, elle, en 2001, a connu une croissance annuelle de 0.3%, encore plus faible que celle de l'économie suisse. Cette croissance inégale du domaine de la santé et du reste de l'économie a pour conséquence, dans le canton de Berne, des problèmes de financement particulièrement graves. Le gouvernement et le parlement sont conscients de ce fait et s'y attaquent. L'examen stratégique des prestations publiques ESPP, soumise par le gouvernement au parlement en automne, est une preuve de cette prise de conscience, puisque ce paquet de mesures d'économie contient un grand nombre de mesures s'adressant au domaine de la santé. Ces efforts d'économie concernent également le domaine de la formation médicale.

3. Politique de la santé et politique professionnelle en 2002

3.1 Activités de la Société des médecins du canton de Berne au niveau national

Suppression de l'obligation de contracter
Au cours de l'année du rapport, le comité de la Société bernoise des médecins a

continué de s'opposer à la suppression de l'obligation de contracter. En raison notamment du fait qu'il reste convaincu que le comité central de la FMH n'a pas une attitude assez ferme à l'égard de la suppression du libre choix du médecin, telle que la voudraient une grande partie des membres des chambres fédérales. En janvier, le comité s'est adressé par courrier à tous les membres de la commission de sécurité sociale et de la santé du conseil national. Il s'agissait de démontrer les inconvénients résultant de la suppression totale de l'obligation de contracter, telle qu'elle avait été décidée par le conseil des états. La lettre s'appuyait sur les résultats de la réunion en conclave du comité de 2001. En mars, dans un article publié par le quotidien «Der Bund», au sujet de l'obligation de contracter, la FMH était citée de la façon suivante: «L'organisation médicale FMH ne s'oppose pas, fondamentalement, à une atténuation de l'obligation de contracter.»

Le comité a par conséquent décidé, début avril, d'intervenir dans le cadre de la chambre médicale. Le 25 avril, la délégation bernoise à la chambre médicale a donné le mandat au comité central de la FMH de lancer un référendum dans l'éventualité d'une décision du parlement visant à supprimer l'obligation de contracter et le libre choix du médecin. Le président de la FMH, ainsi que deux présidents cantonaux, s'opposèrent à cette proposition et recommandèrent son rejet. Notre proposition a été finalement acceptée massivement par 160 voix contre 3 et quelques abstentions. Au cours de l'été et au début de l'automne, le comité bernois s'est servi de cette menace concrète de référendum dans ses efforts de lobbying auprès des conseillers nationaux en faveur du refus de la décision du conseil des états.

Le 5 septembre, le président bernois a proposé à la conférence des présidents de la FMH de donner mandat au comité central de la FMH d'agir afin que la commission du conseil national ajoute à la révision de l'art. 35, resp. 36 LAMal le complément suivant: «Les médecins sont autorisés si, premièrement, ils sont porteurs d'un diplôme fédéral, deuxièmement, sont au bénéfice d'une formation postgraduée reconnue par le conseil fédéral et, troisièmement, peuvent attester d'une pratique professionnelle de cinq ans, dont au moins trois ans dans une institution de formation clinique postgraduée reconnue et une année dans le cadre des soins ambulatoires aux patients.» (texte abrégé de la motion pour le présent rapport). Le secrétaire et le prési-

dent bernois motivèrent cette proposition en indiquant que les parlementaires fédéraux n'étaient pas au courant d'une attitude déterminée du corps médical, légitimée par la conférence des présidents ou la chambre médicale, au sujet de la possibilité du remplacement de la suppression totale de l'obligation de contracter par une solution d'atténuation de celle-ci, qui serait d'application plus aisée. Il semble que les parlementaires souhaitent savoir comment une atténuation de l'obligation de contracter devrait être conçue pour bénéficier d'un accueil favorable de la part du corps médical. Les parlementaires manifesteraient de l'intérêt pour des contre-propositions, afin d'éviter, dans la mesure du possible, un référendum coûteux. Notre proposition a été acceptée par la conférence des présidents de la FMH et présentée à la commission du conseil national, le jour suivant déjà, par le conseiller national Guisan, vice-président de la FMH.

Je n'exclus pas que les deux propositions bernoises aient pu jouer un rôle dans le fait que la commission consultative du conseil national, sous la présidence du conseiller national Toni Bortoluzzi, se soit finalement prononcée contre la suppression de l'obligation de contracter; dans les motifs de la décision figuraient expressément la menace du référendum et les critères de qualité invoqués. Peu de temps avant le début de la session, fin novembre, le comité bernois a adressé une nouvelle lettre à tous les conseillers nationaux. Dans celle-ci, il se prononçait en faveur du maintien de l'obligation de contracter et proposait par la même occasion sept critères de qualité pour l'obtention d'un contrat. Le conseil national a finalement repoussé la suppression du libre choix du médecin, mais la question n'a pas été décidée définitivement et se trouvait, à la fin de l'année concernée par le rapport, devant le conseil des états. Le comité continuera à se montrer très actif dans ce domaine.

Clause du besoin

Le 3 juillet, le conseil fédéral a ordonné une limitation de l'autorisation accordée aux fournisseurs de prestations de pratiquer à la charge de l'assurance maladie obligatoire. L'ordonnance du conseil fédéral se fondait sur l'art. 55a LAMal, qui prévoit explicitement la limitation de l'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance maladie. Cette mesure est valable jusqu'au début juillet 2005. Dès fin juin, la Société des médecins du canton de Berne a, par un communiqué de presse, pris position contre la clause du besoin qui

s'annonçait. La veille de la décision du conseil fédéral, l'association suisse des médecins assistants et chefs de clinique organisait une manifestation sur la place Fédérale. Pour leur apporter leur soutien, la Société bernoise des médecins et celle des médecins hospitaliers dirigeants avaient désigné un orateur. L'ASMAC a bien accueilli notre appui.

Financement de la formation médicale postgraduée

La formation médicale postgraduée est apparemment financée depuis des décennies par les cantons universitaires. Dans le cadre des efforts d'économie, à Zurich et à Berne, on a découvert ce potentiel d'économies. Comme c'est déjà le cas à Zurich, le gouvernement bernois envisage, à dater de l'année concernée par le rapport, – sur proposition de la direction de l'Université – de ne plus financer à l'avenir la formation médicale postgraduée. En fin d'année du rapport, il n'y a pas encore de décision définitive à ce sujet. On en reste pour l'instant à une déclaration d'intention. Le potentiel d'économies pour l'Université, respectivement pour le canton de Berne, se monterait apparemment à 20 millions de francs. Si ce potentiel d'économies devait être complètement épuisé, on pourrait décider une réduction de salaire des assistants pouvant atteindre 15%. Ce serait, à mon avis, une mauvaise décision au mauvais moment. Il s'agirait une fois encore d'un signal négatif à l'intention de la relève médicale. Lors de la conférence des présidents de la FMH, le 5 septembre, cette affaire, à la suite d'une proposition que j'ai présentée, a été ajoutée à l'ordre du jour et discutée. Pour la plus grande partie des présidents présents, et même des membres de la délégation de l'ASMAC, ce sujet était nouveau, respectivement inconnu. Le comité central de la FMH a reçu mandat, en collaboration avec l'ASMAC, de prendre contact avec les cantons universitaires.

3.2. Activités de la Société bernoise des médecins au niveau cantonal

Un certain nombre d'activités ne sont pas mentionnées, en partie parce qu'elles n'ont pas abouti, en partie parce qu'elles doivent bénéficier d'un degré de confidentialité.

Secrétariat

Au printemps, nous avons acquis et mis en œuvre pour le secrétariat un nouveau programme de gestion des membres. Grâce au travail prudent de la responsable de notre secrétariat, Mme Wolf, ce

logiciel a pu être introduit en collaboration avec d'autres sociétés cantonales. C'est ainsi que cette nouvelle programmation a coûté moins cher que prévu.

TarMed

D'avril à octobre de l'année concernée par le rapport, l'équipe d'instruction de la Société des médecins, sous la direction de Thomas Heuberger et François Bossard, a organisé en tout 6 cours d'une demi-journée. Environ 600 membres de notre Société se sont plongés dans l'étude de TarMed et sont parvenus – selon le questionnaire d'évaluation qu'ils ont rempli – à améliorer leur connaissance de la nouvelle construction tarifaire. Pour la première fois dans le cadre de la FMH, un CD d'instruction a été utilisé. Ce CD a été produit par la Société bernoise des médecins sous la direction de notre expert François Bossard, en collaboration étroite avec la Caisse des médecins. En vue de la mise en route d'un tel CD, c'est déjà en août 2001 que des premières discussions entre la Caisse des médecins et le comité de notre Société avaient eu lieu.

Pour des raisons de planification, le comité a dû fixer, en janvier de l'année du rapport déjà, les dates des manifestations d'instruction, alors qu'il ne savait rien de la date de la mise en œuvre de TarMed. Cette décision du conseil fédéral n'est intervenue qu'en septembre de l'année du rapport; à cette date la plupart des manifestations d'instruction avaient déjà eu lieu dans le canton de Berne. Rétrospectivement, en tenant compte de la date d'entrée en vigueur de TarMed dans le domaine LAA fixée au 1.5.2003, on peut constater que la planification des événements – au contraire de ce qui a été le cas dans d'autres cantons – a permis d'agir à temps et que l'équipe d'instruction (F. Bossard, informatique; B. Gafner, logistique; Th. Heuberger, politique professionnelle; D. Zundel-Maurhofer, assistance; M. Schlutheiss, assistance) a fourni un excellent travail.

En mars de l'année concernée par le rapport, le comité a désigné une délégation cantonale, compétente et issue d'horizons variés, chargée des négociations TarMed: Me U. Hofer (président de la délégation), Dr B. Gafner (membre), Dr P. Luder (membre) et A. Prantl (expert). Les négociations avec santésuisse, région centre, ont débuté en septembre. Jusqu'à la fin de l'année, à côté de diverses séances préparatoires, 3 réunions plénières ont eu lieu. Les discussions se sont déroulées dans une atmosphère détendue, respectueuse et ouverte.

Trust Center PonteNova

Le projet de «Trust Center de la Société des médecins du canton de Berne», lancé, puis financé par le comité au cours de l'automne 2001, a été mis en route par un groupe de travail sous la direction de H.W. Leibundgut, membre de notre comité. En mars de l'année du rapport, ce projet de Trust Center PonteNova a été présenté lors de l'assemblée des délégués, qui lui a manifesté une totale adhésion (unanimité moins une abstention). Le 4.4.2002 déjà, PonteNova SA, au capital-actions de Fr 250'000.– en main de 77 actionnaires a été fondée, respectant ainsi les délais. La Société des médecins du canton de Berne a souscrit des actions pour une valeur nominale de Fr 50'000.– et a recommandé l'élection de notre membre du comité H.W. Leibundgut à la présidence du conseil d'administration. La Société des médecins bernois, en créant PonteNova, a mis en route le premier centre fiduciaire en main médicale de tout le pays. Le comité a pris langue, au cours de l'année du rapport, avec les assureurs au sujet de la rémunération de la livraison électronique des données.

Les 200 ans de la Société des médecins du canton de Berne

En 2009, il y aura 200 ans que la Société des médecins du canton de Berne a été créée. En vue de cet important anniversaire, le bureau du comité a décidé un certain nombre de mesures et lancé un avant-projet. Un groupe de travail est créé, qui doit travailler à la rédaction d'un volume anniversaire (Festschrift). Au cours de l'année du rapport, il y a déjà eu 3 séances du groupe de travail, auxquelles participèrent également les historiens, Mme le Prof. M. Herren et M.le Prof. U. Boschung. Le projet Festschrift doit être mis en route dans le courant de l'année 2003.

Adhésion à L'USAM Berne

Une éventuelle adhésion de la Société bernoise des médecins à l'Union suisse des arts et métiers du canton de Berne – appelée maintenant Petites et Moyennes Entreprises PME Berne – avait fait l'objet de discussions approfondies en 1996 et rejetée nettement en votation générale par 865 voix contre 410. A la demande du cercle de Haute-Argovie, le sujet a été mis à l'ordre du jour et discuté lors de la conférence élargie des présidents de printemps. En développant de façon détaillée son argumentation, Christoph Hug, président du cercle de Haute-Argovie, s'est prononcé en faveur de l'adhésion. Il s'en est suivi un débat très fourni, à la suite

duquel l'assemblée s'est prononcée majoritairement contre la décision de présenter une nouvelle fois à l'assemblée des délégués la proposition d'une adhésion de la Société des médecins du canton de Berne à PME Berne. A la fin de l'année du rapport, le cercle de Haute-Argovie a décidé d'adhérer à PME Berne.

Rating des médecins par Helsana

Au printemps, Helsana a organisé dans le canton de Berne une enquête pilote auprès des médecins, dans le but de fournir un éclairage sur leurs comportements économiques. Une délégation de trois membres de la Société des médecins avait été préalablement orientée par Helsana au sujet de cette enquête envisagée auprès des médecins de premiers recours, qui concernerait également les patients. Les documents qui allaient servir à l'enquête n'ont pas été présentés à cette occasion. Il est pour le moins curieux qu'Helsana ait qualifié cette simple orientation du terme d'accord. Le contenu du courrier adressé par Helsana aux médecins de premiers recours avait l'allure d'une action répressive, le style de communication choisi était plutôt misérable. Cela n'empêcha pas, ou eut même pour conséquence que, sur les 734 questionnaires envoyés, 303 furent retournés dûment remplis, ce qui représente un retour de 41%. Par la suite, en fonction des expériences faites dans le canton de Berne, le questionnaire a été revu, resp. adapté et utilisé dans 10 cantons. Le retour moyen dans l'ensemble de ces cantons s'élève à 54 %, frôlant même, dans le canton de Zurich, la marque des 70%. En ce qui concerne l'enquête dans le canton de Berne, il convient de noter qu'une politique menaçante ne crée pas une base favorable à la collaboration.

Examen des structures à l'hôpital de l'Ille

Au printemps 2002, la firme PriceWaterhouseCooper, à laquelle le conseil exécutif avait confié un expertise concernant les structures, présentait ses recommandations, qui motivèrent le comité de la Société des médecins du canton de Berne à intervenir auprès du gouvernement bernois. Nous disions que, de notre point de vue, la recommandation de la firme chargée de l'examen, consistant en une «déconcentration» de l'hôpital de l'Ille et de la faculté, était inquiétante. Une plus grande indépendance réciproque est en contradiction avec ce qui se passe dans des hôpitaux universitaires de même importance, en Suisse et en Europe. L'évolution constatée dans ces hôpitaux au cours des dernières années va plutôt

dans le sens d'une plus grande collaboration, sous la forme de structures de direction simplifiées. Une déconcentration de l'hôpital et de la faculté n'améliorerait pas la capacité d'affronter la concurrence de notre faculté, mais plutôt – au contraire – l'influencerait dans un sens défavorable. De plus, en 1999, les experts inspecteurs avaient jugé l'incorporation de la faculté à l'hôpital universitaire, de nos jours encore plus faible qu'alors, insuffisante pour l'accréditation. Si l'on veut, par des mesures structurelles, rendre l'hôpital universitaire de Berne encore plus apte à affronter la concurrence, il faudrait, de notre point de vue, amalgamer la structure de direction de la faculté de médecine à celle de l'hôpital de l'Ille. Il en résulterait des parcours de décision raccourcis, une diminution du nombre des doublons et une structure de direction plus courte, de même que des économies de moyens. De plus, les médecins responsables n'auraient plus à tenir compte de deux instances supérieures différentes (doyen et directeur de l'hôpital) mais d'une seule et unique direction. Finalement, il faudrait rassembler les tâches de responsable d'une chaire universitaire et celles de médecin chef responsable à l'hôpital de l'Ille, ce qui entraînerait une plus grande efficacité et préviendrait des conflits. Le modèle non prioritaire présenté dans le rapport de structure de PriceWaterhouseCooper sous le terme d'«entrecroisement» (collaboration améliorée) permettrait de réaliser la motion de la commission de gestion ainsi que du PRD, acceptée par le parlement cantonal au début de 2002.

Mise en œuvre de la clause du besoin

La statistique utilisée par l'office fédéral des assurances sociales, qui figurait en annexe de l'ordonnance du conseil fédéral, se fondait sur le registre des données de santésuisse et contenait – du moins en ce qui concerne le canton de Berne – nombre d'erreurs. C'est la raison pour laquelle notre médecin cantonal a demandé au conseil fédéral, resp. à l'OFAS, de corriger, dans l'annexe de l'ordonnance, le nombre des fournisseurs de prestations autorisés. A cet effet, l'office du médecin cantonal – en collaboration avec la Société des médecins du canton de Berne – a organisé une enquête afin de mettre en évidence, à l'instant de l'enquête, le nombre réel des fournisseurs de prestations autorisés. Le chiffre ainsi mis en évidence de fournisseurs de prestations – plus grand que celui figurant dans les chiffres de l'OFAS – a été repris dans les annexes 1 et 2 de l'ordonnance. Cette dernière est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003.

Examen stratégique des prestations publiques ESPP

Après que le gouvernement bernois avait été contraint, par motion du grand conseil, de réduire sa dette, celui-ci s'est senti tenu de réduire les tâches cantonales à un niveau finançable à long terme. Dans ce but, au cours de l'année du rapport, il a entrepris un examen stratégique des prestations publiques, dans le cadre duquel le domaine de la santé était également concerné, sous forme du projet «policliniques+». Fondamentalement, le comité a soutenu l'intention du gouvernement de parvenir, dans le domaine de l'hospitalisation, à réaliser de nouvelles économies. Ces mesures ne concernent pas les hôpitaux des régions périphériques. Le gouvernement doit être bien conscient que les mesures d'économie entraîneront des inconvénients pour les patientes et les patients, dans les cas de traitements non urgents. Par l'intermédiaire de communiqués de presse et sous forme d'audition dans le cadre de trois groupes parlementaires du grand conseil, nous nous sommes prononcés contre la transformation, proposée par le conseil exécutif, des hôpitaux régionaux en policliniques. Un transfert des dépenses du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire n'a de sens ni au plan de la santé publique ni au plan économique. Au cours de la session de novembre, le parlement cantonal a repoussé le projet «policliniques+», chargeant toutefois le gouvernement d'économiser 21 millions dans le domaine hospitalier.

Compensation partielle du renchérissement

Comme déjà mentionné dans le précédent rapport annuel, le comité de la Société des médecins bernois a présenté, en octobre 2001, une requête auprès de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale SAP concernant l'augmentation de la valeur du point de Fr 1.50 à Fr 1.55. La SAP a accepté notre demande et a transmis les documents avec un préavis favorable au préposé à la surveillance des prix. Ce dernier a exigé que nous lui fournissions des données chiffrées, que nous avons été en mesure de lui communiquer grâce à notre enquête sur les frais généraux RoKo. Après plusieurs mois de réflexion, le préposé a émis des réserves. Cela n'empêcha pas le conseil exécutif du canton de Berne d'accorder, le 4 septembre 2002, l'augmentation demandée de la valeur du point et de nous le communiquer par courrier du 23 septembre 2002. A la suite d'une indisposition, le comité, ainsi que les membres, purent prendre connaissance de cette

information par le presse, le 6 septembre déjà. Cela eut pour conséquence un grand sentiment d'insécurité auprès de nos membres. Grâce à un travail supplémentaire de notre secrétariat, nous avons pu informer les membres en détail, 24 heures plus tard, que la valeur du point à utiliser restait Fr 1.50.–. Le 23.9.2002, la décision du conseil exécutif était officielle. Santésuisse a mis à profit le délai de recours de 30 jours pour recourir auprès du conseil fédéral. C'est ainsi que la décision positive du conseil exécutif n'a pour l'instant pas valeur exécutoire.

Etude permanente des frais généraux RoKo

Le nombre des médecins participant à l'étude permanente des frais généraux RoKo a connu une baisse régulière au cours des huit dernières années. Le pourcentage de participation atteignait 10% en 2001. On peut, en se référant à l'exemple de notre requête d'augmentation de la valeur du point, constater l'importance de disposer de nos propres données chiffrées pour argumenter lors des négociations. En vue de l'introduction de TarMed (neutralité des coûts), il sera également important de disposer de nos propres données. Celles provenant de notre trust center nous renseigneront sur le revenu. D'un autre côté, les données Roko concernent les dépenses. Pour appuyer des exigences par des chiffres, nous avons autant besoin de données concernant les revenus que les dépenses. Les données concernant les factures venant du trust center ne pourront pas remplacer les chiffres provenant de Roko, elles les compléteront.

Lors de l'assemblée générale d'automne, on a parlé du nombre déclinant de participants à Roko. L'assemblée des délégués a donné mandat au comité cantonal d'élaborer un système incitatif permettant d'augmenter le nombre des participants.

BETAKLI

Près de 400 médecins bernois ont participé aux Journées bernoises de la clinique – BETAKLI –. La manifestation de perfectionnement organisée en commun par la Société des médecins du canton de Berne et l'hôpital de l'île a connu – selon les formulaires d'évaluation des participants – un très haut taux de satisfaction. Ce succès revient au très grand engagement des enseignants de notre hôpital universitaire, à nos modérateurs quotidiens attentifs à tenir compte des exigences des praticiens, aux efforts des organisateurs sous la conduite expérimentée de l'équipe dirigée par le Prof. H.J. Peter, ainsi qu'à la

préparation exemplaire par notre secrétariat, dirigé par Mme P. Wolf.

Service de garde

Les recommandations pour le service de garde, préparées par le comité, ont été remises, au cours de l'été, pour consultation aux cercles de district, toilettées et présentées à l'assemblée des délégués d'automne. Du point de vue légal, ces recommandations n'ont pas de valeur contraignante. Les cercles continuent de garder leur autonomie mais ils considèrent ces recommandations de la Société cantonale sont utiles. Les recommandations concernant le service de garde, acceptées par les délégués, concernent les trois domaines suivants:

1. Dispensation à la demande de la personne astreinte à un service de garde.
2. Dispensation à la suite d'une décision du cercle ou groupe de garde responsable.
3. Versement compensatoire en remplacement du service de garde.

Procédures de consultation

Le comité de la Société bernoise des médecins a participé à six consultations, dont cinq provenaient de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale SAP:

1. Modèle bernois de médecin hospitalier (SAP)
2. Ordonnance concernant le service médicale scolaire, ainsi que le tarif du service médical scolaire (SAP)
3. Recommandations de l'ASSM concernant le sponsoring de la formation pré-, postgraduée et continue des médecins
4. Projet d'ordonnance au sujet des droits des patients selon la loi sur la santé publique (SAP)
5. Loi sur les soins hospitaliers (SAP)
6. Ordonnance concernant les exceptions dans la limitation d'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance maladie obligatoire (SAP)

Réunion en conclave

Au cours de l'année précédente 2001, la réunion en conclave de notre comité s'était tenue sous le thème de la liberté de choix du médecin, dans l'année concernée par le rapport il s'agissait de «Être bénéfique». Nous avons pour but de parvenir, à l'intérieur du comité, aux conditions permettant la discussion de certains problèmes dans le cadre de groupes de travail organisés en fonction d'une départementalisation, de proposer au comité différentes variantes de solutions, préparant ainsi ses résolutions. Le comité a

entendu de très intéressantes suggestions de la part de deux orateurs venant de la République Fédérale d'Allemagne, une femme médecin généraliste et un médecin hospitalier. Leur description des récentes évolutions du domaine de la santé en Allemagne, ainsi que des perspectives pour les années à venir nous ont impressionnés. Je me permets de citer une fois encore leur appel, publié déjà en octobre 2002: «Chers consœurs et confrères suisses. Faites un bon usage de vos organisations, soyez actifs, faites face aux défis politiques et économiques. Il en va du respect dû à notre image professionnelle, comme du bien de vos patients. N'oubliez pas: il vous reste peut-être moins de temps que vous ne le croyez.»

Gériatrie

Depuis peu d'années, le canton a mis en route un concept de la gériatrie. Un représentant de la Société des médecins participe aux activités de l'un des groupes de travail. Notre faculté se pose, depuis environ 10 ans, la question de la création d'une chaire de gériatrie (rapports internes de la faculté 1995 et 2002). Dans le cadre de la procédure de consultation pour la loi sur la santé publique, il est à peine fait mention de la gériatrie, encore moins du concept de gériatrie déjà bien avancé; nous avons critiqués ces manques dans notre réponse à la SAP. Sans concept gériatrique, sans ancrage de la médecine de la personne âgée au niveau de la faculté et devant le fait qu'elle est à peine mentionnée dans la future la loi sur la santé publique, on ne peut s'empêcher d'avoir le sentiment que cette partie de la médecine est peu développée dans ce canton. Le bureau de la Société des médecins a décidé de contribuer dans une certaine mesure au développement de la médecine de la personne âgée dans notre canton. Il constate les dangers que pourraient entraîner des décisions tardives et précipitées intervenant, à moyen terme, sous le poids des événements resp. de l'évolution démographique. Ces mesures ne seraient favorables ni aux intérêts des personnes âgées ni à ceux des responsables dans le domaine médical et politique. C'est ce qui a motivé notre vice-président, Th. Heuberger, à déposer devant le grand conseil une intervention intitulée «Assistance gériatrique étendue dans le canton de Berne».

Relations avec les médias

Au cours de l'année du rapport, le président a eu l'opportunité de représenter dans les médias l'opinion de la Société bernoise des médecins. En février, dans la

Berner Zeitung, «L'Ile doit rechercher la collaboration», concernait la collaboration plus étroite à trouver entre les hôpitaux universitaires suisses. En juin, la Télévision Suisse romande souhaitait un court commentaire au sujet du rating des médecins Helsana. Au cours du même mois, sur Tele Bärn, un débat contradictoire avec un représentant de santésuisse sur le sujet «Moutons noirs en blouse blanche». En août, sur Tele Bärn encore, une discussion concernant le modèle de médecin hospitalier de la direction de la santé publique. En octobre, une interview de la Berner Zeitung au sujet du financement de la formation postgraduée des médecins. En novembre, le président pouvait faire part de son opinion dans la Berner Zeitung sur le thème «Les médecins souhaitent l'obligation de contracter». A la suite de la publication, dans le Bund, d'une page dirigée contre le corps médical, nous avons obtenu une réponse sous la forme d'une discussion parue sous le titre «Il n'est pas correct de n'accuser que les médecins».

A côté de cela, notre service de presse a adressé des communiqués aux médias,

dont seul un certain nombre a retenu l'attention. C'est notre prise de position au sujet de l'examen stratégiques des prestations publiques, ESPP et policliniques+ qui a retenu la plus grande attention.

Mutations

Au printemps, celui qui représentait depuis de nombreuses années le cercle médical de Pierre-Pertuis, Jean-Jacques Gindrat, pédiatre, de Saint-Imier, a quitté le comité. Il était la conscience francophone engagée de notre comité. L'assemblée des délégués a élu Roland Brechbühler, généraliste de Corgémont pour lui succéder. En été, c'est le représentant de l'ASMAC Berne, Peter Baumgartner, psychiatre de Berthoud, qui s'est retiré du comité pour ouvrir un cabinet et devenir membre du cercle de l'Emmental. Le nouveau délégué de l'ASMAC Berne est Oliver Adam, chef de clinique à l'hôpital Wildermeth, à Bienne. Enfin, à mi-juillet, notre président pendant de longues années, Reinhold Streit, s'est éteint, abandonnant ainsi son activité d'ancien président au sein du comité.

Suite dans 4/03

