



octobre 2003 / 5

doc.be

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

Référendum contre la 2^{ème} révision de la LAMal

La limitation du libre choix du médecin est un changement de système, elle doit être soumise au peuple.

La chambre médicale extraordinaire du 11 octobre 2003 a décidé, par 157 voix contre 2 et une abstention, de lancer un référendum contre la 2^{ème} révision de la LAMal. La récolte des signatures, dans nos cabinets, commencera aussitôt après que le parlement en aura terminé avec l'élimination des divergences. A l'heure actuelle, des divergences subsistent entre les chambres en ce qui concerne la participation des caisses aux frais de soins (homes/Spitex), ainsi que les contrats de prestation des hôpitaux, resp. l'adaptation des listes d'hôpitaux.

Il se peut qu'à la suite des pressions exercées par les socialistes on discute une fois encore des contributions fédérales pour la réduction des primes. Les articles 13, 35 et 62, qui concernent directement les médecins, ont été définitivement réglés au cours de la session de septembre. Il aurait peut-être été possible d'éviter le référendum, si les milieux dirigeants de la FMH avaient été en mesure de faire part à la commission parlementaire des inquiétudes de la base. Nombre de critiques à notre égard – qui ne manqueront pas d'arriver – nous auraient ainsi été évitées.

Dans le cadre de la campagne référendaire, le corps médical suisse devra s'efforcer de proposer de nouvelles solutions et se montrer ouverts à des solutions innovantes. La Société bernoise des médecins va participer à ces efforts.

Avec la décision du référendum de la chambre médicale, les médecins ont choisi le plus difficile de deux chemins possibles. Nous savons tous que la voie difficile est souvent la meilleure. Prenons acte du signal politique émis par les représentants politiques des médecins. Participons à la mise en route de solutions nouvelles et engageons-nous dans cette voie difficile mais prometteuse.

Jürg Schlup, président

*med-swiss: organisation faîtière
des réseaux médicaux suisses* 2

*Référendum contre la
2^{ème} révision de la LAMal* 3

Le VBH se présente 4

Nouvelles du grand conseil 4

*La politique de la santé vue sous
l'angle de la science politique* 6

*Contribution à la campagne des
élections au conseil des états* 7

Communications du secrétaire 7

*Collaborations avec les
praticien(ne)s – rétrospective –
remerciements – perspectives* 12

med-swiss: organisation faïtière des réseaux médicaux suisses

Exposé lors de la séance du comité de la Société des médecins bernois du 7.10.2003



*Dr Max-Albrecht
Fischer-Taeschler,
Seengen,
président de
med-swiss*

En ma qualité de président de **med-swiss-net**, permettez-moi tout d'abord de présenter brièvement notre organisation.

med-swiss-net est l'organisation faïtière des réseaux médicaux suisses, elle regroupe actuellement 26 organisations représentant quelques 1300 médecins. Ses tâches principales consistent en la fourniture de prestations aux organismes affiliés, leur représentation devant le public ou les autorités, ainsi que la mise en route ou l'accompagnement de projets ayant trait essentiellement au managed care.

A l'heure actuelle, en Suisse, environ 50 organismes se définissent comme réseau médical. On peut, en gros, répartir les différents réseaux de la façon suivante:

- réseaux de médecins de premier recours sans responsabilité budgétaire
- réseaux avec une participation aux risques (bonus-malus)
- réseaux avec capitation
- HMO

Les réseaux, qui adhèrent aux principes des organisations membres de **med-swiss-net**, présentent les caractéristiques suivantes:

- coordination de l'ensemble des prestations médicales au même endroit
- collaboration horizontale et verticale approfondie entre les différents participants à la chaîne de fourniture de soins
- promotion de la qualité
- responsabilité budgétaire

Responsabilité budgétaire ne signifie pas que le risque financier repose entièrement et unilatéralement sur le réseau. En réalité, ce sont plutôt des solutions qui consistent en une participation au risque ou au bénéfice qui sont mises en œuvre. Cela vaut tant pour des modèles se basant sur

des forfaits que pour ceux continuant à se fonder sur la facturation à la prestation.

Les réseaux médicaux classiques fonctionnent selon le principe du gatekeeper. Ce qui est encore souvent la règle dans les régions campagnardes, devient une obligation pour les assurés qui ont choisi ce modèle: dans chaque cas de maladie, l'assuré consulte en premier lieu son médecin de premier recours qui décide, de cas en cas, si d'autres investigations (spécialiste) ou traitements sont indiqués. Une attestation de transfert est adressée à l'assurance par le médecin de famille. Les exceptions à cette règle sont bien spécifiées, elles concernent notamment les urgences et les examens gynécologiques préventifs. Les réseaux à niveau d'organisation plus grand observent les mêmes principes, ils assument cependant une plus grande responsabilité financière par l'intermédiaire de forfaits. Ces derniers sont calculés en fonction du risque pour l'ensemble des assurés. La somme qui en résulte constitue le budget à disposition pour une période déterminée. Si cette somme n'est pas complètement épuisée, le réseau peut participer au bénéfice, dans le cas contraire, il doit participer, dans une certaine mesure, à l'apurement du déficit. Dans tous les cas, on accorde une importance très grande à la promotion de la qualité. Les cercles de qualité fonctionnent habituellement sous forme de réunions, à intervalles réguliers, de l'ensemble ou de groupes de médecins appartenant au réseau. A côté de discussions concernant des cas en particulier, on procède à l'élaboration de directives thérapeutiques et des projets à contenu médical sont mis en route.

La plupart des réseaux sont nés après 1997. Par rapport à des collectifs comparables sous le régime de l'assurance de base, les économies réalisées correspondent en moyenne à 18% des coûts.

Quels sont les avantages des réseaux médicaux?

Pour les assurés, il en résulte une diminution des primes, en règle générale de 10-15%, voire plus dans le cas de modèles avec capitation. Les patients bénéficient d'une prise en charge étendue sous forme de soins intégrés. Ils jouissent d'une meilleure orientation dans la jungle

médicale et ne subissent pas d'examen inutilement voire dangereusement répétés. A la suite de la 2^{ème} révision de la LAMal, ils profiteront éventuellement d'une réduction de leur participation aux coûts. Les caisses, quant à elles, peuvent se prévaloir d'avantages de marché et de coûts. Des économies substantielles peuvent être attendues dans une prise en charge plus efficace de patients aux affections multiples. Les médecins, finalement, constatent que leur travail, en qualité de premier interlocuteur pour toutes les questions relatives la santé et aux traitements, bénéficie d'une plus grande considération. La collaboration améliorée, notamment par les cercles de qualité, est qualifiée par tous comme une très bonne expérience contribuant à éviter le sentiment d'enfermement dans son cabinet. Les modèles avec financement par forfaits autorisent une plus grande liberté thérapeutique, malgré une responsabilité financière plus grande, puisque ce n'est plus le médecin de l'assurance, mais le médecin du réseau qui décide quelles doivent être les prestations qui seront financées. (Le catalogue des prestations de base est évidemment garanti, ainsi que le prescrit la loi).

Quels risques menacent? On reproche en général aux réseaux de renoncer, pour des raisons d'économie, à des prestations indispensables, ou de ne les offrir qu'avec des restrictions. Ces craintes sont fondées, à leur origine se trouvent des expériences faites essentiellement aux États-Unis. Chez nous, la situation n'est en rien comparable avec celle prévalant aux États-Unis. Là-bas, ce sont les assureurs qui gèrent les réseaux, qui eux, pour leur part, sont généralement financés par les employeurs. Le salarié n'a pas de possibilité de choix. Il en résulte que les fournisseurs de prestations, exerçant en qualité d'employés, subissent des pressions beaucoup plus importantes. En Europe, en Suisse notamment, la responsabilité et le pouvoir décisionnaires sont entre les mains des fournisseurs de prestations, lesquels, avec ou sans responsabilité budgétaire, doivent se conformer à leur éthique professionnelle. La promotion de la qualité constitue une garantie supplémentaire contre la rétention abusive de prestations. Incidemment, il est, du point de vue de l'éthique, tout aussi condamnable de soumettre une patiente ou un patient à des examens ou des traitements inutiles. Il suffit de se rappeler les différences régionales de fréquence des hystérectomies.

Les mesures d'incitation actuelles, consistant en des rabais au niveau des primes, peuvent conduire à une sélection des

risques. Des études poussées (HAMA, société des médecins de premier recours du canton d'Argovie en collaboration avec l'université de Zurich et divers assureurs) ont cependant permis de constater que les collectifs d'assurés des réseaux de médecins de famille ne diffèrent pas de ceux d'assurés conventionnels (composition socio-démographique, morbidité). Au contraire, la réduction de la participation aux coûts pourrait avoir un effet d'attractivité augmenté auprès de patients aux affections multiples, compromettant ainsi l'équilibre financier de ces modèles. Il est possible de résoudre ce problème par l'intermédiaire d'une compensation efficace des risques fondée sur des paramètres de morbidité. De tels instruments (indicateur de morbidité thurgovien) sont déjà en phase d'essai et seraient faciles à mettre en œuvre.

Scénarios pour le futur. On ne pourra parvenir au résultat positif souhaité du point de vue économique, que dans la mesure où une partie importante de la population participera à des réseaux. Nous visons une part de 60%. Pour éviter des problèmes relatifs au droit des cartels, il importe que, dans le cadre d'une telle extension des réseaux, on assiste à l'apparition d'organisations concurrentes. Cela contribuerait, par la possibilité nouvelle de comparer les prestations et par la spécialisation de certains réseaux (p. ex. des réseaux d'homéopathes), d'atteindre l'amélioration souhaitée de la qualité. La co-responsabilité budgétaire des fournisseurs de prestations doit devenir la norme. La limitation du risque et la participation aux bénéfices devrait toutefois rester généralement la règle pour les réseaux.

Chaque forme de budget dans le domaine de la santé, qu'elle dépende de l'intervention de l'état ou qu'elle résulte de contrats avec des réseaux, doit être solidement encadrée:

- Le **budget** ne doit jamais avoir pour conséquence le renoncement ou l'ajournement de mesures au détriment du patient ou avec des risques pour lui patient.
- Chaque assuré doit bénéficier du **libre choix de la forme de son assurance**.
- Les réseaux ne sont pas des assurances. Le **marché de l'assurance** reste l'affaire des caisses maladie.
- La **liberté de contracter** entre organisations de médecins et assurances reste **réci-proque**. Les fournisseurs de prestations ne doivent pas être contraints d'accepter des contrats défavorables.
- Les obligations résultant de l'**éthique professionnelle** et de la **responsabilité sociale** des fournisseurs de prestations sont intangibles. Leur respect est au centre du **travail de promotion de la qualité**.

Référendum contre la 2^{ème} révision de la LAMal



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

La chambre médicale extraordinaire du 11 octobre 2003 décide le référendum contre la 2^{ème} révision de la LAMal

L'objet n'a pas été contesté lors de la chambre médicale. Les 160 représentants des médecins présents partageaient largement du même avis: la limitation du libre choix du médecin et la responsabilité budgétaire des gatekeepers correspondent à un changement de paradigme dans l'exercice de la profession médicale et doivent par conséquent faire l'objet d'une consultation populaire. La limitation de la liberté de choix du médecin porterait préjudice à la relation patient-médecin, la sélection des médecins en fonction de la statistique de santésuisse serait prévue et la sélection des patients deviendrait la pratique quotidienne dans le cadre du cabinet. L'introduction à une large échelle d'une responsabilité budgétaire pour les praticiens de premiers recours les confronterait à des conflits d'éthique. De plus, ils risqueraient de se voir contraints d'accepter la responsabilité de coûts qu'ils ne peuvent influencer, de même que celle d'affections multiples dont ils ne peuvent évaluer les coûts. La

chambre médicale est de l'avis que le but de la révision de la LAMal – maîtrise des coûts – ne sera atteint ni par la suppression du libre choix du médecin ni par la co-responsabilité budgétaire. L'évolution des coûts dans les pays voisins qui ne connaissent pas la liberté du choix du médecin évolue parallèlement à celle que nous connaissons et, selon le président du CA d'Helsana, Eugen David, le 16.9.2003 devant le conseil des états, «les réseaux ne sont pas plus économiques a priori». Si le libre choix du médecin devait être supprimé, «Tarmed ne serait plus qu'une forme de rémunération parmi d'autres», selon les déclarations du Prof. Leu, économiste de la santé, de Berne, dans la Berner Zeitung du 15 juin. De plus, en cas de suppression de liberté de choix du médecin, il y aurait lieu de réduire le caractère obligatoire de s'assurer, si le gouvernement fédéral veut éviter une interdiction professionnelle à l'égard des médecins ne bénéficiant pas de contrat.

La chambre médicale évalue nos chances de gagner le combat référendaire – si chacun d'entre nous s'engage effectivement – comme étant réelles. Selon les enquêtes les plus récentes (Moniteur de la santé 2003, Institut de recherche GfS), la population, malgré l'augmentation des primes, a moins envie de réformes que le parlement, elle craint avant tout la médecine à deux vitesses et tient au libre choix du médecin. Selon l'économiste de la santé Oggier «un référendum a de bonnes chances» (Berner Zeitung 26 septembre 2003).

2004 sera une année difficile pour le corps médical. Nous devons l'affronter avec décence et dignité et nous engager fermement en faveur des intérêts et du bien des patientes et des patients.

Cinq points concernant PontNova

- Les **fournisseurs de logiciels** sont en mesure, depuis mi-septembre, de programmer les interfaces vers PonteNova, ils vous fourniront en temps utile, à la fin de l'année, les mises à jour.
- La **récolte des données 2003** ne peut pas avoir lieu cette année. Seul l'essai pilote avec une seule caisse et les clients de la Caisse des médecins sera mis en œuvre. Cette situation n'était pas évidente d'emblée. Nous présentons nos excuses à ceux des clients qui ont subi des dérangements à la suite de ces modifications.
- La **SUVA** persiste à n'accepter des transferts électroniques de données que par l'intermédiaire de Mediport, conférant ainsi une situation de monopole à la firme MediData. Nous combattons cette attitude à plusieurs niveaux.
- Lors de l'**assemblée générale** extraordinaire du 23.10 nous avons augmenté le capital en actions à une hauteur de un million de francs. Le conseil d'administration va libérer une tranche de l'augmentation de capital autorisée, de telle sorte que vous pourrez continuer de souscrire des actions.
- **Appel aux toujours non-membres:** n'attendez plus et signez le contrat d'adhésion. A compter du 01.01.2004, vous devez disposer du profil du cabinet sans lequel vous n'aurez aucun contrôle sur votre utilisation du tarif dans la phase de neutralité des coûts.

H.W. Leibundgut

Le VBH se présente



Marcus Grossenbacher, président du VBH

Le Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH) [Association bernoise des médecins de famille] est opérationnel depuis le 01.07.03.

Nous sommes l'organisme faitier pour les praticiens de premier recours du le canton de Berne et représentons les médecins de familles dans un contexte politique de plus en plus difficile. A ce jour, les internistes généralistes et les généralistes proprement dits se sont réunis sous un même toit; notre porte reste largement ouverte

aux pédiatres praticiens du canton. Le VBH est l'équivalent cantonal du Collège de médecine de premier recours CMPR.

Le VBH est actuellement la succursale cantonale de la SSMG et la SSMI. Nos directives de formation continue correspondent par conséquent à celles des sociétés nationale respectives.

Le VBH s'engage pour une formation de nos futurs confrères et successeurs fondée sur de solides assises, proche de la pratique et de haut niveau. Dans ce but, nous souahitons, ainsi que c'est déjà le cas dans d'autres universités européennes, la création d'une chaire de médecine de famille à l'université de Berne. L'inclusion de la médecine de famille à l'université permettra le soutien de la recherche au niveau du cabinet et assurera le maintien à un haut niveau des soins de base. Dans un canton de Berne lourdement endetté, ces projets ne sont envisageables que par le transfert des fonds de la direction de l'instruction publique en faveur de la faculté de médecine (motion Heuberger). Grâce à cette mesure nous augmenterons

les chances de survie, dans un contexte suisse, de la faculté de médecine de l'université de Berne.

Nos organes de communication sont le site web www.bernerhausarzt.ch et la publication sans publicité «Berner Hausärzte», qui contient des informations et des indications à l'intention des praticiens bernois de premier recours. Dans le domaine du managed care, nous soutenons les nouveaux réseaux et modèles de médecin de famille du type bottom up.

Nous autres, médecins de famille, nous nous retrouvons une fois par année à l'occasion d'une journée de formation continue avec ateliers et sport, organisée par la FIAM à Macolin. De plus, le VBH organise le congrès 2004 de la SSMG à Berne (21–23.10.04).

Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte, secrétariat
c/o Société des médecins du canton de Berne, Kapellenstr. 14, case postale 6916 3001 Berne
Téléphone: 031 390 25 67
FAX: 031 390 25 68
e-mail: sekretariat@begam.ch

Nouvelles du grand conseil



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

Débat au sujet de la médecine de famille

On peut assurément évoquer une manifestation de surestimation de ses propres idées, un signe d'exagération de son amour-propre de la part d'un médecin de famille en activité, lorsque je fais part de ma joie en constatant que nous sommes parvenus (Société des médecins, politiciens appartenant à divers partis, FIAM), en nous associant dans nos efforts de persuasion, à convaincre le grand conseil d'ac-

corder officiellement aux soins de premier recours dans le canton de Berne une attention plus poussée que jusqu'à ce jour. En acceptant ma motion en faveur d'une meilleure (plus proche de la pratique) formation des futurs praticiens de premier recours, le législatif bernois a démontré de façon claire et nette (par 132 voix contre 27), contre l'avis du gouvernement, une volonté politique d'engagement en faveur des intérêts de la médecine de famille et la promotion de sa qualité, allant ainsi au devant d'un «épuisement» de cette spécialité et favorisant la médecine de famille (éventuellement même par l'intermédiaire de moyens financiers).

Le fait que, grâce à cette décision, la faculté de médecine de Berne puisse bénéficier d'une attractivité augmentée dans le cadre de la «lutte de concurrence» entre les universités (accréditation, importance de l'hôpital universitaire, site de formation de l'avenir), a certainement contribué à motiver un certain nombre de politiciens hésitants.

Il convient de constater que certaines personnes ne sont pas toujours motivées par les aspects médicaux ou professionnels de

la question, mais que d'autres arguments, n'appartenant pas forcément à ma manière de penser, ont également été évoqués. Dans le cadre des débats, on a entendu des arguments quelque peu particuliers, selon lesquels la médecine générale, plus économique, pourrait contribuer, par une amélioration du niveau de sa qualité, à corriger à la baisse les revenus exagérés des spécialistes. Je me suis soigneusement gardé de participer à cette discussion, afin de ne pas courir le risque de menacer le consensus.

Le grand conseil a décidé de vouer une plus grande attention à la formation en médecine générale, de soutenir le modèle d'enseignement de la FIAM, proche du cabinet et d'étudier la création d'une institution universitaire intégrée d'enseignement et de recherche en médecine générale. Ce serait une première à ce jour pour la Suisse, à mettre en étroite relation avec les mêmes efforts en vue de la création d'un centre de compétence gériatrique, ainsi que celle d'une chaire de gériatrie à la faculté de médecine de Berne.

Il n'est pas possible, pour l'instant, de dire comment ces décisions vont se réaliser concrètement et quelles seront leurs répercussions dans les détails. Grâce à une collaboration étroite entre la faculté de méde-

cine, la FIAM et la direction de l'instruction publique, il doit être possible de rechercher au plus vite une solution et, ensuite, les moyens nécessaires pour la mettre en œuvre. Je suis conscient que le diable se cache dans les détails et qu'il est toujours possible de repousser à plus tard de tels projets, mais les politiciens concernés, ainsi que ceux qui sont directement touchés, garderont les yeux ouverts et ne manqueront pas d'intervenir. Quelque chose a été mis en route et j'adresse mes remerciements à ceux qui m'ont aidé, tout particulièrement aux représentants de la FIAM.

Rapport concernant la session de septembre 2003

Les sujets relatifs à la médecine et à la politique de la santé inspirent une fois encore nombre de politiciens, les incitant même à faire des heures supplémentaires. De tels sujets ont été évoqués au cours de la session de septembre et, de notre/mon point de vue, des succès ont été enregistrés, là où on ne les attendait pas (v. la partie de l'article concernant la médecine générale).

1. Une proposition déjà ancienne relative à un domaine de la politique de la santé a été acceptée sans discussion, étant donné que le gouvernement était d'accord d'aller dans le sens de ma motion et qu'il travaille déjà dans cette direction. Il s'agit de revalorisation de la gériatrie et des soins primaires en gériatrie, grâce à la création de centres de compétence gériatrique dans le cadre de la loi sur les soins hospitaliers et par l'intermédiaire de la création d'une chaire de gériatrie à la faculté de médecine de l'université de Berne. Étant donné que le gouvernement a déjà pris de l'avance et fait les premiers pas, il m'a été facile de transformer ma motion en postulat, qui fut ensuite accepté par 160 voix contre 0. Il s'agit d'une autre indication politique évidente de la direction dans laquelle la politique cantonale de la santé doit se diriger. Cependant la réalisation doit, ici aussi, suivre. Il convient de rappeler que la motion concernant la psychiatrie visait les mêmes buts, la création de centres de compétence psychiatriques pour une psychiatrie proche de la population périphérique, s'appuyant éventuellement sur les hôpitaux de district ayant réduit leur activité et disponibles pour une telle tâche.

2. Il convient de citer, pour l'anecdote, une interpellation au sujet de la prescription de Ritaline. Elle met en évidence une tendance, celle qui consiste pour certains milieux non médicaux de tenter d'exercer de l'in-

fluence, par la voie politique, sur certaines procédures thérapeutiques, voire même, comme c'est le cas dans la psychiatrie, de favoriser des pratiques privées voire influencées par une idéologie. Dans ce cas en particulier, le gouvernement, dans sa réponse, s'est exprimé clairement en affirmant d'une part qu'il n'y a pas lieu, pour l'administration ou la politique, d'intervenir dans la relation entre le médecin et son patient et que, d'autre part, le problème de la Ritaline ne constitue pas un problème d'une importance aussi grande que le laissait entendre l'interpellation. Je trouve, quant à moi, curieuse l'intervention de personnes non concernées dans la relation intime entre le médecin et le patient, dans le but de faire valoir des idées personnelles; en ignorant la menace de perturbation d'une relation de confiance, d'une relation thérapeutique et en négligeant les conséquences qu'une modification du traitement pourrait provoquer dans les familles concernées. Les décisions au sujet d'une thérapeutique agressive doivent toujours être prises en commun par le patient, respectivement sa famille, et le médecin traitant concerné, indépendamment de toute intervention extérieure, qu'elle vienne d'un groupe idéologique, d'une opinion politique ou d'une caisse maladie. Je me serais volontiers exprimé dans ce sens devant le conseil mais il n'y a pas eu de discussion.

Perspectives

Les discussions s'adressant à la politique de la santé vont concerner essentiellement la loi sur les soins hospitaliers. On doit s'attendre, en raison surtout des coûts prévisibles, à des débats difficiles et empreints d'émotion. Tout commencera au niveau de la commission, au sein de laquelle j'ai été nommé, puis devant le conseil. Un combat à couteaux tirés nous attend et il ne sera pas facile de trouver un consensus: financement des hôpitaux, compensations en faveur des anciens supports juridiques (communes), CCT, liberté entrepreneuriale des directions des hôpitaux, concurrence, position exagérément puissante de l'état dans le cadre de nouvelles structures hospitalières, «étatisation», situation des hôpitaux privés, système des médecins agréés dans le cadre des hôpitaux publics également, rôle de Tarmed, etc.

Ils seront peu nombreux ceux qui seront encore en mesure de garder une vue d'ensemble, ce qui est toujours un avantage pour l'administration. Je devrai donc m'efforcer de suivre et de présenter mes propositions, il me faudra également recourir à des conseils et à des soutiens.

T. Heuberger, vice-président SMCB

Recommandations pour les salaires des assistantes médicale en 2004

Salaire de base

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

Augmentation par année de service

Fr 150.– par mois (par année de service) pour chaque année suivant la première année de service. L'augmentation pour années de service constitue un élément de la discussion annuelle de qualification.

Compensation du renchérissement

Le renchérissement annuel, à fin septembre, se monte à 0.5%. Si la compensation a été convenue par contrat, elle doit être accordée.

Supplément de fonction

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

Salaires des apprenties

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

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 Berne.

Tél. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition octobre 2003.

La politique de la santé vue sous l'angle de la science politique



Marco Tackenberg,
service de presse
et d'information

Avant d'en informer un public plus large, le politologue Claude Longchamp, codirecteur de l'Institut de recherche GfS, a présenté au comité de la SMCB, dans le cadre de la réunion en conclave du Gurten, les résultats les plus importants du «Moniteur de la santé 2003».

Claude Longchamp, qui dirige depuis 1993 le domaine «politique et état» de l'institut de recherche GfS de Berne, s'est appuyé, pour présenter son intervention, sur une enquête représentative auprès de 1234 citoyens suisses ayant le droit de vote, interrogés au cours du mois de juillet 2003. Commençons par les résultats les plus importants: le poids des primes des caisses maladie est ressenti subjectivement par les citoyennes et les citoyens comme toujours plus lourd, en même temps qu'augmente leur intention d'envisager des changements dans le domaine de la santé. Cette tendance est particulièrement marquée dans le domaine de la «clause du besoin». Alors qu'au moment de son introduction, au cours de l'été 2002, cette mesure restreignant la liberté d'installation des fournisseurs de prestations, n'était



Claude Longchamp

approuvée que par une minorité de 37%, elle est approuvée actuellement par 4 personnes interrogées sur 5. Ce changement d'appréciation, intervenant au cours d'une période de 12 mois seulement, indique que la population, tout en ayant une attitude plutôt réservée à l'égard des changements dans le domaine de la santé, est cependant en mesure de changer d'opinion lorsqu'elle constate que pour chaque individu en particulier il n'en résulte rien de grave.

Sous l'angle de vue des médecins, c'est surtout l'image de la profession qui attire l'attention. Ici, une bonne nouvelle: «malgré une tendance à la hausse des critiques», selon Longchamp, «le corps médical reste l'interlocuteur le mieux accepté dans le domaine de la politique de la santé». Cette situation – et c'est maintenant la nouveauté désagréable – a subi une érosion au cours des trois dernières années, même si celle-ci se situe à un niveau élevé. La population suisse attribue aux médecins de la compétence dans le domaine de la santé et les situe en première place, avant les pharmaciens, les caisses maladie, les offices fédéraux, l'industrie pharmaceutique, les organisations de patients et de consommateurs, le conseil fédéral et – tout à la fin – les politiciennes et politiciens spécialistes de la santé. D'après Longchamp, la tendance à la hausse des critiques à l'égard des acteurs de la politique de la santé est une conséquence de la politisation de plus en plus grande (et par conséquent de la polarisation) du discours concernant la politique de la santé. Il n'empêche que presque la moitié de ceux qui ont été interrogés tirent un bilan «très» (11%) ou «plutôt» (36%) positif, après sept ans de LAMal. 38% considèrent le bilan «très» ou «plutôt» négatif. Dans la perspective d'un éventuel référendum contre la 2^{ème} révision de la LAMal, on est très intéressé par les réponses en ce qui concerne l'allègement de l'obligation de contracter, ainsi que le couplage du niveau des primes avec la participation à des réseaux médicaux. Ce dernier mécanisme est très nettement repoussé par 57% (approbation: 24%), il en est de même pour l'allègement de l'obligation de contracter, qui, selon les chiffres de l'enquête GfS, est repoussé par 54% des personnes interrogées.

A l'heure actuelle, la limitation du libre choix du médecin, de l'hôpital, des médicaments ou de la nature du traitement sont clairement repoussés. «Mais», affirme Longchamp, «la tendance à accepter de telles mesures va en augmentant, pour autant qu'elles s'accompagnent d'une baisse du niveau des primes».

En général, c'est ce que Longchamp constatait dans le cadre du Gurten, il existe une tendance chez le citoyen, dans le



Des participants attentifs: Thomas Heuberger et Helen Kreutz

domaine de la politique de la santé, à peser entre la liberté de choisir et les réflexions économiques. Mais, dans le cadre de la révision en cours de la LAMal, la suppression de l'obligation de contracter est contestée et on garde une «distance» à l'égard des réseaux médicaux. En ce qui concerne le problème du rationnement médical, l'enquête GfS observe depuis 2000, alors qu'encore 70% le refusaient, «une tendance» à l'acceptation. Aujourd'hui le chiffre est descendu à 49%. Sur la base de l'enquête GfS on peut toutefois supposer que des mesures de rationnement auraient immédiatement pour conséquence une plus grande résistance, si un cas dramatique devait être évoqué par les médias. Ce fut précisément le cas à la fin des années 1990, lorsque la direction de la santé du canton de Bâle Ville refusa l'administration à un ancien conseiller fédéral, pour des raisons de coûts, du médicament «novo Seven», un produit très cher, non pris en charge par les caisses, mais susceptible de sauver la vie. La controverse qui en est résulté dans les médias explique certainement les 70% d'opposition au rationnement constatés en 2000 par GfS.

En conclusion, Longchamp a invité les médecins à mettre en évidence leurs arguments de médecins dans le débat public et à se positionner en qualité de SMCB lorsque ces thèmes sont discutés dans les médias de grande diffusion.

Contribution à la campagne des élections au conseil des états 2003

Envoi de matériel de vote dans doc.be 4/2003

Un grand nombre de questions de nos lecteurs a suivi l'envoi du numéro du mois d'août de doc.be, l'équipe de rédaction ne peut que se réjouir de l'intérêt suscité par sa publication. Dans le cas présent, la majorité des interventions concernait le matériel de vote de deux candidats bourgeois au conseil des états. A l'intention des lectrices et lecteurs qui ne se sont pas manifestés, quelques explications au sujet des dessous de cette affaire.

Lors de sa séance du 3.6.2003, le comité cantonal a discuté d'une demande d'appui adressé par un comité électoral pour l'élection au conseil des états. Notre comité a pris la décision de ne pas limiter son soutien à un seul candidat, mais d'appuyer de façon identique quatre candidat(e)s:

Mesdames Bolli, Sommaruga et Teuscher, ainsi que Monsieur Lauri, actuel conseiller aux états.

Par courrier du 17.6.03 il a été communiqué aux quatre candidat(e)s que le comité avait décidé d'appuyer leur campagne de la façon suivante:

1. par un don de Fr 1000.– (avec prière d'adresser un bulletin de versement)
2. par un entretien dans doc.be au sujet de la révision de la LAMal
3. par l'envoi de la propagande électorale en même temps que doc.be d'août 2003 (avec prière de faire parvenir le matériel de vote avant le 31 juillet 2003)

A mi-août, trois candidat(e)s avaient répondu à l'offre 1, l'offre 2, quant à elle, avait été réalisée par tous, en ce qui concerne

l'offre 3, seul(e)s deux candidat(e)s nous avaient fait parvenir du matériel, respectivement deux candidates ne nous avaient rien adressé dans les délais impartis ou plus tard.

A la suite de nos demandes, il nous fut répondu qu'en août deux candidates ne disposaient encore d'aucun matériel imprimé. Lors de sa séance du 2.9.2003, le comité cantonal a donc décidé de permettre à ces deux candidates d'adresser un envoi personnel à l'ensemble des médecins. Un envoi avec le numéro d'octobre serait parvenu trop tard. Le comité est conscient – c'est ce que démontrent les questions évoquées plus haut – que la médecine, resp. le domaine de la santé et par conséquent le corps médical, se situe de plus en plus au centre des préoccupations et sont soumis à un degré de politisation. Il s'est efforcé de trouver une solution équilibrée, sur une base large, constructive et refusant tout aspect négatif.

Jürg Schlup, président

Communications du secrétaire



Th. Eichenberger,
secrétaire

1. Valeur du point LAMal (décision du conseil fédéral)

Le conseil fédéral, en date du 27 août 2003, a accepté le recours de santésuisse contre l'adaptation, au 1.1.2002, de la valeur du point du tarif médical de Fr 1.50 à Fr 1.55. Il n'y a plus de moyen juridique ordinaire de recours contre cette décision. Il y a donc lieu de continuer d'appliquer une valeur du point inchangée de Fr 1.50 jusqu'à l'introduction de Tarmed dans le domaine LAMal (probablement à partir du 1.1.2004).

La légitimité du recours de santésuisse a été reconnue, en dépit du fait que santésuisse avait tout d'abord adressé un document juridique avec vices de forme. En ce qui concerne le fond, le conseil fédéral

s'en est tenu à sa pratique habituelle. Selon celle-ci, l'argumentation du conseil exécutif du canton de Berne, affirmant que d'autres fournisseurs de prestations, actifs dans le domaine LAMal, ont obtenu une compensation du renchérissement (p.ex. augmentation du tarif hospitalier), reste totalement ignorée.

Le conseil fédéral, en fonction de l'avis du surveillant des prix, se limite à ne comparer que l'évolution de l'ensemble des coûts médicaux, les coûts pour chaque médecin en pratique et les coûts par assuré par rapport à l'indice des prix à la consommation (IPC). Par principe ces coûts ne doivent pas augmenter plus que l'IPC. Il n'est pas tenu compte d'augmentations de coûts dus au vieillissement de la population et à l'utilisation de nouvelles méthodes de traitements plus coûteuses.

Ces considérations «économiques» négligent les facteurs d'«économie d'entreprise» suivants:

- a) l'évolution du revenu brut du médecin, même s'il est à la baisse et/ou se situe en-dessous de l'IPC
- b) évolution du revenu net, même s'il diminue en permanence à cause de l'augmentation des frais généraux du cabinet
- c) des éléments ressortant de l'étude des frais généraux (ROKO), parce que celle-ci est considérée comme encore trop grossière!

Il s'agit de toute évidence d'une décision politique qui, d'un point de vue juridique, doit, dans son argumentation, être en partie considérée comme des plus douteuse. Nous pensons néanmoins qu'il est d'une extrême importance d'améliorer et d'affiner, au cours des prochaines années, nos propres données ROKO.

2. Contrats des médecins chefs et médecins cadres

On peut prévoir que le statut AVS du revenu provenant de l'activité stationnaire privée va être modifié en date du 1.1.2004 (v. l'article paru dans doc.be de juin 2003/3). Dans ce contexte, plusieurs questions de nature juridique se posent (calcul et taux de la part du revenu considérée désormais comme activité salariée, taux AVS de l'employeur, obligation d'assurance 2^{ème} pilier de la part considérée comme activité salariée, etc). De plus, au niveau cantonal, on discute pour savoir si le taux de remise peut être abaissé de 40% à 38%.

Nous recommandons instamment de ne conclure aucun nouveau contrat, avant de l'avoir fait vérifier par le secrétaire de la Société des médecins du canton de Berne ou par un autre juriste indépendant. Si, à fin 2003, aucun contrat nouveau n'a été signé, les anciens garderont leur validité (relation contractuelle de fait). Il n'y a aucune raison de se sentir en manque de temps et de signer prématurément un contrat.

Collaboration avec les praticien(ne)s – rétrospective, remerciements, perspectives



*Dr R.H. Schütz,
médecin respon-
sable du centre
de recrutement
de Sumiswald*

Chères Consoeurs et Confrères,

J'avais eu l'occasion, il y a quelque temps, en ma qualité de médecin responsable du centre de recrutement de Sumiswald, de me présenter dans le même cadre qu'aujourd'hui. J'ai plaisir de vous adresser mes sincères remerciements pour l'excellente collaboration collégiale et constructive. Grâce à vos rapports très détaillés, il nous est possible de justifier nos décisions, nous évitons ainsi à ceux qui sont astreints au recrutement de se présenter une deuxième ou une troisième fois à Sumiswald. Il s'agit là, de la part des médecins, d'un geste positif à l'intention des jeunes.

La précision et la pertinence de vos rapports sont généralement excellentes. Il va de soi, que pour nous, les médecins du centre de recrutement, un certificat contenant un diagnostic précis, éventuellement un pronostic et un avis au sujet de la possibilité de supporter le poids du service est beaucoup plus utile qu'une feuille d'ordonnance portant l'indication «Je certifie que ce jeune homme ne peut accomplir son service pour raison de maladie». (sic !).

Je vous suis reconnaissant de rédiger vos certificats et rapports de manière aussi claire que ceux que vous adressez à un confrère en pratique privée. Je puis vous assurer qu'il n'y a chez nous aucun «Service médical» dans le cadre duquel une quelconque employée de secrétariat «préparerait» les certificats et les rapports. Vos rapports aboutissent sur mon bureau ou sur celui de mon remplaçant, ils sont lus et évalués par nous seuls.

Pour la plupart d'entre vous, un élément devrait être de nature nouvelle, c'est la raison pour laquelle je voudrais brièvement l'évoquer. Nous évaluons les jeunes gens en ce qui concerne leur aptitude au service militaire, ainsi que (en cas d'inaptitude au service militaire) pour leur aptitude au service de protection (protection civile). Les critères relatifs aux deux «aptitudes» ne sont pas identiques. C'est ainsi qu'il arrive très fréquemment qu'un inapte au service militaire soit déclaré apte au service de protection. Les personnes aptes au service de protection sont actuellement incorporées au cours d'un entretien personnel avec le responsable du service de protection. Nous vous

remercions de votre compréhension et vous prions également d'expliquer à vos patients que même en cas d'inaptitude avérée au service militaire nous devons apprécier l'aptitude au service de protection. Cette appréciation exige dans presque tous les cas un déplacement à Sumiswald où nous, médecins, examinons et apprécions les personnes une dernière fois et décidons de leur incorporation ou de leur changement d'incorporation.

Si vous avez des questions, le Dr Pfenninger et moi même sommes à votre disposition, par téléphone également (034 432 36 36).

Je me plais à la poursuite de notre collaboration et vous souhaite de bonnes Fêtes et beaucoup de succès dans vos activités professionnelles.

R. Schütz

