



décembre 2003 / 6

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

TarMed dans le domaine
LAMal à partir du 1.1.2004

Le contrat cantonal d'adhésion des cabinets médicaux à TarMed va entrer en vigueur au début de l'année. A fin juillet de l'année en cours, la Société des médecins a adressé ce contrat, signé, à santésuisse; elle l'a reçu en retour, fin novembre, contresigné. Début décembre, les deux partenaires contractuels ont adressé le contrat d'adhésion TarMed au conseil exécutif, pour approbation.

Tous les membres de la Société des médecins du canton de Berne sont automatiquement affiliés à ce contrat, sous réserve de communication écrite, jusqu'à fin janvier 2004, de leur refus d'accepter le contrat et ses annexes. La facturation au cabinet, à compter du 1.1.2004, doit se faire, également pour les prestations LAMal, sur la base de la structure tarifaire TarMed. Les factures établies selon l'ancien tarif – pour des prestations LAMal fournies jusque et y compris le 31.12.2003 – devraient être en principe adressées jusqu'à fin mars 2003. Vous trouverez d'autres informations concernant ce contrat dans le présent doc.be. Le CC de la FMH a donné l'assurance qu'elle mettra à disposition, dès janvier 2004, une hotline d'information pour tous les problèmes concernant la structure tarifaire et l'interprétation du tarif.

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

Pour autant que le parlement approuve la 2^{ème} révision de la LAMal au cours de sa session de décembre, le délai référendaire de 100 jours, au cours duquel les signatures peuvent être récoltées, débute dès la publication officielle. Je lance un appel à tous les médecins, et

suite, voir page 2

doc.be

*Non à la révision de la LAMal –
mais alors, quoi d'autre?* 2

*«Je ne veux pas de Cadillac,
une VW me suffit»* 3

*La LAMal en application:
nouveaux contrats tarifaires pour les
hôpitaux du canton de Berne* 5

Communications du secrétaire 6

Questions au sujet de Tarmed 15

*Le nouveau pharmacien cantonal
du canton de Berne* 18

*Cercle médical de Haute-Argovie:
nouveau membre de l'USAM Berne* 19

*Contrat d'adhésion à Tarmed
(y compris Annexes A à D)
en allemand*

dans la partie centrale, les pages peuvent être séparées

**Vous pouvez trouver des informations internes
récentes sur le site
www.berner-aerzte.ch «Pour membres»**

demande à chacun d'entre eux de récolter au moins 15 signatures. La campagne référendaire commence dès la période de récolte des signatures. Nous ne serons pris au sérieux par les milieux politiques que si nous parvenons à récolter un nombre aussi grand que possible de signatures. Il est souhaitable que des campagnes de récolte sur la voie publique soient organisées dans le cadre des régions. Par contre, une campagne organisée dans le cadre des cabinets médicaux n'est pas souhaitée.

Avant le début de la récolte, vous allez recevoir de la FMH une lettre accompagnée d'un bulletin de versement. Dès le début de la récolte, vous recevrez les formules destinées aux signatures, ainsi que leur mode d'emploi. Le délai est court, nous devons faire un effort!

On peut obtenir une première liste d'arguments auprès de chaque président de cercle médical, de chaque président de société de discipline, resp. de chaque membre de l'assemblée des délégués, ainsi que, sous forme électronique, sur le site berner-aerzte.ch, en cliquant «Pour membres».

Chères Consœurs et Confrères, chères collaboratrices et collaborateurs de notre Société des médecins, au niveau du secrétariat, du comité, des sociétés de discipline et des cercles médicaux, je vous estime et j'apprécie le travail que vous accomplissez, je vous adresse, ainsi qu'à vos proches, mes vœux de santé et de prospérité au cours de la nouvelle année.

Jürg Schlup, président

Prof. Hannes G. Pauli †

Le Prof. Hannes G. Pauli est décédé, à Berne, le 9 octobre 2003, à l'âge de 79 ans. Pauli, avec le Prof. Ettore Rossi, fut, au cours des années soixante et septante, un acteur de premier plan de la réforme bernoise des études médicales. Il accordait une importance particulière à la promotion des soins de premier recours et fut ainsi le promoteur de la création de la FIAM.

On peut consulter son éloge détaillé sur l'Internet sous berner-aerzte.ch.

Non à la révision de la LAMal – mais alors, quoi d'autre?



Peter Jäger, service de presse et d'information

Ils seront probablement peu nombreux ceux qui, sous la coupole fédérale, considéreront que la 2^{ème} révision partielle de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) est une œuvre accomplie. Cette révision doit-elle être considérée comme mieux que rien? Au contraire ne serait-il pas mieux qu'il n'y ait rien, plutôt que cette révision? La LAMal elle-même – ainsi que cela fut plusieurs fois affirmé – n'est-elle pas une construction hybride, un poisson qui vole et qui pourrit en commençant par la tête? Lorsque des doutes de telle nature font leur apparition, il est souhaitable de revenir aux sources, elles ne sont pas si compliquées, en dépit de ce qui est généralement prétendu.

1. En comparaison internationale, les dépenses de santé, en Suisse, se situent, dans tous les domaines, presque au même niveau, c'est-à-dire: un peu mieux, un peu plus beau et un peu plus cher que (presque) tous les autres pays. La statistique de l'OCDE montre qu'il existe une relation directe entre la richesse d'un pays (PIB corrigé en fonction du pouvoir d'achat) et les dépenses de santé de ce pays. D'autres statistiques (nombre de médecins, nombre de lits, durée du séjour hospitalier), montrent que la Suisse est en tous points comparable avec la moyenne.

2. Pour un ménage suisse moyen (comportant 2.44 personnes), le poids des primes de caisse maladie pour l'assurance de base représentée, par mois, environ 5 pour cent, c.-à-d. quelques 364 francs sur un budget de dépenses de 7634 francs (pour des revenus du ménage de 8696 francs).

3. L'évolution démographique, mais également les progrès dans les domaines de la médecine, de la technique médicale et de la pharmacie, font entrevoir avec certitude que les dépenses de santé, à l'avenir, augmenteront nettement plus que la

moyenne des dépenses du coût de la vie. Toutes les affirmations selon lesquelles il serait possible de diminuer les dépenses de santé grâce à des ingrédients de politique alternative, sans toucher à l'essentiel, finissent par se révéler n'être que des chants de sirène. Nous approchons du point où notre peuple devra accepter de fixer des priorités: payer plus ou accepter de renoncer à certaines prestations. On va évidemment tenter d'appliquer le principe bien connu consistant à faire passer à la caisse certains groupes marginaux: les buveurs et les fumeurs payent plus, les prestations de soins pour personnes âgées ne seront plus à la charge de l'assurance maladie, l'héritage servira à payer les soins terminaux. Mais de telles mesures ne permettent que le report des décisions douloureuses. Il est dans la nature des choses qu'il soit difficile, pour les politiciens, de prendre de telles décisions, celui qui les prône devient le bouc émissaire de la nation et voit ses chances de réélection se réduire.

Englué dans le bourrage de crâne

La 2^{ème} révision de la LAMal est l'exemple typique d'une activité législative où chacun cache ses cartes. Les «réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire» apportent une preuve évidente à ce sujet. La seule chose qui est sûre, c'est que dans un tel réseau le patient est pris en charge de A à Z (les soins dentaires faisant probablement exception, mais on n'en est pas encore certain), tant au niveau ambulatoire qu'hospitalier. Le réseau devrait recevoir, pour chaque assuré inscrit une somme forfaitaire, ainsi qu'une réassurance pour des cas particulièrement coûteux. La manière dont sont constitués ces réseaux, les conditions auxquelles leurs membres doivent satisfaire et comment les remboursements doivent être effectués, tous ces points ne sont pas définis. De tels réseaux sont surtout connus dans les pays anglo-saxons. Ils n'ont pratiquement jamais fait leurs preuves et n'ont pu s'imposer à large échelle dans aucun pays.

L'idée selon laquelle les cantons devraient décider du nombre de fournisseurs de prestations dont ils ont besoin constitue, elle aussi, de la poudre aux yeux politique. Pour l'instant la planification hospitalière est encore et toujours en attente. Les cantons devraient maintenant «répar-

tir» 15'000 médecins de 50 spécialités différentes, sans compter 4000 dentistes, pharmaciens, physiothérapeutes, chiropraticiens, et autres?

Nul ne conteste à ce jour, en Suisse, que la qualité des soins médicaux dispensés se situe à un haut niveau et qu'elle est efficace. Le parlement actuellement voue tous ses efforts pour la mettre en danger par des mesures très discutables. Cela ne doit pas arriver sans que le peuple ait eu la possibilité de se prononcer.

Plus de courage, plus de bonne foi

Quelle serait l'alternative à ces sauts de cabri politiques, qui ne cessent d'apparaître depuis des lustres, sans qu'il n'en résulte le moindre effet positif? Il importerait de parler vrai au peuple. Une information honnête au sujet des augmentations de coûts prévisibles et les différentes variantes de financement contribuerait à la clarté de la discussion. Il y aurait lieu, depuis longtemps, de démontrer également, une fois pour toute, les bénéfices de la médecine.

Dans le sens de ce qui précède, les mesures suivantes devraient être réalisées:

- L'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) doit être conçue à l'avenir dans le sens d'une liste négative, elle ne doit reconnaître comme prestation obligatoire que ce qui est véritablement indispensable du point de vue médical.
- Les fournisseurs de prestations qui abusent du système perdent définitivement leur contrat après deux sanctions.
- Les patients autorisent soit l'enregistrement centralisé de leur dossier ou un système selon le principe du gatekeeper.
- La franchise est augmentée massivement et en fonction du revenu.
- Les assurés à faible revenu sont aidés de façon efficace et avec un recours administratif aussi réduit que possible. Il ne doit plus se produire, comme c'est le cas aujourd'hui, que dans certains cantons 30 à 50 pour cent de la population puisse bénéficier d'une grande ou d'une plus petite réduction de prime.

Les mesures décrites ici posent en partie des problèmes juridiques et sont d'application politique difficile. Il convient cependant de rappeler qu'il est possible de modifier des lois et que l'opinion, en matière politique, se forme avec le temps et la persévérance.

Peter Jäger

«Je ne veux pas de Cadillac, une VW me suffit»



P. Eichenberger
président
de la fondation
Croix-Rouge
Lindenhof

Réflexions à l'occasion du changement d'année

L'occasion de la dernière séance du conseil de fondation de l'année incite à faire un bilan et à imaginer l'avenir. Le bilan, pour les deux «piliers» de la fondation Croix-Rouge Lindenhof, l'hôpital et l'école, est réjouissant. Nous pouvons être très satisfaits des résultats obtenus, compte tenu des données actuelles. Mais voilà, ces données – le cadre légal, les conventions avec les caisses, ainsi que les tarifs – sont contestées depuis longtemps et font l'objet d'intenses discussions, en raison des coûts de notre système de santé en constante augmentation et se situant, ainsi qu'on le dit, à un niveau trop élevé et devant être réduits. Depuis des années, de nouvelles bases légales et de nouveaux systèmes tarifaires sont donc élaborés et appréciés diversement, des délais sont fixés pour la prise de décision et l'entrée en vigueur – ils sont régulièrement repous-

sés. Sous cet angle de vue, le bilan de 2003 n'est pas positif: nous entrons dans la nouvelle année sans cadre clairement défini.

La base légale, la LAMal et la loi sur les soins hospitaliers, sont en cours de délibération. Dans le domaine des assurances et des tarifs, on est parvenu, au dernier moment, à des solutions provisoires, de probable courte durée de vie et en partie incomplètes. Des données importantes, telles que la valeur du point et les rémunérations forfaitaires n'ont, après de longues négociations, été fixées que provisoirement et sont contestées. N'est-il pas décourageant qu'avec notre système nous ne soyons plus en mesure de trouver à temps des mesures adaptées? Sans parler des coûts supplémentaires générés par les va-et-vient. Dans de telles conditions, la planification est très difficile, spécialement s'il n'est pas possible de se débarrasser de déficits annoncés. C'est ainsi que par exemple l'hôpital Lindenhof se voit contraint de faire, pour les prochains mois, des provisions à hauteur de millions, s'il veut conserver des liquidités pour le cas où les comptes, selon les données provisoires, feraient apparaître des problèmes ou que des corrections, par exemple au niveau de la valeur du point, devaient être décidées. L'augmentation de cette dernière n'est pas particulièrement dans l'air du temps.

Il n'est évidemment pas facile pour l'«entreprise santé», avec ses dépenses de 44 milliards de francs et une croissance annuelle de dix pour cent, de trouver des solutions, des solutions que tous les parti-

Référendum: directives pour la récolte des signatures

Exigences formelles

Sur une même liste ou carte de signatures ne doivent figurer que des électeurs d'une **même commune politique**.

La commune politique concernée doit **figurer en toutes lettres** sur l'en-tête de la liste. Le nom, le prénom, la date exacte de naissance et l'adresse du domicile doivent être mentionnés **à la main et de façon lisible** (si possible en caractères d'imprimerie). Les indications illisibles seront déclarées non valables par l'autorité d'attestation.

Les listes ou cartes de signatures doivent être remplies au **stylo à bille ou au feutre**. La **signature** de l'électrice ou de l'électeur ne doit en aucun cas manquer.

Les listes ou cartes de signatures ne doivent en aucun cas être coupées en deux ou déchirées. Dans un tel cas, **toutes** les signatures seront déclarées non valables.

cipants et tous ceux qui sont concernés pourraient plus ou moins approuver, qui, avec des frais relativement peu importants, pourraient satisfaire à des exigences élevées, parfois hors de toute proportion et en même temps permettre un développement permanent flexible du système. Les intérêts de ceux qui sont concernés sont très variés. L'état n'est pas seulement celui qui finance, tout en souhaitant réduire sa participation, il est également, en sa qualité de propriétaire et gestionnaire des hôpitaux publics, celui qui offre des prestations et aussi un concurrent. Les assurances et les caisses maladie ne se satisfont plus de leur rôle de simples cautions. Elles cherchent de plus en plus à accroître leur influence au niveau de l'offre et de la structure des prix, ce qui a été clairement démontré lors des négociations au cours des récentes semaines. Les professions paramédicales créent de nouvelles positions et apparaissent sur le marché, très souvent avec succès. Lorsque nous ne parvenons pas à nous unir, en qualité de grands ou de plus petits entrepreneurs, nous finissons tant bien que mal par appeler l'état à notre secours en qualité d'arbitre, par exemple dans le «combat de répartition» entre médecins pharmaciens et pharmaciens ou lors de la fixation de la valeur du point.

Le problème des coûts, revenus et profits n'est qu'un aspect de la question, il est en étroite relation avec un autre problème fondamental qui ressort du domaine social et politique. Il concerne des questions difficiles telles que la délimitation entre des besoins généraux ou à option, entre exigences pour tous ou choix individuels complémentaires pour ceux qui en ont les moyens et, finalement, de questions touchant au rationnement de la médecine.

Dans le cadre de la discussion politique, ce sont essentiellement des problèmes de répartition qui sont au premier plan. Les compétences et les moyens sont déplacés. On exige une plus grande transparence, la loi du marché et l'esprit d'entreprise – et lorsqu'un pas est fait dans cette direction, on se plaint et un référendum est lancé. Le tout doit finalement conduire à un jeu à somme nulle. Notre système de santé n'en devient pas meilleur, pour ne pas dire plus efficace ou moins cher. Pour atteindre ce point, ceux qui en ont reçu les compétences doivent encore prendre les décisions. Mais ce n'est pas si facile.

Me voici revenu à la Cadillac et la VW évoquées dans le titre. La citation a été faite par un économiste réputé lors d'un séminaire consacré aux coûts de la santé, devant le «vieillessement» de la population et les problèmes médicaux relevant de

l'augmentation attendue du nombre des personnes âgées. La citation s'adressait au médecin de famille ou au gatekeeper. En va-t-il vraiment de la sorte? Ce dernier ne doit-il pas précisément être une «Cadillac» dans sa formation? Malheur à lui s'il oublie quelque chose ou aiguille mal dans son rôle de gatekeeper! Est-ce que les compétences professionnelles ne sont pas confondues avec la profondeur des fauteuils de cuir de la salle d'attente?

Il existe certainement des mesures qui permettraient, sans perte de qualité et trop grande augmentation des coûts, d'augmenter l'efficacité. Je suppose pourtant que même les réseaux médicaux, après peut-être des économies initiales, ne seront pas en mesure de mettre un terme à l'augmentation des coûts.

Il en va de même dans le domaine hospitalier. Ce que ni l'examen stratégique des structures hospitalières ni la fermeture de certains hôpitaux de district n'a permis d'atteindre, devrait maintenant être réglé par la nouvelle loi sur les soins hospitaliers. Elle contient nombre d'excellentes propositions, telles que la fusion de certaines structures isolées en des hôpitaux régionaux centralisés, dont la mission ressortirait de mandats et de contrats de prestation encore à définir. L'hôpital Lindenhof, avec les hôpitaux d'Aarberg, Belp, Berne et Münsingen, entend participer à ce système en qualité d'hôpital régional privé. Le déplacement des compétences et de la fortune des communes vers le canton ou à des privés ne résout pas encore la problématique des coûts. Les mesures décisives doivent être encore prises par les nouveaux supports juridiques. Lors de la réunion citée plus haut, les spécialistes de l'économie pensaient que grâce à la création de cliniques gériatriques et d'institutions pour malades de longue durée, il serait possible de réduire sensiblement les coûts de la santé. Une pensée identique se situe apparemment en arrière-fond d'une déclaration de la direction de la santé publique de notre canton, qui, pour des raisons financières, songe à l'avenir ne plus construire de nouvelles maisons pour personnes âgées, mais soigner ces personnes à domicile. La gériatrie, de même que les soins aux personnes âgées ne peuvent être réduites à une médecine de bas niveau et rudimentaire. Ce sont des domaines complexes et coûteux qui exigent du personnel spécialement formé. Ici également il faut se poser la question de la Cadillac ou de la VW, voire de la Trabant.

Et maintenant, comment continuer? Il y a à mon avis de bons points de départ. De trop nombreuses valeurs importantes sont

pourtant encore contestées, font l'objet de discussions sans décision ou d'une décision provisoire. Cela rend impossible une planification sérieuse à long terme, tant pour le cabinet médical que pour l'hôpital. C'est ainsi que nous aurions voulu connaître la nature du financement hospitalier avant de nous organiser selon la nouvelle loi sur les soins hospitaliers, il serait important, pour tous les supports juridiques actuels et futurs des hôpitaux, de connaître aussi vite que possible l'indemnisation de la fortune lors du passage aux nouvelles structures et il serait essentiel, pour la gestion actuelle de notre entreprise, de pouvoir nous appuyer rapidement sur une valeur du point définitive et des forfaits valables. Il va de soi que toutes les décisions ne nous satisferont pas. C'est pourquoi nous attendons qu'elles soient bien fondées. En qualité d'entreprise indépendante nous devons finalement les accepter et trouver pour notre hôpital et ses médecins agréés les solutions applicables.

Dr P. Eichenberger, président de la fondation Croix-Rouge Lindenhof

«PAS DE LIMITES» pour les clients de PonteNova

Par l'envoi d'une copie électronique au trustcenter, vous répondez aux exigences contractuelles de fourniture des données de facturation dans le domaine LAMal et toutes les limitations TarMed tombent pour vous. Un argument de plus en faveur de votre TC.

H.W. Leibundgut,
président du CA de PonteNova

Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne / paraît 6 x par an.

Résponsable pour le contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.

Rédacteur: Peter Jäger, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8. Tél. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82; E-Mail: jaeger@forumpr.ch

Annonces: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern.

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

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition décembre 2003.

La LAMal entre en vigueur: nouveaux contrats tarifaires pour les hôpitaux privés du canton de Berne



Beat Meister,
membre de la
commission tarifi-
faire pour le tarif
soins obliga-
toires du canton
de Berne

Le 1.1.2004, le monde tarifaire va non seulement se modifier dans le cas des patients ambulatoires du fait de TarMed, mais également de façon radicale dans le cas des patients hospitalisés dans les hôpitaux privés bernois à la suite de l'introduction de forfaits soins obligatoires.

Quatre points importants ont eu pour conséquence qu'à partir du 1.1.2004, dans les hôpitaux privés bernois, les médecins et les prestations hospitalières seront dorénavant facturées forfaitairement:

- Selon l'art. 49 LAMal, les prestations stationnaires à la charge de l'assurance de base obligatoire doivent être facturées forfaitairement.
- Les hôpitaux qui figurent sur la liste des hôpitaux du canton de Berne doivent en principe également admettre des patients au bénéfice de l'assurance de base.
- L'assurance complémentaire «Commune toute la Suisse», utilisée jusqu'à maintenant comme supplément hospitalier pour les hôpitaux privés du canton, ne sera à l'avenir valable que pour les hospitalisations extra-cantoniales.
- Tous les patients, y compris ceux qui bénéficient d'une assurance complémentaire, ont obligatoirement une assurance de base et ainsi le droit à des prestations de l'assurance de base lors d'une hospitalisation.

Se fondant sur ces faits, les assureurs maladie ont résilié les contrats actuels avec les hôpitaux privés bernois et exigé des négociations. Le partenaire lors des négociations a été l'Association des hôpitaux privés bernois et non les médecins. Grâce à une entente généralement bonne

entre les directions des hôpitaux et les médecins des hôpitaux privés, il a été possible aux médecins de participer aux négociations, sans toutefois être considérés comme partenaires contractuels. Les partenaires sont, d'une part, les hôpitaux privés et, d'autre part, les assureurs maladie. Chaque hôpital doit conclure avec ses médecins des contrats d'adhésion au contrat conclu avec les caisses.

Bien que de nombreux confrères pensent aujourd'hui encore qu'il eût été préférable de ne pas accepter les négociations, il apparaît clairement à tous ceux qui se sont donné seulement la peine d'effleurer la question, qu'un refus eût été insensé. Il aurait certainement abouti à une solution beaucoup plus mauvaise que celle obtenue. La coopération des médecins avec les hôpitaux et les caisses a finalement été honorée par des négociations raisonnables et correctes.

A la suite des expériences faites avec TarMed, où une politique du secret, ainsi que des «décisions de la direction» ont abouti au désastre connu pour les médecins agréés, le nouveau tarif a été élaboré ouvertement pour tous les concernés, sous l'autorité de la FMS Berne.

Sur la base de coûts comparables en provenance des hôpitaux publics, santéuisse a fait une offre pour la totalité des honoraires médicaux par cas. Elle fit clairement comprendre que ces sommes ne souffraient d'aucune discussion et que la seule alternative entrant en considération était une procédure de fixation de tarif par le canton.

Il s'agissait alors de partager le gâteau offert aussi équitablement que possible entre tous les médecins concernés, une tâche - on se l'imagine - presque impossible. Après avoir évalué un nombre considérable de possibilités, on finit par se décider de créer un nouveau tarif, un TarMed corrigé, se fondant sur la nomenclature, les temps et les valeurs intrinsèques. Ces paramètres en provenance de TarMed datent tous d'une époque où les médecins concernés collaboraient encore au tarif, ces paramètres sont ceux qui sont le moins contestés dans TarMed. Le TarMed corrigé contient toutes les corrections

demandées par les sociétés de discipline et présentées par la FMS, que les représentants de toutes les sociétés de discipline avaient acceptées, ainsi que des éléments qui auraient dû bénéficier de corrections lors du RE II. Il a été ainsi possible, en quelques semaines, de mettre au point un tarif acceptable par la majorité, fondé sur l'économie d'entreprise et répondant aux demandes des caisses.

Le tarif a été signé à fin novembre par santéuisse et les hôpitaux privés. Il doit encore être approuvé par le canton. Cette approbation exigeant un certain temps, il a été convenu qu'en tous les cas le contrat est valable pour une durée de un an et qu'il entre en vigueur le 1.1.2004.

Les quelques 250 forfaits prévus dans le contrat sont appliqués à tous les patients assurés de base. A côté de cela, on facturera à chaque patient au bénéfice d'une assurance complémentaire, que ce soit «demi-privé» ou «privé», le forfait au titre de contribution de l'assurance de base obligatoire.

Avec les nouveaux contrats, il est en principe possible que des patients ne bénéficiant que de l'assurance de base, puissent être soignés dans l'hôpital privé. L'admission de tels patients doit toutefois s'adapter la capacité d'admission de ces cliniques et il n'y a pas de libre choix du médecin dans les cliniques privées, de telle sorte que, comme c'est le cas dans les hôpitaux publics, les patients assurés de base peuvent être pris en charge par des médecins assistants ou hospitaliers. Le libre choix du médecin à l'hôpital reste un des éléments de l'assurance complémentaire.

Après les expériences pénibles faites avec TarMed et des méthodes de négociations catastrophiques, en tenant compte de ce qui est politiquement réalisable et en reconnaissant que les médecins, les caisses et les cliniques ne doivent pas forcément être des ennemis, le nouveau contrat tarifaire concernant les soins obligatoires est une lueur d'espoir. Dans les limites étroites de temps à disposition, on a créé les conditions constituant une base pour un développement futur du tarif. Il apparaît que les médecins, les hôpitaux et les caisses soient parvenus à la constatation qu'ils poursuivent un but commun, celui de fournir à nos patients, à un prix calculé sur des bases d'économie d'entreprise, les meilleurs soins possible.

Beat Meister
meister@bnm.ch

Communications du secrétaire



Th. Eichenberger,
secrétaire

Contrats des médecins cadres et loi sur les soins hospitaliers

La direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, par courrier daté du 21 novembre 2003, a fait savoir que devant l'absence de consentement et alors que les nouvelles bases légales seront applicables en 2005 déjà, elle renonçait à poursuivre les travaux envisagés au sujet du contrat type.

La caisse de compensation AVS du canton de Berne, elle, informe les hôpitaux par courrier du 28 novembre 2003, qu'en fonction de la pratique actuelle du tribunal fédéral des assurances en ce qui concerne la question du droit des assurances sociales des médecins hospitaliers, il serait tenu compte des dispositions actuellement valables à dater du 1^{er} janvier 2004.

Selon ces dispositions, les médecins hospitaliers autorisés à une activité privée devront faire aux caisses de compensation une déclaration en qualité d'indépendants, dans la mesure où leurs revenus concernent des traitements ambulatoires ou des consultations en cabinet privé.

Tous les autres éléments du revenu (notamment la rémunération de médecin chef / directeur, ainsi que celle pour leur activité auprès des patients hospitalisés, partiellement hospitalisés ou ambulatoires de l'hôpital) doivent être en règle générale déclarés par les hôpitaux concernés en leur qualité d'employeurs. Les revenus provenant des soins donnés à des patients demi-privés ou privés hospitalisés sont également concernés par cette disposition

La caisse de compensation AVS admet que la totalité des médecins hospitaliers des domaines de radiologie et anesthésie

devront à l'avenir être considérés comme salariés pour l'ensemble de leur activité.

Quelles sont donc les conséquences directes pour l'année 2004?

- Dans la mesure où les contrats des médecins cadres ont été préalablement résiliés mais qu'aucun nouveau contrat n'a été proposé, pour ne pas dire conclu, on peut partir du principe que les anciens contrats restent valables sous forme d'une relation contractuelle factuelle.
- La législation AVS fédérale, en qualité de législation fédérale contraignante, élimine toute autre disposition contractuelle dérogatoire.
- Dans leur activité privée de cabinet, les médecins cadres doivent appliquer, à partir du 1.1.2004, au même titre que les médecins en pratique privée, TarMed dans le domaine LAMal également.

Quelles sont les conséquences indirectes pour l'année 2004?

- Selon une décision du tribunal administratif, les revenus provenant de la pratique privée doivent être inclus dans le calcul de la contribution supplémentaire, selon l'art. 11 c, al. 5 de la LH (sur la part dépassant le double du montant maximal de la classe de traitement la plus élevée prévue pour un médecin chef engagé dans un hôpital cantonal, une contribution supplémentaire équivalant à 66 2/3 pour cent du montant dépassant ce montant maximal doit être versée), dans la mesure où la consultation est située dans des locaux situés dans l'hôpital; si cette obligation n'est pas incluse par l'hôpital dans le contrat des médecins cadres, ils s'exposent à une réduction de subvention.
- TarMed est également valable pour les prestations hospitalières à dater du 1.1.2004, toutefois avec une valeur du point plus élevée que les 89 centimes appliqués aux cabinets ambulatoires; ce fait peut conduire à de nouvelles négociations au sujet des éléments du revenu liés fixes ou variables des médecins cadres; les médecins agréés sont évidemment également concernés.
- Il en va de même pour autant que TarMed soit reconnu comme base de calcul pour les prestations hospitalières stationnaires.

- TarMed ne s'applique ni au domaine demi-privé ou privé des traitements privés de patientes et de patients, ni directement ou indirectement à titre d'aide de calcul (TarMed + X%).

La loi sur les soins hospitaliers, qui est actuellement discutée en commission du grand conseil et fera l'objet d'une délibération devant le grand conseil au début de 2004, tient compte du fait que quoique des revenus provenant de l'activité médicale privée soient encore possibles, en règle générale, dans le domaine stationnaire, ils seront considérés à l'avenir comme revenus provenant d'une activité salariée.

Malgré que cela puisse apparaître à première vue curieux, une activité salariée et le prélèvement de contributions ne s'excluent pas mutuellement. Le tribunal fédéral a décidé récemment que, dans un tel cas, les contributions se transforment en une base pour le calcul d'un élément variable du revenu.

En ce qui concerne les revenus qui doivent être considérés actuellement comme différents éléments du salaire, la question se pose de l'assurance perte de gain en cas de maladie ou d'accident, ainsi que l'inclusion dans le 2^{ème} pilier. Pour les questions concernant la prévoyance (2^{ème} et 3^{ème} pilier), vous pouvez vous adresser à la fondation de prévoyance de l'ASMAG, c/o Penda Associates AG, Tödistr. 38, Postfach, 8027 Zurich, tél. 01 289 20 89.

Dimanche 18 janvier 2004

17 heures

Eglise du Pasquart, Bienne

Mercredi 21 janvier 2004

20 heures

Eglise française, Berne

Orchestre des médecins

Direction: Matthias Kuhn

Soliste: Kaspar Zehnder, flûte

R. Zandonai

Il flauto notturno (Poemetto)

B. Romberg

Concerto pour flûte et orchestre en si mineur

R. Volkmann

Première symphonie en ré mineur

Remarque pour les lecteurs de langue française:
 Le contrat cantonal d'adhésion Tarmed, ainsi que ses annexes vous sont remis en langue allemande. Il feront l'objet d'une traduction «officielle» que vous recevrez dès qu'elle sera à disposition (n.d.t.).

Kantonaler Anschlussvertrag (AV) zum Rahmenvertrag TARMED (RV)

zwischen
santésuisse Bern

und
Ärzte-Gesellschaft des Kantons Bern (im Folgenden «AeG» genannt)

Abkürzungen:

KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18.03.1994
 KVV: Verordnung über die Krankenversicherung vom 27.6.1995
 RV: Rahmenvertrag TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002
 AV: Kantonaler Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Art. 1 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich
 Art. 2 Beitritt zum Vertrag / Verbandsmitglieder (Neumitglieder) / Nichtverbandsmitglieder
 Art. 3 Beitrittsgebühren / Unkostenbeiträge
 Art. 4 Rücktritt vom Vertrag
 Art. 5 Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte
 Art. 6 EAN-Nummer / Registriernummer (Reg.-Nr.)
 Art. 7 Ausschluss einzelner Aerzte / Versicherer
 Art. 8 Auftragsverhältnis / freie Arztwahl
 Art. 9 Taxpunktwert / Starttaxpunktwert
 Art. 10 Anpassung des Taxpunktwertes
 Art. 11 Rechnungstellung und Vergütung
 Art. 12 Elektronische Abrechnung
 Art. 13 Aertzliche Statistikdaten
 Art. 14 Zession von Versichertenansprüchen
 Art. 15 Praxisassistenten und Stellvertretung
 Art. 16 Anstellung von Aerzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person
 Art. 17 Vertrauensärzte
 Art. 18 Sanktionen bei Vertragsverletzung
 Art. 19 Kantonale paritätische Vertrauenskommission
 Art. 20 Vertragsdauer und Kündigung
 Art. 21 Inkrafttreten
 Art. 22 Rahmentarif
 Art. 23 Medikamentenregelung
 Art. 24 Schluss- und Uebergangsbestimmungen
 Art. 25 Behördliche Genehmigung

Präambel

¹ santésuisse und die FMH haben am 5. Juni 2002 den RV unterschrieben. Der RV wurde vom Bundesrat am 30. September 2002 genehmigt.

² Der Taxpunktwert ist überkantonale, kantonal oder regional durch die Parteien zu vereinbaren und durch die zuständige Regierung zu genehmigen (Art. 2 Abs. 3 und Art. 11 Abs. 2 RV).

³ Kommt es zu keiner Einigung zwischen den Verbänden, wird der Taxpunktwert durch die Regierung des zuständigen Kantons festgesetzt.

⁴ Während der Kostenneutralitätsphase sind regionale Lösungen innerhalb eines Kantons ausgeschlossen.

⁵ Versicherer und Ärzte können zudem überkantonale, kantonal oder regionale Bestimmungen erlassen, soweit der RV eine Materie nicht abschliessend regelt (Art. 2 Abs. 3 RV).

⁶ Sollten sich Bestimmungen des RV und/oder seiner Anhänge und Bestimmungen dieses Vertrages und/oder seiner Anhänge widersprechen, so gehen die Bestimmungen des RV und/oder seiner Anhänge vor.

⁷ Anhang 2 des RV mit der «Vereinbarung zur Kostenneutralität» bildet einen integrierenden Bestandteil dieses Vertrages.

Art. 1 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich

¹ Dieser Vertrag regelt die Beziehungen zwischen den Ärzten und Versicherern, die ihm durch schriftliche Erklärung beigetreten sind (Art. 2 AV). Vorbehalten bleibt Art. 24 Abs. 1 AV.

² Der Vertrag gilt für alle ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, die in der von den Parteien vereinbarten und vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur «TARMED» enthalten sind und die im Kanton Bern in freier Praxis erbracht werden (Art. 2 Abs. 1 RV).

³ Ärzte, die an einem Spital ambulante Leistungen im eigenen Namen, auf eigene Verantwortung und auf eigene Rechnung mit einer eigenen Verrechnungsnummer erbringen, sind in Bezug auf diese Leistungen diesem Vertrag nicht unterstellt.

Art. 2 Beitritt zum Vertrag / Verbandsmitglieder (Neumitglieder) / Nichtverbandsmitglieder

¹ Diesem Vertrag können Ärzte und Versicherer beitreten, die dem RV beigetreten sind (Art. 46 Abs. 2 KVG i.V. mit Übergangsbestimmungen Art. 1 RV und Art. 24 Abs. 1 AV).

Verbandsmitglieder der AeG (Neumitglieder)

² Neumitglieder der AeG, für die der RV gilt, haben bei der Aufnahme schriftlich zu erklären, ob sie diesem Vertrag beitreten.

Nicht-Verbandsmitglieder der AeG

³ Nicht-Verbandsmitglieder der AeG können diesem Vertrag beitreten, sofern sie dem RV beigetreten sind (Art. 5 RV). Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit seinen Anhängen ein. Er hat durch schriftliche Erklärung an die AeG zu erfolgen. Er wird erst wirksam, wenn die Beitrittsgebühr (Art. 3 AV) bezahlt worden ist.

⁴ Versicherer können den Beitritt und den Rücktritt unabhängig von einer Mitgliedschaft zu santésuisse erklären.

Art. 3 Beitrittsgebühren / Unkostenbeiträge (Art. 46 Abs. 2 KVG und Art. 5 RV)

¹ Ärzte, die Nicht-Verbandsmitglieder von AeG sind, haben an die zuständige AeG eine einmalige Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu bezahlen.

² Die Modalitäten sind im Anhang A dieses Vertrages geregelt.

Art. 4 Rücktritt vom Vertrag

¹ Einzelne Ärzte und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 30.06. und per 31.12. von diesem Vertrag zurücktreten. Der Rücktritt kann frühestens nach Ablauf der Kostenneutralitätsphase erfolgen. Ärzte reichen ihre Rücktrittserklärung innert der vorgegebenen Frist bei ihrem jeweiligen Sekretariat der AeG ein; Versicherer reichen ihre Rücktrittserklärung innert der vorgegebenen Frist bei santésuisse ein.

² Falls ein Arzt oder Versicherer die Zugehörigkeit zum RV verliert, so verliert er gleichzeitig die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag.

³ Verliert ein Arzt die Mitgliedschaft bei der AeG, verliert er die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag auf den nächsten Kündigungstermin gemäss Art. 4 Abs. 1 RV bzw. Art. 4 Abs. 1 AV, sofern er diesem Vertrag nicht als Nicht-Verbandsmitglied beiträgt. (vgl. Art. 2 Abs. 3 AV).

Art. 5 Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte (Art. 3 Abs. 3 und 4 RV)

¹ Die Parteien führen ein Verzeichnis über die Beitritte und Rücktritte.

² Alle Mutationen werden in diesem Verzeichnis festgehalten, welches für die Parteien, aber auch für Dritte, massgebend ist.

³ Das Verzeichnis bezüglich der Aerzte wird von der zuständigen AeG geführt.

⁴ Die Parteien stellen sich die entsprechenden Verzeichnisse halbjährlich zu.

Art. 6 EAN-Nummer / Registriernummer (Reg.-Nr.) (Art. 6 RV)

¹ Die FMH händigt allen Aerzten eine EAN-Nummer aus (einheitliche europäische Individualisierungs-Nummer).

² Gestützt auf diese EAN-Nummer sowie die mitgeteilten Daten über die Verrechnungsberechtigung erteilt santésuisse dem gemäss KVG, RV und AV als Leistungserbringer anerkannten Arzt eine Registrierungsnummer (Reg.-Nr.). Der Arzt rechnet über diese Registrierungsnummer ab. Die persönliche EAN- und die Reg.-Nr. müssen auf jeder Rechnung und Verordnung aufgeführt werden. (Art. 11 Abs. 2 lit. a AV).

³ Die bisherigen Registrierungsnummern können im allgemeinen beibehalten werden.

⁴ santésuisse übermittelt dem zugelassenen Arzt die Registrierungsnummer innert 10 Tagen, nachdem das entsprechende Begehren mit den Unterlagen, aus denen hervorgeht, dass es sich um einen gemäss RV und diesem Vertrag als Leistungserbringer anerkannten Arzt handelt, eingereicht worden ist, und nachdem die Beitrittsgebühr bezahlt ist (Art. 6 Abs. 3 RV, Art. 3 AV).

Art. 7 Ausschluss einzelner Aerzte / Versicherer (Art. 10 Abs. 1 lit. f RV)

Der Ausschluss von Aerzten oder Versicherern darf nur aus wichtigen Gründen beantragt werden. Die antragstellende Partei hat ein Ausschlussbegehren mit schriftlicher Begründung an die kan-

tonale paritätische Vertrauenskommission zu richten. Diese teilt ihren Entscheid dem betroffenen Arzt oder Versicherer mit. Der Entscheid kann an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG weitergezogen werden.

Art. 8 Auftragsverhältnis / freie Arztwahl

¹ Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient richten sich nach dem Recht des einfachen Auftrags (Art. 394 ff OR).

² Die freie Arztwahl der Versicherten wird von den Parteien ausdrücklich garantiert. Vorbehalten bleiben Einschränkungs-möglichkeiten der freien Arztwahl durch gesetzliche Bestimmungen (zur Zeit besondere Versicherungsformen Art. 62 KVG).

Art. 9 Taxpunktwert / Starttaxpunktwert

¹ Der Starttaxpunktwert und die Parameter der Kostenneutralität werden in Anhang C geregelt. Der Starttaxpunktwert wird nach der in Anhang 2 RV vorgesehenen Methode festgelegt.

² Der Starttaxpunktwert wird während der Einführungsphase nach den Bestimmungen des Anhangs 2 RV angepasst.

³ Der sich nach Beendigung der Kostenneutralitätsphase ergebende Taxpunktwert wird in Anhang B festgelegt

Art. 10 Anpassung des Taxpunktwertes

¹ Die Parteien verpflichten sich, Verhandlungen über die Anpassung des Taxpunktwertes aufzunehmen, wenn sich der Landesindex der Konsumentenpreise seit Ende der Einführungsphase von TARMED und danach seit der letzten Anpassung des Taxpunktwertes um mehr als 5 Punkte verändert hat.

² Eine Anpassung des Taxpunktwertes kann maximal einmal jährlich erfolgen.

³ Die Modalitäten werden in Anhang B geregelt.

Art. 11 Rechnungstellung und Vergütung (Art. 42 KVG und Art. 11 RV)

¹ Schuldner gegenüber dem Leistungserbringer im Rahmen des KVG ist der Versicherte (System des tiers garant). Der Arzt schick die Rechnung dem Versicherten.

² Zwischen einzelnen Versicherern und einzelnen Ärzten bei Vertragsbeginn bestehende Vereinbarun-gen über Direktzahlungen (System des tiers payant) können weitergeführt werden.

³ Die Rechnung nach Absatz 1 hat gemäss Art. 11 Abs. 8 RV folgende Angaben zu enthalten:

- Name und Adresse des Arztes, die Reg.-Nr. und die EAN-Nr.
- Name, Adresse, Geburtsdatum und – soweit vorhanden – die Versicherten-Nummer des Patienten
- Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen)
- Kalendarium der Leistungen
- Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung
- Taxpunkte, Taxpunktwerte, Summe der Taxpunkte, Gesamtbetrag pro Tarif
- Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnose-Code
- Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG
- Rechnungsdatum

⁴ Die Rechnungstellung durch die Ärzte hat in der Regel jeweils spätestens alle drei Monate zu erfolgen. Um den Versicherern eine korrekte Abrechnung der Leistungen auf Ende eines Kalen-

derjahres zu ermöglichen, wird den Ärzten empfohlen, ihre Leistungen entsprechend per Ende eines Kalenderjahres abzurechnen, bzw. die Leistungen auf einer Rechnung nach Kalenderjahr aufzugliedern.

Art. 12 Elektronische Abrechnung

Die Parteien stellen fest, dass die von der Ärzteschaft gegründete PonteNova bereit ist und zur Verfügung stehen wird, als Intermediär den elektronischen Datentransfer anzubieten.

Art. 13 Ärztliche Statistikdaten

Über die Herausgabe der Statistiken treffen die Parteien separate Vereinbarungen.

Art. 14 Zession von Versichertenansprüchen

¹ Bei notorisch schlechten Zahlern nach erfolgloser Betreuung und beim Bestehen dringender Verdachtsgründe, dass die Kostenerstattung des Krankenversicherers durch den Versicherten zweckfremd verwendet wird (z.B. Drogenbeschaffung) kann der Arzt ausnahmsweise von der Möglichkeit Gebrauch machen, sich vom Versicherten die Leistungsansprüche gegenüber seinem Versicherer abtreten zu lassen und dies dem Versicherer zu notifizieren (Übereinkunft AeG und Kantonalverband bernischer Krankenkassen Ziff. 3 vom 13.12.1993). Die Notifikation ist zusammen mit der Rechnung beim Versicherer einzureichen.

² Streitigkeiten betreffend die Zession werden in erster Instanz durch die kantonale paritätische Vertrauenskommission entschieden.

Art. 15 Praxisassistent und Stellvertretung (Art. 8 RV)

¹ Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Leistung persönlich zu erbringen.

² Er kann unter Berücksichtigung der kantonalen Gesetzgebung einen Praxisassistenten oder Stellvertreter beiziehen.

³ Ein Praxisassistent kann zur Weiterbildung während maximal 6 Monaten angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitige Lösungen in der WBO (Weiterbildungsordnung). Der Praxisinhaber gibt santésuisse die EAN-Nummer und die Dauer der Anstellung des Praxisassistenten bekannt.

⁴ Ein Stellvertreter kann bei länger dauernder Abwesenheit des Praxisinhabers angestellt werden. Bei regelmässigen, im voraus bekannten Tagesabwesenheiten und bei Ferienabwesenheiten von mehr als 14 Tagen sind Name und Dignität des Stellvertreters santésuisse bekannt zu geben. Dauert eine Stellvertretung länger als sechs Monate, so hat der betreffende Stellvertreter eine eigene Registernummer zu beantragen.

⁵ Der Arzt als Inhaber der Registriernummer trägt im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für das ärztliche Verhalten seines Stellvertreters oder Assistenten.

⁶ Stellvertreter im Sinne von Art. 15 Abs. 4 AV können insbesondere eingesetzt werden bei vorübergehender Verhinderung an der persönlichen Berufsausübung, bei der übergangsweisen Fortführung der Praxis, bei dauernder Arbeitsunfähigkeit oder beim Tode des Arztes, um die Übernahme der Praxis durch einen Nachfolger zu ermöglichen.

⁷ Die Frist von 6 Monaten gemäss Art. 15 Abs. 3 AV kann durch santésuisse ausnahmsweise verlängert werden.

Art. 16 Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person (Art. 9 RV)

¹ Die Anstellung von Ärzten unter der Verantwortung und Aufsicht eines anstellenden Arztes ist zulässig.

² Die anzustellenden Ärzte müssen santésuisse und der FMH vor Antritt der Stelle gemeldet werden. Im Zeitpunkt der Anstellung müssen für den anzustellenden Arzt die Voraussetzungen gemäss Art. 36 KVG und Art. 38 KVV erfüllt sein.

³ Eine Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person (AG, Kommanditgesellschaft, GmbH, Genossenschaft, Verein etc.) ist möglich.

⁴ Sind mehrere Ärzte unter einer einzigen Reg.-Nr. tätig, haften sie im Rahmen dieses Vertrages gegenüber den Krankenversicherern bei vertragswidrigem Verhalten solidarisch.

⁵ Die erbrachten Leistungen müssen den einzelnen Ärzten mittels EAN-Nummer so zugeordnet werden können, dass aus der Rechnung der Arzt ersichtlich ist, der die Leistungen hauptverantwortlich erbringt.

⁶ Die Anstellung von Aerzten bzw. die Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person richtet sich im übrigen nach der kantonalen Gesetzgebung und den Vereinbarungen zwischen Ärzten und Versicherern auf überkantonaler, kantonomer oder regionaler Ebene.

Art. 17 Vertrauensärzte

¹ Vertrauensärzte unterstehen den Bestimmungen des zwischen santésuisse und FMH abgeschlossenen Vertrauensarztvertrages, zur Zeit Version vom 14.12.2001.

² Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärzte-Gesellschaften Vertrauensärzte. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 36 KVG erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein (Art. 57 Abs. 1 KVG).

³ Vertrauensärzte, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärzte-Gesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat. (Art. 57 Abs. 2 KVG).

⁴ Eine kantonale Ärzte-Gesellschaft kann einen gesamtschweizerisch tätigen Vertrauensarzt aus wichtigen Gründen ablehnen (Art. 57 Abs. 3 KVG); in diesem Fall ist die Sache der kantonalen paritätischen Vertrauenskommission zu unterbreiten

⁵ Falls ein Vertrauensarzt Versicherte persönlich untersucht, muss er den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren (Art. 57 Abs. 6 KVG).

⁶ santésuisse verpflichtet sich, von den Versicherern jeweils per 01.01. eines Jahres eine Liste der Tele-fonnummern und Zustelladressen der für die verschiedenen Kantone zuständigen vertrauensärztlichen Dienste oder der Vertrauensärzte zu verlangen und den AeG diese Listen auf dem Internet zugänglich zu machen.

Art. 18 Sanktionen bei Vertragsverletzung (Art. 10 RV)

¹ Verletzt ein diesem Vertrag beigetretener Arzt oder Versicherer Bestimmungen dieses Vertrages oder des RV, seiner Anhänge, des KVG (insbes. Weitergabe von erhaltenen Vergünstigungen Art. 56 Abs. 3 KVG) oder seiner Verordnungen, so kann die kantonale paritätische Vertrauenskommission folgende Sanktionen aussprechen:

- schriftliche Mahnung
- Nichtbezahlung von zu Unrecht verrechneten Leistungen
- Rückforderung von zu Unrecht bezahlten Vergütungen
- Bezahlung von zu Unrecht verweigerten Vergütungen
- Busse bis Fr. 50'000.–
- Ausschluss vom Vertrag
- Veröffentlichung in den Publikationsorganen der Vertragsparteien.

² Die einzelnen Sanktionen können kumulativ ausgesprochen werden.

³ Die Einreichung einer Strafanzeige bei Verdacht auf eine strafbare Handlung bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Art. 19 Kantonale paritätische Vertrauenskommission

¹ Die Parteien richten gestützt auf Art. 17 RV gemeinsam eine kantonale paritätische Vertrauenskommission ein. Die Einzelheiten (Zusammensetzung, Zuständigkeit, Verfahren) richten sich nach einem separaten Reglement (Anhang D). Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Abs. 2 bis 6.

² Die AeG bestimmt ihre Vertreter, santésuisse die Vertreter der Versicherer.

³ Die vertragsschliessenden Parteien wählen einen neutralen Vorsitzenden und bestimmen gegebenenfalls gemeinsam ein allfälliges Sekretariat. Die Kosten für den Vorsitz sowie das Sekretariat werden von den Parteien je zur Hälfte getragen.

⁴ Die kantonale paritätische Vertrauenskommission ist ausdrücklich nicht zuständig für Pauschalbeanstandungsverfahren gegen einzelne Ärzte, die sich auf die Rechnungsstellerstatistik von santésuisse abstützen. Diese Verfahren sind direkt beim zuständigen ordentlichen kantonalen Schiedsgericht nach Art. 89 KVG einzureichen.

⁵ Die vertragsschliessenden Parteien und ihre Mitglieder sowie Ärzte und Versicherer, die den Einzelbeitritt zu diesem Vertrag erklärt haben, sind verpflichtet, sich dem Verfahren vor der kantonalen paritätischen Vertrauenskommission zu unterziehen. Vorbehalten bleiben die Verfahren gemäss Absatz 4.

⁶ Die Vertragsparteien entschädigen ihre Vertreter selbst.

Art. 20 Vertragsdauer und Kündigung (Art. 46 Abs. 5 KVG und Art. 18 RV)

¹ Für die Vertragsdauer und die Kündigung dieses Vertrages gelten die in Art. 18 RV enthaltenen Abmachungen.

² Wird der RV gekündigt, so gilt auch dieser Vertrag auf den gleichen als Termin gekündigt.

Art. 21 Inkrafttreten

¹ Dieser Vertrag tritt per 01.01.2004 in Kraft. Ab diesem Datum wird mit der neuen TARMED-Tarifstruktur abgerechnet. Spätestens ab diesem Stichtag sind Leistungen für Analysen, Logopädie, Physio- und Ergotherapie nach den entsprechenden eidgenössischen Tarifen abzurechnen.

² Für das Inkrafttreten gilt im übrigen Art. 20 RV.

³ Falls während der Einführungsphase der Kontrahierungszwang durch eine Gesetzesänderung aufgehoben oder abgeändert wird, kann dieser Vertrag entweder nach ungenutztem Ablauf der Referendumsfrist oder nach der Referendumsabstimmung innert 3 Monaten per 30.06. bzw. per 31.12. gekündigt werden (Art. 18 Abs. 6 RV).

Art. 22 Rahmentarif (Art. 48 KVG)

Wird der kantonale Anschlussvertrag gekündigt oder wird der RV vom 5. Juni 2002 gekündigt und kommt kein neuer RV zustande, beantragen die Parteien der Genehmigungsbehörde, den gültigen Taxpunktwert plus/minus 2 Rappen im Sinne von Art. 48 KVG als Rahmentarif festzusetzen.

Art. 23 Medikamentenregelung

Wird bei Bedarf separat geregelt.

Art. 24 Schluss- und Übergangsbestimmungen

¹ Alle Ärzte, die Mitglied der AeG sind und für die der RV gilt, sind bei Inkrafttreten diesem Vertrag angeschlossen, sofern sie dem Sekretariat der AeG nicht innert 30 Tagen ab Zustellung des Vertrages bzw. ab Veröffentlichung im Verbandsorgan der AeG mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht beitreten (Übergangsbestimmung Art. I RV)

² Bis 31.12.2004 muss auf den Rezeptformularen für Arzneimittel die EAN-Nummer noch nicht angegeben werden.

Art. 25 Behördliche Genehmigung

¹ Dieser Vertrag und seine Anhänge sowie der Anhang 2 Kostenneutralität RV bedürfen der Genehmigung durch die Regierung des Kantons Bern.

² Falls die zuständige Genehmigungsbehörde oder die zuständige Beschwerdeinstanz die Genehmigung gemäss Abs. 1 nicht erteilt und/oder die entsprechenden wesentlichen Anhänge nicht genehmigt, wird der gesamte Vertrag mit seinen Anhängen für die Parteien gegenstandslos. Die Anhänge B und C gelten als wesentlich!

Ort, Datum

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Dr.med. J. Schlup
Präsident

Dr.iur Th. Eichenberger
Sekretär

santésuisse
Ruth Humbel Näf
Regionenleiterin Mitte

santésuisse Bern
P.M. Vallon
Geschäftsführer

Anhänge:

- A. Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern
- B gültiger Taxpunktwert
- C. Berechnung und Festsetzung des kantonalen Starttaxpunktwertes / Kostenneutralität
- D. Reglement für die kantonale paritätische Vertrauenskommission

ANHANG A

Beitragsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern

Gemäss Art. 46 Abs. 2 KVG bzw. Art. 5 RV sowie Art. 6 des Anhanges 5 RV und Art. 3 AV vereinbaren die Ärzte-Gesellschaft des Kantons XY und santésuisse folgendes:

1. Die AeG erhebt von den Nichtverbandsmitgliedern eine Beitragsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag.
2. Diese Beiträge dienen der Deckung der Kosten der Vertragsverhandlungen, des Vertragesabschlusses, der Erstellung der für die Anhänge B und C des Kantonalen Anschlussvertrages (Taxpunktwert, Starttaxpunktwert und Parameter der Kostenneutralität) notwendigen Datengrundlagen und der Durchführung des Vertrages sowie der Tätigkeit der kantonalen paritätischen Kommission, soweit sie Aufgaben im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu übernehmen hat.
3. Die Beitragsgebühr für Nichtverbandsmitglieder beträgt maximal 60% – im Einführungsjahr von TARMED bzw. des AV maximal 80% – des Mitglieder-Jahresbeitrages der AeG.
4. Der jährliche Unkostenbeitrag für Nichtverbandsmitglieder beträgt maximal 50% des Mitglieder-Jahresbeitrages der AeG. Der Unkostenbeitrag wird erst ab dem dem Beitritt folgenden Jahr erhoben. In der Kostenneutralitätsphase kann der jährliche Unkostenbeitrag entsprechend den Aufwendungen der AeG auf maximal 80% des Mitglieder-Jahresbeitrages angehoben werden.
5. Die Beitragsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag werden im Rahmen der maximalen Höhe (Ziff. 3 bzw. Ziff. 4) von der AeG autonom festgelegt.
6. Beim Vertragsrücktritt eines Nichtverbandsmitgliedes im Verlaufe des Jahres verfällt der ganze jährliche Unkostenbeitrag.
7. Die Beitragsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag sind im voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung resp. am 31.12. vor Beginn eines Kalenderjahres.
8. Die Anwendbarkeit des Kantonalen Anschlussvertrages entfällt, wenn der jährliche Unkostenbeitrag nach zweimaliger Mahnung, nach einer Frist von 30 Tagen nach der zweiten Mahnung nicht bezahlt wird. In der Mahnung ist das Nichtverbandsmitglied auf diese Sanktion ausdrücklich hinzuweisen. Nach Ablauf dieser Frist wird dem Nichtverbandsmitglied die Abrechnungsberechtigung entzogen

Datum und gültige Unterschriften der Vertragsparteien.

ANHANG B

Taxpunktwert*Art. 1 Taxpunktwert*

Der gültige Taxpunktwert beträgt ab 1. Juli 2005 Fr., ab 1. Januar 2006 Fr. ...

Art. 2 Anpassung des Taxpunktwertes

¹ Bei Festsetzung des kantonalen Taxpunktwertes in der Höhe von Fr. am 1. Juli 2005 beträgt der Stand des Landesindex der Konsumentenpreise Punkte (Basis: Mai 2000 = 100 Punkte).

² Weicht der Jahresdurchschnitt des Landesindex der Konsumentenpreise um mehr als 5 Punkte vom obgenannten Punktstand ab, so verpflichten sich beide Parteien, Verhandlungen über die Anpassung des Taxpunktwertes aufzunehmen.

³ Zur Beurteilung einer allfälligen Anpassung des Taxpunktwertes werden als Indikatoren insbesondere die Gestehungskosten der Leistungserbringung, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die medizinische Entwicklung, strukturelle Veränderungen, die demografische Entwicklung, Veränderungen des Nachfrageverhaltens und die Entwicklung der massgebenden Parameter der Gesundheitskosten (Kosten pro Versicherten, Kosten pro Grundleistung, Kosten pro Erkrankten) herangezogen.

Abs. 3 Antrag an Regierungsrat

Verweigert eine Partei nach Vorliegen der Voraussetzungen gemäss Art. 2 Abs. 3 die Aufnahme von Verhandlungen oder scheitern diese, sind beide Parteien berechtigt, ihre Anträge betreffend Anpassung des Taxpunktwertes ohne Kündigung des Vertrages dem Regierungsrat zum Entscheid zu unterbreiten

Eine Kündigung des AV gemäss Art. 20 AV i.V. mit Art. 18 RV bleibt in jedem Fall vorbehalten.

Datum und gültige Unterschrift der Vertragsparteien

ANHANG C

Start-Taxpunktwert und Parameter der Kostenneutralität*Art. 1 Starttaxpunktwert*

¹ Der Starttaxpunktwert beträgt Fr. ...

² Der Starttaxpunktwert / Taxpunktwert wird während der Dauer der Einführungsphase gemäss den Bestimmungen der Vereinbarung zur Kostenneutralität (s. Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002) kontrolliert und angepasst.

Art. 2 Parameter der Kostenneutralität

¹ In Ergänzung zu Ziff 19 der Vereinbarung zur Kostenneutralität (Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002) legen die Vertragspartner fest, dass bei der Bemessung der massgebenden Leistungsbasis die Medikamentenkosten ausgeschlossen werden.

² In Ergänzung zur Vereinbarung zur Kostenneutralität (s. Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002) gelten für den Kanton Bern folgende Parameter: (*Leistungsbasis, Sollkosten und Kostensteigerungsraten sind prov. Werte!):

****Start-Taxpunktwert**

Der Start-Taxpunktwert beträgt Fr.0.89

***** Korrekturbandbreite**

Die Korrekturbandbreite beträgt 6 Rappen.

*** Leistungsbasis (Kosten 2001)**

Die Kosten 2001 betragen Fr. 543.10 pro versicherte Person.

*** Kostensteigerungsrate x 1**

Die Kostensteigerungsrate x 1 beträgt gesamtschweizerisch einheitlich jährlich Fr. (noch offen) pro versicherte Person (2,5% der Kosten pro versicherte Person ganze Schweiz 2001)

* Sollkosten 2004

(Kosten 2001, bereinigt um Korrekturfaktor x1)

Die Sollkosten 2004 betragen Fr. ... (noch offen) pro versicherte Person.

* Kostensteigerungsrate x 2

Die Kostensteigerungsrate x2 beträgt gesamtschweizerisch einheitlich jährlich Fr. (noch offen) pro versicherte Person (1,5% der Sollkosten pro versicherte Person ganze Schweiz).

* Die exakten Werte können erst nach abgeschlossenem Beitrittsverfahren festgelegt werden (vgl. Ziff. 19, Abs. 1 Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002): OKP-Kosten für Ärzte, welche dem kantonalen Anschlussvertrag nicht beitreten und im Jahr 2001 zu Lasten OKP abgerechnet haben, werden von der Leistungsbasis sowohl im Basisjahr wie auch im Einführungsjahr in Abzug gebracht.

** Gemäss Verhandlungsergebnis

*** +/- 7% des Start-Taxpunktwertes

Datum und gültige Unterschriften der Vertragsparteien.

ANHANG D

Reglement für die kantonale paritätische Vertrauenskommission (PVK)

(gemäss Art. 19 AV zum Rahmenvertrag Tarmed)

I. Zusammensetzung und Organisation

Art. 1

Die kantonale paritätische Vertrauenskommission (PVK) besteht aus 6 ordentlichen Mitgliedern. Jede Vertragspartei ernennt je die Hälfte davon.

Jede Vertragspartei ernennt zudem mindestens drei Ersatzmitglieder, die Ärztesgesellschaft so viele, damit im Bedarfsfall das fachärztliche know-how in der Spruchbehörde verfügbar ist.

Art. 2

Die Vertragsparteien wählen als Präsidenten eine neutrale unabhängige Persönlichkeit. Sie bezeichnen zudem im Einvernehmen mit dem Präsidenten das Sekretariat der PVK.

Art. 3

Die PVK tagt unter dem Vorsitz des Präsidenten und im Beisein von je drei Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern beider Parteien. Präsident und Sekretär haben beratende Stimme.

Art. 4

Ausstand / Ablehnung

Tritt ein Mitglied in den Ausstand oder wird es abgelehnt, so wird es durch die entsprechende Vertragspartei selbst ersetzt.

Tritt der Präsident in den Ausstand oder wird er abgelehnt, so wird er durch den Vizepräsidenten ersetzt.

Der Vizepräsident wird durch die PVK aus der Mitte der ordentlichen PVK-Mitglieder jeweils für ein Jahr gewählt. Das Vizepräsidium wechselt im Jahresturnus unter den beiden Vertragsparteien.

Über ein Ablehnungsbegehren gegen ein PVK-Mitglied oder den Präsidenten entscheidet die PVK selber, wobei die abgelehnte Person in den Ausstand tritt.

Die berufliche Tätigkeit für eine Krankenversicherung oder die Tätigkeit als Arzt oder Ärztin stellen keinen Ablehnungsgrund dar.

Art. 5

Der Präsident beruft die PVK ein, so oft es die Geschäfte erfordern. Der Sekretär besorgt die schriftlichen Arbeiten, er protokolliert, verschickt die Entscheide der PVK und führt das Archiv.

II. Aufgaben

Art. 6

Die PVK ist kantonale Vermittlungsinstanz in den Fällen gemäss Art. 8 lit. a bis d hienach.

Art. 7

Die PVK ist Entscheidungsinstanz in den Fällen gemäss Art. 8 lit. e und g bis j hienach.

Art. 8

Unter Vorbehalt von Art. 19 Abs. 4 AV werden der PVK folgende Aufgaben übertragen:

- Interpretation der kantonalen und allfälligen regionalen Verträge
- Schlichten von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Versicherern
- Überprüfung beanstandeter Arztrechnungen
- Überprüfung von ärztlichen Behandlungen gemäss den WZW-Kriterien (Anhang 6 RV)
- Verhängen von Sanktionen (Art. 18 AV) gegenüber einzelnen Ärzten oder Versicherern bei Verletzung des KVG, seiner Verordnungen, des RV, seiner Anhänge oder der kantonalen und allenfalls regionalen Verträge
- Erteilen von Ratschlägen
- Entscheid über den Ausschluss von diesem Vertrag oder die Ablehnung eines Beitrittsgesuches von Ärzten oder Versicherern (Art. 2 und 7 AV)
- Entscheid über Streitigkeiten betreffend Zession (Art. 14 AV)
- Entscheid über Ablehnung eines Vertrauensarztes gemäss Art. 17 Abs. 4 AV
- Entscheid über Streitigkeiten über Beitrittsgebühr und Unkostenbeitrag (Art. 3 AV und Anhang A)

Aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den Parteien können der PVK weitere Kompetenzen übertragen werden.

III. Legitimation und Verfahren

Art. 9

Im Verfahren vor der PVK sind aktiv- und passivlegitimiert:

- Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
- santésuisse Bern
- Mitglieder der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
- Ärzte, die dem AV beigetreten sind, ohne Mitglied der Ärztesgesellschaft zu sein
- Angeschlossene Krankenkassen

f. Krankenkassen, die dem AV beigetreten sind, ohne Mitglied bei santésuisse zu sein.

Art. 10

Beschwerden oder Anträge sind dem Sekretär der Kommission schriftlich und begründet unter Beilage der Beweismittel in drei Exemplaren einzureichen.

Art. 11

Die Beschwerde oder der Antrag wird der Gegenpartei unter Fristansetzung zur schriftlichen Stellungnahme zugestellt. Die Frist kann auf begründetes Gesuch hin erstreckt werden. Der Präsident kann bei Streitigkeiten eine Vermittlungsverhandlung durchführen.

Art. 12

Die Kommission gibt ihre Empfehlung aufgrund der Akten ab. Eine mündliche Anhörung kann angeordnet werden. Sie ist zwingend, wenn Sanktionen gemäss Ziff. 18 Abs. 1 AV in Frage kommen.

Art. 13

Die PVK ist in ihren Beschlüssen nicht an die Parteianträge gebunden.

Art. 14

Die PVK fasst ihre Beschlüsse im Konsens. Sie werden den Parteien schriftlich und begründet eröffnet.

Art. 15

Beschlüsse der PVK werden für die Parteien verbindlich, wenn sie nicht innert 30 Tagen seit der Eröffnung schriftlich gegenüber der PVK abgelehnt werden.

Art. 16

Lehnt eine Partei einen Beschluss der PVK ab, wird dies den Parteien durch die PVK schriftlich eröffnet. In diesem Fall steht den Parteien der Weg an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen.

Art. 17

Die Parteien können sich die Akten der PVK zur Einsichtnahme zustellen lassen.

Art. 18

Wird ein Beschluss nicht innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der Beschwerde oder des Antrages den Parteien eröffnet, steht diesen ohne Weiteres der Weg an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen.

Art. 19

Das Verfahren vor der PVK ist kostenlos. Jede Vertragspartei entschädigt ihre Vertreter selbst. Die übrigen Kosten (Entschädigung des Präsidenten, Sekretariat, allfällige Expertenonorare und Kanzleiauslagen) werden von den Vertragsparteien je zur Hälfte getragen. Der Sekretär hat über diese Kosten jährlich abzurechnen.

Kosten, die durch Beweisanträge der Parteien verursacht werden, sind durch diese zu übernehmen und werden bei ihnen durch das Sekretariat vorschussweise erhoben.

Art. 20

Kündigung

Dieses Reglement kann erstmals auf das Ende des 18. Monats nach Einführung von Tarmed gekündigt werden. Wird es bis zu diesem Zeitpunkt nicht gekündigt, kann es in den folgenden sechs Monaten auf das Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Erfolgt innert dieser Frist keine Kündigung, ist in den folgenden Jahren eine Kündigung jeweils auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Die Kündigungsfrist beträgt in jedem Fall sechs Monate (Art. 18 RV in Verbindung mit Art. 20 AV).

Wird der AV gekündigt, gilt auch dieses Reglement automatisch als gekündigt.

Für Verfahren, die im Falle der Kündigung vor Ablauf der Kündigungsfrist bei der PVK eingeleitet wurden, ist diese weiterhin zuständig.

Art. 21

Schlussbestimmung

Dieses Reglement tritt gleichzeitig mit dem AV in Kraft.

Datum und gültige Unterschriften der Vertragsparteien.



F. Bossard, Thoune
président de la
commission économique

En introduction aux FAQ qui suivent, je dois, à titre d'introduction, vous dire quelques mots de présentation au sujet de Tarmed 1.1r dans le domaine LAMal à partir du 1^{er} janvier 2004. Il serait possible d'écrire tout un livre. Cela ne sera pas le cas. L'introduction dans les domaines AA/AM/AI a déjà eu lieu et s'est finalement bien passée.

C'est pourquoi je me limite de la «checklist» suivante:

1. Connaissez-vous Tarmed, avez-vous consulté son navigateur attentivement ? Tout particulièrement les interprétations médicales et techniques, qui contiennent des limitations et des interdictions de cumul?
2. Votre logiciel de cabinet a-t-il été «adapté» à Tarmed?
3. Si vous ne disposez pas de logiciel au cabinet, la facturation avec Tarmed 1.1r est-elle assurée? – La Caisse des médecins peut vous aider.
4. Votre imprimante est-elle adaptée aux nouveaux formulaires de facturation: domaine LA sans bulletin de versement, domaine LAMal avec bulletin de versement? Adaptation des rappels? – Tout ceci est l'affaire de votre fournisseur de logiciel et ne doit pas être développé ici, simplement rappelé.
5. Avez-vous créé les mêmes chaînages de traitement dans le tarif Tarmed que ceux existant déjà dans les tarifs actuels (tarif SUVA et tarif cantonal)? – C'est l'affaire de chaque médecin de faire figurer ces éléments dans son logiciel.
6. Avez-vous intégré votre numéro EAN? – C'est l'affaire de chaque médecin de faire figurer cet élément dans son logiciel.
7. Avez-vous intégré les numéros EAN de vos médecins consultants? – Consultez www.medwin.ch => Partnerdatenbank.
8. Avez-vous intégré les numéros EAN des assureurs (en plus des numéros du concordat, SUVA et NIF)? Consultez www.medwin.ch => Partnerdatenbank.
9. Avez-vous inclus tous les pharmacodes de vos médicaments dans vos listes de données? – Consultez www.medwin.ch => Produktdatenbank.
10. Avez-vous également inclus la liste LiMA dans vos listes de données? – Consultez => www.fmh.ch.
11. Avez-vous intégré la liste tessinoise des diagnostics? – Consultez les fichiers à ce sujet sur le site de la SMCB => www.berneraerzte.ch.
12. Avez-vous installé l'exportation de vos factures au format XML à l'intention du trustcenter cantonal en main médicale (dans le canton de Berne, PonteNova)? Avez-vous installé le protocole de transfert de données nécessaire? – Posez la

question à votre maison fournisseuse de logiciel ou à Ponte-Nova.

13. Avez-vous une adresse HIN avec un tunnel ASAS et connaissez-vous le codage end to end permettant de transmettre des données au trustcenter? – Posez-la question à HIN.
14. Sans l'Internet, il est difficile d'être médecin, ne serait-ce qu'en raison des modifications de Tarmed qui interviendront fréquemment. Etes-vous connecté? à l'Internet?
15. Votre accès à l'Internet dispose-t-il d'un dispositif antivirus et d'un bon firewall, votre système est-il à jour?
16. Si la valeur du point dans le domaine LA ou LAMal devait être modifiée, savez-vous introduire ces changements dans votre logiciel?
17. Si une nouvelle version de Tarmed devait être créée, sauriez-vous faire les modifications de votre logiciel? – Votre maison fournisseuse est-elle en mesure de vous expliquer la façon de charger ces mises à jour?
18. Malgré le passage à Tarmed, pouvez-vous encore utiliser le tarif bernois ou le tarif SUVA pour d'éventuelles corrections d'anciennes factures?
19. Etes-vous préparé de sorte à pouvoir, le 31.12.2003, procéder au passage du tarif cantonal à Tarmed 1.1r, à la valeur du point de 89 centimes et à l'impression des formules de facturation? – Votre maison de logiciel est en mesure de vous expliquer la façon de procéder.
20. Bouclez-vous vos factures courantes de telle façon que vous pourrez, à compter du 1.1.2004, travailler sur la base de Tarmed pour ce qui concerne les nouvelles factures: dans Tarmed c'est le jour où la prestation est fournie qui compte. – Selon le contrat, à compter de la date de référence, une nouvelle facture doit être établie avec des positions selon Tarmed; un mélange des deux tarifs sur la même facture n'est pas autorisé. Il faut éviter d'antidater des factures (p.ex. au 31.12.2003).
21. Disposez-vous de nouvelles feuilles de prestations adaptées à Tarmed?
22. Avez-vous bien retenu ce qui vous a été enseigné lors des cours d'introduction Tarmed de la Société des médecins, avez-vous encore votre CD-Rom d'instruction pour, le cas échéant, rafraîchir vos connaissances?
23. Votre assistante est-elle au point dans tout ces domaines?
24. Rappelez-vous finalement ce que nous avons déjà expliqué lors des cours Tarmed. Une prolongation moyenne de la consultation d'une durée de 1.5 minutes (1 fois 00.0030) va prolonger la durée de la consultation de 2.5 minutes et conduire à «une augmentation du volume des prestations» de 14%! Il pourrait en résulter une diminution de la valeur du point de 11 centimes.

Si vous avez répondu positivement à tous ces points, il vous reste peut-être quelques questions concernant des points précis. La SMCB a préparé un rappel sous forme de FAQ. Après les avoir consultées, il ne devrait plus rien vous arriver à partir du 1.1.2004. Pour d'éventuelles autres questions, la FMH, à la demande de notre Société, va ouvrir une centrale de renseignement dans le cadre du service tarifaire de la FMH.

Le président de la commission économique de la Société des médecins vous souhaite pleine réussite et vous adresse ses vœux à l'occasion de la nouvelle année.

Dr F. Bossard, Thoune

FAQ concernant Tarmed

Nous avons collecté les questions les plus fréquemment posées au sujet de Tarmed et leur avons donné une réponse. Ces questions, de même que les réponses, ont déjà été publiées dans doc.be 4/02 et 6/02 et sont publiées une nouvelle fois afin de faciliter leur consultation.

1. Cumul de consultations: chaque consultation se termine-t-elle avec 00.0030?

→ Oui, à l'exception d'une consultation de moins de 5 min. Ainsi, une consultation de 3 min., une fois 00.0010, une consultation de 7 min. une fois 00.0010 et une fois 00.0030, une consultation de 10 min. une fois 00.0010 et une fois 00.0030, une consultation de 12 min. une fois 00.0010, une fois 00.0020 et une fois 00.0030.

2. Un enfant avec une attelle plâtrée: dignité pédiatre ou chirurgien pédiatrique, ou tous?

→ Selon la pos. 01.0250 : + supplément pour bandages durcissants chez l'enfant jusqu'à 7 ans, la valeur intrinsèque est pour tous.

3. Indemnité de déplacement en cas d'urgence: Comprise dans le forfait ou non? Dans le position forfaitaire pour l'urgence 00.2530 ou 00.2550, l'indemnité de déplacement est exclue. Est-ce exact?

→ Il s'agit d'une erreur de présentation; cette constatation n'est valable que pour des médecins hospitaliers bénéficiant d'un salaire fixe.

4. Le médecin est souvent seul pour un service de garde de fin de semaine. Il traite – dans la mesure de ses possibilités – un patient après l'autre. Il peut être contraint de dire à certains d'entre eux, à 21 h, de revenir plus tard, à 23 h, parce que la salle d'attente est pleine. Que signifie «immédiatement» dans un service de garde qui s'étend sur une certaine durée et dans lequel plusieurs urgences arrivent en même temps?

→ En cas de service de garde le dérangement peut être facturé dans tous les cas.

5. Service de garde général pour un chirurgien, un pédiatre, un ORL. Qu'en est-il du droit de facturer des activités

définies par la valeur intrinsèque (ECG, conseils psychiatriques, etc)?

→ La valeur intrinsèque n'est pas valable dans le cadre du service de garde. Est-ce que la réglementation concernant la valeur intrinsèque tombe en cas de service de garde? → OUI.

6. Qu'est-ce qui est concerné par les indemnités pour urgence, par exemple de nuit? Toutes les prestations médicales, les indemnités de déplacement et le transport de patients, la CM et la CT ou la CM seule?

→ Les majorations pour dérangement sont des suppléments CM concernant TOUTES les prestations en relation avec la consultation en urgence.

7. Qu'en est-il de l'interdiction de cumul des suppléments d'urgence entre eux (p.ex. 002520 et 00.2530)? La formulation, telle qu'elle figure dans le navigateur sous indemnités pour urgence, si on la consulte attentivement, est fautive. «Interdiction de cumul» signifie en clair qu'il n'est pas permis de mentionner simultanément les deux positions dans la facture («Tu n'as pas le droit d'indiquer en même temps 00.2520 et 00.2530»).

C'est pourquoi je comprends tous ceux qui ont un peu de jugeote ; les deux positions se complètent et par respect pour les confrères, il convient, suivant en cela l'exemple de la Caisse des médecins, de donner l'instruction qu'elles doivent être couplées de façon générale («Tu dois indiquer 00.0220 et 00.0230 lors de la même séance»).

→ la chose a été signalée et publiée dans le Bulletin des médecins. Dans ce cas le navigateur a confondu une règle de calcul avec une règle de cumul. L'exemple figurant dans le CD d'instruction de la Caisse des médecins est correct.

8. Un patient est examiné en urgence de nuit et traité, il est convoqué pour un contrôle tôt le matin. «Supplément de ...% sur toutes les positions tarifaires concernant les traitements d'urgence dans cette période», synonyme de «au cours de cette séance»?

→ L'utilisation du supplément pour le contrôle ultérieur au cabinet, le même

jour, est clairement exclue (comme nous le suggère le simple bon sens).

9. La question du supplément pour enfant, pour tous ou seulement pour le pédiatre.

A ce sujet il y a partout «→» lorsqu'il est question de valeur intrinsèque et jamais TOUS. Est-ce que cela signifie «pas encore réglé»?

→ A notre avis, une erreur du navigateur. Si l'on se reporte à l'histoire de la position, le sens est sans équivoque. Cette position 00.0040 est censée corriger le paquet des prestations des pédiatres. Citons le Bulletin des médecins, 2001, 82: no 49 l'article Remaniement de TarMed de W. Hüppli: «Dans les cabinets de médecine générale on pratique environ huit fois plus de radios que chez les pédiatres, ce qui a pour conséquence que chez les premiers on facture huit fois plus simultanément la rubrique dotation pour le personnel et, par exemple, la rubrique salle d'attente. Etant donné que le temps a manqué pour corriger cette erreur, on a effectué la compensation du côté opposé, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une position additionnelle à la consultation de base, premières 5 min., pouvant être facturée par les pédiatres et les chirurgiens pédiatriques en cas d'examen d'enfants de moins de 6 ans, avec une CT de 13 points.»

10. Urgence, que signifie sans délai?

«Le médecin prend en charge immédiatement, sans délai, celui qui l'appelle», c'est ce qui figure dans le texte concernant l'urgence par téléphone; il devrait donc s'agir au plus de 2 à 3 min. Si l'on veut étendre les mêmes exigences de temps pour le patient qui se trouve au cabinet, les choses n'iront pas très bien pour nous.

On constate une fois encore une contradiction. «En cas de consultation / visite dans les 60 min. suivant une consultation téléphonique urgente, on peut facturer les positions tarifaires 00.2540 et 00.2550 au lieu des positions 00.2580 et 00.2590». Ainsi donc, le confrère de Berne qui parvient, dans un délai d'une heure, à faire sa visite, a le droit de facturer en même temps forfait et supplément pour téléphone.

Ou bien. Le patient appelle et apparaît 15 min. plus tard au cabinet, on aurait le droit de le faire attendre une quarantaine de minutes.

Et inversement. Le médecin attend 90 min. dans son cabinet. Peut-il facturer ce temps d'attente ?

→ NON

La notion «sans délai» laisse encore un certain espace qui doit permettre au patient d'arriver au cabinet ou au cabinet le temps de s'organiser avant que tout se mette en route (je ne peux pas interrompre une réanimation pour traiter une plaie ou une fracture du col du fémur).

Forfait et supplément pour le téléphone: oui s'il y eu conseil. L'annonce « je suis en route » n'est pas un conseil.

Faire attendre 40 minutes ne signifie de toute évidence pas sans délai, tant dans une stricte interprétation que pour le bon sens commun.

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

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

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

→ Le confrère doit être en mesure d'attester une formation continue correspondante et indiquer la valeur intrinsèque de praticien de base. Les règles pour la formation continue et les certificats de formation complémentaire sont fixées par les sociétés de discipline et non par les institutions Tarmed. Qu'il se renseigne à cet endroit. A titre de rappel: pendant une période de 3 ans suivant l'entrée en vigueur de Tarmed, garantie des droits acquis.

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

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

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

→ OUI, dans la mesure où la formation continue exigée par les deux titres est suivie. Le droit à deux titres est en principe possible et, de ce fait, la facturation en fonction du concept de la valeur intrinsèque. Dans les interprétations générales (IG 10) on ne trouve aucune interdiction ou limitation à ce sujet. Dans l'article «Concepts de valeur intrinsèque» Bulletin des médecins suisses 2001, 82, suppl. 5b, sous le titre dispositions particulières: «Les médecins en pratique privée ... indiquent en outre à la FMH quelles prestations de la structure tarifaire TarMed ils ont fournies selon les critères susmentionnés ...» Plus loin, sous point 4 du même no du BMS, Principes d'application du droit de facturation fondé sur la valeur intrinsèque, «Pour la facturation, il s'agit d'attester que les prestations portées en compte ont été fournies par un médecin habilité à le faire en vertu de sa valeur intrinsèque.» Je tire de ceci la conclusion que le recensement des valeurs intrinsèques et celui concernant la garantie des droits acquis doivent être indiqués selon la structure tarifaire Tarmed. Une raison supplémentaire pour que les médecins apprennent à connaître cette structure tarifaire dès maintenant.

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

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

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

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

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

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

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

→ Dans le cas de 30 patients, en ce qui me concerne, je considérerais qu'il s'agit d'un deuxième lieu de travail, par conséquent de consultations. Si le médecin est appelé par le personnel infirmier du home, il s'agit alors sans contestation d'une visite avec éventuelle indemnité de déplacement 00.0080: «lorsque le médecin rend visite à plusieurs patients en un seul voyage, seul le temps mis pour aller d'un patient à l'autre est facturable.»

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

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

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

- Non, seulement dans le cas où le patient refuse de prendre les radios sous le bas.

- Les frais de port font partie de l'administration du cabinet. Dans la CT de toutes les prestations de Tarmed, ces frais sont inclus dans le fonctionnement de l'entreprise «cabinet» (= frais de gestion, au même titre que les salaires des assistantes médicale. Il ne nous est pas possible de facturer à un patient les heures supplémentaires d'une assistan-

te parce qu'il insiste qu'elle attende, le soir, jusqu'à ce qu'il soit venu chercher des médicaments).

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

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

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

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

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

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

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

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

24. Pourquoi faut-il facturer un presta-

tion supplémentaire (p.ex. acupuncture 00.1710, alors que cette dernière ne donne pas plus de points que la consultation 00.0020)?

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

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

→ Signalons pour commencer qu'un tel comportement de la part des médecins, pendant la phase de neutralité des coûts, aurait pour conséquence une diminution de la valeur du point. La caisse des médecins a calculé que le prolongement de la durée de la consultation de 2,5 min (00.0030) aurait pour conséquence une augmentation du volume des prestations de 14% et qu'elle entraînerait une diminution de 11 centimes de la valeur du point.

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

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

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

Exemple: suture de plaie

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

- pansements
- attelle

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

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

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

*Chère lectrice,
Cher lecteur,*

Le 17 décembre 2003 – après l'impression de l'édition de décembre de doc.be (en allemand) – le conseil national a rejeté les propositions de la conférence de conciliation concernant la révision de la loi sur l'assurance-maladie. La révision de la LAMal a échoué, de ce fait les articles la concernant sont déjà dépassés.

Mais une chose est certaine, sous une forme ou sous une autre, la révision de la loi sur l'assurance-maladie va être mise en route par le conseil fédéral ou le parlement. Avec nos vœux pour l'année qui vient.

*L'équipe de rédaction
de doc.be*

Le nouveau pharmacien cantonal du canton de Berne



Samuel Steiner

Le conseil exécutif a nommé, en avril 2003, Samuel Steiner en qualité de nouveau pharmacien cantonal du canton de Berne. Ce pharmacien, âgé de 46 ans, prend la succession du Prof. Niklaus Tüller, qui a pris sa retraite.

Le parcours professionnel de Samuel Steiner a débuté par des études de pharmacie à Berne, suivies par un doctorat et des années d'assistance à l'Institut de Pharmacologie de l'Université de Berne (Prof. M.H. Bickel). Il a passé 10 ans à l'ancienne OICM, dans la division Analyses, en qualité de directeur scientifique en fin d'activité. De 2000 à 2003, il devient pharmacien cantonal remplaçant et directeur du laboratoire de contrôle pharmaceutique de l'office du pharmacien cantonal.

Les fonctions de l'office du pharmacien cantonal

L'office du pharmacien cantonal est responsable de la surveillance de la sécurité et de la qualité lors de la fabrication, la distribution et les essais cliniques des médicaments, dans la mesure où la responsabilité cantonale est concernée. A cet effet il s'acquitte de quatre tâches principales:

1. Contrôle des médicaments

Les exploitations, telles que pharmacies d'officine, pharmacie d'hôpital, comprenant également les institutions pénitentiaires et les homes, pharmacies privées de médecins et de vétérinaires, ainsi que drogueries, doivent observer, lors des activités en relation avec des médicaments, les prescriptions légales et particulièrement leur devoir de diligence. L'office du pharmacien cantonal est chargé du contrôle et accorde les autorisations exigées. Dans le

cadre du laboratoire de contrôle pharmaceutique, les médicaments sont contrôlés au moyen de méthodes modernes.

Le contrôle des médicaments comprend les activités suivantes:

- contrôle (inspection) des exploitations
- contrôle de la qualité des médicaments produits dans les pharmacies et les drogueries dans le cadre du laboratoire de contrôle pharmaceutique de l'office du pharmacien cantonal
- contrôle des stupéfiants
- surveillance des produits médicaux

Inspections

L'inspectorat de l'office du pharmacien cantonal procède à des inspections régulières des exploitations concernées, il prélève des échantillons des produits pharmaceutiques qui ne sont pas autorisés par Swissmedic. Les échantillons sont analysés au laboratoire de contrôle pharmaceutique.

A l'heure actuelle (novembre 2003), il y a, dans le canton de Berne, 175 pharmacies, 44 pharmacies d'hôpital, 134 drogueries, 164 vétérinaires et 354 médecins propharmaciens.

Le **laboratoire de contrôle pharmaceutique** est en mesure de contrôler la qualité des produits thérapeutiques et d'autres produits. Ce contrôle intervient dans le cas des spécialités de comptoir des pharmacies et des drogueries, celui des préparations des pharmacies d'hôpitaux, et aussi pour des échantillons de provenance inconnue ou de qualité douteuse (par exemple des médicaments achetés par l'Internet), ainsi que des drogues.

2. Contrôle des essais cliniques avec des médicaments

La direction de la santé publique et de la protection sociale exerce le contrôle de la commission d'éthique cantonale (www.kek-bern.ch). Cette dernière est attribuée administrativement à l'office du pharmacien cantonal. Cet office a un droit de regard dans la documentation et peut participer à des inspections auxquelles l'Institut suisse des médicaments Swissmedic décide de procéder dans des centres d'essai, des installations ou des laboratoires.

3. Contrôle du stockage des produits sanguins instables

L'office du pharmacien cantonal est responsable de l'attribution des autorisations

de stockage du sang et des produits sanguins dérivés dans les hôpitaux ou les laboratoires. Le respect des règles de stockage et de sécurité est contrôlé par des inspections régulières.

4. Surveillance des professions pharmaceutiques

Le pharmacien cantonal accorde l'autorisation de pratique pour les pharmaciens/iennes et les droguistes. Il peut libérer de l'obligation de participer au service de garde, ainsi que libérer les pharmaciens/iennes du secret professionnel.

Quelles sont les prestations que l'office du pharmacien cantonal peut offrir aux médecins?

- autorisation de tenir une pharmacie de cabinet (autorisation limitée géographiquement)
- renseignements au sujet de produits thérapeutiques (surtout en ce qui concerne leur qualité)
- examen de produits thérapeutiques et de substances inconnues dans le cadre du laboratoire de contrôle pharmaceutique. Nous sommes spécialisés dans les évaluations dans le domaine des stupéfiants et des drogues récréatives. Si de tels échantillons doivent être contrôlés, nous vous prions de contacter préalablement le directeur du laboratoire.
- élimination de stupéfiants
- fourniture de blocs d'ordonnances pour stupéfiants (sur demande écrite)
- contrôle de températures (locaux, réfrigérateurs) au moyen de dispositifs d'enregistrement, y compris interprétation.

Adresses:

Laboratoire de contrôle pharmaceutique de l'office du pharmacien cantonal, Baltzerstrasse 5, 3012 Berne.

Personne à contacter (directeur du laboratoire): Dr Hans-Jörg Helmlin
031 633 11 66
hans-joerg.helmlin@gef.be.ch

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, Office du médecin cantonal, Rathausgasse 1, 3011 Berne

Dr Samuel Steiner, 032 633 79 26/27
samuel.steiner@gef.be.ch

Un site est en cours de création et devrait être opérationnel à mi-2004. Nous vous en informerons en temps utile.

Le cercle médical de Haute-Argovie nouveau membre de l'USAM Berne



Christoph Hug,
président du
cercle médical de
Haute-Argovie

A l'occasion de l'assemblée des présidents du 30.5.02, j'ai fait un sondage pour savoir si une adhésion cantonale à l'union cantonale bernoise des arts et métiers aurait une chance. La réponse ayant été négative, le cercle médical de Haute-Argovie a pris la décision de tenter la voie

solitaire. Après une votation générale, l'adhésion et l'augmentation des cotisations qui en résulteraient ont été acceptées par environ 54%, contre 46% de voix contraires. Le cercle médical de Haute-Argovie est ainsi membre de l'USAM Berne depuis le 1.1.2003.

Nous avons été accueillis à bras ouverts, notre décision saluée et qualifiée de pas dans la bonne direction. Nous n'avons évidemment pas encore beaucoup pu réaliser, mais nous avons démontré que nous sommes prêts à abandonner notre «coquille», à nous comporter en responsables et à participer activement à la construction du domaine de la santé.

Nous voyons poindre les premiers succès de notre adhésion. Nous sommes maintenant intégrés au processus de décision sur le plan politique. Un exemple récent:

nous avons été invités à participer à un groupe de travail chargé de discuter la loi sur les soins hospitaliers révisée, qui sera prochainement discutée par le grand conseil. Ce groupe de travail a connu un accueil très favorable, auprès de la SMCB également, de telle sorte que j'ai à peine pu demander à un confrère d'y participer, puisque le canton m'avait déjà «imposé» son candidat.

Nous autres, en Haute-Argovie, sommes convaincus, que la présence physique vaut mieux que la présence sur le papier; elle exige évidemment que l'on puisse disposer de membres prêts à s'engager, acceptant de prendre en charge un tel mandat. Ce qui est certain, c'est que nous devons franchir le pas et paraître en public, si nous voulons être entendus. Chacun des cercles doit choisir la voie la meilleure pour lui, il se peut que le temps reviendra où le canton discutera une nouvelle fois son adhésion à l'USAM.

(Coût: Fr 75.– par membre en pratique = environ Fr 9000.– par année).

Joyeuses Fêtes et nos vœux pour la nouvelle année



Inserat Ärztekasse 1/1 Seite 4farbig