



octobre 2004 / 5

doc.be

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

Le moratoire sur les cabinets prolongé jusqu'en 2008

Le comité de la Société bernoise des médecins s'oppose à la prolongation du moratoire gelant l'ouverture de nouveaux cabinets par des médecins en pratique privée.

La limitation du libre choix du médecin, soumise aux chambres par le Conseil fédéral (appelée «suppression de l'obligation de contracter») n'entrera pas en vigueur en juillet 2005 déjà – ainsi que cela avait été prévu. Dans le but de gagner du temps, les deux chambres du parlement fédéral ont décidé, au cours de la session d'automne, la prolongation pour trois ans du moratoire sur les cabinets. Avant même que cette décision ne soit prise, le comité de la Société bernoise des médecins avait pris la décision d'appuyer le **référendum** annoncé par la direction administrative de l'ASMAC. Le comité central de l'ASMAC a décidé peu après de renoncer à l'annonce de cette décision. Il s'agissait, entre autres, de ne pas disperser les forces des médecins, donc de l'ensemble de la FMH, et de les engager dans le combat contre la limitation du libre choix du médecin (appelée «liberté de contracter»).

La prolongation du **moratoire**, de même que la **limitation du libre choix du médecin**, ont pour conséquence que l'activité médicale, dans le cadre du cabinet ambulatoire, perd encore plus de son attrait et contribue à aggraver la pénurie médicale qui s'annonce. En définitive, les deux mesures sont dirigées contre les médecins en pratique privée. De plus, il est permis de douter que ces mesures contribuent à la maîtrise de l'augmentation des coûts du système de la santé.

La prolongation du «moratoire» et l'annonce d'une décision prochaine en faveur de la «liberté de contracter» placent le corps médical sous les feux des projecteurs. La technique du salami du Conseil fédéral – divise et impera – sera-t-elle enfin démasquée? Cela dépendra pour beaucoup de l'engagement de chacun d'entre nous pour nous opposer à la limitation annoncée du libre choix du médecin. A ce sujet, un extrait d'une interview parue dans le «Bund» du 28 septembre 2004. Feuz (rédacteur du «Bund») écrit: «En cas de suppression de l'obligation de contracter entre médecins et caisses, il y a un risque que les pressions économiques exercées sur les médecins les entraînent à ne plus accepter des patients coûteux.» Réponse du conseiller fédéral Couchepin: «Pourquoi ne devraient-ils pas soigner ces patients?» Feuz: «Parce que les médecins qui soignent des patients chers s'exposent au risque de ne pas pouvoir bénéficier d'une convention.»

Jürg Schlup, président

Propositions du comité en matière de politique de la santé (4^{ème} partie – conclusion) 2

Les 86 centimes sont justifiés 3

«Il en va du libre choix du médecin!» 4

Démographie médicale
dans le canton de Berne 5

Séminaire 2004 de la SMCB 6

Les fourvoiements de la politique 8

Qui financera les soins à l'avenir? 10

Recommandations pour les salaires
des assistantes médicales
en 2005 10

Gesucht: Stv. Kreisärztin/Kreisarzt
für forensische Belange im
Gerichtskreis XII (Niedersimmental) 12

**Vous pouvez prendre connaissance de nouvelles récentes
sous www.berner-aerzte.ch «Pour membres»**

Proposition du comité de la SMCB en matière de politique de la santé (4^{ème} partie – conclusion)

Dans les numéros d'avril, juin et septembre de doc.be, le comité de la SMCB a présenté ses propositions au sujet des réformes du système de santé et de la structure de l'assurance-maladie. Dans le cadre de la quatrième et dernière partie, il expose ses réflexions au sujet de l'université et de la recherche médicale.

Le comité de la SMCB apporte une conclusion à ses prises de position concernant la politique de la santé en présentant ses réflexions au sujet de l'université et de la recherche médicale. Ces prises de position – ainsi que nous l'avons déjà précisé dans le numéro d'avril – doivent avant tout servir de base de discussion. Les réflexions se fondent sur les travaux du séminaire d'août 2003, ainsi que sur des documents de réflexion tels que celui du VEDAG et le «Manifeste des médecins romands».

Université

Dans les facultés de médecine il faut promouvoir et soutenir une formation proche des patients et destinée à la pratique. Il faut maintenir un équilibre entre cette forme de formation et la transmission de

connaissances fondamentales dans le domaine scientifique, équilibre tenant compte tant de la composante humaine de la profession médicale que de la pensée scientifique.

Recherche médicale

Sans recherche, pas de progrès médical. Celui-ci est indispensable si l'on veut po-

ser des diagnostics, soigner, guérir et prendre en charge en fonction des connaissances les plus récentes. L'activité de recherche requiert une grande liberté, elle doit également être consciente de ses responsabilités devant la société. Nous nous engageons par conséquent en faveur d'une recherche orientée vers l'avenir pour le bien des êtres humains et de leurs souffrances.

M. Tackenberg,
rédacteur de doc.be



Promouvoir et soutenir, dans les facultés de médecine, une formation des médecins proche des patients.

Dès maintenant, les «Propositions du comité de la SMCB en matière de politique de la santé» peuvent être intégralement consultées sous www.berner-aerzte.ch. La discussion à leur sujet se poursuit. Les avis de nos membres sont souhaités et seront publiés avec l'accord de leur auteur. Vous pouvez nous atteindre par l'intermédiaire de l'adresse de la rédaction ou par courriel (tackenberg@forumpr.ch).

Non-respect de la neutralité des coûts Les 86 centimes sont justifiés



K. Aeschlimann,
responsable du
groupe économie

Depuis le 1.9.04, nous travaillons dans notre champs de neutralité des coûts avec un point tarifaire valant 86 centimes. Les chiffres les plus récents de santésuisse et de newindex indiquent que la diminution de la valeur du point tarifaire se justifiait. La courbe représentant la déviation cumulée «est – doit» pour notre champs de neutralité des coûts montre une légère tendance à l'aplatissement, il n'empêche que nous continuons à nous situer encore et toujours 3% au-dessus du niveau «doit».

Cela nous confirme dans notre conviction que nous ne devons pas cesser nos appels en faveur de changements dans la manière de facturer.

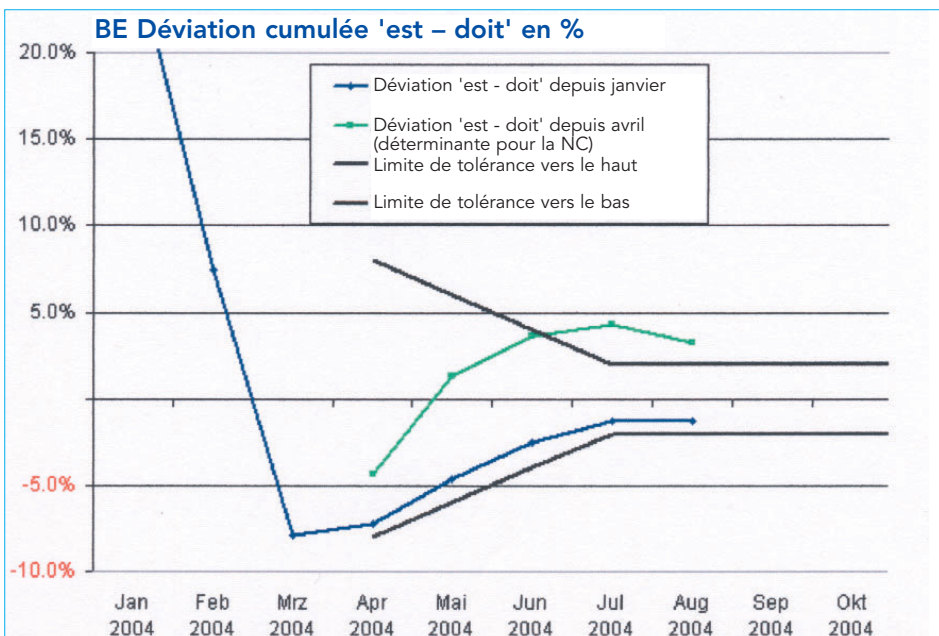
La valeur moyenne du paramètre volume du chiffre d'affaire/séance, pour l'en-

semble des disciplines, a augmenté de 13% par rapport à 2001. Dans le cas d'un certain nombre des disciplines, elle a même atteint 25%. Le groupe économie du comité cantonal va engager des discussions avec ces sociétés et tenter d'intervenir pour corriger la situation.

Une analyse plus détaillée des données montre que les médecins bernois se situent en pointe pour la Suisse allemande en ce qui concerne l'utilisation des positions 00.0020, 00.0050, 00.0510 et 00.0520. Une utilisation plus modifiée de ces positions représente un potentiel d'économie de quelque 9%. Les positions 00.0140 et 02.0070 représentent 6% du volume des coûts. C'est pourquoi nous vous invitons à:

1. arrondir vers le bas la durée des séances,
2. limiter l'utilisation des positions 00.0140 et 02.0070,
3. tenir compte que Tarmed est un tarif en fonction du temps. Contrôlez, dans le protocole journalier, le temps médical facturé,
4. informer et contrôler votre assistante médicale chargée de la facturation,
5. consulter régulièrement votre profil du cabinet (www.pontenova.ch).

Si nous parvenons, sur ces bases, à nous comporter de façon disciplinée, il y a un réel espoir de garder la valeur actuelle du point tarifaire.



Calendrier 2005

27 janvier
Conférences des présidents,
après-midi

3 mars
Assemblées des cercles
médicaux, ensemble du canton

31 mars
Assemblée des délégués,
après-midi

12 mai
Conférence des présidents
élargie, après-midi

2 juin
Assemblées des cercles
médicaux, ensemble du canton

16 juin
Assemblée des délégués,
après-midi

1^{er} septembre
Assemblée des présidents
élargie, après-midi

20 octobre
Assemblée des délégués,
après-midi

24 novembre
Assemblées des cercles
médicaux, ensemble du canton

ROKO

Délai pour l'envoi des
questionnaires ROKO

31 décembre 2004

«Il en va du libre choix du médecin!»

Jacques de Haller, depuis peu à la tête de la FMH, a accepté l'invitation de la SMCB, à l'occasion de la conférence des présidents du 16 septembre 2004, de participer à une discussion au sujet de la politique de la santé, d'un éventuel référendum, ainsi que de l'attitude de la FMH en matière de politique syndicale.

Le nouveau président de la FMH n'a présenté qu'un rapide survol de la situation actuelle dans le domaine de la politique de la santé, pour se consacrer plutôt aux échanges avec le public. A cette occasion il s'est montré très critique à l'égard du projet de révision de la LAMal au Conseil fédéral. La suppression prévue du libre choix du médecin provoquerait un transfert d'influence en faveur des caisses-maladie. «Si le pouvoir politique veut imposer cette mesure, nous devons recourir au référendum. Si nous ne le faisons pas, nous accepterions de fait ce transfert d'influence.» Il a également insisté sur le fait qu'il faut – dans toute la mesure du possible – éviter cette épreuve de force. Il serait très maladroit d'argumenter devant le public en se servant de constructions verbales compliquées telles que obligation de contracter ou liberté de contracter. «Le public doit être informé sans détour qu'il en va du libre choix du médecin!»

En poursuivant, de Haller déclare que la collaboration avec Yves Guisan s'est révélée excellente en peu de temps. Guisan, qui était soutenu par les bernois lors de l'élection à la présidence de la FMH, essentiellement en raison de son mandat de conseiller national, mais qui a perdu devant de Haller, est actuellement chargé du dossier LAMal au sein du comité central.

Quelles sont les chances en main de la FMH et de son président de promouvoir une politique cohérente et de faire retrouver à la FMH le poids qui doit être le sien dans les débats politiques? Le problème des intérêts divergents dans les rangs du corps médical est régulièrement mis en avant: salariés contre indépendants, spécialistes contre généralistes, spécialistes contre d'autres spécialistes.

doc.be a posé au nouveau président de la FMH quelques questions sur ces différents sujets.

Quels sont les points les plus importants de votre politique, que souhaitez-vous réaliser en matière de politique de la santé durant votre présidence?

JdH: A l'interne, le point essentiel pour moi, c'est de renforcer la cohésion entre les différentes sociétés de discipline au sein de la FMH. Je veux éviter que les tensions existantes ne deviennent encore plus virulentes. A l'extérieur, je veux contribuer, dans la politique de la santé, à continuer de permettre à la population de bénéficier d'une médecine de haut niveau. Il faut empêcher certaines tendances qui veulent limiter cet accès.

Comment envisagez-vous de favoriser la cohésion au sein de la FMH?

Il convient de constater que dans le cadre de la chambre médicale, au cours des dernières années, on a assisté à la majorisation – je pense par exemple aux spécialistes – de certaines sociétés de discipline. Il faudra juger le succès de la réforme des structures au fait qu'au sein de la FMH les différents groupes seront représentés équitablement. Dans ce domaine je n'ai pas encore de projet ficelé, mais il y a lieu de reconnaître qu'il s'agit d'un problème important, qui demande une solution rapide.

Le récent projet du conseiller fédéral Couchepin prévoit de prolonger le moratoire sur les cabinets jusqu'à l'entrée en vigueur de la suppression de l'obligation de contracter. Quels moyens – pouvant aller jusqu'à des mesures de combat – envisagez-vous pour la FMH, pour réagir à une telle provocation?

Je vois deux possibilités. Nous devons premièrement rendre crédible la menace du lancement d'un référendum. Cette menace ne manquera pas d'avoir de l'effet au niveau politique. En ce qui concerne la réalisation concrète d'un référendum, je ne peux, deuxièmement, pas préjuger d'une décision de la FMH. Pour l'instant cette seule remarque. Si les jeunes médecins sont traités de façon aussi préjudiciable par la politique du conseil fédéral, la FMH se doit de réagir. Troisièmement, nous pourrions proposer au public des solutions alternatives. Mais le moratoire, en tant que tel, est une mesure politique d'une telle imbécillité, qu'il ne fait aucun sens de formuler une solution alternative. Madame Dreifuss, en son temps, a elle-même déclaré que cette proposition était simplement «stupide». Le procédé de Pascal Couchepin, consistant, par le moratoire et l'obligation de contracter, à opposer les jeunes médecins aux médecins établis, est tout aussi insensé.

Que pensez-vous en principe de l'obligation faite aux médecins d'accepter une responsabilité budgétaire?

Notre tâche première consiste à donner des soins aux patientes et aux patients. Le médecin doit évidemment tenir compte des coûts qu'il génère. Mais la gestion d'un budget déterminé n'est pas foncièrement une activité médicale.

En conclusion, encore cette question. Quelles sont, d'après vous, les chances de gagner un éventuel référendum?

Nous avons de bonnes chances!

Interview:

Marco Tackenberg, rédacteur doc.be

Jacques de Haller, président de la FMH: «Nous devons rendre crédible la menace d'un référendum.»



Démographie médicale dans le canton de Berne



Dr Anton J.
Seiler, médecin
cantonal

L'ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire est entrée en vigueur le 2 juillet 2002. Les cantons n'étaient pas préparés à sa mise en œuvre. Jusqu'à cette date, ils n'avaient pas à se préoccuper de la fourniture des soins médicaux ambulatoires.

En annexe à l'ordonnance, des chiffres maximum pour le nombre de fournisseurs de prestations étaient prescrits. Les critères choisis pour la répartition des médecins en fonction des différentes disciplines étaient purement arbitraires. Ils le sont aujourd'hui encore. Ils ne correspondent pas aux titres de formation décernés par la FMH. Les chiffres maximum publiés, se fondant apparemment sur des indications de santésuisse datant de la fin 2001, ne correspondent pas à la situation de la fourniture des soins en date du 3 juillet 2002. Suite notamment à une intervention bernoise et à celle des cantons romands, il a été possible de fournir à l'office fédéral concerné des chiffres concernant la fourniture des soins valables jusqu'en octobre 2002. C'est ce qui a conduit, après seulement quatre mois, à une révision des annexes de l'ordonnance.

Pour le canton de Berne, après consultation des médecins et des sociétés de discipline du canton, sur la base de l'état de la fourniture des soins à mi-2002, on a fixé les chiffres maximum suivants de fournisseurs de prestations:

Médecine générale	678
Anesthésiologie	38
Chirurgie	139
Dermatologie	39
Obstétrique/gynécologie	138

Médecine interne (MI) générale	369
MI: endocrinologie	9
MI: pneumologie	25
MI: cardiologie	52
MI: hématologie	27
MI: gastro-entérologie	27
Neurochirurgie	11
Neurologie	17
Psychiatrie/psychothérapie	298
Pédopsychiatrie	78
Orthopédie	65
ORL	47
Pédiatrie	82
Radiologie/médecine nucléaire	25
Médecine tropicale	7
Urologie	21
Rhumatologie	51

L'entrée en vigueur des dispositions concernant le moratoire sur les cabinets a eu pour conséquence qu'il fallait dès lors disposer de bases statistiques pour établir une démographie médicale. En accord avec la Société cantonale des médecins, on a commencé, en automne 2002, à la récolte de données à long terme dans le domaine de la fourniture ambulatoire des soins. Nous disposons aujourd'hui de telles données, en fonction des différentes disciplines, pour les communes et les districts. Elles servent actuellement déjà de base pour une nouvelle décision concernant l'attribution des nouvelles autorisations de pratiquer à la charge de l'assurance maladie obligatoire (et par là à la remise d'un numéro RCC de concordat) par santésuisse et pour des autorisations dans le cadre des dispositions de l'ordonnance cantonale sur l'admission (OEA), en particulier dans les cas où les dispositions concernant des exceptions sont applicables.

Du 4 juillet 2002 au 14 octobre 2004, 158 demandes d'une autorisation de pratiquer (AP) une activité médicale ont été déposées auprès de l'office du médecin cantonal, 3 d'entre elles ont été rejetées. Sur les 155 AP acceptées, 107 concernaient des demandes de porteurs de diplôme suisse, 48 de porteurs de diplôme de l'UE.

Au total, 67 décisions concernaient la remise d'un numéro de concordat (RCC) ordinaire: 47 pour des demandeurs suisses, 20 pour des ressortissants de l'UE. D'autre part, 26 RCC extraordinaires: 23 pour des Suisses et 3 pour des ressortissants de l'UE. Les AP sans RCC se répartissent en 60 demandeurs suisses et 25 ressortissants de

Campagne d'affichage de l'ASMAC Berne 2004

L'ASMAC Berne, qui avait déjà retenu l'attention par sa campagne d'affichage de l'année dernière au sujet de la pénurie de médecins, consacre la campagne de cette année à l'obligation de contracter et au libre choix du médecin. La SMCB apporte son soutien à cette campagne et vous invite à apposer les affiches de telle sorte que vos patientes et patients puissent bien les consulter.

l'UE. A la suite de la décision fédérale de septembre 2004 de prolonger le moratoire de trois années supplémentaires, il s'avère qu'un accord devient nécessaire entre ceux qui sont concernés afin de coordonner la réalisation de la décision. Le médecin cantonal a présenté au président et au comité de la Société des médecins du canton de Berne une proposition visant à tenir des séances de coordination régulières (quatre fois par année), avec la participation de l'ASMAC.

La récolte des données nécessaires à l'établissement de la démographie médicale dans le canton de Berne va se poursuivre à long terme. Il faut remercier tous les médecins du canton de Berne de leur collaboration exemplaire au cours des deux années et demi «sous le régime du moratoire».

Assemblées des cercles médicaux

23 mars 2005

22 juin 2005

24 novembre 2005

Les consœurs et confrères des différentes institutions (hôpital de l'Ile, hôpitaux de district et régionaux, cercles de formation continue et de qualité) sont priés de tenir compte de ces dates et de les libérer de toute manifestation.

Séminaire 2004 de la SMCB



A l'occasion de son séminaire du 26 août 2004, le comité de la SMCB a discuté de propositions alternatives au sujet du projet fédéral de révision de la LAMal.

Alors que le séminaire de l'année précédente avait été consacré à l'élaboration de nos propres positions en matière de politique de la santé (voir à ce sujet la page 2), cette année, c'est la révision de la LAMal qui était au programme. Sur proposition du président, Jürg Schlup, les participants avaient formé, préalablement au séminaire, des groupes de travail chargés d'étudier les différents thèmes, obligation de contracter, managed care, financement des hôpitaux et participation aux frais.

*Patrick Feuz, rédacteur au «Bund»,
Yves Guisan, conseiller national PRD,
Jürg Schlup, président de la SMCB et
Christa Markwalder, conseillère nationale
PRD*

*Peter Studer,
président de l'ASMAC*

«Liberté de contracter»

La suppression de l'obligation de contracter, telle qu'elle est prévue dans le cadre de la révision de la LAMal, a été rejetée par les participants. A ce jour, il n'a jamais été possible de démontrer que la diminution souhaitée du nombre des fournisseurs de prestations aurait pour conséquence une réduction des coûts. L'évolution démographique, qui est la même dans les rangs médicaux que dans la population, va se charger de faire en sorte qu'au cours des dix prochaines années on assistera à une réduction massive du nombre des praticiens de cabinet, qui pourrait aller jusqu'à une pénurie de médecins (telle qu'on la connaît déjà de nos jours dans les hôpitaux).

On pense qu'il serait beaucoup plus sensé de lier le bénéfice d'un contrat à certaines obligations. Parmi celles-ci on évoque notamment la participation au service de garde et la maîtrise d'une langue nationale. L'exclusion du contrat devrait être plus facile qu'aujourd'hui et s'appuyer sur des directives claires, qui devraient être formulées par les sociétés de discipline.



On prétend que la «liberté de contracter» favorise la concurrence. On oublie toutefois que sur les près de 80 caisses-maladie encore existantes, 8 d'entre elles assurent 80 pour-cent de la population. Ces huit caisses-maladie font face à 15'000 médecins en activité de cabinet. La «liberté de contracter» ne crée en aucun cas la concurrence mais aboutit à une situation d'oligopole dans laquelle les fournisseurs de prestations sont sans défense aussi longtemps que l'obligation de s'assurer a pour conséquence qu'ils sont soumis à une interdiction professionnelle en dehors du système. L'obligation de contracter va pratiquement de pair avec l'obligation de s'assurer. Celui qui veut la «liberté de contracter» devrait par conséquent supprimer l'obligation de s'assurer.

Managed care

En Suisse, comme dans n'importe quel pays industrialisé, malgré des tentatives depuis près de trente ans, il n'a pas été possible de mettre en œuvre un système de managed care qui aurait été couronné de succès. Des problèmes se posent toujours en ce qui concerne la sélection des risques et de la menace d'une fourniture insuffisante en soins médicaux.

Les modèles avec responsabilité budgétaire pour les fournisseurs de prestations ont été rejetés sans équivoque par les participants au séminaire. Les réflexions économiques au sujet du traitement médical peuvent être en grave contradiction avec les intérêts du patient. C'est le devoir de l'assureur de démontrer à son assuré, dans le cadre du contrat, les limites de la prise en charge des coûts. La tâche du médecin consiste en la fourniture de soins optimaux. D'éventuelles limitations ne doivent pas être laissées à l'appréciation du médecin mais doivent être clairement définies dans le contrat d'assurance.

Si l'on veut chercher des solutions dans le sens du managed care, seule la solution de gatekeeping est envisageable. Si l'on veut empêcher une sélection des risques, il faudrait rendre ce système obligatoire dans le cadre de l'assurance de base. Les difficultés quant à la réalisation politique de ce caractère obligatoire n'empêchent en aucun cas que le système sur une base volontaire est inefficace. Il ne faudrait pas limiter le rôle de gatekeeper aux praticiens de base (généralistes, internistes, pédiatres, gynécologues) mais l'étendre aux spécialistes, pour autant que ceux-ci acceptent la fonction de praticien de premier recours pour un patient.

Financement des hôpitaux

Le système dual-fixe (45% des coûts à la charge de la caisse-maladie, 55% à celle des cantons), prévu dans la révision de la LAMal, va continuer d'être la cause de conflits de compétence. Il y aurait lieu de préférer, c'est l'avis du groupe de travail du Gurten, le système moniste.

Participation des patients aux coûts

On s'est déclaré d'accord avec une augmentation de la quote-part à 20 pour cent. La franchise, elle, devrait être maintenue à fr 300.– par année. La disposition selon laquelle le Conseil fédéral peut fixer à un niveau inférieur la participation aux coûts pour certaines prestations (p.ex. de nature préventive), devrait être rédigée de façon plus précise. On soutient par principe l'exemption des primes pour les enfants – notamment en raison du coût administratif réduit de cette décharge en faveur des familles. On devrait étudier plus précisément si cette libération des primes s'ajoute à la réduction actuelle des primes ou si elle la remplace.

Médecins, médias et politiciens en discussion

Peter Jäger, Marco Tackenberg, SP



Les fourvoiements de la politique

Ou, comment réussir un autogoal parfait et en attribuer la faute à l'adversaire



T. Heuberger

Après des travaux préparatoires de longue haleine de la part de la commission, après différentes procédures de collaboration et de consultation, le grand conseil du canton de Berne, au cours de deux séances de grande intensité, dans une atmosphère parfois pleine de tension et de contradiction, est parvenu au terme des délibérations au sujet de la nouvelle loi sur les soins hospitaliers (LSH). Elle a été acceptée et adoptée à une majorité impressionnante de 107 contre 13 et 16 abstentions.

Jusqu'ici tout va bien. Le canton de Berne réalise ainsi une nouvelle base légale pour son système hospitalier, accordant aux hôpitaux publics un certain espace de liberté d'entreprendre. Ils peuvent dès lors – dans le cadre d'un mandat de prestations – intervenir quasiment sur une base d'économie d'entreprise, les rendant ainsi plus efficaces, plus proches des clients, tout en générant – peut-être – moins de déficit.

Les hôpitaux privés, eux aussi, peuvent se voir attribuer par le canton des mandats de prestations dans le domaine des soins de base, ainsi que pour certains secteurs et domaines spécialisés de la fourniture des soins. Ainsi, les privés (qui assurent à l'heure actuelle déjà une part importante des soins) peuvent poursuivre sans préjudice leur activité dans ce domaine. En même temps, les hôpitaux publics ne courent pas le risque de ne pas être en mesure de s'adapter au progrès médical et restent ainsi capables d'affronter la concurrence. A ce sujet, les dispositions réglant les remises sur les revenus des médecins chefs jouent un rôle important, dans la mesure où elles ont été fixées dans le sens où le souhaitait la SMCB et où elles sont beaucoup plus avantageuses que dans la majorité des autres cantons. Seuls les frais d'infrastructure prouvés doivent être restitués – sans impôt extraordinaire pour les très

hauts revenus, comme cela avait été prévu au début des délibérations.

On peut ne pas être d'accord (et cela ne manqua pas d'être le cas) sur la nécessité pour le canton de continuer à détenir la majorité dans les SA des hôpitaux, sur l'importance de sa représentation au sein du conseil d'administration, sur la question de savoir si seuls des représentants cantonaux n'appartenant pas à l'administration sont en droit de participer à la politique de gestion des hôpitaux ou si le grand conseil ou le gouvernement doivent définir les centres hospitaliers régionaux (CHR). En définitive, une solution s'est dégagée avec laquelle on peut se déclarer d'accord, avec laquelle il est possible de travailler et qui, finalement, apporte un certain calme au grand chantier du système hospitalier cantonal et lui permet de penser de nouveau à des perspectives d'avenir ... s'il n'y avait pas ...! Tout va pour le mieux? Ce n'est malheureusement pas le cas. Un référendum constructif a été lancé par les associations du personnel, les syndicats (ainsi que l'ASMAC)! Deux points litigieux sont au centre du débat, ils sont la cause de nouveaux délais, ils rouvrent le chantier, retardent la fin des travaux, voire même les interrompent complètement (mettant peut-être un terme à leur achèvement) et coûtent de l'argent.

Que s'est-il passé? Les associations du personnel refusaient un allègement des mesures de protection en faveur du personnel conférées par le droit du travail actuellement en vigueur et de les exposer, sans aucune garantie, aux tempêtes de l'économie d'entreprise. Notons toutefois – petite remarque – qu'on ne tend en aucun cas vers la privatisation des hôpitaux, on veut seulement les ouvrir à la possibilité de penser et d'agir en termes d'économie d'entreprise. Le canton reste engagé en détenant la majorité du capital en actions.

On peut comprendre que les associations du personnel et l'ASMAC se défendent et tentent d'écarter le danger d'un dumping salarial et d'une péjoration des conditions de travail dans un domaine aussi sensible que celui du système hospitalier. Il devrait être possible de parvenir à ce que les conditions d'engagement dans les CHR soient fixées soit par un CCT (contrat collectif de travail) ou, pour le moins, correspondent aux conditions d'un CCT. En cas de désaccord sur ce point, le gouvernement (actionnaire majoritaire des CHR), devrait fixer les conditions minimales.

La majorité bourgeoise, avec à sa tête le PRD, ne voulait pas donner au gouvernement la possibilité de décider, mais voulait, qu'en cas d'état sans convention, les «conditions d'engagement valables pour le lieu et les branches» soient déterminantes. On a fait de cela un dogme intangible, un casus belli. C'est dommage, c'est même faux! Cette immobilité a été la cause du référendum! Si la majorité bourgeoise avait accepté d'entrer en matière sur la proposition de compromis des associations du personnel, le paysage hospitalier aurait changé de fait – les opinions des partis étaient peu éloignées les unes des autres. Mais cela ne s'est pas produit. Pour moi, les revendications des associations du personnel pouvaient être acceptées. Elles auraient apporté un certain degré de protection en faveur du personnel, sans grand changement, et le référendum aurait été ainsi évité. Les associations du personnel, au cours de négociations au sujet de la LSH, avaient déjà dû accepter de telles concessions, leur insistance au sujet du dernier point litigieux peut se comprendre. Pour le personnel, il est d'une extrême importance.

On peut reprocher au rédacteur d'argumenter sans nuance en faveur des associations du personnel. On peut le penser, si c'est ce que l'on souhaite: mais c'est faux! C'est le contraire qui est vrai. Le canton ne peut pas se permettre un retard au niveau de la LSH, il entraîne un arrêt au niveau des réformes avec des conséquences financières qui ne peuvent être évaluées et que précisément le côté bourgeois voulait éviter en exerçant une pression sur la planification des délais. Le référendum va coûter de l'argent au canton (et aux partis!), demander des efforts et du temps pour mener la campagne référendaire. Si le référendum est accepté, il ramènerait tout l'exercice au point de départ! Avec un peu de tolérance, on aurait pu éviter le référendum. L'ego de certains en aurait peut-être quelque peu souffert, mais au niveau matériel il n'y aurait eu aucune conséquence. Et, en passant, l'ASMAC est notre partenaire, ses arguments ne doivent pas nous laisser indifférents.

Mais voilà, la politique ne suit pas toujours des chemins logiques ou des raisonnements sensés, elle a ses propres lois.

La Société des médecins ne va cependant pas soutenir le référendum, puisque la nouvelle organisation des hôpitaux en SA (semi)privées est également concernée et que c'est nous qui avons proposé ce point important de la loi et si le référendum devait être accepté, cela retarderait le projet d'un voire deux ans.

Lettre de lecteur

Ce n'est pas la lecture qui donne à penser et provoque des maux de tête, mais Tarmed.

Chères consœurs et confrères,

Je vous félicite, vous faites exactement ce que les politiciens et les caisses-maladie attendent de vous. Vous luttez les uns contre les autres. Les praticiens de premier recours (Tarmed améliore la situation des praticiens de premier recours) contre les spécialistes (tant qu'à disparaître, autant que ce soit les poches pleines), chacun facture toutes les prestations effectuées et même un peu plus. Le chiffre d'affaire augmente, la joie règne.

Et maintenant, quelle insatisfaction. La neutralité des coûts. La diminution de la valeur du point. A peine gagné, aussitôt perdu ...

Il s'agit maintenant de retrouver ce qui a été perdu et de facturer un peu plus. La valeur du point diminue une fois encore, ainsi de suite. Après chaque diminution il y a une conférence de presse de santé-suisse et chaque fois le même message: les médecins ne savent pas garder la mesure. Monsieur Couchepin ne peut cacher sa joie, on verse de l'huile sur le feu de la révision de la LAMal. Les médecins fournissent de magnifiques arguments en faveur de la suppression de l'obligation de contracter et de l'analyse de l'économicité du traitement.

L'avenir. La valeur du point s'est lentement établie autour de 50–60 centimes. Dans le canton de Berne, elle ne pourra être modifiée que par la négociation lorsque l'indice des coûts à la consommation est déplacé de 5 points vers le haut. Notre travail est mal rémunéré. Celui qui a un cabinet avec un nombre réduit de patients voit son revenu disparaître sous les frais d'infrastructure; celui qui facture trop, ne respecte pas l'économicité et ne peut plus travailler à la charge des assurances maladie, il fait faillite. Les confrères de la campagne, qui, aujourd'hui déjà, ne survivent que grâce à la dispensation de médicaments, souffrent eux aussi. Il serait probablement plus logique de rechercher, aujourd'hui déjà, un lieu adéquat pour une maison médicale. Cela permettra de réduire les frais d'infrastructure. Les choses n'iront pas mieux pour les spécialistes.

Nous devons avertir les patients que nous, les médecins, nous aurons eu la possibilité de les soigner dans nos propres cabinets et non pas dans des centres médicaux, puisque la phase de neutralité des coûts (budget global) ne doit durer que du 1.4.04 au 31.3.05.

Les collègues de l'ASMAC doivent également commencer à ressentir des maux de tête, ce niveau de rémunération ne permettra pour ainsi dire pas d'ouvrir ou de reprendre un cabinet et en aucun cas d'en renouveler l'infrastructure. Il faudra mettre en place des consultations ambulatoires et des centres d'urgences subventionnés. Mais là aussi, avec un certain retard mais de façon encore plus brutale, le couperet va tomber sur la valeur du point.

C'est dans l'esprit de Tarmed qu'une redistribution se produise. Les prestations de même valeur intrinsèque sont rémunérées de la même façon dans toutes les disciplines.

Une comparaison avec le chiffre d'affaire de 2001 d'un médecin moyen, selon la statistique des caisses-maladie (indice 100), peut être d'une certaine utilité. Les collègues avec un indice <120 auront de la peine à réaliser ce chiffre d'affaire, ils peuvent facturer un peu plus. Les collègues avec un indice 80 vont gagner plus pour la même prestation, mais ils ne peuvent pas facturer ce qu'ils ont produit parce qu'ils dépasseraient les coûts de 2001.

Il y a également notre trustcenter Ponte Nova. Il est possible de s'y comparer avec

les confrères de la même discipline, de constater si l'on facture trop dans Tarmed ou si l'on se trouve dans la moyenne des confrères. Lorsque le cabinet sera vide, il n'y aura plus d'argent.

La mesure à prendre en considération est la concordance entre la durée du travail auprès du patient et le temps facturé selon Tarmed.

Mais malheureusement la règle n'est pas immuable, puisque des prestations techniques et médicales peuvent être fournies plus rapidement par des confrères plus habiles ou être partiellement déléguées à du personnel du cabinet.

Si nous voulons mettre un terme à la diminution de la valeur du point, nous devons nous reprendre en main et ceci vaut pour tous. Respectez les recommandations de la SMCB et des présidents de vos sociétés de discipline. Si nous allons trop loin dans les réductions, la valeur du point remontera (pensez au canton du Tessin) et restera à un niveau plus élevé. De cette façon, à la fin de la période de neutralité des coûts, nous n'aurons pas vidé notre bourse et nous pourrions profiter de ce qui nous reste.

En conclusion: Nous sommes tous sur le même bateau, faites vous violence et oubliez votre méfiance à l'égard de vos collègues, nous avons besoin de loyauté.

Marcel Stampfli
président du cercle médical
Bienne-Seeland

Un rappel de PonteNova

de H.W. Leibundgut, président du CA

Tous les débuts sont difficiles, il en est ainsi de l'échange électronique des données qui, lui aussi, doit être appris. En fonction de nos expériences, nous vous rappelons les sources d'erreur suivantes:

- Adressez la copie électronique IMMEDIATEMENT au trustcenter après l'envoi de la facture papier – si vous ne le faites pas, Visana ne peut pas la consulter.
- Contrôlez le «token» (ligne de référence) sur la facture papier. Les deux premiers chiffres doivent être 55 (et non 01 ou 75) – ce qui ne permettrait pas à Visana de consulter la copie électronique.
- Vous ne pouvez imprimer un token que si vous êtes cliente ou client de PonteNova – si ce n'est pas le cas, Visana va rechercher une copie électronique qui n'existe pas.

Un token correct se présente de la façon suivante sur la facture papier (exemple)
5500000370805>0161914100530033303121608577+010370058>

Recommandations pour les salaires 2005 des assistantes médicales

Salaire de base

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

Augmentation pour ancienneté

Fr 150.– par mois (par année d'ancienneté) pour chaque année suivant la première année d'ancienneté. L'augmentation pour ancienneté constitue l'un des éléments de l'entretien annuel de qualification.

Compensation du renchérissement

Le renchérissement annuel, à fin septembre, se monte à 0.9%. Si la compensation a été convenue par contrat, elle doit être accordée.

Supplément de fonction

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

Salaires des apprenties

1^{ère} année fr 250.–; 2^{ème} année fr 800.–; 3^{ème} année fr 1200.–. Il est versé un 13^{ème} salaire.

Qui financera les soins à l'avenir?



Peter Jäger, SPI

A l'occasion de la conception de la loi sur l'assurance-maladie actuellement en vigueur, on avait promis qu'elle concernerait également les prestations de soins. Entre temps, le tribunal fédéral a précisé que, se fondant sur le texte de la loi, il y avait lieu de distinguer les soins médicaux, d'une part, qui sont à la charge de l'assurance-maladie et les soins non médicaux, d'autre part, qui doivent être financés par le patient concerné. Soumis à une pression avant tout financière, mais également politique, les assureurs-maladie s'efforcent aujourd'hui par tous les moyens de se défilier devant le financement des soins.

Il y a actuellement en procédure de consultation deux variantes d'une nouvelle réglementation du financement des soins. La révision prévue a certainement pour origine la crainte d'une nouvelle augmentation des coûts de l'assurance-maladie. Il s'agit donc avant tout d'une nouvelle répartition des coûts. Il convient ici de noter qu'on a déjà renoncé, au niveau de l'administration, à l'idée désastreuse d'une assurance de financement des soins financée par les seules personnes âgées – par exemple à partir de 50 ans. Il faudra voir si le parlement fera preuve de la même sagesse.

Le rapport accompagnant la procédure de consultation contient en préambule un certain nombre de remarques dignes d'intérêt, que nous citons ici dans le texte:

«... la société ne vieillit pas, elle reste plus longtemps jeune. Les personnes vivent plus âgées, mais elles restent aussi plus longtemps en bonne santé physique et mentale. L'amélioration a été constante ces dernières décennies. La 'retraite' est de plus en plus souvent synonyme d'étape de vie encore longue que l'on peut largement organiser à sa guise et qui offre de nouvelles perspectives. Les statistiques confirment cette tendance. Entre 1981/82 et 1997/99, les années de vie sans handicap ont progressé de cinq ans au moins chez les femmes, celles avec handicap ayant reculé de deux ans. Dans la même période, les hommes ont gagné

plus de quatre années de vie sans handicap, celles où ils en souffrent ayant diminué d'une demi-année. Ce constat est important pour ce qui est de l'évolution des besoins en soins; si les personnes âgées nécessitent plus tard de l'aide et des soins, cela signifie que la progression des besoins est plus lente que ne le laisseraient penser les relevés démographiques.»

Plus loin, le rapport insiste sur les modifications sociales, auxquelles il convient d'accorder toute l'importance qu'elles méritent:

«Deux changements qui se dessinent déjà depuis un certain temps ont aujourd'hui un impact durable sur cette interaction entre aide formelle et aide informelle. D'une part, l'évolution démographique marquée par un allongement de l'espérance de vie et par la baisse de la natalité laisse supposer que le nombre croissant des personnes âgées à très âgées ira de pair avec une augmentation de la proportion des personnes nécessitant des soins – encore que la proportion exacte fasse l'objet de controverse. Ce phénomène a d'autant plus de poids qu'avec la diminution du nombre d'enfants, c'est aussi le potentiel de personnes dispensant des soins informels qui se réduira. D'autre part, la transformation des structures sociales joue aussi un rôle accru: du fait que la part des ménages à une personne, des petites familles et des femmes exerçant une activité lucrative augmente, l'aide informelle tend à diminuer et le besoin en soins institutionnels à croître.»

Vaines contorsions

Le rapport, à juste titre, insiste sur le fait qu'il n'est plus guère possible de s'en tenir à la distinction faite actuellement entre soins médicaux et non médicaux, c'est à dire entre soins liés à la maladie et ceux liés à l'âge ou prestations d'aide. C'est pourquoi deux variantes sont proposées qui, si on les examine soigneusement, contiennent toutes deux leur part de perfidie:

Modèle A: situation de soins complexe ou simple

On se trouve en face d'une situation de soins complexe lorsque les soins de base médicalement indiqués en raison de la maladie sous-jacente existante exigent des connaissances médicales et/ou en matière de soins; cette situation correspondrait à la notion d'impotence grave selon l'AVS/AI. Dans ce cas, l'assurance-maladie prend en charge les prestations qui relèvent tant des soins de base que des soins de traitement. L'allocation pour impotence grave ou moyenne de l'AVS, par contre, n'est plus servie aux pensionnaires des homes. En cas de situation de soins simple, l'assurance-maladie ne fournit plus de prestations, à l'exception d'une allocation pour impotent en cas d'impotence faible pour les personnes vivant chez elles. Le modèle de financement A ne s'applique qu'aux personnes ayant l'âge de la retraite.

Modèle B: soins aigus et soins de longue durée

Le modèle B tente de faire une distinction en fonction de la durée du traitement et du but fixé. Les soins aigus se caractérisent par une perte subite, d'habitude pro-

visoire, de l'autonomie, qui ne devrait par exemple pas durer plus de 90 jours. Les prestations de soins aigus devraient être intégralement pris en charge par l'assurance-maladie. La phase des soins de longue durée est en règle générale irréversible et n'est donc pas limitée dans le temps. Les coûts, dans ce cas, iraient à la charge des personnes nécessitant les soins, des assureurs et des pouvoirs publics (prestations complémentaires).

Toutes ces contorsions intellectuelles ont finalement pour conséquence que l'assurance maladie voit ses charges annuelles réduites d'environ 63 millions, les allocations d'impotence de l'AVS, d'environ 160 et les ménages privés, d'environ 12 millions de francs – mais en contrepartie les prestations complémentaires de l'AVS seraient, elles, priées de verser 236 millions.

Retour à l'expéditeur

La grande bourse des fonds publics possède des milliers de poches. Malgré cette multitude, toutes ces poches sont remplies par nous autres les contribuables et toute dépense, d'où qu'elle provienne, concerne notre argent. On peut donc nous épargner un «Nouveau régime de financement des soins» à variantes multiples, qui, en définitive, ne consiste qu'à remplacer des définitions inadéquates par d'autres définitions plus inadéquates encore et à transférer 15 pour-cent des coûts d'une poche dans une autre.

On peut qualifier de forme particulière de pensée unique le fait que le projet ne concerne que le problème des soins aux

personnes âgées. Il n'est fait par exemple nulle part mention des coûts, qui peuvent s'étendre parfois sur des décennies, pour les enfants ayant subi un traumatisme à la naissance ou pour les victimes d'un accident.

Le financement des soins est une entreprise fort difficile. D'un côté, il faut financer solidairement ce qui est nécessaire dans un cas en particulier. D'un autre côté, il faut éviter toute incitation à la «socialisation» des coûts des soins – en d'autres termes, le revenu et la fortune de ceux qui nécessitent des soins doivent participer dans une mesure appropriée à leur financement.

Sous le titre de «Insuffisance du niveau des prestations en cas de dépendance liée à la vieillesse», le rapport critiqué plus haut apporte lui-même un point d'attaque sur lequel on devrait s'appuyer pour aborder le problème d'une façon raisonnable: «La nécessité de recevoir des soins ne constitue pas un risque réglementé séparément par le droit des assurances sociales, mais elle est régie par les assurances sociales primaires à orientation causale. En conséquence, les prestations divergent fondamentalement selon que les besoins de soins sont dus à la vieillesse, à la maladie ou à l'accident.» L'analyse des différents régimes de prestations révèle que le niveau des prestations doit être qualifié de faible, de lege lata, précisément en cas de dépendance due à l'âge:

- L'AVS ne connaît pas d'allocation pour impotent en cas d'impotence de faible degré.
- Le correctif final des prestations complémentaires est à maints égards limité, ce qui entraîne un risque accru de dépendance de l'aide sociale notamment pour les personnes fortement dépendantes de soins du fait de l'importance de la charge financière qu'elles supportent. On peut ici mentionner notamment le plafond des prestations complémentaires pour les pensionnaires de home: aux termes de l'art. 3a, al. 3, LPC, pour les personnes qui vivent en permanence ou pour une longue période dans un home ou un hôpital, la prestation complémentaire annuelle ne peut dépasser 175% du montant maximum destiné à la couverture des besoins vitaux des personnes seules fixé à l'art. 3b, al.1 let. a (soit 30 275 francs/an ou 2525 francs/mois).

Coût des soins pour les années 2020 et 2040

	2000–2020	2000–2040
Coûts en 2000	16 084	16 084
Coûts supplémentaires dus à la démographie	11 902	14 651
Coûts supplémentaires non démographie	13 154	17 981
Total coûts des soins	11 141	18 716
Augmentation en pour-cent	83%	208%

Gesucht: Stv. Kreisärztin/Kreisarzt für forensische Belange im Gerichtskreis XII (Niedersimmental)

**Aux lecteurs francophones: le présent article, d'un grand intérêt local unique-
ment, n'est pas traduit en français.**

Wegen Rücktritt einer der beiden Kreis-
ärzte im Niedersimmental wird auf den
1.10.04 oder nach Vereinbarung eine
Nachfolgerin oder ein Nachfolger ge-
sucht.

Der Unterzeichnete, seit 1999 Kreisarzt in
Thun, möchte eine Kollegin oder einen
Kollegen aus der ärztlichen Praxis zu die-
ser nebenamtlichen Tätigkeit ermutigen.

Vor fünf Jahren wurden im Kanton Bern –
in Anlehnung an die Bezirksärzte in ande-
ren Kantonen – Kreisärzte eingeführt.
Heute sind in den 12 Gerichtskreisen 22
Kollegen tätig. Im Unterschied zu den
Bezirksärzten obliegen den Kreisärzten
ausschliesslich forensische Aufgaben.
Man kann uns daher als «Aussenposten»
des IRM (Institut für Rechtsmedizin) der
Universität Bern bezeichnen, dem wir
auch fachtechnisch unterstellt sind und
das uns weiterbildet und bei Bedarf jeder-
zeit unterstützt.

Die Haupttätigkeit besteht in der Durch-
führung von Legalinspektionen bei aus-
sergewöhnlichen Todesfällen (agT). Wir
rücken in der Regel an den Ort des
Geschehens aus, wo wir zusammen mit
den Spezialisten des Kriminaltechnischen
Dienstes oder des Unfalldienstes den
Leichnam untersuchen und Spuren
sichern. Ebenfalls vor Ort sind die Fah-
nder der Polizei und oft der Untersu-
chungsrichter. Ziel unserer Untersuchun-
gen ist es, die Todesart im engeren Sinne
(natürlicher Tod, Suizid, Unfall, Delikt) auf-
zuklären und dem Untersuchungsrichter
die Grundlagen für weitere Abklärungen,
z.B. die Durchführung einer gerichtlichen
Autopsie, zu liefern. Es handelt sich dabei
um eine hochinteressante Zusammenar-
beit von Spezialisten, von denen jeder
seine Erfahrung und sein Wissen ein-
bringt, und es entwickelt sich ein Dialog
um Verletzungen, Spuren, Abläufe und
Zusammenhänge. Dies hat wohl etwas mit
«Detektiv spielen» zu tun, aber unter seri-
ösen und ernstesten Umständen, im Dienste
des Rechtsstaates. Nicht weniger span-
nend sind kreisärztliche Untersuchungen

von lebenden Personen nach Gewaltein-
wirkungen.

Für mich liegt hierin der Reiz, etwas zu
erfüllen, das einerseits neben dem beruf-
lichen Alltag einhergeht, Neuerungen
bringt, etwas Spannung aufkommen lässt
und andererseits auch für die Öffentlich-
keit einen Wert hat. Und zusätzlich: Diese
interdisziplinäre Zusammenarbeit von
Fahndung, Kriminaltechnik, Juristerei und
Rechtsmedizin bietet auch die Befriedi-

gung, voneinander oft genug Neues zu
lernen, das nichts mit der täglichen Rou-
tine zu tun hat. Wenn man sich entspre-
chend organisiert und den Dienst mit den
Kollegen abspricht, wird die Praxistätig-
keit durch die kreisärztlichen Einsätze
nicht über Gebühr gestört. Die Verrech-
nung der Einsätze erfolgt nach Tarmed.
Zusätzlich erhält man ein «Wartegeld».

Wer im Niedersimmental oder in dessen
Nähe wohnt, sich angesprochen fühlt,
oder auch nur Auskünfte für eine even-
tuelle Entscheidungsfindung benötigt,
kann sich bei mir (033 243 33 16) oder bei
Prof. U. Zollinger, Institut für Rechtsmedi-
zin der Universität Bern (031 631 84 66),
melden.

Unsere E-Mail-Adressen:

tom.m.heuberger@bluewin.ch
zollinger@irm.unibe.ch

T. Heuberger, Hilterfingen

Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton
de Berne – Edité par la Société des médecins du Can-
ton 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'informa-
tion, Postgasse 19, 3000 Berne 8. Tél. 031 310 20 99;
Fax 031 310 20 82; E-Mail: jaeger@forumpr.ch

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

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

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition octobre 2004.