



No 6 • décembre 2006

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

Le «Big Brother Award 2006» décerné à la CSS

Tagesanzeiger du 16.11.2006 «Un prix pour les fouineurs»

Le 16 décembre 2006 on a rendu public, au centre culturel Sudhaus de Bâle, les noms des gagnants du «Big Brother Award» de cette année. Par ce «prix» – satirique – «dont personne ne veut», un comité d'organisation entend récompenser chaque année les pires atteintes à la protection des données dans les catégories état, business et place de travail.

Le prix business a été décerné à la caisse maladie CSS. Elle a ainsi reçu l'élégante coupe en béton en qualité de celle qui a attenté au plus haut niveau à la protection des données au cours de l'année 2006 dans la catégorie business. Elle a autorisé au moins 150 collaborateurs à avoir accès en ligne à des données sensibles relatives à la santé de ses assurés. Ces données étaient destinées au médecin-conseil et contenaient des diagnostics médicaux tels que trouble dépressif, dépendance à l'alcool, ainsi que des résultats de tests HIV. En juin 2006, le préposé à la protection des données a ouvert une «enquête au sujet des faits en matière de CSS» et l'office fédéral de la santé publique (OFSP) a déposé une plainte pénale contre la CSS pour suspicion de non respect du secret professionnel. Enfin, en octobre 2006, quatre patients ont déposé une plainte pénale contre la CSS: «la caisse maladie aurait permis à un groupe de personnes mal défini d'avoir un accès sans restriction à des données personnelles dignes de protection et porté de ce fait atteinte à la protection des données ainsi qu'à des exigences légitimes du droit de la personnalité.»

«Nous n'avons pas le sentiment d'avoir commis quelque chose de faux», a déclaré en novembre 2006 à la Neue Luzerner Zeitung le porte-parole de la CSS Stephan Michel. Il a poursuivi en affirmant que dans les hôpitaux et les cabinets médicaux un nombre plus grand de personnes que dans la CSS a accès à des données sensibles concernant les patients.

La CSS m'a récemment écrit «Facturation directe dans votre cabinet également? La facturation dans le tiers payant est non seulement confortable et avantageuse pour les patients, elle l'est aussi pour vous, en qualité de médecin» – Ma réponse: pour des raisons de protections des données également, non merci!

Jürg Schlup, président

ROKO – données 2007 concernant les prestations du propriétaire du cabinet

Vous recevez en annexe la carte des dates déterminantes 2007. Nous vous prions de **ne pas retourner cette carte** mais plutôt de la conserver, p.ex. dans votre agenda, afin de répondre aux questions sans trop d'effort, aux dates indiquées au cours de l'année, et de reporter ensuite ces réponses dans le questionnaire à l'année prochaine.

Engagement massif des médecins
de famille 2

Communications du secrétaire 3

SwissDRG 4

Lettre ouverte à l'ASMAC 7

Monitoring du service de garde
dans le canton de Berne, 2^{ème} partie 8

Les médecins de famille en réseau 13

Modèle bernois pour une politique
raisonnable du médicament 14

Recommandations pour
la collaboration médecins – EMS 15

Le prix Anna Seiler de la santé 2006 16

www.bekag.ch: un service pour les membres de la SMCB

Sur le site de la SMCB vous pouvez trouver, dans les pages destinées aux membres, une revue de presse actualisée tous les jours sur des sujets de politique de la santé.

Traduction de Jean-Jacques Gindrat

Engagement massif des médecins de famille

*en faveur de la formation des étudiants en
médecine au cabinet médical*



Dr Mireille
Schaufelberger
responsable ad
interim de
l'enseignement à
la FIHAM, faculté
de médecine de
l'université de
Berne

Chères/chers collègues,

Les dernières semaines, pour nous autres de la FIHAM, ont été une démonstration massive de l'engagement et de la solidarité des médecins de famille: en réponse à notre appel en faveur de la collaboration à la formation des étudiants au cabinet médical, ce sont à ce jour 305 médecins de famille (v. tableau plus bas) qui se sont annoncés. Parmi ces derniers, se trouvaient même des inscriptions en provenance des cantons d'Obwald, de St-Gall et du Tessin.

Bilan. Nous sommes en mesure, à l'heure actuelle (état fin novembre 2006), de proposer une place de stage dans un cabinet

de médecin de famille à 377 étudiants, un résultat que nous n'osions même pas imaginer dans nos rêves. Un grand merci!

Ainsi que nous l'avons appris, un certain nombre de cabinets du canton de Berne et des cantons avoisinants n'ont pas reçu notre annonce. Dans un envoi d'une telle importance, des erreurs peuvent malheureusement se produire; nous vous prions de nous en excuser. Si vous faites partie de ceux qui sont concernés, nous vous prions de vous annoncer directement auprès de la FIHAM, afin que nous puissions corriger nos listes d'adresses.

En fin d'année, nous allons nous adresser personnellement à tous les futurs médecins enseignants et leur communiquer les dates des cours d'introduction 2007. Quatre dates sont prévues, en principe le jeudi après-midi et une fois le mercredi après-midi. Au début de l'année prochaine, on décidera avec la faculté de médecine, du niveau et du module par lesquels nous allons commencer en automne 2007, Nous allons vous informer en détail à ce sujet.

En dépit d'un énorme engagement, il nous manque encore environ 250 places de stage. Nous nous adressons une fois encore aux praticiens de premier recours qui ne

se sont pas annoncés pour solliciter leur précieuse collaboration. Nous avons obtenu, à l'université de Berne, une opportunité unique, celle d'inclure la médecine générale au titre de branche obligatoire – nous devons absolument profiter de cette chance!

Nous recevons volontiers vos annonces sous

www.fiham.unibe.ch ou
Secrétariat FIHAM
Murtenstrasse 11, case postale 14
3010 Berne
Téléphone 031 632 89 91

Avec les remerciements de la FIHAM
Berne

Mireille Schaufelberger
Bene Horn
Ueli Bodmer
Andreas Rothenbühler

Calendrier 2007

25 janvier 2007
Conférence des présidents de
cercles

29 mars 2007
Assemblée des délégués



Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne / paraît 6 x par an.

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

Rédacteur: Marco Tackenberg, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8.

Tél. 031 310 20 99; Fax 310 20 82;

E-Mail: tackenberg@forumpr.ch

Annonces: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne.

Tél. 330 90 00; Fax 031 330 90 03;

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition décembre 2006.

Canton	Nombre de praticiens de premier recours*	En % des praticiens de premier recours	Nombre de médecins enseignants	Nombre de cabinets de stage
BE*	1001**	17.98	180	225
AG	358	9.22	33	38
FR	49	20.41	10	12
LU	251	16.33	41	48
SO	213	12.68	27	36
Divers			14	18
TOTAL	1872	15.54	304	377

* données de la FMH

**y compris pédiatres

Communications du secrétaire



Dr Thomas
Eichenberger
secrétaire
de la SMCB

1 Contrat cantonal d'adhésion TARMED y compris CPP

On sait que la Société des médecins du canton de Berne a conclu un nouveau contrat d'adhésion avec santésuisse. Ce dernier est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006. Il ne contient aucune innovation digne d'être mentionnée par rapport au premier contrat d'adhésion. La valeur du point tarifaire reste par conséquent inchangée jusqu'à fin 2006.

L'assemblée des délégués a approuvé tant le nouveau contrat d'adhésion que l'annexe au sujet du contrôle et du pilotage des prestations et des prix dans le domaine TARMED (convention prestations-prix). On maintient ainsi le pilotage des coûts. Une adaptation de la valeur du point tarifaire ne peut plus, respectivement ne peut qu'avoir lieu tous les 6 mois. On a également convenu de tenir compte à l'avenir de facteurs de correction (nouvelles prestations obligatoires, progrès médical, évolution démographique, etc.).

Nous vous communiquons avec plaisir que, dans ce cadre, la **valeur du point tarifaire pour le domaine LAMal reste inchangée au 1.1.2007, à 86 centimes.**

2 Contrats des médecins cadres. Nouvelle définition du domaine stationnaire et partiellement stationnaire

Selon l'article 3 de l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance maladie (OCP), qui entre en vigueur le

1.1.2007, on trouve notamment que non seulement les séjours d'au moins 24 heures **sont considérés comme stationnaires**, mais également les **séjours à l'hôpital de moins de 24 heures lorsque pendant la nuit un lit a été occupé.**

Ainsi, des séjours qui étaient considérés jusqu'à maintenant comme partiellement stationnaires, sont actuellement considérés stationnaires. Il est résulte non seulement que la rémunération à l'acte du médecin tombe lorsqu'une patiente ou un patient reste pendant la nuit, alors même que l'hospitalisation a duré moins de 24 heures. La rémunération à l'acte des patients partiellement stationnaires est en général un élément variable du salaire, alors que les soins aux patients stationnaires sont compris dans le fixe.

En termes contractuels cela a pour conséquence:

La rémunération actuelle à l'acte disparaît et l'activité n'est pas rémunérée par le fixe. Sous un angle de vue strictement formel on peut argumenter que cette activité sera dès maintenant incluse sans le fixe et qu'elle est déjà rémunérée. Cela ressortirait de la LAMal, resp. de la l'OCP. Cette argumentation est cependant insuffisante, un surcroît de travail est en effet fourni dans le domaine stationnaire pour lequel il n'y aurait aucune augmentation du fixe. La modification de l'OCP ne vise pas, au sens strict (ratio legis) une modification des conditions de rémunération des médecins cadres.

Selon l'art. 320 al. 2 du CO, qui peut s'appliquer ici au moins par analogie, un contrat de travail est réputé conclu lorsque l'employeur accepte pour un temps donné l'exécution d'un travail qui, d'après

les circonstances, ne doit être fourni que contre un salaire. Il en est de même pour le mandat selon l'art. 394, al. 3 CO.

Recommandation:

Nous recommandons par conséquent aux médecins cadres, dont l'activité partiellement stationnaire est rémunérée à l'acte, de négocier avec leur employeur une **augmentation du fixe à partir du 1^{er} janvier 2007** en tenant compte des pertes probables dans le domaine partiellement stationnaire, resp. correspondant à ces dernières. Au titre de base de calcul on peut se référer à la moyenne des 5 dernières années.

3 Lu dans la revue PrimaryCare 2006; 6 no 46: «De pseudo-modèles médecins de famille: rétorquer aux caisses»

L'association pour la médecine de famille du canton de Schaffhouse a dû mettre en route une campagne médiatique de grande envergure pour avertir la population du danger de certains pseudo-modèles médecin de famille. Dans cette région les caisses maladie **Helsana** et **CSS** sont qualifiées de non coopérantes. On leur reproche au sens strict de **proposer des modèles médecin de famille qui ne reposent sur aucune collaboration entre caisse maladie et médecins de famille.** Ainsi, par exemple, Helsana qui aurait, sur des critères entièrement arbitraires, fait figurer sur la liste des médecins de familles seulement 28 des 73 membres de l'association. Les médecins de famille schaffhousois vont jusqu'à recommander un changement de caisse aux patientes et aux patients.

Si de telles pratiques devaient s'imposer également dans le canton de Berne, nous en informerions les membres et ferions, le cas échéant, la même recommandation.

4 Rappel: bureau d'information juridique

En cas de problème de nature juridique, adressez-vous à notre bureau d'information

Il est tenu par M. Urs Reinhard, lic, en droit, avocat. Il est peut être contacté le

**mardi matin de 8 h à 12 h et le
jeudi pendant toute la journée de 8 h à 12 h et de 13 h 15 à 17 h 15**

SwissDRG –

Y a-t-il des points de contact avec les médecins en cabinet?



Dr Hans Herren
président de
l'association des
médecins agréés
bernois,
membre du
groupe de travail
SwissDRG de la
FMH

Dans le cadre de la révision en cours de la LAMal, deux slogans salvateurs sont apparus dans les journaux, ceux de réseaux médicaux et SwissDRG. Les deux formes d'organisation, si un jour elles sont mises en œuvre, auront des répercussions à long terme sur les activités des médecins. Il est donc important de se familiariser avec ces mécanismes.

Historique

Depuis 1996, il y a en Suisse la LAMal, qui prévoit des «forfaits» pour la rémunération des prestations médicales dans les hôpitaux. Etant donné que dans chacun des cantons des modèles différents sont utilisés, la comparaison des prestations et des coûts n'est pratiquement pas possible. Dans le cadre de la révision en cours (depuis de nombreuses années), les politiciens de la santé ont décidé qu'il fallait créer un nouveau système de rémunération fondé sur les prestations et non plus sur la base des coûts. On a fondé à cet effet en 2004 une association dans le but de créer, dans un délai de trois ans, un système de rémunération pour les séjours hospitaliers en soins somatiques aigus.

Les cas traités devraient être rémunérés forfaitairement selon un système lié aux groupes de diagnostics DRG (Diagnosis Related Group).

Les membres fondateurs, resp. les partenaires du projet sont la conférence des directrices et directeurs de la santé (CDS), la FMH, H+, santésuisse, ainsi que la conférence des tarifs médicaux (CTM).

Utilisés à l'origine aux Etats-Unis pour la classification des patients «medicare» (donc ceux de la génération des rentiers), un grand nombre de DRG se sont par la suite établis dans le monde entier. Pour décrire la totalité du spectre de la médecine, on a créé des systèmes améliorés, appelés «all patients DRG» ou en abrégé AP-DRG.

Il était d'emblée évident qu'il ne fallait pas créer un tel système à neuf pour la Suisse, il était tout aussi évident qu'une adaptation à notre système de santé serait cependant nécessaire. Dans ce contexte on parle d'«helvétisation».

Comment fonctionnent les DRG

Les buts principaux des DRG consistent à regrouper les patients en groupes si possible homogènes du point de vue médical et pour lesquels les dépenses de soins sont comparables. Est considéré comme cas de traitement le séjour stationnaire dans un hôpital pour soins aigus. Important: la définition et la délimitation précises de p.ex. stationnaire et partiellement stationnaire n'est pas du ressort du DRG.

Pour chaque patient à l'hôpital on relève, à côté des données démographiques, des données médicales aussi précises que possible telles que diagnostic d'entrée, diagnostic de sortie, morbidités associées, procédures exécutées, durée du séjour, etc. Ces données, sous forme codée, sont introduites dans un programme d'ordinateur, qu'on nomme le «groupeur». Au moyen d'un algorithme interne prédéfini, le cas est attribué à un DRG. La logique du groupage est un processus complexe («black box») qui, en définitive déterminera la qualité de la totalité du système. On est confronté à des difficultés quand on a à faire à des maladies rares ou lorsque les procédures ne concernent pas le diagnostic, comme par exemple dans le cas d'une opération pratiquée pour des complications, etc.

Bases techniques

Etant donné que dans la presse, avec l'introduction des DRG, on rencontre de plus

en plus souvent des notions telles que «case mix», «base rate», «case mix office», il est important de connaître un certain nombre de notions de base afin de comprendre les relations du cas **par rapport au montant du produit**.

Les données des patients, comme cela a été dit, sont **codées** à l'hôpital en fonction des diagnostics et des procédures. Ce codage est fait par des spécialistes, la qualité du codage fournit le DRG correspondant, il concerne par conséquent directement le montant du produit. Afin d'éviter ce qu'on appelle un **surcodage**, on prévoit au niveau des hôpitaux un contrôle du codage, qui correspond indirectement à un contrôle de la facture. Simultanément, les frais générés par le cas sont pris en compte en fonction de postes de facturations définis. La prise en compte des coûts d'un certain nombre d'hôpitaux de différente grandeur donne, en moyenne suisse, le **poinds relatif** ou **cost-weight (CW)** d'un cas. (Combien coûte le cas en comparaison d'autres diagnostics?) On dispose d'un élément supplémentaire de pilotage ou de compensation sous la forme de la durée du séjour. Pour chaque DRG, en fonction de données statistiques, on calcule une **durée moyenne** d'hospitalisation. Partant de cette dernière, on définit la durée d'hospitalisation **limite supérieure**, resp. **inférieure**. Dans le cas de patients hospitalisés plus ou moins longtemps, il y aura un supplément ou une réduction. Dans le système allemand certaines prestations très coûteuses, telles que des médicaments chers, des implants ou des procédures spéciales sont financées par l'intermédiaire de **rémunérations supplémentaires**.

Si, pour un hôpital déterminé, on additionne la totalité des poinds relatifs d'une année, on obtient le **case-mix** de cette clinique. Si on divise par le nombre des traitements on obtient le **case-mix-index**. Ce dernier est donc un indicateur de la gravité des cas



Les modèles de rémunération des prestations médicales dans les hôpitaux sont actuellement différents dans tous les cantons

traités dans une clinique. Il ne dit cependant rien de l'économicité.

Pour connaître maintenant le produit effectif d'un cas, nous avons encore besoin de la **valeur de base du cas** ou **base-rate**. La valeur de base est pour l'essentiel le montant en CHF payé pour un poids relatif de 1. La valeur de base est déterminée d'une part par la prise en compte des coûts, elle est d'autre part également une grandeur clairement influencée par la politique. La question de savoir si on attribue à des hôpitaux aux niveaux de soins différents (hôpital universitaire, hôpital régional ou aussi hôpital privé) des valeurs de base différentes, n'est pas résolue en Suisse. C'est ici que se situe un point essentiel qui sera la cause de beaucoup de malentendus: à l'aide des DRG on compare la prestation, mais on ne règle pas le **financement hospitalier**. Il est prévu p.ex. que la valeur de base soit négociée annuellement au niveau cantonal ou entre les différents fournisseurs de prestations et assureurs. Une intervention a le même poids relatif dans toute la Suisse, p.ex. 0.8, mais, en fonction de la valeur de base de l'hôpital, la valeur en francs n'est pas la même.

Répercussions positives et négatives éventuelles

Lorsqu'il est question de répercussions, le point de vue de l'observateur joue certainement un rôle central. Le patient, l'hôpital, le médecin et l'assureur maladie ont des opinions en partie divergentes. Une petite récapitulation sommaire:

Positif:

- Plus de transparence lors de la fourniture de la prestation. Une facturation améliorée par poste permet plus d'informations au sujet des coûts générés ainsi qu'une comparaison au niveau suisse des prestations hospitalières.
- Rémunération en fonction de la prestation, indépendamment de la durée du séjour.
- Economies de coûts par une meilleure utilisation des ressources et une réduction de la durée des séjours grâce à une meilleure coordination des installations pré- et posthospitalières.
- Meilleure collaboration de tous les intervenants grâce à l'optimisation des procédures.

Négatif:

- Renchérissement du système de santé à la suite d'une énorme augmentation des dépenses administratives dans les cliniques. En 2002 déjà, le médecin assistant allemand était occupé en moyenne 2 h par jour par l'administration.

- Perte du secret médical par le fait que l'assureur demandera dans chaque cas à avoir accès à la totalité des données médicales (problème de la sélection dans le domaine des assurances complémentaires).
- Réduction excessive des durées d'hospitalisation («bloody exits»)
- Diminution de la qualité des soins à la suite de la mise en œuvre de procédures médicales sous-optimales pour cause de rationnement ou de dispersion des cas.
- Limitation de la liberté thérapeutique du médecin dans la mesure où l'hôpital, sous le poids des coûts, prescrit certaines procédures ou, le cas échéant, le matériel à utiliser.
- Déplacement des prestations vers le domaine pré- ou posthospitalier.
- Sélection des risques sous forme de l'accueil préférentiel de patients présentant peu de problèmes. Refus de l'accueil ou transfert des cas urgents difficiles de «patients chers» vers d'autres institutions.
- Augmentation artificielle du degré de gravité de certains traitements par un codage amélioré, mais aussi par un surcodage volontaire; éventuelles procédures inutiles mais relevant du DRG.
- Orientation des hôpitaux vers des domaines lucratifs et perte des prestations utiles à la communauté, de même que de prestations complémentaires «volontaires» dans le cadre de l'enseignement et de la formation du personnel.
- Désolidarisation encore plus poussée des assureurs maladie. Par la rémunération des coûts en fonction de la gravité effective du traitement les caisses ayant des patients aux affections plus graves sont préférentielles par rapport à celles dont les patients ont des affections moins graves, il en résulte une incitation plus grande à sélectionner les risques.

Même si l'auteur des lignes, en sa qualité de médecin dans une clinique privée, ne peut pas se réclamer de la position de l'observateur indépendant et objectif, il est indéniable que l'introduction des DRG n'aurait pas pour conséquence un frein à l'augmentation des coûts et que la réforme du financement hospitalier suisse ne serait pas réalisée.

Pourquoi SwissDRG?

Nous en arrivons au nœud du problème; pourquoi introduire les DRG?

Les intérêts divergents des différents acteurs du domaine de la santé en Suisse ont pour conséquence qu'il y a depuis longtemps un blocage des réformes. Le besoin urgent de révision de la LAMal avec un

nouveau mode de financement des hôpitaux (mots d'ordre financement moniste, dual-fixe, égalité des droits des fournisseurs de prestations, intégration des frais d'investissement, ...) se poursuit depuis des années et on ne va pas au-delà des propositions des différentes commissions de la santé ou mêmes des sous-commissions. Comme il n'est pas possible de s'accorder pour un grand jet, les acteurs politiques sont tombés d'accord pour réaliser quelque chose qui peut être réalisé ... Ce faisant on a oublié de tenir compte de la rémunération en fonction de la prestation. En révisant l'art. 49 de la LAMal on veut tenter de créer une base légale pour l'introduction à grande échelle ainsi que pour la mise en œuvre et le financement d'un organe de pilotage (CMO, voir plus loin).

Décision au sujet du système et procédure opératoire

Après évaluation soigneuse des systèmes existants et à la suite d'une procédure de consultation auprès des membres de l'association, l'association SwissDRG a décidé, de choisir, à titre de base pour la Suisse, le système allemand G-DRG. Les différents systèmes de santé de l'Allemagne et de la Suisse nécessitent cependant une hévétisation étendue. Du point de vue technique, le catalogue des procédures allemand OPS doit être adapté au code suisse CHOP. On parle de «mapping». De plus, la forme d'organisation doit être adaptée à la législation suisse. Le fonctionnement des DRG ne dépend pas en premier lieu de la structure du groupeur choisi, mais bien plutôt de la façon dont le système est entretenu et développé.

Pratiquement en même temps que la décision concernant le système, la FMH a créé un groupe de travail SwissDRG. Celui-ci comprend des présidents / responsables des tarifs des sociétés de discipline et cantonales ainsi que d'autres experts en DRG, organisés sur une base relativement libre. Elle a pour but d'appuyer la délégation aux négociations de la FMH dans le cadre du bureau de pilotage et de la direction du projet de SwissDRG. Il est également prévu que les sociétés de discipline et les organisations cantonales fassent leurs suggestions par cet intermédiaire. A l'inverse, la FMH souhaite utiliser ce chemin pour diffuser des informations à la périphérie.

A l'heure actuelle dans 30-40 hôpitaux on récolte déjà des données pour la prise en compte des coûts dans les DRG, sachant que pour l'instant la participation a lieu sur une base volontaire.

A la suite du choix du système, on planifie maintenant d'abandonner la structure de l'association et de créer une SA SwissDRG.

Cette SA contrôlerait, par l'intermédiaire d'un **casemix-office** (CMO), le développement futur des DRG et procéderait en permanence aux adaptations nécessaires. La participation des fournisseurs de prestations, des assureurs et de la CDS, chacun avec 3 sièges à la planification d'une structure de décision à majorité simple devrait permettre un processus dynamique et empêcher la guerre de tranchées qu'on avait connue avec Tarmed.

C'est maintenant que le projet devient une nouvelle fois le jouet de la politique. La CMO, jusqu'à l'entrée en vigueur effective des DRG, pour lesquels devrait être prévu un financement par cas, doit être préfinancée par les actionnaires. Santéuisse se refuse actuellement de participer à ce préfinancement, si certaines de ses exigences concernant la mise en œuvre des DRG ne sont pas satisfaites. Il s'agit évidemment des points qui font l'objet de discussions entre les différents acteurs, c'est-à-dire: fourniture de la totalité des données médicales aux assureurs, pas de rémunérations spéciales, pas d'exclusion de prestations médicales, valeur de base uniforme pour toute la Suisse (v. plus loin).

Problèmes non résolus en relation avec l'introduction de SwissDRG

- Si lors d'une procédure on a besoin de médicaments chers ou d'implants qui dépassent le cadre habituel, ils ne sont pas inclus dans le DRG «normal». Dans le système allemand on a prévu à cet effet des rémunérations spéciales. Le directeur de la CMO allemande confirme que les rémunérations spéciales sont nécessaires parce, si elles n'existent pas, «une rémunération convenable et différenciée n'est pas possible» (F. Heimig, nov, 2006). C'est ce point précisément que santéuisse refuse d'introduire en Suisse.
- En Suisse, 20% des traitements hospitaliers stationnaires sont réalisés par des cliniques privées et, dans ces dernières, en règle générale par des médecins agréés. La prestation médicale du DRG doit par conséquent être payée séparément. Mais la difficulté réside dans le fait qu'il n'y a pas de relation linéaire entre la hauteur de la rémunération totale et celle de la part médicale. Il y a ainsi des cas où, dans le cadre de coûts importants au niveau de la clinique, le médecin travaille à «bon marché» et le contraire existe également. Ce problème ne peut pas être résolu dans le cadre de la prise en compte des coûts dans les hôpitaux, étant donné que les coûts médicaux ne sont effectivement pas pris en compte mais consignés sous la forme de positions Tarmed. Dans la forme où Tarmed

est mis à jour aujourd'hui, il est évident que les distorsions existant dans Tarmed 1:1 seraient reprises.

En dépit de la résistance du côté de santéuisse, des solutions doivent être trouvées pour la rémunération des médecins agréés, ces derniers ne doivent pas être abandonnés sur le bord de la route.

- Valeurs de base différenciées ou prix unique?

Selon santéuisse il devrait exister une valeur de base uniforme pour l'ensemble de la Suisse, c-à-d. qu'un cas de traitement aurait le même prix partout en Suisse. A la suite des expériences en Allemagne, il est résulté que les grands hôpitaux généralistes, n'ont plus été en mesure de suivre les plus petits, qui se sont de plus en plus spécialisés. La réserve de capacité pour couvrir l'ensemble des disciplines est trop grande. Des prix uniformes exigent une totale modification de la politique hospitalière ou du financement hospitalier. Les cantons, au plan politique, doivent soit subventionner les coûts supplémentaires ou rendre plus profitables les régions où les soins sont fournis, sans respecter les limites cantonales. De plus, une fois encore, consciemment ou inconsciemment, on mélange définitions et compétences. SwissDRG est un instrument pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une structure tarifaire. La fixation des prix ou le financement hospitalier sont du ressort de la politique, des partenaires tarifaires ou des cantons. La CMO prévue n'a donc rien à faire avec ces tâches.

- Interventions multiples ou traitement des complications. Les patients chez lesquels, au cours d'une même hospitalisation, sont pratiquées plusieurs interventions devraient, parce que la chose n'a pas été prévue dans les DRG, être admis à plusieurs reprises. Les patients chez lesquels se produisent des complications coûteuses ou qui présentent simultanément plusieurs pathologies, devraient envisager d'être transférés dans d'autres hôpitaux, resp. ne pas être admis pour raison d'absence de couverture des frais.
- Délimitation stationnaire / partiellement stationnaire. Le DRG stipule uniquement dans son cas il s'agit d'un système de rémunération pour des patients stationnaires. Il n'y a pas de délimitation stationnaire / partiellement stationnaire. Il y a un besoin d'une base juridique pour une délimitation utilisable et plausible. Des indications telles que «plus longtemps que 24 h à l'hôpital» ou «passé la nuit», telles qu'elles existent actuellement, ne sont pas adaptées pour empêcher les problèmes résultant de l'inclusion ou de

la non-inclusion dans la réglementation relative aux DRG.

Perspectives

Quelle sera la suite? L'introduction prévue au 1.1.2009 est mise en danger par la «pause» de santéuisse. Il n'empêche que l'enthousiasme continue de régner dans les rangs de la direction du projet SwissDRG et ceux des politiciens des commissions de la santé. Les DRG vont arriver.

A première vue ce ne sont pas les médecins qui seront d'abord concernés par SwissDRG, mais les hôpitaux. Mais l'introduction des DRG va avoir des conséquences à long terme au niveau du travail des cabinets de premier recours. Les réseaux dont il a été question dans l'introduction, qui, selon les vues des caisses maladie, devront tous assumer une responsabilité budgétaire, seront mis sous pression. Pourquoi?

Les réseaux et les modèles de managed care réalisent les économies les plus importantes lorsque leurs patients sont hospitalisés le plus tard et le moins longtemps possible. Mais si, à l'avenir, à l'hôpital est «tout compris», les assureurs vont essayer d'éviter au maximum les coûts ambulatoires. Du point de vue économique, celui qui est bon marché, c'est celui qui hospitalise tard ou qui n'hospitalise jamais. L'hôpital, de son côté, pour réduire les coûts, entend recevoir le patient après qu'il aura été évalué le plus loin possible. C'est valable en particulier dans le cas d'interventions programmées. C'est là qu'il y aura une chance pour les réseaux, d'optimiser par des procédures thérapeutiques intelligentes, grâce à des contrats et des structures adaptées, le traitement pré- et posthospitalier en collaboration avec les cliniques de leurs régions ou avec un certain nombre d'hôpitaux sélectionnés.

Il y aura lieu de jeter un coup d'œil sur la carte de patient prévue. Si, au début, elle ne contient que des renseignements techniques, il faudra envisager que, par la suite, elle contienne des dossiers de patients complets. Les données saisies par le médecin de famille pourraient sans autre être utilisées pour le codage, ce qui poserait immédiatement la question de la responsabilité pour l'exactitude. Dans le cadre complexe actuel de notre système de santé, nous ne pouvons pas, nous les médecins, nous tenir à l'écart d'une telle question. L'introduction de la LAMal et, surtout, sa révision nous l'ont appris: tout ce qui a été introduit un jour, ne peut plus être corrigé. Il est important de s'informer et de donner son avis. Nous n'avons pas le droit de laisser le problème de la santé dans les mains des politiciens.

Lettre ouverte à l'ASMAC: nous vous apportons notre soutien

Berne, le 11 décembre 2006

Chères/chers collègues,

Au cours de sa séance de novembre, le comité de la Société des médecins du canton de Berne a traité du «modèle positif» que vous avez élaboré. Vous le concevez comme une alternative à la suppression de l'obligation de contracter et à la clause du besoin (voir encadré).

Quelle est la situation politique qui a prévalu lors de l'élaboration du modèle de l'ASMAC? Le conseil fédéral maintient son projet de suppression de l'obligation de contracter, Les réseaux devront fonctionner avec une responsabilité budgétaire. Le conseiller fédéral Couchepin ne prévoit pas de réformer la compensation des risques. L'ineffable «clause du besoin» touche avant tout les jeunes médecins. Elle visait, selon le conseil fédéral, à diviser le corps médical. Le message qu'elle vous adresse dit: aidez-nous à supprimer l'obligation de contracter et nous leverons la clause du besoin.

Ce pipeau n'a pas atteint son but dans vos rangs. Le libre choix du médecin est un élément essentiel de votre «modèle positif». La relation de confiance médecin-patient doit absolument reposer sur un libre choix du médecin. La suppression de l'obligation de contracter porterait atteinte à la relation médecin-patient et favoriserait la sélection des risques par les assureurs. Cela s'aggraverait encore en raison de la compensation des risques telle qu'elle existe actuellement qui incite déjà à la sélection d'assurés en bonne santé.

A juste titre votre projet rejette la participation obligatoire à des réseaux de soins avec une responsabilité budgétaire.

Un représentant du comité cantonal de la SMCB, Christoph Mast, est chargé de vous indiquer les rares objections que nous faisons à votre modèle. Nous reconnaissons ainsi une certaine «crédibilité dans le pilotage» et une grande proximité dans les principes de gestion (ainsi que le suggère la notion de «care management») dans votre modèle. Nous savons également qu'il s'agit d'une ébauche de modèle et que vous êtes à l'écoute des propositions pour l'améliorer. Il s'agit en définitive d'arriver à un soutien aussi large que possible à votre proposition dans les rangs des médecins.

En résumé – et c'est ce qui importe – le «modèle positif» de l'ASMAC contrecarre habilement la tentative du conseil fédéral de jouer la clause du besoin contre le libre choix du médecin.

En un mot: nous vous soutenons volontiers dans vos efforts pour que votre modèle connaisse le succès.

Avec nos salutations collégiales.

Le comité de la Société des médecins du canton de Berne

Brève présentation du modèle

- 1 Les patientes et les patients choisissent un «care manager» (coordinateur du traitement); en règle générale c'est le médecin de famille, qui est chargé de coordonner le traitement.
- 2 Le care manager doit cumuler les «critères positifs» suivants: preuve de la formation postgraduée; formation postgraduée en «économie de la santé»; appartenir à un réseau de soins (sans responsabilité budgétaire); adhérer aux lignes directrices thérapeutiques des sociétés de discipline.
- 3 Changement de care manager possible en tout temps.
- 4 Les prestations des «spécialistes» sont prises en charge si elles ont lieu à la demande du care manager.
- 5 Identique à 4 pour les prestations des hôpitaux.

Vous pouvez trouver le texte complet du modèle ASMAC sous http://www2.vsao.ch/fileupload/200682411015_.pdf

Monitorage du service de garde dans le canton de Berne

2^{ème} partie



Dr Beat Gafner
responsable du
projet Monitorage
du service
de garde, mem-
bre du comité de
cantonal

BlickAktuell du 21 août 2006

«BERNE. Vous devez vous rendre en urgence chez le médecin. Mais il n'y a plus. Ce genre de goulet d'étranglement va en s'accumulant en Suisse. Les cantons entrent en action. BLICK connaît leur plan secret.»

Le côté dramatique de ce titre est inimitable. Dieu merci le plan n'est plus secret, si les cantons agissent rapidement, il y aura partout des médecins de premier recours et le service de garde (SG) sera garanti.

La seconde partie, qui suit, du rapport sur le «Monitorage du service de garde dans le canton de Berne» est consacrée à la charge de travail dans le cadre du SG et plus particulièrement au nombre des contacts patient. Ce dernier élément est pris en compte en fonction des contacts patient en relation avec le service de

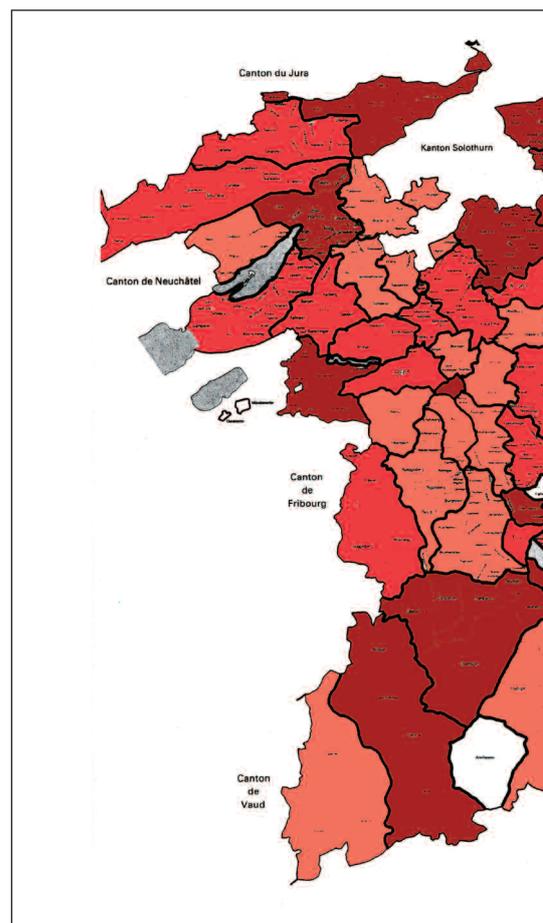
garde (consultations, appels téléphoniques, visites). Le nombre de jours de gardes auxquels on est astreint et la durée des périodes de SG ont déjà été décrits dans la première partie (v. doc.be 5/06). Dans le cadre de l'étude, seuls les contacts patient que le médecin de garde devait voir durant sa période de garde étaient considérés. On a fait des évaluations au plan cantonal, des cercles médicaux et des cercles de garde. Les chiffres présentés ici ne sont qu'une sélection qui provient de la version originale de l'étude.

La notion «d'urgence», considérée d'une manière très restrictive dans la structure tarifaire Tarmed, n'a joué aucun rôle dans le monitoring. Il est important de tenir compte que les moyennes doivent être interprétées avec prudence, puisque les minima et maxima sont très éloignés.

L'analyse de ces chiffres montre clairement que la totalité des contacts en relation avec le service de garde par 24 h et par cercle de SG est en moyenne plutôt basse (fig. 1). C'est la consultation au cabinet médical entre 7h et 19 h qui est la règle.

Les grandes déviations standard montrent que les valeurs moyennes citées plus haut doivent être comparées aux contacts patient relevant du SG effectivement réalisés dans les différents cercles de SG (fig. 2). Ce n'est que de cette façon qu'il est possible de faire une évaluation. Les données concernant les consultations, télé-

Fig. 1: Total des contacts patient par 24 h / cercle de SG



phones et visites en provenance des différents cercles de SG présentent, eux aussi, une grande dispersion (déviations standard).

Nous n'avons aucune indication en provenance des cercles de SG Adelboden et Thoun Ostamt. Nous avons attribué un «nom d'étude» à chacun des cercles de SG afin de permettre une dénomination uniforme dans le cadre de l'évaluation.

Contacts patient de nuit

Le nombre des contacts patient entre 19 h et 7 h est faible, ainsi que le montre la fig. 3. Dans l'ensemble, les contacts patient de nuit relevant du SG se situent dans une moyenne d'environ 0.7.

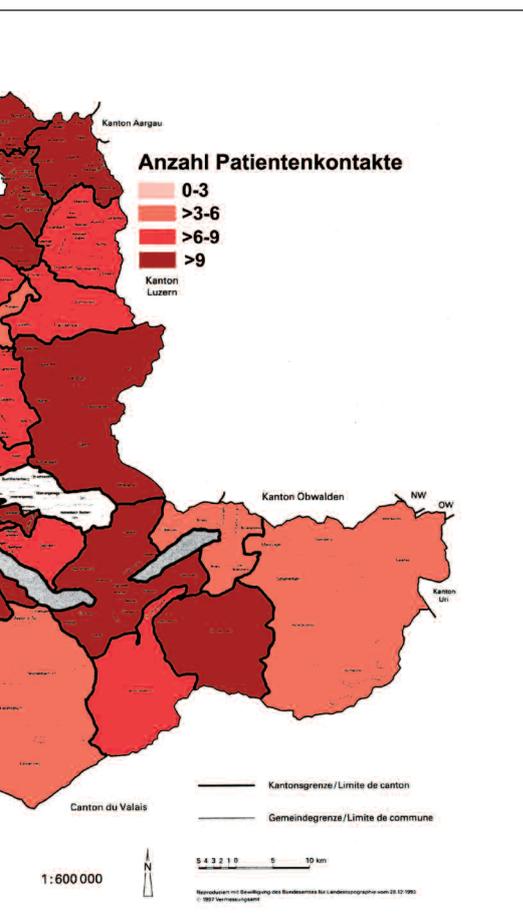
Visites

Les visites relevant du service de garde sont rares de jour et, plus encore, de nuit (fig. 4). Dans la version originale de l'étu-

Nombre moyen de contacts patient relevant du SG / 24 h / cercle de SG

	Moyenne	Déviations standard
Consultations de jour 7 h à 19 h	3.5	3.9
Consultations de nuit 19 h à 7 h	0.8	1.6
Visites de jour	0.4	0.9
Visites de nuit	0.3	0.6
Appels téléphonique de jour	2.0	3.3
Appels téléphoniques de nuit	1	1.8
Total consultations, téléphones, visites, jour et nuit	8	7,6

24 h dans les cercle de SG



de, on présente des chiffres détaillés provenant de l'ensemble des cercles de SG et distingués en fonction de la nature de la consultation (cabinet, visite à domicile et appels téléphoniques).

Contacts patient en fonction du jour de la semaine

En mettant en relation les contacts patient et les différents jours de la semaine, on constate l'augmentation attendue en fin de semaine, jours fériés et le jeudi. Les visites sont proportionnellement plus fréquentes le jeudi, en fin de semaine et à l'occasion des jours fériés (Vendredi-Saint, Pâques et lundi de Pâques (fig. 5).

La fréquence des contacts patient dans le cadre du SG (le médecin de garde est un médecin praticien) est plutôt basse, c'est le cas surtout pour les visites relevant du SG pendant le jour et au courant de la nuit (valeur moyenne 0.7). Cette fréquence basse ne permet pratiquement plus de considérer que la visite dans le cadre du

Fig. 2: Nombre moyen des contacts patient

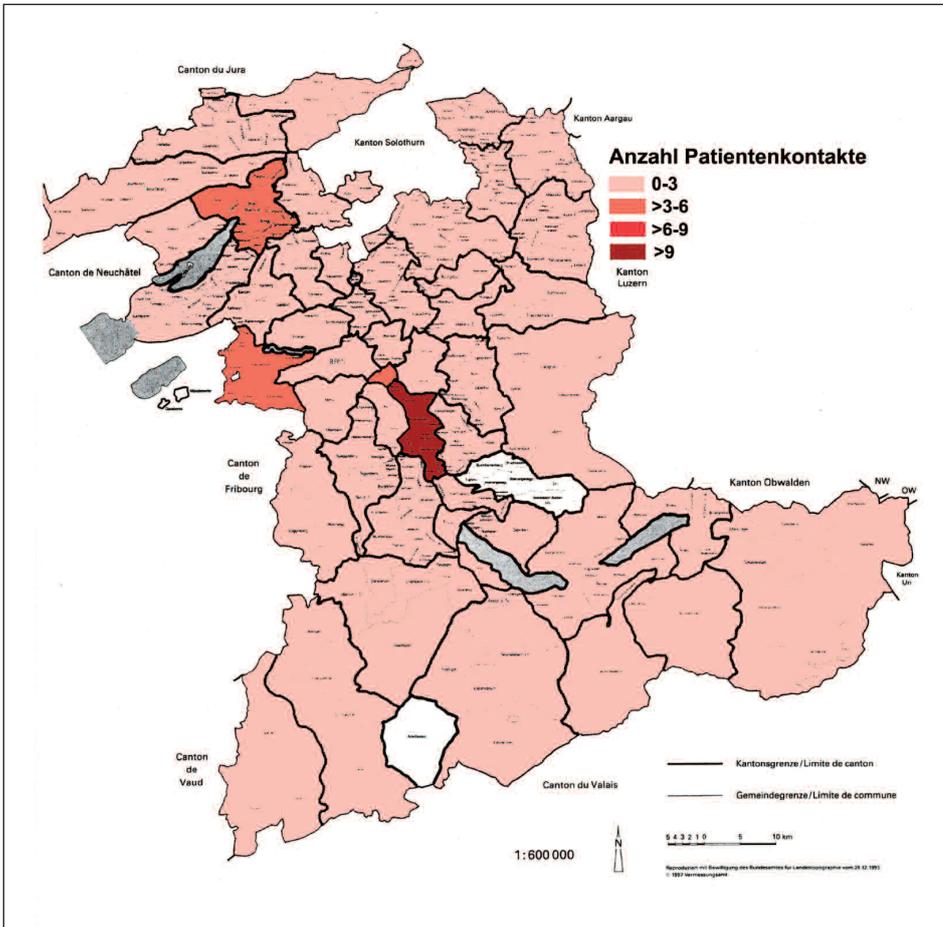
(total des consultations, visites, téléphones dans les cercles SG par 24 h)

Cercle de garde – Nom d'étude	Mean*	Std Dev**
Aarberg	8.074	6.982
Aaretal	4.943	5.514
Belp	4.943	5.514
Berne (Berne-ville y compris Bremgarten)	7.063	8.608
Bienne	13.727	13.175
Bipp	11.357	11.199
Bödeli	9.753	9.443
Brienz	5.691	4.273
Bucheggberg (Anteil Kt. Bern)	4.714	3.911
Büren	5.962	4.303
Burgdorf	8.631	7.403
Erlach	7.931	6.708
Fraubrunnen	7.750	3.975
Grindelwald	10.283	7.678
Grosshöchstetten	6.755	3.783
Herzogenbuchsee	9.591	6.613
Kandertal	5.500	5.255
Kirchberg	9.071	7.211
Köniz	4.235	2.808
Langenthal	10.634	9.482
Langnau	6.672	7.908
Laupen	11.143	9.040
Lauterbrunnen	8.593	0.495
Lyss	3.067	4.713
Meiringen	5.898	4.883
Moutier	9.800	7.126
Münchenbuchsee	6.902	8.312
Muri	12.714	21.577
Neuveville (L'entre deux lacs – BE)	6.563	6.380
Oberburg oben (oberer Halbkreis)	7.000	2.280
Oberburg unten (unterer Halbkreis)	4.587	7.592
Oberdiessbach	6.250	5.025
Oberes Langetental	7.014	9.526
Oberes Simmental	10.195	5.653
Ostermundigen	4.906	6.192
Psychiatrie Interlaken	2.184	3.638
Thunerseeufer (rechtes)	6.839	4.251
Riggisberg Wochtag (Riggisberg und Umgebung)	5.696	2.835
Saanenland	3.833	2.623
Schwarzenburg Sonntag (Riggisberg-Schwarzenburg)	13.375	5.069
Spiez	10.429	6.534
St-Imier	7.074	4.323
Steffisburg	9.667	6.019
Tavannes	6.846	6.143
Thun	8.867	6.919
Unteres Simmental	12.000	6.229
Wahlern Wochtag (Schwarzenburg)	7.353	6.633
Westamt	4.885	6.179
Wohlen	8.323	4.600
Worb	4.115	3.993

* Mean = moyenne

** Std Dev = déviation standard

Fig. 3: Contacts patient de nuit par 24 h dans les cercles SG



SG (et non celle du médecin de famille) est la condition si qua non du maintien d'un SG organisé par les médecins. C'est une charge non négligeable que d'organiser une chose aussi importante pour une si faible productivité sept jours par semaine pendant 52 semaines.

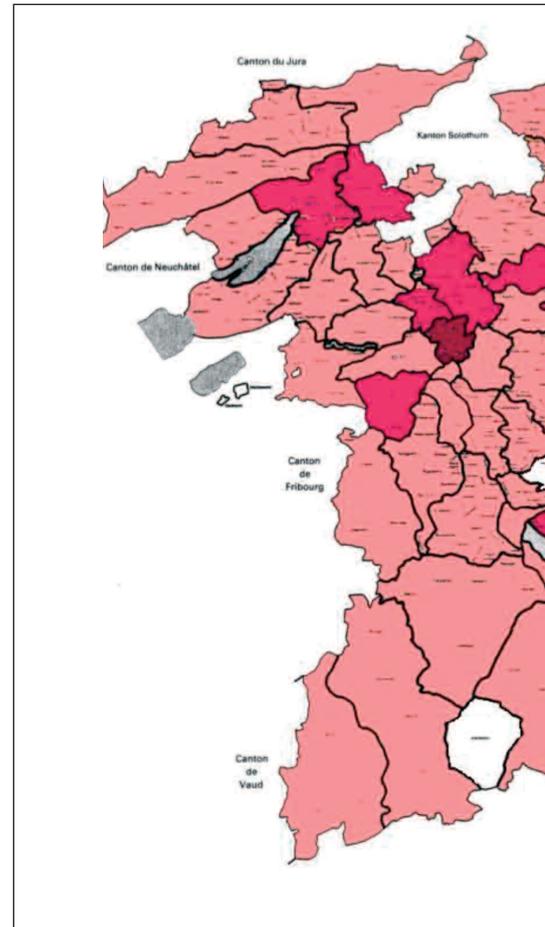
L'évaluation des contacts patient relevant du SG par 1000 habitants par année donne, avec des réserves concernant la comparabilité (statistique, saison, tourisme, etc.), une valeur de l'ordre de 126 contacts par 1000 habitants par année dans un cercle de garde moyen du canton de Berne. Ce chiffre se situe peu en-dessus de celui calculé par B. Arnet et G.v. Below, qui était de 120 contacts par 1000 habitants par année. Les différences dans la fréquence des contacts patient relevant du SG dans différentes études sont importantes (v. sources 1, 2, 3 et 4). A côté de raisons statistiques, ces différences s'expliquent probablement par des critères différents pour définir ce qui «relève du service de garde». Notre expérience, dans notre activité quotidienne au cabinet, nous démontre que le médecin de

premier recours est confronté à un plus grand nombre d'«urgences» que le médecin participant à un SG.

La coïncidence d'un grand nombre de contacts patient en présence d'une faible densité médicale est particulièrement peu favorable. On rencontre une telle constellation dans les cercles de garde de Bipp, Fraubrunnen et Wohlen (fig. 1 et 5 de doc.be 5/2006, p. 8 et 9).

Les résultats de l'enquête mettent en évidence des problèmes concernant l'efficacité (nombre d'astreintes au SG par rapport à la fréquence des contacts patient). Nous voyons une solution possible dans l'élargissement significatif des cercles actuels. A cet effet, il s'agirait non seulement de fusionner des cercles mais également d'envisager de nouvelles limites et de nouveaux regroupements. Dans ces cercles agrandis, la population à prendre en charge ainsi que le nombre des médecins du SG augmenteraient. De telles modifications devraient être mises en route par la base en collaboration avec les comités des cercles. En présence d'une densité de médecins astreints au

Fig. 4: Visites de jour et de nuit par 24 h

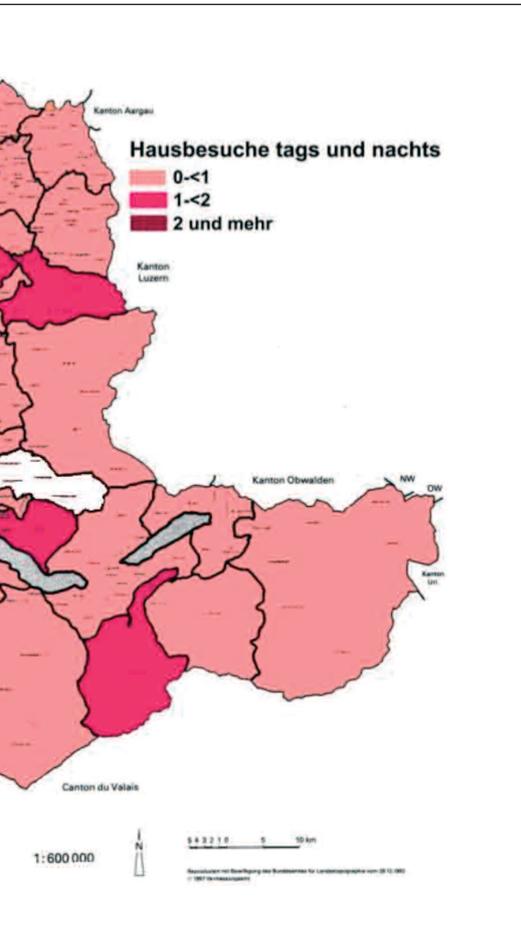


SG de 0.7 par 1000 habitants et d'une population de 25'000 à 30'000 habitants, on évalue à 18 à 21 le nombre des jours de garde par année. Ce chiffre serait certainement accepté par la majorité des médecins.

Sous une forme combinée, plutôt qu'en qualité de mesure exclusive, nous voyons la possibilité d'inclure des structures existantes ou à créer telles que les urgences des hôpitaux, les postes de triage préhospitaliers tenus par des médecins de premier recours, etc.

Des exemples d'une telle collaboration en Suisse: cercle de garde Lyss –hôpital d'Aarberg, médecins de premier recours du cercle Zurzach –hôpital de Leuggern, dès mi-2006 le cercle de Baden collabore avec l'hôpital de Baden dans un centre de triage préhospitalier tenu par les médecins de premier recours astreints au SG. Des évaluations plus précises permettront d'obtenir des indications quant aux avantages et aux risques. A l'étranger, on rappelle les modèles existants aux Pays-Bas et au Danemark.

4 h dans les cercles SG

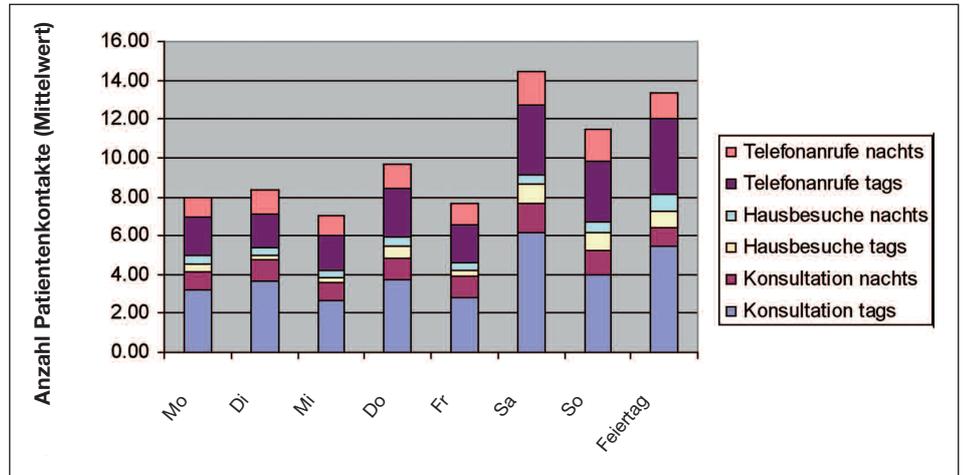


L'inclusion d'un centre d'appel professionnel à l'organisation du SG est d'un grand intérêt dans le cas en particulier de cercles de SG qui se caractérisent par une grande présence relevant du SG. Plus d'un tiers des médecins du SG sont astreints à 50 jours et plus, plus de 7% même à 150 à 300 jours et plus! A côté des mesures citées plus haut, un centre d'appel – dans le canton de Berne MEDPHONE en collaboration avec MEDI24 – peut rapidement conduire à une réduction sensible de la charge de tout un chacun en tant que médecin de SG (v. sources 5,6 et 7), alors que les modèles basés sur la collaboration et les regroupements de cercles de SG demandent une plus longue planification.

Différence ville-campagne

Nous n'avons mis en évidence aucune différence ville-campagne en ce qui concerne la densité de la population par cercle de SG, la densité des médecins du SG et la densité de médecins de premier recours par cercle de SG, les contacts patient relevant du SG et la structure des

Fig. 5: Contacts patient en fonction du jour de la semaine dans le canton de Berne



âges des médecins du SG dans les différents cercles médicaux. On ne peut voir une différence ville-campagne que lorsqu'on prend en considération l'ensemble des praticiens médecins praticiens (v. étude originale). Les appellations standard «répartition ville-campagne» et «régions marginales» ne s'appliquent pas dans le cadre de la présente étude concernant le canton de Berne.

Erratum

Dans la 1^{ère} partie du rapport sur le monitoring du service de garde parue dans doc.be 5/2006, une erreur s'est glissée sous le titre «Densité médicale dans le canton de Berne».

Le 2^{ème} paragraphe corrigé doit avoir l'intitulé correct suivant: «...Selon notre étude, le nombre estimé, resp. calculé des praticiens de premier recours par 100'000 habitants est de 100 et se situe par conséquent entre l'estimation plus élevée du conseil exécutif de juillet de 146 «médecins de famille» par 100'000 habitants et la valeur plus basse de 68 «pensums de médecin de famille à plein temps» par 100'000 habitants provenant d'une enquête de l'association des généralistes bernois au cours de la même année.

A suivre ...

Dans la 3^{ème} partie on rapportera au sujet du nombre d'hospitalisations et de la répartition en fonction de l'âge, de la spécialisation et du sexe. Les notions les plus importantes dont il y a été question jusqu'à maintenant seront résumées une dernière fois.

Sources

1. Organisation des ambulants médicaux, Beat Arnet, Georg von Below, in Schriftenreihe der SGGP No. 81, ISBN 3-85707-81-1
2. Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. Walter Hugentobler, Hausarztverein Effretikon und Umgebung, in PrimaryCare 2006;6: Nr. 26-27
3. Salisbury, C., M. Trivella, and S. Bruster, Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland. BMJ, 2000. 320(7235):p. 618-621
4. Urs Dürrenmatt, unveröffentlichte Erhebung des ND-Kreises Thun, 1.7.2000-31.12.2000
5. Medizinische Call Center entlasten den ärztlichen Notfalldienst, A. Meer, A. Wirthner, C. Simonin, in Schweizerische Ärztezeitung 2005;86: Nr. 18
6. Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen in der Schweiz, A. Meer, C. Simonin, A. Trapp, S. Niemann, T. Abel, in Schweizerische Ärztezeitung 2003;84: Nr. 41
7. MEDPHONE, jährliche Patientenbefragungen und Statistiken, unveröffentlichte Unterlagen beim Autor

Auteurs:

- Beat Gafner
membre du comité de la SMCB, président du cercle Berne-campagne
- Martina Hersberger
Fédération des médecins suisses, directrice de la division données, démographie et qualité
- Heinz Zimmermann
comité de la SMCB, médecin chef du centre des urgences, hôpital de l'île, Berne

Correspondance:

Dr Beat Gafner
Spécialiste FMH en médecine générale
Zur Station 7, 3145 Niederscherli
praxigaf@hin.ch

Nouvelle adresse de Pontenova

PonteNova a déménagé fin août

PonteNova,
Zentrum 32, case postale 319
3322 Urtenen-Schönbühl

Téléphone 031 951 88 60
Fax 031 951 88 61
Courriel pontenova@hin.ch
www.pontenova.ch

Nouvelles adresses courriel du secrétariat de la SMCB

Adresse principale info@bekag.ch

P. Wolf: pwolf@bekag.ch
J. Hellmund: jhellmund@bekag.ch
K. Rieke: krieke@bekag.ch
M.-Th. Zurkinder: mtzurkinder@bekag.ch
U. Reinhard: ureinhard@bekag.ch

Toutes les adresses @bekag.ch fonctionnent aussi par @berner-aerzte.ch

Recommandations de salaire pour les assistantes médicales

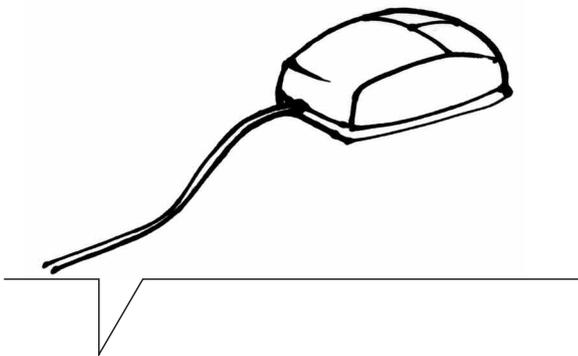
L'assemblée générale a émis les recommandations suivantes:

1 Assistantes médicales

Occupation à 100%: semaine de 42 au lieu de 43 comme jusqu'à maintenant en tant que base pour le calcul du salaire: négociations du salaire au cours d'un entretien de qualification structuré, en fonction des prestations et en tenant compte de la durée de la fonction; prise en compte du renchérissement; pas d'augmentation générale des salaires.

2 Apprenties

Pas d'adaptation à l'exception de la durée du travail.



Duri surft.

Ganz sein Vergnügen. So hat unser IT-Spezialist e-medics konzipiert, die online Abfrage und elektronische KG für Befunde, die alle Daten direkt in die Arztpraxis liefert. Das heisst für Sie: Ansicht und Archiv der aktuellen Berichte, Ausdruck der Kumulativbefunde aller Laborresultate für jeden Patienten und von jedem PC aus, Import in die elektronische Praxis-KG – und mehr Zeit, etwa zum Joggen.

Medics Labor AG
Chutzenstrasse 24
3001 Bern
info@medics-labor.ch
www.medics-labor.ch

medics labor
professionell und persönlich

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

Ballast bitte abgeben!

Rechnungen ohne Ärztekasse sind teuer
Das Büro in der Praxis bringt Ihnen keinen Ertrag – nur Kosten. Sinnvoller ist es, die administrativen Routineaufgaben an die Ärztekasse auszulagern. Setzen Sie deshalb jetzt zum Befreiungsschlag an und reden Sie mit den Spezialisten der Ärztekasse.

Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Praxismanagement und Outsourcing

publix.ch

Les médecins de famille en réseau



Dr Thomas Schweizer
spécialiste FMH
en médecine
générale,
Liebefeld

Un questionnaire de la Société des médecins du canton de Berne demandait si les médecins (de famille) participant à un réseau avec responsabilité budgétaire devaient avoir droit à une valeur du point tarifaire plus élevée. Après être resté un instant sans voix, j'ai fait les réflexions qui suivent.

Les médecins de famille, ainsi que nous l'apprenons avec gratitude, sont en général appréciés. Cela ne tient pas au fait que nous fournissons plus de travail que d'autres prestataires, mais c'est avant tout lié à une espérance. Dans l'interrelation des termes famille et médecin se cache une espérance, celle qui espère que celui qui se rend dans une famille saura voir plus de choses, qui vont au-delà de ce que montrent les seules données mesurables d'une maladie. On attribue au médecin de famille une certaine capacité de réflexion et une expérience de la vie. Qu'y a-t-il de plus logique que de relier à cette notion positive une attente supplémentaire: celle d'espérer qu'il ait le coup d'œil et qu'il agisse en modérateur de notre médecine. Eclairer dans la jungle des possibilités médicales, il doit se tenir aux côtés du malade en qualité de conseiller personnel. Lui-même doit savoir trouver son chemin dans un réseau de pairs et de spécialistes, qui recouvre de façon complète les besoins des assurés. C'est ainsi que l'on pourra éviter à ces derniers des détours et des coûts inutiles. Le système est moins coûteux et le patient mieux soigné.

Le médecin de famille moyen, grisonnant, au visage ridé, reste sidéré devant cette perspective inéluctable. Spécialiste des cahots de cette vie, il souhaite encore passer une nuit avant de s'occuper de la question. C'est alors qu'en rêve lui apparaît le non-dit: la médecine n'est pas économique et son réseau personnel, ainsi qu'il a pu le vérifier des milliers de fois, ne

l'est pas non plus. Après qu'il s'est réveillé, c'est le point d'interrogation, absent, qui ne lui saute plus aux yeux. Pour chaque maladie nous mettons en œuvre plus de prestations que nécessaire, c'est ce que dit le non-dit. Ou bien alors, peut-on même déjà le lire en toutes lettres? Pouvons-nous au moins nous enquérir du contexte dans lequel le (patient) interrogateur se situe? Parce que ses symptômes sont modulés par ses conditions de vie internes et externes? Et qu'il ne s'adapte à aucune règle à calculer? Pour le brave serviteur le rêve se transforme en cauchemar lorsqu'il réalise qu'il va se retrouver dans une guerre sur deux fronts. Il devrait à la fois «discipliner» d'une part les spécialistes et les hôpitaux et d'une autre les patients. Bien réveillé, il constate soulagé qu'il est en effet payé pour cela, puisqu'une partie de ce qui été économisé lui revient. Mais, après avoir bu un café très noir, il ne peut vraiment se réjouir de cette situation. Ce budget n'est-il pas un budget global avec une logique de maîtrise des prix, et que le rôle ingrat du contrôleur n'est pas dévolu à un étranger, mais bien à lui? Lui, l'avocat du patient? Lui qui, par pur pragmatisme, ne suit pas les guidelines jusqu'à la dernière ligne? «Heureux celui qui peut encore espérer pouvoir sortir la tête de cet océan d'incompréhension», pense-t-il devant sa tasse de café. Ce dont nous aurions besoin, ils n'en veulent pas et ce qu'ils veulent, nous ne pouvons pas l'utiliser. En lieu et place, le bon vin du médecin de

famille est versé sans cesse dans de nouveaux tonneaux. Là où les solutions font défaut, on exhibe les habits neufs de l'empereur, un costume apprécié des politiciens et qui doit également justifier le budget. Et comme il ne veut pas être rendu responsable à la place de ses patients et sa raison, il dort une fois encore par-dessus tout cela. Avant de s'assoupir, il voit danser un X devant ses yeux. En rêve il voit apparaître Madame Eva Segmüller. Elle est assise à une table sur le devant de laquelle est placé un petit écriteau sur lequel est écrit «Nouvelle LAMal»). Devant elle se trouve un micro. Elle a des traits du visage stricts: «Messieurs ...». En se réveillant il se rappelle la discussion. Loyauté, acceptation, transparence des coûts, c'est ce que voulait la nouvelle LAMal. Les espoirs étaient grands. Nombre de ses pairs exprimaient leurs doutes, «du miel pour un diabétique», avait déclaré l'un d'entre eux. L'X lui rappelle Medi-X, un modèle de démonstration du managed care. L'X est peut-être là comme dans rayon X, un chiffre pour l'impondérable, pense celui qui doute. Nous allons peut-être attendre encore 15 ans avant de constater qui devra payer la facture et quelle sera sa hauteur. Ou alors, et son corps est comme traversé par un éclair, le courage va-t-il soudain revenir dans nos murs. Le courage de dire que le métier des médecins c'est d'abord leur exactitude et leur attention, et qu'ils devraient se rendre compte de ce qu'ils doivent faire ou qu'ils peuvent laisser de côté. Les intérêts économiques devraient concerner essentiellement les patients. Les médecins de famille les assisteraient dans le calcul des grands risques.

Annnonce de concert

Orchestre des médecins de Berne

**Eglise du Pasquart, Bienna
Berne, Eglise française**

dimanche 21 janvier 2007, 17 h
mardi 23 janvier 2007, 20 h



Programme

Édouard Lalo: Symphonie espagnole
Juan Crisóstomo de Arriaga: Symphonie en ré

Soliste: **Noémie Rufer**, violon
www.medizinerorchester.org/solisten.htm

Nouveauté importante sur le site de la SMCB

Dans la rubrique communication électronique vous pouvez trouver des informations au sujet de la communication sûre, cryptée entre hôpital et cabinet.

D'autres informations en consultant le site www.bekag.ch

Modèle bernois pour une politique raisonnable du médicament

Dans le canton de Berne, la Société des médecins, la Société des pharmaciens et l'assureur maladie Visana soutiennent en commun une nouvelle politique du médicament. Ils attendent du monde politique une stratégie à long terme tenant compte tant de la maîtrise de coûts que de la garantie de la qualité et de l'approvisionnement.

Les dirigeants de la Société bernoise des médecins, de la Société bernoise des pharmaciens et de la caisse maladie Visana sont du même avis: les mesures ordonnées par le conseiller fédéral Couchepin, resp. l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine du médicament ont permis des économies importantes, des baisses de prix et ont conduit à une augmentation de la part de marché occupée par les génériques. Cette évolution est positive. Ils sont également de l'avis qu'en lieu et place de mesures immédiates, il y a lieu dès maintenant d'envisager une politique du médicament raisonnable, orientée à long terme. En effet, si l'on continuait, dans le secteur du médicament, à modifier les conditions cadre par des interventions à court terme, cela aboutirait à des conséquences imprévisibles et occasionnerait en permanence des coûts élevés et inutiles pour l'adaptation. La qualité et la sécurité de l'approvisionnement en médicaments, de même que le progrès pharmaceutique pourraient être mis en danger.

Prudence dans la mise en œuvre des mesures immédiates

Pour *Jürg Schlup*, président de la Société des médecins du canton de Berne, il faut poursuivre les efforts de maîtrise des coûts. Il demande également de la pondération et signale que «les conséquences des interventions dans un domaine aussi sensible que celui du système de la santé» doivent être bien réfléchies et doivent être conçues et mises en œuvre avec la participation de tous les concernés. «Les médecins et les pharmaciens agissent avec une conscience élevée de leurs responsabilités, une déontologie professionnelle et il sont désireux de fournir leur contribution au contrôle des prix dans le domaine de la santé. Mais, au centre de tout, il y a la qualité, la sécurité

et le résultat thérapeutique d'une prestation. Pour y parvenir nous avons évidemment besoin d'un médicament dont le prix est aussi avantageux que possible – une préparation originale ou un générique.» Une politique du médicament fondée sur des interventions à court terme et consistant exclusivement en réductions de prix ne peut que mener inévitablement à des diminutions de la qualité. «Elle n'est ni dans l'intérêt des patients, ni des médecins, des pharmaciens et encore moins des assureurs maladie.»

Stefan Fritz, président de la Société des pharmaciens, signale que les patients eux-mêmes peuvent contribuer à une politique saine des médicaments et qu'ils le souhaitent. «La pratique de tous les jours au cabinet et dans la pharmacie confirme que le patient apprécie beaucoup les renseignements et informations professionnels et qu'il a un comportement respectueux des coûts.» Fritz indique la volonté des pharmaciens de faire des efforts encore plus grands dans ce domaine: «Nous allons encore renforcer l'information personnelle du patient.»

La promotion d'une politique du médicament prévisible et raisonnable

A cet égard, *Schlup*, *Fritz* et *Albrecht Rychen*, président de la caisse maladie Visana insistent sur la nécessité «d'un horizon de planification de plusieurs années et de la prévisibilité d'éventuelles mesures politiques. Concrètement: ils exigent la création de conditions cadre clairement définies et de mesures politiques en faveur d'une stabilisation à long terme du coût des médicaments.» Schlup insiste pour que l'on évite les «coups d'essai» des autorités dont les conséquences lors de la réalisation pratique a été insuffisamment étudiée et qui par conséquent déstabilisent les patients, les médecins, les pharmaciens et les assureurs et qui, fréquemment, ne peuvent se faire qu'au prix de grands efforts et de dépenses administratives très élevées.

Les directives au sujet des prix sont contre-productives

Les directives de l'état au sujet des prix sont contre-productives, *Fritz*, *Rychen* et

Schlup sont unanimes à ce sujet. Elles supprimeraient les avantages de la concurrence et faciliteraient des accords tacites entre les fournisseurs. C'est pourquoi ils exigent que ceux qui proposent des préparations originales et les assureurs mènent une fois par année des négociations au sujet de chacune des préparations originales déjà existante ou nouvelle. Selon *Rychen* «la fixation des prix par l'état ne doit intervenir qu'en toute dernière extrémité et pour les seuls médicaments au sujet desquels les partenaires aux négociations n'ont pu de mettre d'accord au sujet du prix.»

Une lance rompue en direction de l'industrie pharmaceutique

Interrogé au sujet de la protection des brevets, *Rychen* déclare sans ambiguïté qu'elle ne doit pas être placée au même niveau que la protection des prix: «on attend également de l'industrie pharmaceutique qu'elle apporte sa contribution à la stabilisation de l'évolution des coûts dans le domaine de la santé.» Si elle ne le faisait pas, il y aurait lieu de modifier et d'améliorer les conditions cadre économiques, légales et politiques en Suisse de telle façon qu'il subsiste assez d'incitations en faveur de la recherche de nouveaux médicaments. A ce sujet également, les responsables de la Société bernoise des médecins, de la Société bernoise des pharmaciens et de la caisse maladie Visana sont du même avis: Le domaine de la santé – et avec lui l'industrie pharmaceutique – avec leurs dizaines de milliers de places de travail sont trop importants pour l'économie, la recherche et l'innovation, pour que l'on risque, par des interventions mal conçues ou unilatérales de les mettre en danger au niveau de la qualité et de l'attractivité.» Ici aussi, des solutions négociées sont nécessaires et *Jürg Schlup*, *Stefan Fritz* et *Albrecht Rychen* entendent s'engager en leur faveur à la tête de leurs organisations faitières.

Bernhard Kummer
(version résumée par le SPI)

Illustration à droite:
Jürg Schlup, président de la SMCB,
Albrecht Rychen, président du conseil
d'administration de Visana, et la
conseillère aux états *Simonetta Sommaruga*
en discussion lors de la table ronde
intitulée «Modèle bernois pour une poli-
tique raisonnable du médicament».

Recommandations pour la collaboration entre médecin et EMS



Dr Heinrich Kläui, responsable du projet Collaboration médecin – EMS, membre du comité de l'association des médecins de famille bernois

A la suite d'une longue gestation, les «Recommandations au sujet de la collaboration entre le médecin et l'établissement médico-social» ont vu le jour (voir à ce sujet le lien sur le site de la SMCB

www.berner-aerzte.ch/cms/docs/2438.pdf).

Les recommandations ont été élaborées en collaboration avec l'Association bernoise des établissements médico-sociaux

(vbb/abems) et après une procédure de consultation à plusieurs niveaux dans les cercles des médecins intervenant dans les EMS.

Dans les recommandations on distingue entre les tâches de médecin de famille et celles de médecin d'EMS. De nombreux médecins de famille soignent leurs propres patientes et patients dans des EMS. Plus de 50% des médecins de premier recours, interrogés par fax en août 2004, ont indiqué soigner des patientes et patients dans un EMS. De plus en plus souvent les EMS souhaitent que cette collaboration soit réglée (fréquemment sur la base d'une convention écrite). Dans les recommandations, on se réfère aux prescriptions légales, on donne des indications concernant la collaboration et une check-list permet de contrôler tous les points importants. Une convention type en format Word permet une version individuelle de convention.

L'ordonnance sur les foyers prescrit aux EMS de désigner un médecin d'EMS, responsable des questions médicales relatives à l'EMS. Il ne s'agit pas des soins aux patients. Parmi les tâches du médecin d'EMS on trouve la collaboration lors de l'élaboration de lignes directrices et de conception générale (telles que médecine palliative, vaccinations, prévention des chutes, mesures de limitation de la liberté), la formation continue du personnel, la surveillance de la pharmacie et de la physiothérapie ou la participation à la protection des données. Des recommandations et une check-list précises sont également faites dans ce cadre lors de l'élaboration d'une convention.

Il s'agit d'un document de consensus de la Société des médecins du canton de Berne et de l'Association bernoise des établissements médico-sociaux (vbb/abems), décidé par les deux organisations et qui remplace les recommandations de 1989. Des points importants, tels que le libre choix du médecin, sont fixés par écrit. Les droits et devoirs des médecins ont été mieux précisés. Nous espérons que ces recommandations seront utiles à la réflexion et serviront utilement en tant que check-list.



Le prix Anna Seiler 2006 de la santé décerné au projet Medphone – Medi24

La Fondation de l'hôpital de l'Île a décerné le prix Anna Seiler de cette année au projet «Lezano». Derrière ce projet commun on trouve Medphone, le centre d'appel des médecins du canton de Berne et Medi24, le premier centre d'appel de Suisse. Grâce à des conseils téléphoniques compétents et assistés par ordinateur, la patiente, le patient, en cas d'urgence, peut être rapidement mis en relation avec l'institution d'urgence dont il a besoin. Le but de cette collaboration est l'amélioration de la fourniture de soins. En remettant le prix Anna Seiler de la santé au projet «Lezano», le jury atteste de la valeur qu'il accorde à ce modèle de collaboration unique en Suisse dans le domaine de la télémédecine.

(pd) Le coup de téléphone est souvent le début de la prise en charge médicale d'une urgence. Pour que le patient qui appelle atteigne rapidement le bon endroit en mesure de résoudre son problème de santé, il a besoin de conseils par téléphone. Ces derniers comprennent une première évaluation par téléphone, la connaissance des disponibilités au niveau des différentes portes d'accès médicales telles que médecin de famille, médecin d'urgence, services de sauvetage, services d'urgence des hôpitaux et, finalement, une liaison en direction de ces institutions. Les conditions permettant d'assurer les soins et la sécurité du patient en cas d'urgence sont des exigences de qualité, la présence d'un personnel bien formé et une infrastructure technique moderne.

Deux partenaires qui se complètent

Medi24, le premier centre d'appel téléphonique créé en Suisse, peut se prévaloir de ces exigences et offre la qualité nécessaire. Medphone, en tant qu'inter-

médiaire de triage et de mise à disposition en cas d'urgence médicale bénéficie d'un large soutien dans les rangs médicaux. Medphone est porté par la Société des médecins du canton de Berne et les cercles médicaux régionaux. Les deux partenaires ont conclu en 2005 une convention de collaboration pour le développement et la mise en œuvre du projet «Lezano» (Leadership für eine zeitgerechte ambulante Notfallversorgung). Le but du projet consistait en la création d'un service d'urgence téléphonique professionnel.

Mise en œuvre en trois phases

La première phase du projet a débuté par le déménagement de Medphone dans les locaux de Medi24. Ont suivi l'instruction à la communication destinée aux collaborateurs et la documentation électronique des procédures. Elle a pris fin en juin 2006 par la mise en service de la nouvelle centrale de transmission. A l'heure actuelle on a mis en route la mise au courant électronique cryptée des médecins traitants

Medphone

a été créée le 3 juin 2004, l'organisation prenait le relais de la centrale d'appels urgents de Berne. Plus de 30'000 appels sont traités annuellement. Plus de 900 cabinets médicaux – avant tout dans la région de Berne – sont actuellement reliés à la centrale Medphone. L'extension progressive à tout le canton de Berne de cette prestation destinée aux urgences va faciliter une organisation digne de l'époque et efficace du service médical d'urgence. Les patientes et patients à la recherche d'aide peuvent ainsi obtenir en tout temps l'aide médicale désirée ou un renseignement. Les services d'urgence des hôpitaux sont soulagés. Les ressources médicales à dispositions sont utilisées de manière optimale.

Medi24,

premier centre d'appel en Suisse, offre ses prestations depuis le début 2000, en trois langues et 24 h sur 24. En 2005, il a reçu environ 180'000 appels, pour 2006 on compte sur un volume d'appels dépassant 200'000. Chaque jour ce sont jusqu'à plus de 1'000 appels qui parviennent à Medi24. A l'heure actuelle plus de 1,8 millions d'assurés ont le droit, par l'intermédiaire de la caisse maladie, d'utiliser les prestations de Medi24 gratuitement. De nouveaux produits d'assurance tels que Telmed (pregatekeeping) contribuent à une croissance considérable. Font partie des clients et partenaires, entre autres Helsana, le Groupe mutuel, Wincare, Progrès, Carena, ainsi que des réseaux médicaux et cabinets comme mediX Zurich, mediX Berne et Wintimed.

au sujet de chaque contact patient et un instrument de planification basé sur l'Internet pour l'engagement des médecins dans le cadre du service de garde.

Au cours de la troisième phase du projet, on compte introduire en 2008 un système médical expert qui rend possible un triage téléphonique de grande qualité, assisté par ordinateur. Des expériences dans le pays et à l'étranger ont démontré que grâce à ce dernier jusqu'à 50% des appels d'urgence peuvent être traités par téléphone par les conseillères en santé. D'un autre côté ce système permet de diriger rapidement et sûrement vers l'institution d'urgence responsable. Le triage médical assisté par ordinateur est une conditions fondamentale pour permettre aux personnes du domaine des soins de prendre de façon compétente des décisions concernant l'urgence de plaintes médicales. Grâce à ce système les ressources médicales sont engagées de façon optimale. On facilite ainsi le travail du médecin d'urgence, on améliore la qualité des soins d'urgence et réduit les coûts.

Un projet pour d'autres cantons

En décernant le prix Anna Seiler de la santé, le jury récompense un modèle de coopération unique en son genre dans le domaine suisse de la santé. «Nous nous réjouissons évidemment de la remise de ce prix important à notre projet en commun» déclarent les docteurs Andreas Meer et Daniel Marth, à l'origine de «Lozano». «Pour la Suisse, ce projet est entièrement nouveau, il constitue un modèle pour d'autres cantons également. Nous allons utiliser l'argent du prix pour un projet de recherche dans le domaine de la fourniture des soins d'urgence ambulatoires.»

Le prix Anna Seiler de la santé

est attribué depuis 2004 tous les deux ans par la Fondation de l'hôpital de l'Île de Berne. Il évoque le souvenir d'Anna Seiler qui, dans son testament, a fondé en 1354 l'hôpital de l'Île.

Le prix est doté de 25'000 francs, il est attribué pour des prestations remarquables et novatrices en faveur du système de la santé suisse. Le concours 2006, gagné par Medi24 et Medphone, était consacré au thème de la garantie des soins et de la qualité dans le domaine de la fourniture des soins médicaux de premier recours.