



août 2001 / 4

doc.be

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

Roko 2000 attend vos chiffres

Roko (étude permanente de frais généraux), la collecte de données, en main des médecins, est organisée depuis dix ans par les sociétés cantonales de médecine de Suisse allemande avec la participation de la Caisse des médecins. C'est la Société cantonale bernoise des médecins qui est à l'origine de cette initiative: en 1989, pour la première fois en Suisse, les coûts des frais généraux ont été collectés. La participation à l'enquête, dans le canton de Berne, se fait sur base volontaire. Vous allez prochainement recevoir les questionnaires concernant la dernière enquête.

Je vous invite à participer, d'y consacrer 2 à 3 heures de votre temps. Non seulement vous contribuerez à mieux connaître vos propres statistiques, mais également celles de l'ensemble des médecins. Ces dernières prennent de plus en plus d'importance dans le cadre de négociations. L'évaluation de la dernière enquête Roko (qui concerne l'année 1999) montre, pour l'ensemble de la Suisse et pour la moyenne de tous les médecins en pratique (spécialistes pratiquant des interventions, spécialistes sans activité opératoire, psychiatres, praticiens de base), l'évolution suivante:

Le part relative des frais par rapport au bénéfice se situait au cours des dernières années autour de 68%; au début des années 90 elle était de 59%. Les postes des dépenses de loin les plus importants concernent les salaires et le matériel (médicaments, matériel d'usage). Le rendement brut stagne au cours des dernières années en dessous de 190'000 francs (net et comparé à un revenu de salarié: 160'000 francs), ce qui signifie qu'en termes réels, et après correction par rapport à l'indice du coût de la vie, il diminue régulièrement.

Dans le canton de Berne, le nombre des participants à RoKo baisse chaque année depuis la moitié des années 90, il passe de 30% à l'époque à 11% l'année passée. Dans le reste de la Suisse allemande le nombre des participants est nettement plus élevé.

Je vous invite à participer à RoKo cette année (chiffres de l'année 2000). L'effort supplémentaire qui vous est demandé vous permettra à la fois de bénéficier de vos propres statistiques et de participer à l'amélioration de celles du corps médical.

Pour le comité: Jürg Schlup, président

Editorial 2

- Collectons et utilisons de façon optimale nos propres données statistiques.
- Trust center des médecins

Evolution de la situation économique des médecins bernois 3

- Deuxième enquête rapide 2001

Communications du secrétaire 4

- Récusation selon l'art. 44 al. 2 LAMal

Comme chaque année ... l'augmentation des primes 5

- Les patients veulent le progrès médical
- Les caisses responsables de la hausse des coûts
- Parler de rationnement dans le domaine de la santé

Secret médical: Le droit des patients à la protection des données 7

- Où le secret médical est-il menacé?
- Que dit la loi du secret médical?
- Conclusions

Communiqué du Cercle médical de l'Oberland: L'hôpital de Meiringen 12

Editorial

*Collectons-nous et utilisons-nous de façon optimale nos propres données statistiques?
Trust center des médecins bernois*



Jürg Schlup
Président

En avril dernier, un certain nombre de membres de notre Société des médecins ont reçu du Health Clearing Center à Ostermundigen, une lettre accompagnée d'un support de données. Par ce courrier, on offrait à tous les fournisseurs de prestations la possibilité d'échanger gratuitement des données. En plus, on faisait miroiter des perspectives avantageuses pour plus tard. Ce clearing center est une création d'ATAG debis Informatik AG, maison dans laquelle deux des plus grands assureurs maladie suisses, dont la part de marché représente 20% pour l'ensemble du territoire, ont des participations. Pourquoi les assureurs proposent-ils gratuitement aux médecins la possibilité d'échanger des données, en même temps qu'elles laissent entrevoir un éventuel développement de nouvelles prestations?

L'échange électronique des données, une ère nouvelle

Grâce à l'échange électronique des données, nous sommes entrés dans une époque nouvelle, dans le domaine de la santé également. Les assureurs maladie doivent disposer d'informations statistiques pour être en mesure de contrôler le caractère économique d'un traitement médical. Le transfert électronique des données permet de nouvelles statistiques des prestations. Avec l'entrée en vigueur du nouveau tarif médical, c'est tout un monde statistique, jusqu'à maintenant fermé, qui va s'ouvrir.

Pour le corps médical cela signifie des opportunités, mais – ainsi que l'exemple cité plus haut l'indique – également des dangers. Le danger réside dans le fait que les médecins échangent leurs données sans

réfléchir – et gratuitement – avec les assureurs et qu'il en résulte une disparité dans la maîtrise des données. Nous n'aurons rien d'équivalent à opposer aux excellentes statistiques de prestations des caisses. Nous avons aujourd'hui, nous les médecins bernois, une chance unique de collecter nous-mêmes nos données et de les utiliser, pour ensuite, en cas de demande, les transmettre aux caisses. Nous avons un intérêt vital à disposer d'une statistique des prestations se fondant sur une méthode précise, correcte, significative et qui reste dans nos mains: pour le contrôle de nos procédures de traitement, pour la gestion des négociations, pour les discussions concernant l'évolution des coûts. Nos besoins lors de la collecte des données et leur interprétation ne sont pas identiques à ceux des assureurs.

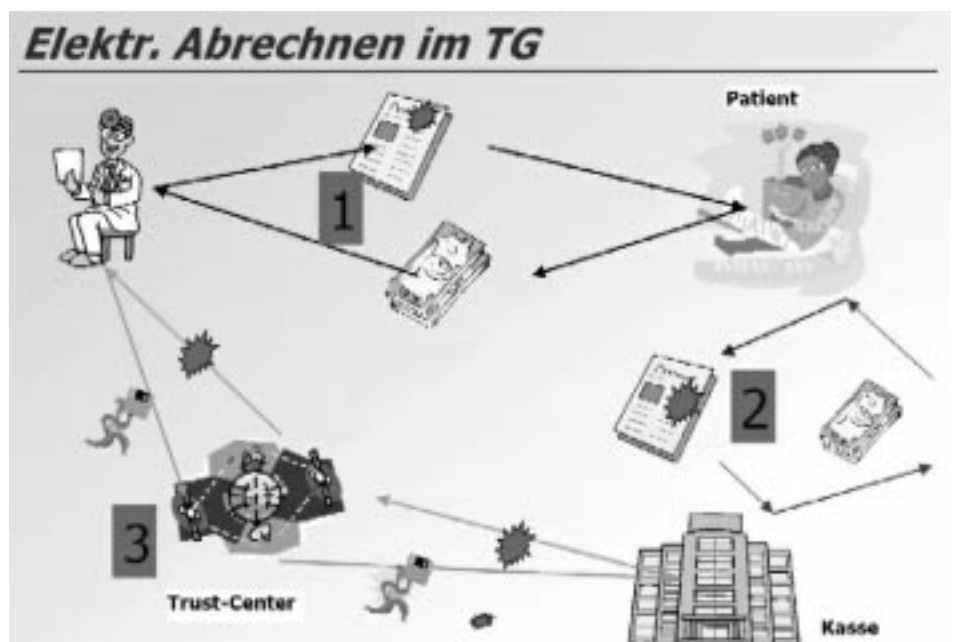
Des centres de confiance propres aux médecins

Comment pourrions-nous atteindre la parité avec les caisses dans le domaine des données ? Au moyen (en partie du moins) d'un trust center propre aux médecins. Qu'est-ce qu'un trust center ? C'est un organe de traitement des données électroniques. Ces données, concernant des

factures, sont reçues cryptées par l'intermédiaire de l'Internet, elles sont enregistrées, stockées et, sur demande, transmises aux assureurs sous une forme que ces derniers peuvent saisir. Seul le médecin, celui qui envoie des données électroniques concernant des factures, est en droit de décider d'une éventuelle utilisation ultérieure de ses données. Il fait le choix de son propre trust center et lui confie la charge de transmettre à certains destinataires ses données sous une forme préalablement définie. Le trust center n'a aucun droit de disposer des données qu'il a reçues. A long terme, le médecin pourra faire son choix entre différents centres de confiance, voire d'en changer. Cette liberté de choix, pour des raisons évidentes de coûts, ne sera possible que dans quelque temps. A l'heure actuelle, en Suisse, il n'y a pas encore beaucoup de trust centers propres aux médecins. Un petit centre est en activité dans le canton de Fribourg. Dans les cantons d'Argovie, Lucerne, St-Gall et Thurgovie, de tels centres sont en voie de création, leur financement initial est toutefois déjà assuré.

Facturation électronique

A quel niveau, dans le processus de facturation, (tiers garant) un tel trust center a-t-il sa place (voir également l'illustration)? Ainsi que c'est le cas maintenant, les fournisseurs de prestations adressent au patient une facture papier; celui-ci la transmet à sa caisse. Simultanément, il font parvenir les données de la facture, sous forme électronique, à leur (propre, espérons-nous) centre de confiance. L'assureur a accès aux données électroniques de la facture, pour autant qu'il ait reçu du patient la



facture papier correspondante (code imprimé sur la facture).

Les assureurs, à côté de statistiques de qualité améliorées concernant les prestations, ont, pour des raisons de concurrence évidentes, un grand intérêt à disposer de données de facturation traitées électroniquement et compatibles: la digitalisation des factures est coûteuse, elle constitue une part importante des coûts administratifs.

D'autres avantages

Pour les médecins qui participent un tel trust center – pour autant qu'il soit propre aux médecins – celui-ci offre encore d'autres avantages qui n'ont pas encore été évoqués, nous en citons quelques uns:

- Des statistiques individuelles, significatives, peuvent être mises à la disposition d'un membre en particulier. Elles peuvent être utiles pour améliorer sa propre aptitude à faire face à la concurrence (procédures de traitement), pour servir d'argumentaire en cas de demandes de restitution de la part des caisses et comme base de recours en cas de suppression de l'obligation de contracter.
- Des groupes de médecins concernés (société de discipline, cercle médical, groupe de garde, etc.) peuvent demander des

analyses statistiques anonymes à leur sujet. Dans le but par exemple de servir de base d'argumentation en cas de conflit avec une caisse ou de base de négociation dans le cadre d'un modèle particulier d'assurance.

Un partenaire adéquat

Un trust center, pour fonctionner correctement, doit s'appuyer sur la collaboration avec un prestataire de services électroniques. Celui-ci doit être en mesure de mettre à disposition les moyens techniques et en personnel permettant la collecte, l'enregistrement, le stockage et la transmission des données de facturation. Dans les rangs de ceux qui peuvent être envisagés, rares sont ceux qui sont en main de médecins.

Financement

La création d'un trust center est prometteuse, les assureurs en sont conscients, ils investissent dans le domaine, ainsi que le démontre le projet d'ATAG debis. Les médecins devraient également se lancer, nous devrions nous efforcer de financer un trust center. Nous n'y gagnerons rien mais nous perdrons moins !

On pourrait envisager un financement double, d'un côté par un prélèvement

unique d'une cotisation extraordinaire auprès de tous les membres de la Société cantonale des médecins, d'un autre côté par la souscription d'actions du trust center par les membres intéressés, qui en deviendraient ainsi les actionnaires. Afin d'assurer le financement et le fonctionnement d'un trust center, il faudrait au minimum 200 participants. On peut envisager la possibilité d'une forme de rentabilisation: ainsi qu'il a été indiqué plus haut, les caisses font des économies en achetant des données de facturations digitalisées et compatibles. Nous ignorons actuellement si, et dans ce cas, combien elles acceptent de payer pour ce service. Les futurs actionnaires du trust center savent cependant que les actions constituent un capital risque et que sans risque il n'y a pas de chance de gagner.

Conclusion

Efforçons-nous d'utiliser cette possibilité d'atteindre la parité dans la maîtrise des données. A cet effet, faisons une utilisation optimale de nos données. Gardons-les en mains propres. Collectons ces masses de données et utilisons-les dans le cadre des négociations.

Evolution de la situation économique des médecins bernois – deuxième enquête rapide 2001



Adrian Sieber
membre du
comité et de la
commission
économique

La commission économique de la Société des médecins du canton de Berne a procédé, en 1997, à une première enquête sur l'appréciation de leur situation économique par les médecins du canton de Berne. A cette époque on demandait de comparer les bilans des années 1995 et 1996.

En juin 2001, utilisant les mêmes questions, on a comparé le bilan de 1999 avec celui de 2000. L'enquête était anonyme, elle a été traitée électroniquement et interprétée par la Caisse des médecins.

En extrayant un certain nombre de points des résultats obtenus, nous allons vous présenter ce qui ressort de l'enquête.

L'auteur des lignes reste en tout temps à disposition pour d'éventuels compléments d'information. Les chiffres comparent la période 1999 avec 2000 (entre parenthèse la comparaison de l'année 1995 avec 1996).

Commentaires:

Le bon retour des questionnaires atteste d'un besoin de communication des médecins bernois à l'égard de leur organisation professionnelle, ainsi que d'une sensibilisation de nos membres au domaine économique.

Les médecins qui ont répondu indiquent moins souvent une péjoration, et, généralement, plus fréquemment une amélioration de leur situation économique qu'en 1999.

Parmi les médecins de base ayant répondu, la péjoration de la situation, en 2001, a été moins souvent signalée et une amélioration même plus fréquemment annoncée, que chez les spécialistes, chez lesquels la tendance à la baisse se maintient. Il y a lieu de s'alarmer de la tendance à la péjoration de la situation économique des

médecins spécialistes hospitaliers du canton de Berne, elle commence à prendre des proportions inquiétantes.

Les médecins bernois s'efforcent, par une augmentation du volume de leur travail, de contrecarrer les effets d'une situation économique qui va en se péjorant.

Retour:

773 de 1800 questionnaires envoyés (= 43%)

Evolution du chiffre d'affaire, ensemble des médecins:

Amélioration	38%	(30%)
Diminution	33%	(40%)

Evolution du bénéfice:

Amélioration	32%	(25%)
Diminution	40%	(50%)

Appréciation de la propre situation économique en fonction de l'activité:

Praticiens de base:

Amélioration	37%	(29%)
Péjoration	36%	(48%)

Spécialistes:

Amélioration	26%	(28%)
Péjoration	44%	(42%)

Médecins hospitaliers:

Amélioration	22%	(25%)
Péjoration	58%	(44%)

Raisons mentionnées pour l'amélioration de la situation:

Plus de patients	24%	(21%)
Activité augmentée	16%	(11%)

Parmi les confrères ayant répondu au questionnaire, 13% (10%) ont entendu parler de fermeture de cabinet pour des raisons économiques.

Communications du secrétaire



Thomas
Eichenberger
Secrétaire

Récusation au sens de l'art. 44 al. 2 LAMal

Dans le cadre de l'assurance de base obligatoire des soins il y a un droit au libre choix du médecin parmi ceux et celles qui sont admis (art. 36 LAMal: titulaires du diplôme fédéral et d'une formation post-graduée reconnue par le Conseil fédéral), au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs (art. 41 al. 2 lettre a LAMal), ainsi qu'à la protection tarifaire (art. 44 al. LAMal).

Un fournisseur de prestations peut refuser de fournir des prestations conformément à cette loi (récusation). Il doit, dans ce cas, l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal et informer ses patientes et patients qu'ils ne recevront aucun remboursement de la part de leur caisse (art. 44 al. 2 LAMal). La conséquence de l'annonce que l'on se récuse, de l'avis majoritaire, réside dans le fait que l'on ne pourra plus fournir aucune prestation selon la LAMal. Il n'est donc pas possible de se récuser à l'égard d'une seule caisse. C'est l'opinion exprimée, selon un récent article de presse, par la direction de la santé du canton de Zurich dans une récente décision. Un médecin avait manifesté son intention de se récuser à l'égard d'une seule caisse. Il n'a pas été autorisé à le faire. Dans le cadre de la LAMal, il n'y a toutefois pas encore de jurisprudence à ce sujet de la part d'une instance juridique supérieure.

Dans le cas de la suppression de l'obligation de contracter, selon laquelle actuellement les assureurs doivent rembourser les prestations selon la LAMal fournies par les médecins admis, (en corollaire à celle du libre choix de médecin), il subsisterait certes pour un médecin la possibilité de se récuser généralement. Dans le cas de

la suppression de l'obligation de contracter, les caisses ne sont plus tenues de collaborer avec tous les médecins, il en résulte par conséquent, pour le médecin, un devoir d'information. Dans chaque cas, en préalable à tout traitement, il y aurait lieu de déclarer si le médecin traitant est au bénéfice d'un contrat avec l'assureur du patient. Si ce n'était pas le cas, il n'y aurait (plus) de droit au remboursement.

On pourrait se trouver dans la situation où le Dr X a un contrat avec les assureurs A, B et C, mais pas avec D et E, alors que le Dr Y, dans le cadre de la LAMal, bon gré mal gré, ne travaille qu'avec E. L'absence d'un contrat correspond dans ce cas en quelque sorte à une «récusation d'un seul assureur». Assez de musique d'avenir. La suppression de l'obligation de contracter a été approuvée par la commission du conseil des états. Le conseil des états d'abord (probablement en septembre 2001), puis le conseil national devront encore délibérer à ce sujet. La FMH a annoncé le probable lancement d'un référendum.

Nous persistons dans notre conception, qu'à l'heure actuelle et à l'avenir, il n'y a aucune obligation pour nos membres de participer à des modèles particuliers d'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations. Si ce dernier refuse de participer à un tel modèle, alors que l'assureur maladie le voudrait, il ne peut être contraint de donner des soins d'une autre façon que celle prévue par la LAMal, comme p.ex. de ne prescrire que des génériques. Si un médecin figure abusivement sur la liste des fournisseurs de prestations dans le cadre d'une forme particulière d'assurance proposée par l'assureur, il est recommandé d'adresser à cet assureur une déclaration écrite à ce sujet. Il est également possible de signaler ce fait par une annonce dans la salle d'attente.

Un médecin exclut une caisse

Dans le cadre de l'assurance de base, un médecin voulait renoncer à toute relation avec une caisse maladie. De l'avis de la direction de la santé publique, c'est illégal. Le neurochirurgien Thomas Blasbalg, qui a un cabinet privé à Zurich, souhaitait, ce qui est une première dans le canton de Zurich, refuser toute collaboration avec la caisse Winterthur. Le cas présente un intérêt de principe, puisqu'il s'agit de prestations fournies dans le cadre de l'assurance de base obligatoire. Si le médecin avait eu raison, les assurés de la Winterthur soignés par Blasbalg n'auraient plus eu droit au remboursement des prestations dans le cadre de l'assurance de base. Par des annonces dans la presse quotidienne, au début de mai, Blasbalg faisait savoir que qu'il refusait de collaborer en raison de fautes commises par le service médical de la caisse. (...) La direction de la santé publique s'est vue dans l'obligation d'examiner si, en principe, il était possible pour un médecin de refuser de fournir des prestations, dans le cadre de l'assurance de base, aux assurés d'une seule et unique caisse.

Lorsqu'un médecin refuse de fournir des prestations dans le cadre de l'assurance de base, il doit, selon la loi sur l'assurance maladie (LAMal) l'annoncer à la direction de la santé publique. Dans ses conclusions, la direction de la santé publique, constate que le refus de collaborer avec une seule caisse n'est pas légal. Un médecin peut renoncer à fournir des prestations à la charge de l'assurance de base, mais seulement dans le cas où il le fait pour toutes les caisses. Blasbalg doit dénoncer sa récusation par les mêmes moyens qu'il avait utilisé pour l'annoncer, c'est-à-dire dans la presse quotidienne.

Récusation seulement à l'égard de toutes les caisses

Dans son argumentation, le médecin prétendait que les caisses, elles, avaient la possibilité d'exclure certains médecins. Dans le cas où une caisse, pour cause de manquements aux exigences du caractère économique des prestations et de la garantie de la qualité, ne veut plus payer les prestations de l'assurance de base à un médecin, il incomberait à un tribunal arbitral de prendre une décision. Cette exclusion est définie clairement par la loi, elle ne l'est pas dans le cas de l'exclusion d'une caisse par un médecin

Source: Tages-Anzeiger, 6 juillet 2001

Comme chaque année l'augmentation des primes



Reinhold Streit
ancien président

Les caisses maladie n'ont pas attendu pour annoncer une nouvelle hausse des primes. Une fois encore elles mettent en cause les fournisseurs de prestations, noirs responsables, profiteurs abusifs, selon elles, de l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Je présume qu'à la suite des déclarations des caisses et après l'intervention de l'office fédéral des assurances sociales, les médias, influencés par les assureurs, les économistes de la santé et les politiciens vont mettre en route une nouvelle campagne dirigée contre nous, les médecins. Chaque médecin ne pourra éviter de discuter avec ses patients et répondre aux questions que son entourage ne manquera de lui poser au sujet de l'évolution des coûts. Dans de précédents articles j'ai essayé de présenter les raisons pour lesquelles les coûts du domaine de la santé vont continuer à augmenter de façon quasi incontrôlée (voir p.ex. Bulletin des médecins suisses, No 40/2000). En empruntant le tableau à cet article, je vais tenter de vous remémorer les facteurs responsables d'une augmentation hors de toute proportion dans le domaine de la santé:

- progrès médical
- augmentation de l'espérance de vie
- exigences des patients
- comportements menaçant la santé
- nouvelles maladies
- production exagérée de médecins
- normes de la médecine de pointe
- insécurité et crainte de procès en responsabilité civile
- utilisation abusive des tarifs
- nouvelles professions dans le domaine de la santé
- fournisseurs
- prestations gratuites supprimées, remplacées par celles d'institutions officielles
- personnel plus qualifié et mieux payé

- surcapacités et luxe
- statistique et bureaucratie
- fausses incitations aux patients
- fausses incitations aux caisses et fournisseurs de prestations
- loi sur l'assurance maladie ratée / politique de la santé confuse
- médias incitant à la consommation
- punition de ceux qui veulent économiser

Grâce à ce tableau vous n'aurez aucune difficulté de vous construire une liste d'arguments, qu'il vous est loisible d'élargir à votre guise.

Les patients veulent le progrès médical

Dans les discussions, il convient de bien rappeler que les tarifs médicaux sont restés pratiquement les mêmes depuis douze ans, qu'ils n'ont donc pas été adaptés au renchérissement. Ce qu'on appelle l'augmentation du volume des prestations, est en réalité la conséquence de l'élargissement du catalogue des prestations, dans le cadre de l'assurance de base, ainsi que surtout celle d'exigences supplémentaires des patients. Le progrès médical nous permet d'utiliser des méthodes d'examen et de traitement plus efficaces. Celles-ci sont exigées par les patients et la société. La prétendue information par les médias et plus récemment par l'Internet contribue à l'inflation des exigences. De nouvelles enquêtes le prouvent, notre population considère que la santé est l'un de ses biens les plus précieux et elle veut que les progrès de la médecine soient engagés pour la maintenir. Ces derniers connaissent une évolution continue. Je citerai les possibilités offertes par la technologie générique, les moyens d'investigation par l'imagerie sous toutes ses formes, l'utilisation de l'ordinateur allant jusqu'aux opérations effectuées par des robots. Tous ces moyens permettent de nouvelles formes d'investigation et de traitement avantageuses pour le patient. Mais ils sont en général très coûteux. En parallèle à cette évolution, le niveau d'exigence des patients change de façon radicale. Les caisses nous reprochent de ne prescrire que des médicaments nouveaux et chers. Les fonctionnaires des caisses et les politiciens de la santé, lorsqu'ils sont malades, veulent-ils un médicament ancien, aux complications nombreuses, moins efficace ou préfèrent-ils le nouveau, même s'il

est plus cher? En Allemagne, on va retirer du marché des milliers de vieux médicaments parce que plus efficaces sont à disposition. Les génériques sont bons et doivent être prescrits. Mais comparés à des substances plus modernes et présentant moins d'effets secondaires, ils ne peuvent entrer en concurrence.

La population a pris conscience, en entendant parler de la situation dans les pays en développement, qu'il existe aujourd'hui contre le SIDA des médicaments qui, certes, ne le guérissent pas, mais arrêtent son évolution, ou agissent à titre préventif. Ces médicaments sont utilisés en Suisse. Ils ont eu pour effet de diminuer la mortalité. Mais vendus à des prix fixés en fonction de critères d'économie de marché, ils contribuent à l'augmentation des coûts. On doit poser la question à la population: souhaitez-vous le progrès médical, oui ou non? Nous devons être conscients des aspects problématiques du progrès. Ils ne sont toutefois pas au premier plan lors des discussions actuelles au sujet du financement.

On reconnaît à juste titre la qualité des prestations du personnel infirmier. A l'unanimité et par plus de 150 voix, le grand conseil bernois a approuvé une amélioration de la situation économique de ce groupe professionnel. On a également, du moins en théorie, réduit généreusement les horaires de travail des médecins assistants et chefs de clinique. Il en résulte évidemment des conséquences financières. Par habitant, le canton de Berne, en mauvaise posture économique, devra dépenser l'année prochaine plus de Fr 90.-, que chacun d'entre nous devra acquitter sous forme d'impôts ou de primes.

Les caisses maladie responsables de la hausse des coûts

Ces facteurs évidents de l'augmentation disproportionnée des coûts doivent être utilisés au cours des discussions. Ils doivent se limiter à un nombre limité d'arguments, mais il faut être préparé à répondre à d'autres questions au sujet de l'évolution des coûts dans le domaine de la santé. Au cours des dernières années, nous avons accepté généreusement qu'on nous fasse jouer le rôle du bouc émissaire, celui qui est le seul responsable de l'évolution des coûts. Il y a longtemps que nous aurions dû rédiger un article prouvant que les caisses constituent un facteur essentiel du renchérissement dans le domaine de la santé. En disant cela, je ne pense

pas seulement au fait paradoxal que les sommes engagées pour l'administration des caisses restent en proportion toujours les mêmes, qu'elles contribuent donc hardiment à l'augmentation du volume des prestations. S'il n'en était pas ainsi, la part dévolue aux frais administratifs devrait régulièrement diminuer. Cela devrait être possible si l'on tient compte des énormes potentiels de rationalisation qui existent dans les administrations. Je pense aux imposants palais sponsorisés par nos primes et, de plus, financés par l'argent du contribuable, qui ont été construits et que l'on continue de construire. Signalons encore les agences des caisses maladie, établies dans les locaux commerciaux les plus chers de nos villes.

Nous devons nous demander pourquoi les assureurs maladie ont été incités, à tort, à préférer les traitements hospitaliers, dans lesquels 50% des coûts sont pris en charge par l'état, plutôt que les interventions ambulatoires beaucoup plus avantageuses. En cas d'intervention ambulatoire, les caisses doivent prendre en charge la totalité des coûts, à l'exception la quote-part du patient. Mais ce qui, pour moi, me semble être le plus important, c'est le fait qu'un tiers paye des prestations que le patient a demandées et que les hôpitaux et les médecins ont fournies. Je pense à ce système, qui incite le patient à demander le maximum lorsqu'il est malade. Plus le patient paye de primes, plus il tendra, en cas de maladie, à se comporter selon le principe «J'ai payé des primes pendant assez longtemps, c'est le moment d'en profiter». Notre système, avec ses franchises et quote-parts peu élevées, ne permet pas au patient de se rendre compte et de ressentir les coûts qu'il génère. La part des coûts administratifs, dans les cas bénins, est également beaucoup trop élevée.

Parler du rationnement dans le domaine de la santé

Je crois que nous disposons d'assez d'arguments pour expliquer la croissance non contrôlée des coûts, nous ne sommes pas condamnés à nous considérer comme les premiers responsables. Vos interlocuteurs vont toutefois vite vous demander s'il faut accepter cette évolution sans réagir. Les coûts ne peuvent pas continuer d'augmenter sans qu'on leur fixe une limite. N'y a-t-il aucun moyen de les limiter? Il en existe évidemment, mais nous savons que les appels à la raison auprès des patients et des médecins ont peu de chance de suc-

cès. Nous devons enfin nous confronter à des questions de fond, ce que nous autres Suisses ne faisons pas volontiers, dans d'autres domaines également. Nous discutons d'engagements militaires à l'étranger, d'adhésion à l'ONU, et d'autres, sans nous être posé au préalable la question de principe de la neutralité à notre époque. De façon analogue, nous discutons de coûts dans le domaine de la santé, sans nous poser la question: Quel prix vaut notre santé? Quelle part du produit national brut voulons-nous lui consacrer? Pouvons-nous continuer de nous offrir une assurance de base qui rend toutes les assurances complémentaires inutiles? Est-il possible de réduire les coûts et, en même temps, élargir le nombre des prestations? Nous devons enfin parler sérieusement de mesures de rationnement. Il y a évidemment des moyens de limiter les dépenses. Je pense à un numerus clausus strict qui adapterait le nombre des étudiants en médecine au besoins de la pratique, à l'introduction de médecins hospitaliers dont toute l'activité professionnelle se déroulerait dans les hôpitaux, à l'augmentation des franchises et quote-parts en fonction de la situation économique, à des formes d'assurance avec bonus, à la mise en cause de la solidarité en cas de maladie ou d'accident dû à un comportement fautif, à un arrêt dans les exigences exagérées de la médecine de pointe dans le cadre de la médecine de tous les jours, à l'encouragement de la participation aux soins de la famille et des proches, à la suppression de la bureaucratie de la santé, au remaniement de la LAMal ratée et de ses fausses incitations, et d'autres. De telles mesures sont possibles, de même qu'une certaine limitation des demandes au système. Mais nous ne pourrions éviter, en tenant compte des potentialités que le progrès médical nous offre, de discuter de rationnement dans le domaine de la médecine. Il faut viser à atteindre un consensus parmi tous ceux qui sont concernés: les patients, les payeurs de primes en bonne santé, les assureurs, les économistes de la santé et les politiciens, les hôpitaux et, évidemment, nous autres les médecins, qui devons accepter de prendre sur nous une part essentielle de la responsabilité. On ne doit en aucun cas contraindre, par l'instauration d'un budget global, le corps médical de prendre seul, sous forme cachée, la responsabilité de ce rationnement. On peut travestir ce budget global sous des noms de fantaisie tels que neutralité des coûts, stabilisation des coûts par cas, etc. et tenter de l'imposer en cachette.

Acceptons les discussions. Prenons le temps d'informer nos patients et de leur présenter notre point de vue. Mes réflexions doivent vous inciter à le faire et vous donner des aides dans votre argumentation.

Annexes

Enquête formation TarMed

(N.d.t. Cette information n'est pas traduite et n'est pas adressée aux membres du Cercle médical de Pierre-Pertuis. Pour eux, la formation TarMed sera organisée en collaboration avec la Société médicale du Jura. Ils seront tenus au courant en temps utile).

Inscription à www.berner-aerzte.ch

En utilisant le formulaire d'inscription annexé, vous avez la possibilité de présenter votre cabinet dans l'Internet sous www.berner-aerzte.ch. Cette inscription, pour laquelle la Société des médecins prélève une taxe plutôt symbolique de Fr 30.–, présente pour vous l'avantage de pouvoir donner beaucoup plus de renseignements que dans les listes d'adresses habituelles. Notez qu'il vous est également possible de vous inscrire online.

Impressum

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

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

Rédacteur: Peter Jäger, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8. Tél. 031 311 97 43; Fax 031 311 35 34; e-mail: jaeger@forumpr.ch

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

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

e-mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne. Edition août 2001.

Secret médical: droit des patients à la protection des données



Roland
Schmoker
président de la
société bernoise
de chirurgie
maxillo-faciale

Le secret médical est-il menacé?

Les menaces qui pèsent sur le secret médical peuvent se lire comme un roman policier captivant. Mon attention a été attirée sur le sujet après la lecture d'un article paru dans la revue d'une assurance, et d'un autre, très fourni, dans la NZZ. Tous deux traitaient de la révision partielle de la loi fédérale sur le contrat d'assurance LCA.

Art. 6 de la loi sur le contrat d'assurance LCA

L'art. 6 LCA a la teneur suivante: «*Réticence, ses conséquences: Si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence.*»

Une situation concrète du problème est illustrée grâce à la présentation d'un cas concernant une assurance vie. Au moment de la conclusion de l'assurance, le patient se considère en bonne santé et néglige de signaler des douleurs d'arthrose de la hanche ressenties précédemment. Quatre ans après avoir conclu son contrat, le patient est atteint d'un cancer et en meurt douze mois plus tard. Le cancer n'a absolument aucun rapport avec l'arthrose de la hanche. Sa veuve subit un deuxième coup du sort lorsqu'elle prétend au paiement de l'assurance vie. L'assurance, après avoir étudié les rapports médicaux exigés, décide de dénoncer le contrat. La veuve ne reçoit que les primes payées, sans les

intérêts. La veuve est persuadée que ce sont les rapports médicaux qui sont les seuls responsables du cours défavorable des événements.

Révision partielle de l'art. 6 LCA

Dans un article, signé H. Schraner, paru dans la NZZ du 23.2.2001 sous le titre: «Révision partielle de la LAMal tenue en échec?», on signale la proposition logique de la commission d'experts indiquant que «la dénonciation du contrat par l'assureur ne doit intervenir que lorsque, premièrement la réticence par le preneur d'assureur est intervenue fautivement et, deuxièmement, lorsque il y a un lien causal entre le fait non signalé et un cas de sinistre survenant ultérieurement.» L'auteur exprime toutefois des doutes quant à la probabilité de voir figurer ce postulat dans la révision partielle et craint que qu'il ne soit repoussé indéfiniment, à l'occasion d'une éventuelle révision totale.

Déclassement d'assurances complémentaires

Aiguillonné par cet article, je me suis mis sérieusement à la recherche de cas identiques parmi mes patients. Que s'est-il passé chez ces personnes âgées qui, peu de temps après leur mise à la retraite, sont averties qu'elles ne bénéficient plus d'une assurance complémentaire? J'ai appris que des représentants des caisses leur rendaient visite et les informaient que les primes qu'elles auraient à payer pour l'assurance complémentaire atteindraient un niveau beaucoup trop élevé, compte tenu de leur retraite et qu'il leur était recommandé de demander un déclassement. Pourquoi une telle situation ne concerne-t-elle que des patients dits à risque?

Changement de caisse dans le cadre de l'assurance de base

Qu'en est-il d'une patiente souffrant d'une maladie chronique grave qui m'informe qu'elle a changé de caisse? En l'interrogeant, on apprend qu'elle a reçu un jour un appel d'un monsieur très gentil, qui la rendit attentive au fait que, bien qu'étant au bénéfice de l'assurance de base, elle

avait, elle aussi, le droit, en changeant de caisse, de bénéficier de primes moins élevées. Non seulement il était exactement au courant du montant actuel des primes qu'elle payait, mais, de plus, il s'offrait de pour l'aider, sans frais, lors du changement de caisse. Il va de soi que la patiente ne pouvait savoir qui allait rémunérer le représentant de la caisse pour son travail, serait-ce la caisse accueillant un nouveau membre ou celle qui se voyait débarrassée d'un patient non rentable.

Gestionnaires de cas à l'hôpital et forfaits par cas

En arrière-fond à de telles situations le déclin vient toujours de la connaissance d'un savoir médical. C'est la raison pour laquelle la méfiance s'est installée lorsqu'il fut question, lors de discussions, que les caisses délèguent dans les hôpitaux privés des gestionnaires de cas, qui auraient un accès illimité aux dossiers médicaux. Pourquoi une collaboration fructueuse ne pourrait-elle pas avoir lieu sans prise de connaissance illégitime de documents?

C'est pour ces raisons que les médecins pratiquant des interventions ont, de façon logique, refusé les forfaits par cas. En les acceptant, le médecin, par sa connaissance du risque présenté par le patient, se prendrait lui-même les pieds dans le système.

Demande de documents

C'est sous un tout autre jour qu'apparaissent les demandes répétées, attribuées jusqu'à maintenant au zèle intempestif de certains employés, de documents concernant les patients, comme par exemple de radios, de rapports d'histologie, de rapports opératoires, de rapports de sortie, et d'autres. Depuis peu, de telles demandes de routine de documents, ne respectant en rien la protection des données, interviennent déjà avant l'hospitalisation, après que le cabinet se soit renseigné pour savoir si le patient était au bénéfice d'une assurance complémentaire. Les employées des caisses recherchent de toute évidence dans ces documents des éléments qui permettraient de refuser l'hospitalisation. La procédure se termine finalement par une réserve de routine, qui inquiète les patients, dans laquelle il est indiqué que dans le délai prévu de dix jours de travail il n'est pas possible de

(suite voir page 8)

procurer une garantie remboursement pour l'hospitalisation prévue. La garantie de remboursement pour un certain nombre de jours d'hospitalisation parvient au patient plusieurs semaines après la sortie, lorsque la facture, selon le service de facturation de l'hôpital, a déjà été payée. Tout cela pour rien, si ce n'est des frais et le mépris de la protection des données, pour entretenir artificiellement les dépenses de l'administration.

Le service juridique oblige le patient à collaborer

Les choses peuvent aller si loin, que l'avocat du service juridique d'une caisse en arrive à écrire à un patient, que «la loi oblige un patient à collaborer». L'avocat motive ainsi la communication de documents à la caisse maladie. Il cite une publication de L.S. Brühwiler: «Medizinischer Behandlungsvertrag und Datenrecht (Contrat de traitement médical et droit des données)». Une lecture attentive de cette publication montre cependant, qu'en conformité avec la LAMal, il est toujours question de «renseignements et de données» du médecin traitant à l'intention du médecin-conseil sous la forme d'un certificat médical et jamais de «documents de patients extraits de son dossier».

Facture accompagnée d'un rapport de sortie

J'ai été effrayé d'apprendre, à l'occasion d'une rencontre professionnelle avec des confrères de Suisse orientale, qu'il était sérieusement question, que les patients des hôpitaux publics se voient remettre un rapport de sortie en même temps que la facture. S'il en était ainsi, il serait possible à tout un chacun de comparer les indications fournies par le patient en connaissance, respectivement méconnaissance de cause, et de les comparer avec la liste des diagnostics figurant sur le rapport de sortie rédigé par le médecin qui connaît la situation dans son ensemble.

TarMed: diagnostic et code ICD sur la facture?

Le sujet prend des proportions véritablement explosives si l'on accorde du crédit aux bruits en provenance de TarMed, selon lesquels de graves atteintes à la protection des données sont planifiées, puisqu'il serait apparemment envisagé d'exiger que, pour chaque patient, de plus sous

forme électronique, figure sur la facture, en plus du traitement effectué, non moins que le diagnostic exact, ainsi qu'un code ICD.

Protection des données dans le cas de données électroniques

Même un parfait amateur dans le domaine de la protection des données sait de nos jours que la seule protection contre leur utilisation abusive réside dans le fait que ces données hautement sensibles ne doivent en aucun cas être stockées sous forme électronique dans une seule et même banque de données, de telle sorte qu'une mise en relation ne puisse être effectuée que par le médecin-conseil. Toute autre façon de procéder est une porte ouverte à tous les abus. Le premier des hackers venu va tout mettre en oeuvre pour montrer ce qu'il sait faire, il va rechercher des diagnostics concernant certaines personnalités, par exemple les conseillers fédéraux, etc., ou bien chercher à négocier ces données, avec des médias, des employeurs, etc.

Si les médecins acceptent d'indiquer un code ICD ou un diagnostic sur la facture, tout particulièrement sous forme électronique, le secret médical, même dans sa plus simple expression, n'est plus qu'une illusion. C'est pour les médecins un devoir éthique de s'opposer avec véhémence à ces exigences.

La communication du diagnostic à l'assureur ne respecte pas le secret médical

La conférence nationale des responsables de la protection des données conclut et motive justement que l'introduction prévue du code ICD doit être arrêtée. Dans le Bulletin des médecins suisses, vol. 78, No 51, 1997, et vol. 79, No 7, 1998, on peut trouver des articles détaillés à ce sujet:

- Communiquer un diagnostic ICD à un assureur équivaut à une atteinte au secret médical.
- Les codes ICD sont des moyens de classification de l'OMS dans des buts de statistique et de recherche, ils définissent non seulement des maladies mais également certains types de comportement (p.ex. personnalité asociale, comportement d'opposition, fautes éducatives des parents, besoins sexuels augmentés, conflits avec des supérieurs).
- Les efforts consentis pour expliquer un tel code à un patient sont hors de proportion.

F.A. Bernath, dans son article intitulé «ICD-10-Codes: Statistik gegen Datenschutz» (Code ICD: Statistique contre protection des données), publié dans la revue «Arzt und Praxis», indique que, «en aucun cas il ne faut communiquer ou mettre à disposition systématiquement, respectivement de façon automatique, des codes ICD à des assureurs maladie ou à leurs médecins-conseils. Si un assureur demande le code ICD d'un patient, cette demande doit être chaque fois motivée de façon circonstanciée. La caisse ne pourra en aucun cas motiver sa demande en indiquant qu'elle doit connaître le code ICD pour évaluer le caractère économique de la prestation ou pour l'évaluation de toute autre question financière. C'est pourquoi le corps médical, de même que les hôpitaux, doivent en principe toujours refuser de communiquer le code ICD à un assureur maladie».

Que dit la loi du secret médical?

Le secret médical, en sa qualité de droit des patients à la protection des données, figure dans la LAMal et dans la loi sur la protection des données LPD.

Bases juridiques dans la LAMal

En ce qui concerne le secret médical, on trouve dans la LAMal, à juste titre, un texte juridique restrictif et formulé avec une grande précision:

- L'art. 42 LAMal évoque «un diagnostic précis ou de(s) renseignements supplémentaires d'ordre médical».
- L'art. 57 LAMal stipule que «Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon le 4^e alinéa».
- Le 4^e alinéa a le contenu suivant: «Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.»

Bases légales dans la LPD

L'art. 4 LPD fixe les règles suivantes:

- Toute collecte de données personnelles ne peut être entreprise que d'une manière licite.
- Leur traitement doit être effectué conformément aux principes de la bonne foi et de la proportionnalité.

- Les données personnelles ne doivent être traitées que dans le but qui est indiqué lors de leur collecte, qui est prévu par une loi ou qui ressort des circonstances.

Interprétation juridique

Au sujet des articles de la LAMal cités, le responsable fédéral de la protection des données, dans son rapport d'activité 1995/96, page 46, constate que «la communication d'un diagnostic, sous l'angle de vue de la protection des données et dans le cadre d'une application correcte de la nouvelle LAMal, est en principe exclu. La communication ne pourrait ainsi intervenir que dans des cas particuliers et après demande dans chaque cas. Dans l'état actuel des connaissances dans ce domaine, il ne semble pas que la communication systématique du diagnostic – aussi détaillée qu'elle puisse être – constitue un critère satisfaisant pour la vérification du remboursement et du caractère économique des prestations ».

Dans le Bulletin 5/96 de notre Société, la disposition de la LAMal est précisée de la façon suivante:

- Il n'y a aucune obligation et, de plus, aucun droit de fournir des rapports médicaux, des rapports opératoires, des lettres de sortie ou même des extraits du dossier médical.
- La caisse est en droit de demander des renseignements. En fonction de ce qui précède, il n'y a d'obligation que de répondre à des questions précises. Elles doivent toutefois respecter les principes de la proportionnalité et de la conformité au but de la loi
- Le fournisseur de prestations est autorisé, dans certains cas bien fondés, et il en a l'obligation dans chaque cas où la personne assurée en fait la demande, de ne donner des indications médicales qu'au seul médecin-conseil de la caisse.

Dans une prise de position datée du 30.12.1997, à l'intention du CAMS, au sujet de l'«Organisation du service du médecin-conseil», la Société des médecins du canton de Berne indique clairement «qu'il n'incombe pas à une caisse maladie d'exiger des documents faisant partie du dossier du patient pour y chercher des informations permettant de refuser un remboursement».

Le sujet de la protection des données est traité de façon détaillée dans une publication de U. Uttinger, sous le titre: «Sozialversicherung: Berufsgeheimnis, Schweigepflicht und Datenschutz» (Assurance sociale: secret professionnel, devoir de réserve et protection des données). Une longue discussion avec la rédactrice m'a permis d'éclaircir un certain nombre de points.

- «Les médecins doivent respecter leur devoir de réserve. Il convient notamment de rappeler que le secret professionnel existe également dans les rapports entre médecins. Un médecin, qui avait adressé le dossier d'un patient, sans son accord, à plusieurs confrères et institutions que ce dernier avait consulté dans le passé, a été condamné pour violation du secret professionnel.» Ceci démontre, selon moi très clairement, que dans les relations administratives il faut tout spécialement veiller à la protection des données.
- «Le médecin se voit souvent remettre par des assureurs une déclaration qui l'autorise à communiquer des renseignements. Ces déclarations ne sont pas sans problème : en principe la personne

Das medizinische Labor für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern

Hans Brunner Dr. rer. nat.
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH
Klinische Chemie, Hämatologie

Markus Gautschi Dr. med.
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH
Infektionserologie, Immunologie, Virologie

Egidio Palatini Dr. pharm.
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH
Aussendienst, Bakteriologie, Parasitologie

Hélène Spicher Dipl. biol.
Spezialistin für labormedizinische Analytik FAMH
Bakteriologie, Parasitologie

Duri Wirz Dipl. chem. HTL
Administration, Logistik, EDV

Verena Wirz Dipl. chem. HTL
QM-Beauftragte



Labor Weissenbühl AG

Chutzenstrasse 24
Postfach
3000 Bern 17

T 031 372 20 02

F 031 371 40 44

E-Mail labor@weissenbuehl.ch

www.weissenbuehl.ch



STS 145
EN-45001 ISO/IEC 17025

qui donne son autorisation devrait connaître la nature, respectivement l'étendue exacte, de ce qu'elle autorise.» En règle générale la personne qui donne son autorisation ne connaît pas les limites de ce qu'elle permet. On n'évoque en aucun cas certaines éventualités, que les caisses certes regrettent mais qui n'en arrivent pas moins, telles que la mise en place de listes de patients à risque à exclusion des assurances complémentaire ou à faire résilier l'assurance de base, ou la comparaison du contenu de rapports de sortie avec les déclarations des patients, lors de la conclusion d'un contrat, pour un déclassement dans l'assurance de base selon une interprétation très large de l'art. 6 LCA. C'est la raison pour laquelle on peut admettre que les patients n'ont pas été complètement orientés sur l'étendue de leur autorisation et que, de ce fait, les médecins ne sont pas déliés du secret professionnel par une telle

déclaration.

- «Une déclaration autorisant, lors de la conclusion d'une assurance, à demander des renseignements d'ordre médical, doit se limiter à l'évaluation du risque en relation avec la conclusion de l'assurance, en aucun cas elle ne peut concerner un sinistre survenant ultérieurement». En cas de sinistre il y a lieu de limiter l'échange de données au diagnostic précis ou à des renseignements supplémentaires d'ordre médical selon l'art. 42 LAMal, ainsi qu'aux indications indispensables pour que le médecin-conseil puisse accomplir sa tâche.
- «Il convient de bien considérer que c'est en premier lieu le médecin qui communique des données qui se rend coupable, puisque c'est lui, et non la personne qui les a demandées, qui est soumis au secret professionnel.» C'est précisément à cet instant que doit interve-

nir le préposé à la protection des données d'une caisse maladie. Le personnel d'une caisse, qui n'a que peu de conscience de la protection des données, puisqu'elle n'est pas concernée et n'a pas été sensibilisée à ce sujet, doit bénéficier d'une formation au cours de laquelle elle apprendra l'importance du secret professionnel aux yeux du médecin. Le personnel devrait être informé des différences qu'il y a, du point de vue de la protection des données, entre un document et un renseignement, de telle façon qu'il comprenne qu'un médecin consciencieux va communiquer tous les renseignements demandés sous la forme d'un rapport médical et en aucun cas en envoyant des extraits du dossier médical.

H.P. Kuhn, dans son article intitulé «Protection des données et LAMal », paru dans le Bulletin des médecins suisses, volume



Ihr Partner, wenn Zahlungseingänge sich verzögern!

Säumige Patientinnen und Patienten? Wenn die Zahlungsmoral krank, ist Erfahrung gefragt. Wir sind die Spezialisten und entlasten Sie von Inkassosorgen und treiben für Sie die Honorarforderungen ein.

Und all dies zu fairen Konditionen, mit grosser Sensibilität und mit der gefragten Kompetenz. Damit Sie sich aufs Wesentliche konzentrieren können. Zum Wohl Ihrer Patientinnen und Patienten.

Ihre Vorteile:

- keine Jahresgrundgebühr
- faire Konditionen (Verrechnung nach dem Verursacherprinzip)
- über 30 Jahre standeseigene Erfahrung
- Nr. 1 im schweizerischen Inkassoservice
- wir kennen Ihre Probleme im Detail
- Sie befreien sich von unangenehmen Aufgaben
- Sie erhalten wertvolle und seriöse Unterstützung

Bestelltalon (01/19)

Bitte senden Sie mir die Inkassodokumentation

Bitte rufen Sie mich an:

Tel.: _____

Am besten erreichbar (Zeit):

Vorname: _____

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.Praxis/Spital: _____

Fax: _____

Einsenden an:

FMH Inkasso Services

Thorackerstr. 3,

3074 Muri b. Bern

Tel. 031 359 12 10

Fax 031 359 12 00

82, No 32/33, 2001 (n.d.t. pour la version française), remarque que:

- il s'ensuit que (dans le domaine de la santé), même si le patient acceptait formellement la transmission d'informations à l'assurance maladie, il y aurait infraction contre la constitution fédérale;
- afin que (la) levée du secret médical soit juridiquement valable, le patient doit savoir ce que l'assureur demande et, en outre, ce que le médecin a constaté sur son état de santé et devrait transmettre à la caisse maladie;
- (dans le cas d'une demande de garantie de remboursement) on parle d'un contrôle préalable par le médecin conseil (et non par l'administration de la caisse);
- il serait pour le moins douteux que le conseil fédéral puisse prescrire des garanties de remboursement pour toutes les hospitalisations;
- il ressort de tout cela que la discussion sans fin à propos de la communication du diagnostic sur la facture ainsi que celle qui dure également depuis longtemps de la communication du diagnostic ICD pour les patients hospitalisés sont tout simplement passées à côté de la question véritable. Pour la vérification des prestations, l'indication est plus importante que le diagnostic. Ne serait-ce que pour cette raison, la communication systématique du diagnostic est inappropriée ; par conséquent, elle n'est pas exigible et donc disproportionnée – et viole les dispositions de la constitution fédérale (art. 13), de la loi sur la protection des données (art. 17) et de la LAMal (art. 42 et art. 84).

Que doit savoir le médecin s'il veut respecter la protection des données?

Bases juridiques

Art. 42 LAMal: «*Diagnostic précis ou des renseignements supplémentaires d'ordre médical.*»

Art. 57 LAMal: «*Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon le 4^e alinéa.*»

Alinéa 4: «*Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation*

sont remplies.»

Différence entre «renseignements» et «documents»

Les documents sont protégés par le secret médical. Le droit de prendre connaissance des documents est limité au seul et unique patient. Les documents ne peuvent en aucun cas être remis par le médecin traitant à des autorités, des employeurs, des assureurs et d'autres, pas plus qu'au médecin-conseil et, selon la jurisprudence usuelle, même pas à un autre médecin traitant. N'est autorisée que la communication de renseignements concernant ces documents sous la forme de certificat médical, respectivement de rapport médical.

Consentement au renoncement au secret médical

Lorsqu'un consentement au renoncement au secret médical est demandé, il y a lieu d'informer des conséquences d'un tel renoncement (p. ex. listes de risque des caisses, art. 6 LCA en cas d'assurance complémentaire avec perte de la couverture d'assurance si, au moment de la conclusion, une maladie antérieure, même, selon la conception des assureurs, une seule maladie, n'a pas été déclarée, etc.).

Menacer le patient, s'il refuse de signer une déclaration de renoncement au secret médical, que la demande de garantie de remboursement ne sera pas traitée, équivaut à une manœuvre de chantage et c'est illégal, mais malheureusement c'est une pratique quotidienne.

Documents

● Radios:

Les radios peuvent être la cause de décisions entachées d'erreur parce qu'elles livrent des constatations et non des diagnostics.

● Rapport opératoire:

Les rapports opératoire ne constituent pas un document médical, au même titre qu'un certificat médical, mais des notes pour l'opérateur, dont on sait qu'ils doivent tenir compte des possibilités d'erreur en relation avec un diagnostic pré-opératoire et des constatations faites en cours d'opération. Le diagnostic définitif, comme par exemple le caractère malin ou bénin d'une affection ne sera posé que lorsque sera connu le rapport histologique.

● Rapport histologique:

Un rapport histologique ne permet de poser un diagnostic définitif que s'il est complété par l'examen clinique et les constatations en cours d'opération.

● Rapport de sortie:

Un rapport de sortie contient un grand nombre de renseignements de nature très sensible, qui peuvent permettre à une caisse, selon leur appréciation personnelle de l'art. 6 LCA, de déclarer ultérieurement non valable tout contrat d'assurance complémentaire, en comparant la déclaration faite par le patient, en fonction de ce qu'il savait, au moment de la conclusion de l'assurance, avec le niveau professionnel de connaissance, parfois consciemment dissimulé, du médecin.

Qualité professionnelle du processus administratif

Le processus administratif, tel que le prévoit la LAMal, a pour objectif de protéger le domaine de la santé en ce qui concerne le caractère économique et la proportionnalité. Il aide à l'échange administratif entre le médecin spécialiste, d'un côté, et le médecin-conseil, dans sa fonction de conseiller de l'assurance, d'autre part. Le processus prescrit a pour but d'éviter des efforts inutiles consécutifs à la non compétence médicale des fonctionnaires, mais également à empêcher que, par négligence, on n'accorde pas assez de compétence professionnelle pour permettre une bonne appréciation du cas. Le but à atteindre se situerait au très haut niveau de compétence professionnelle de l'AI, où un spécialiste, désigné par sa société de discipline, est mis à contribution.

Le certificat médical, un document médical qui doit être remboursé

Seuls le rapport médical, le certificat médical et l'expertise médicale constituent des documents médicaux. Ces documents figurent en tant que tels dans les tarifs, peuvent faire l'objet d'honoraires, qui doivent, par conséquent, être remboursés. Tenter de circonvenir l'obligation de remboursement en demandant directement, gratuitement, des pièces de dossier, sans participation aux frais liés à la recherche, la mise sous pli, au port, au classement, à l'enregistrement, etc. va à l'encontre de la convention et également du code de déontologie, comme cela contreviendrait par exemple aux intérêts des avocats et des notaires, si pour éviter de payer leurs attestations ou constats on

demandait sans payer la mise à disposition des dossiers de leurs clients.

Garantie du secret médical

Les données les plus sensibles concernant les patients se trouvent sous forme de documents dans les dossiers des patients, de cette manière le secret médical se trouve être bien protégé. Une obtention non autorisée ne serait possible que par une effraction dans les locaux du cabinet médical. L'obtention de documents en provenance d'un dossier médical serait compliquée et ne serait possible que de façon ciblée.

Les certificats médicaux, à l'intention du médecin-conseil, stockés dans l'ordinateur du cabinet sont en partie d'accès plus facile, mais leur contenu est à considérer comme moins sensible, puisqu'il s'agit de renseignements et non pas de documents. En préalable à une atteinte au secret médical, il y aurait lieu de connaître le nom du médecin chez lequel un patient donné est en traitement.

Il est beaucoup plus facile d'abuser du secret médical en consultant les ensembles de données stockés dans les ordinateurs des caisses maladie. A l'heure actuelle, où un très grand nombre de patients se trouvent concentrés dans les plus grandes caisses, la recherche pourra se restreindre à un nombre limité d'archives, si l'on veut trouver un certain patient. C'est une raison supplémentaire pour ne jamais mettre à disposition des documents concernant des patients à une caisse.

Conclusions

La protection des données, dans le domaine de la santé, est caractérisée par la grande divergence entre une législation bien conçue, quasi parfaite, ne comprenant que quelques fautes reconnues et pouvant être corrigées (p.ex. l'art. 6 LCA) et une interprétation juridique correcte d'un côté et des abus routiniers, systématiques dans la pratique de tous les jours, qui vont si loin, que les patients qui refu-

sent par exemple de fournir des documents y sont finalement contraints par chantage.

La tendance, présentée par certains groupes, d'incorporer quasiment le non respect du secret médical au système, est très inquiétante, qu'il s'agisse de fonctionnaires qui craignent pour leur poste, de gestionnaires de cas agissant sous le prétexte d'une rationalisation administrative ou encore – et c'est le plus grave – de médecins eux-mêmes, qui acceptent des forfaits par cas ou en se lient au risque du patient (p.ex. HMO). On doit s'inquiéter que dans tous ces cas on ne se rend pas compte ou l'on nie les menaces pesant sur le secret médical.

Le corps médical doit résister à toutes les tendances qui vont dans le sens d'un non respect du secret médical, telles que l'indication d'un diagnostic sur la facture voire même d'un code ICD dans le cadre de Tar-Med, qui, dans des intentions très précises, menacent d'accabler nos patients.

Cercles médicaux et sociétés de discipline

Communiqué du Cercle médical de l'Oberland: l'hôpital de Meiringen



*Ueli Ingold
président du
cercle médical de
l'Oberland*

On sait que les hôpitaux du canton de Berne subissent de fortes pressions financières. On doit constater de plus en plus souvent que les mesures d'économie menacent la sécurité de l'accès aux soins. Malheureusement, une nouvelle fois, ce sont les régions périphériques qui sont le plus affectées.

Des difficultés économiques nouvelles, notamment en raison de la nouvelle loi sur le travail, mettent l'hôpital de Meiringen en situation de plus en plus difficile. A côté

de la fermeture de la maternité, des menaces pèsent également sur la division de médecine et la chirurgie devrait être transformée en clinique de jour. Ces mesures signifient de fait une fermeture de l'hôpital de soins aigus. Les conséquences pour Meiringen et la région de l'Oberhasli sont catastrophiques, elles entraînent une diminution de la qualité dans la fourniture des soins médicaux. Il en résulte un allongement des temps de transport vers l'hôpital le plus proche, celui d'Interlaken. L'Oberhasli est, en superficie, un des districts les plus étendus du canton de Berne. En cas de situation d'urgence, il compter sur de très longs temps de transport, difficilement acceptables. Les habitants de la région de l'Oberhasli auront à supporter d'indéniables désavantages par rapport à des habitants d'autres régions du canton de Berne. Imaginez-vous qu'en cas d'infarctus du myocarde vous deviez vous attendre à un temps de transport de 45 minutes avant

d'atteindre le premier hôpital de soins aigus.

Le cercle médical de l'Oberland a pris connaissance avec inquiétude de la situation concernant l'hôpital de Meiringen. Etant donné qu'il est inutile de se plaindre, le Cercle a décidé la création d'un groupe de travail chargé de présenter des propositions pour l'avenir des soins hospitaliers dans la région de l'Oberhasli.

Dans un premier temps, on a cherché à prendre contact avec les autorités hospitalières ainsi que les politiciens locaux et régionaux. L'engagement des médecins a été considéré favorablement, même au niveau des médias.

Dans une deuxième étape, un document va être rédigé dans lequel les propositions du groupe de travail seront présentées. Ce document sera à disposition dans le courant de l'automne. Devant la gravité de la situation, il conviendra de rechercher des solutions nouvelles.

Il n'est plus possible de faire subir de nouvelles régressions du niveau de qualité des soins fournis aux régions périphériques. Dans le cadre du canton de Berne, la région de l'Oberhasli joue un rôle important dans le domaine du tourisme et de l'approvisionnement en énergie (centrale électrique du Grimsel), elle est légitimement en droit d'attendre à bénéficier de soins médicaux dignes de notre temps. Le cercle médical de l'Oberland va s'engager de manière décisive dans ce sens.