



Décembre 2001 / 6

# doc.be

Ärztegesellschaft  
des Kantons Bern  
Société des médecins  
du canton de Berne  
[www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)

## Le respect, un art de vivre

«Il n'y a pas assez d'humanité dans la médecine». Voilà ce qu'affirmait récemment un membre important de l'hôpital d'un autre canton. Par cette affirmation il ne pensait pas à l'humanité envers les patients mais à l'attitude à l'égard des collaboratrices. Le respect est plus qu'une attitude que nous adoptons à l'égard de nos patients et de nos proches, il doit également s'adresser à nos collaboratrices. Manifester du respect ne signifie pas seulement apprécier, mais également estimer, considérer et reconnaître. Manifester notre reconnaissance à l'égard de nos collaboratrices fait partie de notre activité médicale. La quantité n'est pas seule en cause mais également la manière. Prenons la peine de communiquer notre reconnaissance pour qu'elle soit ressentie comme une manifestation de respect par celui à qui elle s'adresse. L'empathie, le ton de l'échange verbal et la faculté d'écouter jouent un rôle essentiel.

Dans le domaine de la santé, le succès dépend à la fois d'un individu et d'une équipe. Le respect commence dans l'équipe. Chacun a besoin de l'autre et chacun contribue au succès de tous. Tous participent au climat de l'entreprise, le responsable avant tous les autres. Nous devons faire preuve de notre engagement social en faveur de nos collaboratrices, nous devons leur consacrer du temps et mieux les comprendre, mieux les écouter. Traitons les avec considération, respect et reconnaissance. Nous devons créer dans l'équipe un sentiment d'appartenance.

Il nous arrive à nous aussi, dans la vie de tous les jours comme dans la vie publique, de ne pas nous sentir respectés comme nous le souhaiterions pour être en mesure d'accomplir notre tâche en faveur des patients, je vous propose néanmoins cette devise pour la nouvelle année:

Le respect, un art de vivre à l'hôpital et au cabinet.

Chères consœurs, chers Confrères, chères collaboratrices et collaborateurs de notre Société des médecins, du secrétariat, du comité, des sociétés de discipline et des cercles, je vous apprécie, j'apprécie votre travail et je vous adresse, ainsi qu'à vos proches, santé et des heures joyeuses au cours de l'année qui vient.

Jürg Schlup, président

<sup>1</sup> L'utilisation de la forme féminine implique également la forme masculine

## Editorialiste invité 2

- Entre effet Rivella et style provincial tardif

## Séance de la chambre médicale 3

- La convention-cadre est plus importante que la structure tarifaire

## Trust Center 4

- Vers la création d'un «trust center» des médecins bernois

## Du côté du conseil des états 5

- Le conseil des états se prononce contre le libre choix du médecin

## Communications du secrétaire 6

## Nouvelles du grand conseil 7

## Nouvelles des cercles 8

- Loi sur les soins hospitaliers (LSH)

**Editorialiste invité**

**Entre effet Rivella et style provincial tardif**



Heinz Locher  
Dr en sciences  
politiques

En des temps où tout change sans cesse et va s'accéléralent, on voudrait pouvoir s'arrêter un instant ou disposer de capacités de résistance – a sense of coherence, ainsi que le dit Aaron Antonowsky en évoquant un principe dispensateur de santé. Le texte qui suit ne pourra pas à lui seul satisfaire à de telles exigences – il se borne à apporter une contribution au sujet.

«Rivella – différent de tous les autres!» fut le premier et insolent slogan utilisé par le Dr Robert Barth, lorsqu'il mit sur le marché sa nouvelle boisson à base de sérum de lait, créée sur la base d'une technologie différente que celle qui sert à faire de l'eau minérale, de la bière ou du vin. Cet «effet Rivella» sert fréquemment d'argument à certains protagonistes du domaine de la santé: «Dans le domaine de la santé les valeurs et les échelles ne sont pas les mêmes», «La chose n'est pas possible dans notre domaine, n'est pas défendable du point de vue de l'éthique», etc, etc.

Nous avons eu l'occasion, récemment, de lire dans une publication américaine un article concernant l'indispensable nécessité d'améliorer les procédures dans les hôpitaux: «*These decades-old processes are a luxury that hospitals can't afford at a time when, like banks and insurance companies, they provide a largely commodified service, in the sense that marginal increases in the excellence of medical techniques rarely deliver much competitive advantage. What can deliver it – and will ultimately divide the hospitals that survive from those forced to exit the market – is the efficient use of assets. And that means drastically improved operations.*» Ce n'était pas dans l'«Encyclopédie de l'inhumanité», mais chez Mango P.D. and Shapiro L.A., *Hospitals get serious about operations*, The McKinsey Quarterly ([mckinseyquarterly.com](http://mckinseyquarterly.com)).

L'effet Rivella ou l'application des mêmes normes économiques que celles prévalant dans les autres entreprises prestataires de services, telles que banques et assurances, déjà citées (ou, pourquoi pas, les compagnies d'aviation)? Nous sommes de l'avis que les deux propositions sont valables et que le talent suprême consisterait savoir quand il faut appliquer l'un des principes plutôt que l'autre.

Il existe des domaines dans lesquels il faut absolument exiger l'application du «*Sonderfall* domaine de la santé». Deux exemples: A la différence du tourisme, il n'est pas défendable, du point de vue de l'éthique, d'exclure, du bénéfice de l'accès à des prestations indispensables, pour des raisons de rendement économique – un principe qui est une des grandes acquisitions que la LAMal, si souvent critiquée, permet grâce à son caractère obligatoire et au subventionnement des primes. La relation patient – médecin ne peut réduite à celle existant entre un client et son fournisseur ou encore, comme on le dit aujourd'hui à une relation principal – agent.

On peut, d'un autre côté, trouver des analogies avec certains domaines dans lesquels on a également assisté à une dérégulation et une décartellisation, par exemple avec celui des banques. Les branches économiques cartellisées et fortement réglementées présentent la particularité que de trop nombreuses d'entre elles font tout (seules), tout en affichant des insuffisances au niveau de la qualité de leur management, une gestion financière manquant de transparence et une absence de toute volonté de coopération. «Plutôt mourir en autarcie que survivre en commun» - telle pourrait être leur devise. Dans le cas des banques régionales, les choses sont allées si loin que l'une d'entre elles a connu la banqueroute – avec des conséquences néfastes pour tous ceux qui furent concernés. Un tel processus de décartellisation et de dérégulation a été mis en route par la LAMal, mais avec un retard de dix ans – le spécialiste en histoire de l'art parle, dans une situation analogue, de style provincial tardif, une référence qui ne se limite pas à la géographie! Les protagonistes du domaine de la santé pourraient profiter des leçons tirées des expériences et des erreurs constatées ailleurs, on peut leur attribuer une grande valeur pronostique, puisque – tout en

tenant compte des particularités déjà citées – elles auront en définitive les mêmes conséquences dans le domaine de la santé. Concrètement cela signifie: contribuer à stimuler un esprit de collaboration dans les domaines ambulatoire et hospitalier – ainsi qu'entre eux. Lorsque tous (et toutes) ne font pas tout (remettons ici en mémoire les discussions au sujet des critères de dignité dans TarMed), on pourra constater l'apparition de nouveaux types d'entreprises ayant chacune un profil bien défini: celui du réseau des médecins de premier recours, de l'hôpital de soins généraux en réseau avec les premiers, des cliniques et des instituts spécialisés dans un domaine particulier, des groupes d'hôpitaux, etc. A l'exemple des banques – mais on pourrait tout aussi bien évoquer les assurances, les entreprises électriques, de transport, etc. – on peut faire la constatation suivante: La Banque populaire a sombré parce qu'elle était trop grande parmi les petites, mais trop petite parmi les grandes banques mondiales. La banque Raiffeisen et les banques régionales sont florissantes, de même que les toutes grandes institutions (p.ex. UBS, CSFB). A côté d'elles, des spécialistes tels que les banques privées ou de gestion de fortune, ont leur place. Il s'ensuit une évolution différenciée.

Dans le domaine de la santé la confusion des esprits est très grande! Comment sera-t-il possible de créer de nouveaux modèles d'entreprise – quels avantages ou désavantages en résulteront-ils pour le particulier? Où et quand le traditionnel cabinet individuel a-t-il encore un avenir? Une chose est certaine: La grandeur moyenne de l'entreprise va en augmentant, des mesures de contrôle de la qualité sont requises, le contrôle de la gestion financière de tous les fournisseurs de prestations prend toujours plus d'importance. Il faut (il est nécessaire de) répondre sans délai à un certain nombre de questions de nature politique: Quand y a-t-il lieu de faire intervenir l'état pour contrôler et réguler, quand la concurrence doit-elle régner? (voir p.ex. la discussion au sujet des listes d'hôpitaux ou de la suppression de l'obligation de contracter)? Les économistes de toute tendance sont unanimes pour affirmer que le marché est efficace – mais injuste –. Les résultats que la concurrence permet d'obtenir doivent par conséquent être soumis à des mécanismes de correction ou de redistribution (comme p.ex. en subventionnant les primes). Du point de vue de l'économie de marché, il n'existe pas un droit à bénéficier de l'accès à un marché financé solidairement et subventionné – la concurrence parmi ceux auxquels l'accès est autorisé est juste puisqu'elle profite aux patients.

On peut faire encore un autre rapprochement – dans un style autre que le provincial tardif: Les prestations de service personnelles, telles que celles qui sont fournies dans les domaines de l'éducation et de la santé, exigent de la part de ceux qui les fournissent qu'ils soient très fortement motivés. Ce qu'on pouvait lire en 1968 sur les murs garde aujourd'hui toute sa signification: «Ceux qui sont entièrement consumés ne donnent plus de chaleur!»

Que dire à la fois en conclusion et à titre de vœu? Souhaitons que soient nombreux ceux qui sauront reconnaître à temps, quand, dans l'intérêt des patientes et des patients, mais également de tous les intervenants du domaine de la santé, il y a lieu de faire intervenir l'effet Rivella et quand – même avec retard – on peut s'appuyer sur expériences faites dans d'autres domaines.

Heinz Locher, Dr en sciences politiques  
h.locher@thenet.ch

et des formations particulières, les remplacements, l'engagement de médecins, les sanctions en cas de violation de la convention, la facturation et la rémunération, l'assurance-qualité, le transfert électronique des données, la description des termes de garantie de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique des prestations, et beaucoup d'autres choses. Si l'on compare cette convention à une loi, les annexes de la convention sont les ordonnances. Et comme c'est souvent le cas, ce qui nous concerne vraiment se trouve dans les ordonnances, dans ce cas le pilotage de la neutralité des coûts, la réglementation concernant le transfert de données et sa rémunération (ou sa non-rémunération), la réglementation sur le diagnostic et les codes de diagnostic, celle concernant les exigences de qualité et les critères d'efficacité, d'adéquation, d'économicité, etc.

Quelle sera la suite?

La FMH a l'intention de procéder rapidement à la votation générale décidée par la chambre. Les documents la concernant vont être adressés aux membres dans le courant de février 2002. Le délai pour répondre devrait probablement s'étendre jusqu'à la deuxième partie de mars. En ce qui concerne les questions posées, le comité central a accepté les propositions de la Société des médecins bernois. Il faudra répondre aux questions suivantes:

- Acceptez-vous la structure tarifaire Tar-Med 1.1 au titre de tarif d'introduction pour les tarifs LAMal des cantons, sous réserve d'un accord sur le transfert électronique des données entre les médecins et les assureurs?
- Acceptez-vous la convention-cadre Tar-Med du 21.11.01, sous réserve d'un accord sur le transfert électronique des données entre les médecins et les assureurs?
- Acceptez-vous le tarif LA/AM/AI, avec une valeur du point de départ de Fr 1.00?

Que peut-on recommander à nos membres en vue de cette votation générale?

Il ne m'est pas possible, à l'heure actuelle, de présumer de l'opinion du comité – elle devra encore faire l'objet de discussions. Je voudrais pourtant insister sur le fait qu'il ne faut pas se précipiter sur la structure tarifaire et regarder à combien de points a été évaluée une position particulière. Il me semble beaucoup plus important d'accorder son attention au monument que constitue la convention, aux conséquences à long terme qu'elle entraînera. Le travail est exigeant, la décision sera probablement la plus importante que notre génération de médecins aura à prendre dans le domaine de la politique professionnelle.

## «La convention-cadre est plus importante que la structure tarifaire»



Jürg Schlup  
Président

La chambre médicale extraordinaire du 13 décembre, au cours d'une séance tenue un après-midi – qui s'est prolongée si tard dans la soirée qu'il n'y eut finalement plus de quorum pour que des décisions contraignantes puissent être prises – devait se prononcer sur des sujets engageant l'avenir. Il ne fut finalement possible de se prononcer que sur la structure tarifaire; les décisions concernant la convention-cadre, dont le rôle est beaucoup plus important, ainsi que sur des sujets politiques, tels que la suppression de l'obligation de contracter, ne purent être prises, devant le nombre insuffisant de ceux qui étaient encore dans la salle. Peter Jäger a demandé à Jürg Schlup ses impressions après cette chambre médicale.

Quelles ont été les décisions de la chambre du 13.12.01 au sujet de TarMed? Elle a voté trois fois oui:

- Oui à la structure tarifaire 1.1 par 124 voix contre 29 et 12 abstentions, avec l'obligation de la mise en œuvre du re-engineering II jusqu'au 30 juin 2003.
- Oui à la convention-cadre TarMed (par 60 voix contre 9, à titre consultatif seulement, en raison de l'heure tardive, le quorum n'étant plus atteint) et
- Oui à la votation générale par 133 voix contre 0.

Quels étaient les arguments des adversaires de la structure tarifaire?

Certaines disciplines médicales se sentent menacées dans leur existence même, comme par exemple les radiologues et les chirurgiens pédiatriques. Ceux qui ont une activité «interventionnelle» sont généralement d'avis que les prestations postopératoires sont mal définies et que l'assistance opératoire est réglée de manière très insuffisante, ce qui leur fait craindre pour la sécurité des patients devant de telles menaces.

Quels sont les problèmes qui doivent encore être résolus?

Ce que l'on nomme remaniement de Tar-Med, phase II (reengineering II) est encore devant nous. Il doit, jusqu'à la fin de l'année 2002, avoir été examiné en détail et doit entrer en vigueur jusqu'au 30 juin 2003. Cette seconde phase de remaniement a pour objectifs: la vérification systématique des domaines suivants en ce qui concerne les valeurs, et en particulier des relations entre elles au sein du modèle tarifaire des: volumes, modélisation des prestations médicales (revenu de référence, temps de travail annuel, productivité, valeur intrinsèque, assistance, limitation). Il en ira de même de la modélisation des prestations techniques et on traitera également d'interventions justifiées sur le plan politique.

La convention-cadre a suscité moins d'émotion que la structure tarifaire. Quelle a été la discussion au sujet de cette convention?

C'est un fait que la convention-cadre LAMal et LA est beaucoup plus importante que la structure. La structure est une construction matérielle qui peut (et doit) être adaptée et corrigée à tout moment – on appelle cela «toiletage ou développement du tarif». La convention-cadre, elle, va rester. C'est dans cette convention que seront fixés par exemple: l'adhésion et la révocation, la reconnaissance des dignités

## Vers la création d'un «trust center» des médecins bernois



Peter Jäger

Cela s'appellera peut-être un jour «bluedata». Ou «data.doc». Peut-être même «trigone». C'est du «trust center» des médecins qu'il est question, celui que la Société des médecins du canton de Berne veut mettre sur pied avec l'aide de BlueCare. Le projet sera présenté lors de l'assemblée des délégués du 21 mars 2002. Celle-ci

devra ensuite se prononcer sur le principe de sa création. Dans l'intervalle le groupe chargé de l'étude du projet, sous la direction de Hans-Werner Leibundgut et de Karl Metzger, a encore beaucoup de travail devant lui.

Le trust center a pour mission, d'une part, la collecte et la gestion des données concernant les factures établies par les cabinets. D'autre part, il doit permettre l'échange électronique des données tel qu'il est stipulé dans la convention-cadre TarMed. Sachant qu'il peut être fait un usage abusif de ces données, aux dépens des patients comme des médecins, il est important que le trust center reste sous le contrôle des médecins du canton de Berne.

### Un rôle essentiel à l'avenir

Le trust center va jouer un rôle essentiel au cours de la phase d'introduction de TarMed. Il doit évaluer, dès le début, la façon

d'utiliser le tarif et permettre de discerner l'évolution des coûts induits par de dernier. Le but suprême est le respect de la neutralité des coûts, et par conséquent d'éviter une diminution de la valeur du point initiale.

Deux ans après la phase d'introduction de TarMed, l'échange électronique des données sera une obligation. Cela facilitera l'établissement de statistiques et, surtout, permettra de les établir de façon plus détaillée. Le but visé par le trust center est donc l'utilisation de ces données dans l'intérêt des cabinets affiliés et la possibilité de les interpréter selon nos critères. Nous voulons l'égalité dans le contrôle des données et ne plus dépendre, pour le meilleur et pour le pire, du bon vouloir des assureurs. La statistique du concordat, si souvent dénigrée, nous a montré par le passé ce qu'on peut faire avec des chiffres, si l'on n'est pas en mesure de leur en opposer de meilleurs.

### Les points les plus importants sont connus

Le comité souhaite que le trust center des médecins soit un organisme autonome. Il faudra créer des structures efficaces qui

## 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

apporteront un soutien solide aux médecins bernois dans un cadre d'un marché de la santé toujours plus dur.

Afin de soutenir au mieux les travaux préparatoires, on a organisé le 29 novembre une séance de travail avec le conseil chargé du projet. Ce conseil de 16 membres comprend plusieurs membres du comité cantonal ainsi que des délégués de tous les cercles. Il assiste le groupe chargé de l'étude du projet et lui sert de sparring-partner auquel est dévolu l'appréciation des diverses propositions et variantes.

La séance de travail a entièrement répondu aux attentes de la direction du projet et des membres du conseil. En introduction notre président avait comparé le groupe à un volcan en ébullition, il l'incitait à travailler à l'éruption constructive que serait le trust center de Berne. Tous les participants ont apprécié l'absence de longs discours, remplacés par des faits et des décisions.

#### Un investissement pour le futur

La direction du projet est consciente que

l'idée d'un trust center exige un investissement pour le futur. Elle est également convaincue que la route vers l'égalité dans le contrôle des données sera rentable. Elle le sera pour la Société cantonale, en améliorant sa position lors de négociations, pour chacun des praticiens également, qui devront trouver de nouvelles orientations dans le cadre de TarMed et devant la menace de la suppression de l'obligation de contracter. Grâce à des statistiques pour son usage personnel et pour faire des comparaisons avec les confrères de son groupe de spécialistes, il pourra optimiser son application de TarMed et également se protéger contre des revendications injustifiées.

Les délégués se prononceront le 21 mars 2002 sur un projet précis de trust center Berne. Ils indiqueront la direction et décideront de la façon dont le trust center Berne sera réalisé. Nous vous en dirons plus dans le prochain doc.be.

Peter Jäger

## Le conseil des états se prononce contre le libre choix du médecin

Lors de sa séance du 29 novembre 2001, le conseil des états s'est prononcé de façon claire, par 37 voix contre 3, contre le libre choix du médecin. Ou plutôt, dans la langue de bois destinée à l'électeur de base, il a approuvé la suppression de l'obligation de contracter.

En principe cette décision avait déjà été prise lors de la session d'automne, au cours de laquelle la présidente de la commission, la conseillère aux états Christine Beerli avait déclaré de façon mémorable, qu'il fallait susciter un peu «d'agitation créatrice» dans les rangs des médecins. Au cours de la session d'hiver il ne s'agissait plus que d'apporter quelques précisions à certaines dispositions de détail. A cette occasion, la commission proposa que les critères d'«économité» et de «garantie de la qualité» soient définis en commun par les fournisseurs de prestations et les assureurs. Ce serait un moyen de s'opposer à la toute puissance et à l'arbitraire des caisses. La disposition stipulant que, dans le cas d'un fournisseur de prestation, auquel un contrat a été refusé, c'est une commission paritaire (formée de 2 représentants des caisses, 2 des fournisseurs de prestations et 1 du canton) qui

doit décider, est de même nature. La commission prend une décision définitive contre laquelle il n'y a pas de recours possible. De notre point de médecin et de politique professionnelle on se bornera à qualifier de cosmétiques, ces deux «propositions en vue d'une amélioration». Le projet n'en devient pas plus applicable, et les injustices fondamentales subsistent.

Le conseil a suivi les propositions de sa commission, il n'y a eu que trois oppositions. Il faut pourtant noter que le conseil des états est conscient du fait que la chambre basse va certainement apporter un certain nombre de modifications au projet. On ne peut évidemment pas anticiper la nature de ces modifications. Les caisses vont continuer de lutter en faveur du «marché», les fournisseurs de prestations chômeurs, parce que sans contrat, vont certainement (c'est ce que la FMH souhaite) lutter pour leurs droits et ceux de leurs patients et, finalement, les organisations de patients veulent avoir un pied dans les organes de décision.

Il n'est pas possible de créer un marché sans entrave en mettant des chaînes aux pieds de l'un des partenaires et en lais-

### Quelque dates importantes en 2002:

17 janvier

Conférence des présidents après-midi

25 avril

Chambre médicale, toute la journée

30 mai

Conférence des présidents élargie après-midi

19 septembre

Conférence des présidents élargie après-midi

27 au 30 novembre

BETAKLI

sant l'autre libre de courir. Le projet qui consiste à supprimer le libre choix du médecin – un élément essentiel du marché – semble d'autant plus insensé que les bénéfices qu'on peut en attendre seront très limités. Les économies qu'on peut en attendre sont de peu d'importance, il est possible d'empêcher l'installation de trop nombreux médecins sans supprimer l'obligation de contracter. L'application de la loi sur l'assurance-maladie actuellement en vigueur permettrait d'agir contre des fournisseurs de prestations ne respectant ni les critères d'économie ni ceux de qualité.

A la suite de la décision du conseil des états, la commission de sécurité sociale et de la santé du conseil national va s'occuper du projet. On pense que la chambre en discutera au cours de la session d'été 2002. On a pu entendre au conseil des états que des discussions avaient eu lieu avec des médecins – et au cours de la même séance : les fournisseurs de prestations n'auraient présenté aucune proposition. On ne peut que souhaiter qu'il n'en ira pas de même au conseil national.

Peter Jäger



## Communications du secrétaire

### Prolongation du tarif du conseil-exécutif dans le cadre de l'état sans convention (consultation); proposition à l'intention du conseil-exécutif

Le comité de la Société des médecins du canton de Berne a décidé de demander au conseil-exécutif, par l'intermédiaire de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale:

- d'augmenter la valeur du point de Fr 1.50 à Fr 1.55 à partir du 1.1.2002 et
- de créer une position compensant les pertes résultant de l'application de la RBP lors de la remise de médicaments (p. ex. pos 501)

Les motifs coulent de source. TarMed ne sera pas introduit dans le domaine LAMal avant le 1.1.2003. La part non compensée du renchérissement – tenant compte de la restructuration tarifaire du 11.1.1995 – dépasse les 30 % !

Nous nous sommes efforcés, lors de notre rencontre semestrielle au sommet avec le directeur de la santé publique, de lui faire comprendre que pour nos membres le seuil

de tolérance avait été atteint. Les frais généraux augmentent sans interruption depuis des années, les revenus, eux, diminuent. Nous avons indiqué qu'aucune profession, au cours des dernières années, n'avait eu à subir une baisse de son revenu d'une telle importance. Les adaptations demandées – si elles devaient être accordées – ne représenteraient, au mieux, qu'une goutte d'eau.

La direction de la santé publique se montre très réservée dans son appréciation de la situation. On nous a fait savoir que la procédure allait exiger plusieurs mois. En cas de décision favorable du conseil-exécutif, le préposé à la surveillance des prix devrait, lui aussi, donner son avis. Il laisse généralement s'écouler plusieurs mois avant de se prononcer. Le cas échéant, la fédération cantonale des assureurs-maladie adresserait un recours au conseil fédéral. Même si les perspectives dans le domaine de la santé ne peuvent pas être qualifiées de souriantes, le comité va continuer à s'engager en faveur d'une amélioration de la

situation tarifaire avant son entrée en vigueur et malgré l'entrée en vigueur prochaine de TarMed.

### Ordonnance sur la santé publique

L'ordonnance sur les activités sanitaires (OSP) – correspondant à une révision partielle de la loi sur la santé publique – va entrer en vigueur le 1.1.2002. Par rapport au projet soumis à la consultation, des améliorations substantielles ont été obtenues dans deux domaines:

On a introduit, d'une part, une disposition selon laquelle seuls les médecins (hommes ou femmes) ont le droit, dans la désignation de leur activité professionnelle, d'utiliser le terme «**médecin**», seul en complément d'une autre désignation (art. 15, al. 3 OSP).

D'autre part, on a inclus une autre disposition selon laquelle les «**professionnels non médecins**», en présence d'une maladie ou d'un accident, qui tombe dans le domaine d'activité des médecins, doivent inciter les patients à consulter ces derniers.

Nous avons également demandé avec insistance que l'activité des **pedicures** et des **conseillers en nutrition** soit soumise à autorisation. Cette proposition a également



### Votre partenaire en cas de retard de paiement

Les patientes et les patients défaillants. Lorsque la volonté de payer fait défaut, on a besoin d'expérience. Nous sommes les spécialistes, nous vous déchargeons des soucis de l'encaissement et procédons à l'encaissement de vos honoraires.

Nous faisons cela à des conditions favorables, avec beaucoup de sensibilité et avec la compétence que cela exige. Nous vous permettons ainsi de vous concentrer sur l'essentiel. Le bien de vos patientes et de vos patients.

Vos avantages:

- pas de taxe de base annuelle
- des conditions favorables (remboursement selon le principe du pollueur payeur)
- plus de 30 ans d'expérience dans le domaine
- N° 1 en Suisse dans le domaine de l'encaissement
- Nous connaissons vos problèmes en détail
- Vous vous libérez d'une activité désagréable
- Nous vous offrons un soutien de qualité et sérieux
- Vous gagnez de l'argent et du temps



Talon de commande (01/19)

Veuillez m'adresser la doc. concernant l'encaissement

Veuillez me téléphoner:

TÉL.: \_\_\_\_\_

Jeu peut être atteint de préférence (heure) \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N PA/Lieu: \_\_\_\_\_

TÉL. (cab./hôpital): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

A adresser à:

FMH Inkasso Services

Thorackerstr. 3, 3074 Muri/Bern

TÉL. 031 359 12 10

Fax 031 359 12 00

été acceptée. Le tatouage et le piercing, eux, par contre – contre notre demande – sont définitivement libérés de l'obligation d'une autorisation d'exercer la profession. Nous avons fait de nombreuses autres propositions. Dans leur majorité elles n'ont pas été retenues. Mais, et c'est l'essentiel, le point le plus important, consistant à protéger le terme de médecin de tout abus, a lui été accepté, de même que l'injonction aux professionnels non médecins de recourir à un médecin sans délai.

#### Assistantes médicales; augmentation de la cotisation à la caisse de compensation des médecins, dentistes et vétérinaires de 0.3% à 0.6%

Au cours des deux dernières années on a constaté avec satisfaction que le nombre des apprenties à former a augmenté et s'élève à 136. Le besoin réel se situe autour de 150 apprenties par année. Les frais de formation par apprentie se situent un peu au-dessous ou pratiquement au niveau moyen suisse.

L'augmentation prévue de la cotisation à la caisse de compensation des médecins est motivée par la seule raison de l'augmentation du nombre des apprenties à former. Il faudra donc augmenter la cotisation. Le comité de la Société des médecins du canton de Berne approuve une augmentation relativement importante, mais unique, de cette cotisation.

Le financement a lieu selon un système de compensation. Il ne faudrait pas descendre en-dessous d'un niveau minimum des réserves. Celles-ci seraient épuisées au cours de l'année 2002, si le taux de la cotisation n'était pas relevé. C'est la raison pour laquelle le comité va demander à l'assemblée des délégués de mars 2002 qu'elle accepte l'augmentation de la cotisation à 0.6 % à partir d'une date aussi proche que possible (1.7.2002 ou rétroactivement au 1.1.2002).

*Thomas Eichenberger, Secrétaire*

### 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.

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

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

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

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

e-mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition décembre 2001.

## Nouvelles du grand-conseil



*T. Heuberger,  
vice-président*

Celui qui vous représente participe à sa troisième session du parlement bernois.

On devient lentement un habitué (en français dans le texte) de cette institution, on apprend à connaître les gens qui tiennent les leviers de commandes (est-ce vraiment le cas?) du canton, ceux dont la voix est entendue, dont l'avis est requis, à bon ou mauvais escient. Des liens se tissent avec d'autres députés, qui, dans certains domaines, au moins partagent mes préoccupations et dont on peut espérer le soutien ou auxquels on peut apporter son appui dans certaines circonstances. Il règne en général, au-delà des intérêts particuliers, un climat de bonne camaraderie, qui autorise les opinions et intérêts diamétralement opposés sans que cela vous condamne à l'exclusion. Finalement, et c'est un élément positif, on recherche et on reconnaît les compétences professionnelles, même si elles n'appuient pas ses propres calculs politiques.

Je siège ici en qualité de représentant des médecins; pas seulement en cette qualité toutefois, je représente un électorat aux préoccupations écologiques, qui souhaite défendre des préoccupations ne trouvant pas toujours une réponse dans le domaine matériel, mais plutôt dans l'amélioration de la qualité de la vie, le respect de l'environnement et la préservation de nos ressources.

Cela ne correspond évidemment pas à l'opinion de tous les médecins, je l'accepte sans aucune réserve. Mais il me semble pourtant que ces préoccupations ont dans nos rangs un nombre particulièrement élevé de partisans, ce qui me rend optimiste. Je reçois d'ailleurs fréquemment des réactions favorables de ces milieux.

Les problèmes concernant la politique de la santé ne semblent pourtant pas particulièrement concerner nos consoeurs et nos confrères: je ne reçois aucun commentaire,

les propositions sont rares, l'approbation (ou la critique) venant des rangs du «public» de la SDM inexistante. Est-ce parce que l'on hésite à exprimer son opinion, que l'on ne connaît pas les tenants et aboutissants, que le sujet est trop compliqué ou parce que l'on se confine dans son petit jardin dont les murs nous protègent des influences du monde? Ou alors est-ce que le fait d'avoir un représentant des médecins au parlement cantonal est nouveau, trop nouveau ou inhabituel ou bien qu'on n'en a pas pris conscience?

Les sujets qui devraient nous concerner directement ou indirectement ne manquent pourtant pas.

1. Le grand-conseil a repoussé une proposition demandant que le canton favorise, lors d'adjudications de travaux, les entreprises dont le parc automobile ne comprend que des véhicules au système d'échappement moderne, malgré qu'il ait été fait mention des risques pour la santé et l'environnement des gaz d'échappement et des poussières des vieux moteurs.

2. La clinique universitaire de l'Ille – ces derniers temps souvent, voire trop souvent, l'objet des titres des médias – va faire prochainement l'objet d'un débat important devant le parlement, suite à des propositions parlementaires motivées en partie par des aversions à l'égard des médecins et des institutions médicales universitaires.

D'un autre côté, d'autres propositions s'expliquent par le souhait de voir l'Ille jouer un rôle économique ou devenir une institution médicale de niveau tertiaire. Ces thèmes sont soutenus par la CG et le PRD. Il est évident que, dans les rangs du parlement, certains expriment des doutes quant à l'opportunité et à la transparence des structures de cette institution, qui, pour nous, est si importante.

Il s'avère que l'agitation des dernières années, qui a accompagné des réformes de structure pas toujours bien comprises (ou mal communiquées?), a contribué pour une grande part à l'incompréhension au sujet du rôle que doit jouer à l'avenir notre hôpital central: hôpital cantonal d'un niveau un peu supérieur, institution prestatrice de services dans le domaine de la médecine de haut niveau, institution de niveau tertiaire en faveur de tous les hôpitaux régionaux ou refuge destiné à la formation du renouveau médical. Qui doit bénéficier de cette formation?: → les futurs protagonistes de la médecine universitaire de pointe, → les praticiens de disciplines hautement spécialisées, → les futurs chefs de service des

hôpitaux périphériques, → des praticiens de base à l'excellente formation ou → des spécialistes dans différentes disciplines pratiquant en pratique privée?

Le rôle de la faculté de médecine au sein de la fondation privée de l'Hôpital de l'Île n'apparaît pas, lui aussi, très clairement, notamment en ce qui concerne ses compétences financières et de sa position par rapport à la direction de la direction de l'Île.

3. Le canton de Berne – c'est un problème important, essentiel – doit-il absolument disposer d'une faculté de médecine, ne pourrait-il pas y renoncer? Ne pouvons-nous pas nous contenter de 3, voire de 4 facultés de médecine en Suisse? On pourrait émettre ici une idée: Berne, Neuchâtel et Fribourg regroupent leurs forces pour créer une faculté de médecine romando-allemande faisant fi du «Röstigraben».

4. La planification de la psychiatrie, au sujet de laquelle j'ai déposé en septembre une motion, fera elle aussi l'objet de débats, notamment parce que d'autres propositions dans le même sens ont été dé-

posées concernant p. ex. la fermeture programmée du centre de traitement ambulatoire pour toxicomanes CleaNex (pour des raisons économiques), ce qui a abouti au dépôt d'une motion au sujet de la fourniture des soins psychiatriques.

Dans ce cadre il sera certainement question de savoir si une institution telle que le SPU (Service Psychiatrique Universitaire), dont le système de gestion est mal défini, qui est soumis à une obligation d'admission et a un mandat dans le domaine de l'urgence, peut d'une façon ou d'une autre satisfaire aux exigences NEF (avec un budget global dont il assume seul la gestion et l'obligation de respecter les principes de l'économie d'entreprise). Aux yeux de certains de nos concitoyens, ne jurant que par le libéralisme, le fait de poser une telle question constitue à lui seul un sacrilège.

5. Un nouveau grand chantier de la politique de la santé du canton va s'ouvrir, il s'agit de la nouvelle loi sur les soins hospitaliers que la direction de la santé publique doit mettre au point suite à une proposition

parlementaire (motion Hayoz) peu appréciée par la SAP. Selon les vues de la SAP le paysage de la politique hospitalière, déjà mis en culture, devra être une fois encore labouré avant qu'il soit possible de savoir si la restructuration en cours (mise en réseau, fermeture d'hôpitaux et regroupement des hôpitaux par région) a porté des fruits ou sera en mesure d'en porter un jour.

La proposition actuellement en procédure de consultation selon laquelle le canton assumerait presque totalement le support juridique de SA, les dirigerait et les contrôlerait et auxquelles le canton confierait des mandats, des contrats et des moyens financiers, convainc peu à une époque où il est question d'un maillage (souvent critiqué). C'est d'autant moins le cas que le paysage hospitalier risque de subir encore d'autres modifications, si le parlement fédéral devait décider, à l'occasion de la révision (no ? ?) de la LAMal, d'un financement hospitalier moniste.

T. Heuberger

## Novelles des cercles

### Loi sur les soins hospitaliers (LSH)



Kurt Hänni  
Président des  
médecins hospitaliers du canton  
de Berne

La nouvelle LSH est actuellement en phase d'élaboration dans le canton de Berne. Elle a été mise en route il y a déjà longtemps mais, au cours des dernières années, pour des raisons diverses, elle a été mise plus ou moins en attente. La direction de la santé publique a reçu un mandat du grand conseil (motion Hayoz) pour qu'il termine aussi rapidement que possible la rédaction de cette loi, en sachant parfaitement bien que les conditions cadre, politiques et financières, tout particulièrement la législation fédérale, sont encore très incertaines. Révision de la LAMal, modification du financement hospitalier qui passerait d'un système dual à un système moniste, entre autres.

L'impulsion à la mise en route du présent projet de LSH a été donnée en grande par-

tie par la loi sur la péréquation financière et la compensation des charges (LPFC), décidée il y a environ 8 ans. Celle-ci stipulait qu'à compter du 1.1.02, les communes seraient déchargées de toute responsabilité financière directe dans le financement des hôpitaux et ne devraient y contribuer qu'indirectement par la péréquation. La nouvelle LSH doit permettre aux communes de se désengager de la responsabilité politique de la gestion des hôpitaux. Il n'est pas étonnant, mais cela me surprend néanmoins, que l'association des communes bernoises signale que presque toutes les communes ont annoncé leur intention de se désengager de cette responsabilité politique. Cette décision a pour conséquence (indépendamment du support juridique) que le canton doit prendre en charge les hôpitaux, puisqu'il est contraint par la loi de garantir la fourniture des soins stationnaires. L'état devient ainsi, à lui seul, celui qui prescrit les prestations, les offre, les finance (à plus de 50 %) et les contrôle. De plus, c'est encore lui qui fixe les tarifs. C'est un pas décisif en direction de l'étatisation de la médecine et la centralisation des structures. Il faut craindre que les problèmes financiers que le canton de Berne connaît actuellement, et pour probablement encore un certain temps, abou-

tissent à de nouvelles réductions de structures, c.-à-d. à des fermetures d'hôpitaux sans consultation des communes, ni des régions. Malgré que dans ces régions les hôpitaux sont parfois le plus important employeur et représentent par conséquent un facteur d'équilibre économique non négligeable. Malgré aussi le fait que la présence d'un hôpital contribue à l'attractivité d'une région.

C'est pourquoi je m'interroge sur le bien-fondé de l'abandon par les communes du support juridique de leurs hôpitaux, je le trouve à courte vue et je pense qu'il devrait être réévalué. Je le pense d'autant plus que les biens immobiliers devraient eux aussi être transmis au canton. Leur prix ne devrait pas être très élevé, puisque chaque franc que le canton payerait pour ces immeubles, n'entrerait pas dans le budget des hôpitaux. C'est pour toutes ces raisons que je vous prie de prendre un peu de votre temps pour vous demander si vous souhaitez, en votre qualité de médecins en pratique privée, avoir pour partenaire un système hospitalier étatisé et au caractère de monopole. Si, comme nous, vous ne le souhaitez pas, c'est aujourd'hui le moment d'agir au niveau politique et de faire un travail d'information dans les communes et auprès des membres du grand conseil. Je vous serais très reconnaissant d'entreprendre ce travail dans vos communes et auprès des membres du grand-conseil que vous connaissez. Je reste à votre disposition pour d'éventuels renseignements.

Dr. med. Kurt Hänni