



août 2003 / 4

doc.be

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

Indices d'une pénurie de médecins

Enquête faite en collaboration par la Société des médecins du canton de Berne et l'ASMAC Berne auprès des médecins praticiens du canton de Berne.

Des indices préoccupants d'une pénurie de médecins sont constatés dans les régions campagnardes de notre canton. Dans ces régions, les remises de cabinets semblent devenir plus difficiles. Parmi les différentes spécialités, les pédiatres rencontrent les plus grandes difficultés à remettre leurs cabinets.

Un questionnaire, comprenant 5 questions concernant la pénurie de médecins, a été joint à doc.be 03/2003. Environ la moitié des consultés, soit 1150 consoeurs et confrères, ont répondu – nous les en remercions chaleureusement. Les principaux résultats peuvent être commentés de la façon suivante:

- **62%** de ceux qui ont répondu constatent des **signes d'une pénurie**. Elle se fait plus particulièrement sentir dans les régions Haute-Argovie et Oberland (> 70%), à un niveau plus faible en ville de Berne (56%).
- **74%** de ceux qui ont répondu ont eu **connaissance de cabinets** qui n'ont pas pu être remis, ou l'ont été difficilement. Dans les régions Emmental, Oberland et Pierre-Pertuis, ce sont même 80% de ceux qui répondent qui ont connaissance de tels cas, en ville de Berne, seulement 68%.
- En ce qui concerne les différentes **spécialités**, les problèmes de remise de cabinet semblent se rencontrer le plus souvent chez les pédiatres, les dermatologues, les ORL et les généralistes (en gros 80% de ceux qui ont répondu), le moins fréquemment chez les psychiatres (44% de ceux qui ont répondu).
Curieusement, 19% des médecins ayant répondu manifestent leur intention de remettre leur cabinet au cours des cinq prochaines années, – à qui les cabinets médicaux à la campagne?

Nous attendons beaucoup de la prochaine campagne d'affichage de l'ASMAC intitulée: A la campagne!

Jürg Schlup, président

Réseaux de cabinets avec
responsabilité budgétaire:
le managed care entre
engagement et désillusion 2

Remarques critiques au sujet du
modèle «Réseau médical avec
responsabilité budgétaire» 5

Code EAN – un «must» pour Tarmed 6

Interviews des candidats aux
conseil des états sur le thème de
la révision de la LAMal 8

Communications du secrétaire 11

Seconde et dernière partie du
rapport annuel 2002
du président 12

Réseaux de cabinets avec responsabilité budgétaire: le managed care entre engagement et désillusion

Suite de doc.be 3/03



Dr Adrian Wirthner

Des slogans tels que «réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire» déstabilisent actuellement nombre de consoeurs et confrères. Les années d'expérience accumulées par les partenaires de la coopérative médicale MediX démontrent cependant que ces réseaux peuvent représenter une chance de remettre en valeur, au bénéfice de tous, les compétences et savoirs, qui paraissent perdus, du bon vieux médecin de famille.

Les commissions de santé des conseils des états et national l'ont mis en évidence, le mot magique s'appelle «réseaux de soins avec responsabilité budgétaire»; on est pourtant en droit de douter que toutes les politiciennes et tous les politiciens savent ce dont il s'agit et ont une idée de la façon de mettre en œuvre ce qu'ils encouragent.

Cet engouement en faveur des réseaux est courageux. Pour beaucoup d'entre vous, chères consoeurs, chers confrères,

les seuls souvenirs à leur sujet sont les mauvaises expériences et des déceptions vécues en relation avec des réseaux dirigés par des caisses, et, à ce simple rappel, vous ne pouvez que réagir par un hochement de tête exprimant votre frustration devant ce qui n'était souvent qu'une accumulation de formulaires n'ayant même aucune baisse des coûts pour conséquence. En dépit du fait qu'une telle baisse aurait pu être démontrée, les caisses, au cours des dernières années, n'ont manifesté aucun engagement en faveur du managed care, de telle sorte que ces modèles ne représentent qu'une modeste part de 8% du marché. Les affirmations et les intentions de l'office fédéral des assurances sociales du 12 février 2003, du conseil de santé du 27 février 2003 et du conseil des états du 13 mars 2003 exigent:

- la responsabilité économique partagée et la mise en réseau des fournisseurs de prestations
- la suppression par étapes de l'obligation de contracter
- l'introduction de modèles de managed care sur l'ensemble du territoire
- l'obligation de l'offre de modèles de managed care par les assureurs
- l'augmentation de la participation aux coûts en-dehors de ces modèles particuliers («participation différenciée»)
- des mesures visant à encourager des procédures de traitement contrôlées.

Se fondant sur cette situation de départ, il s'agit de trouver ses marques. C'est pour nous, fournisseurs de prestations, une opportunité unique d'emploier notre

destin. Un projet d'une telle envergure n'a de chance de succès que si nous autres médecins nous y engageons pas à pas et de la base vers le sommet. Dans le cas d'une introduction dictée par des ordonnances administratives, du sommet vers la base, ou provenant des caisses, il y a peu de chances qu'il soit tenu compte des exigences des fournisseurs de prestations. Permettez-moi de vous présenter, à l'exemple de MediX, comment un réseau médical avec responsabilité budgétaire peut fonctionner avec succès depuis 1999.

Les objectifs du groupement médical MediX

Les médecins (femmes et hommes), participant au groupement médical MediX, s'engagent à assurer aux patients une offre complète en matière de soins, respectant des critères d'économie, fondés sur une base participative, ne tenant compte ni des différentes spécialités ou institutions. Le but essentiel est le respect des besoins de chaque patient.

On vise la mise en place d'un réseau de cabinets, répartis sur l'ensemble de la Suisse, qui constituerait un partenaire puissant lors des négociations avec les garants de la prise en charge des coûts, favorisant ainsi un système de santé libéral géré par les praticiens de premier recours. Le réseau médical choisit en toute liberté les fournisseurs de prestations et les partenaires avec lesquels il entend collaborer. Le but est d'éviter une médecine étatisée avec des contrôles de plus en plus étroits de la part des garants de la prise en charge des coûts.

Structure groupement médical MediX

Les sociétés d'exploitation à Berne, Lucerne, Winterthur et Zurich sont organisées sous la forme de sociétés anonymes et

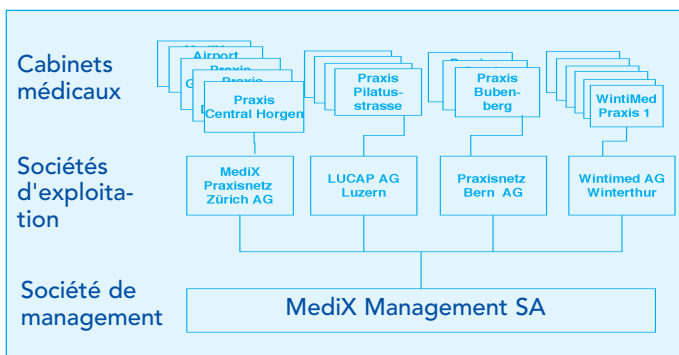


Fig. 1: Structure du groupement MediX et de ses partenaires

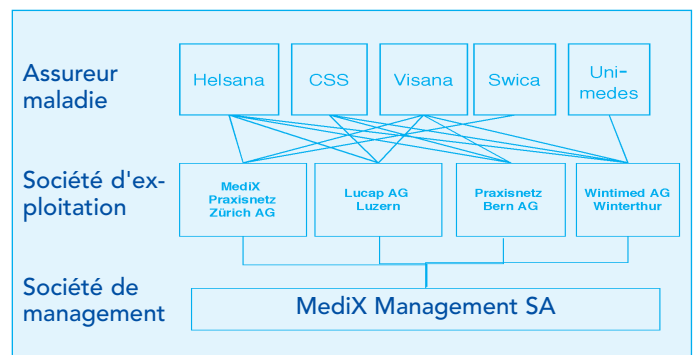


Fig. 2: L'assureur partenaire contractuel

sont la propriété des médecins ou des collaborateurs des différents cabinets. Des fournisseurs de prestations, hommes et femmes, au nombre de plus de 70, installés et travaillant dans des cabinets HMO ou des réseaux locaux, sont affiliés à ces sociétés d'exploitation. A côté des assurés managed care, ils donnent des soins à quelques 20-90% d'assurés conventionnels.

MediX Management assure, pour les sociétés d'exploitation, les négociations de contrats avec les caisses maladie partenaires, les appuie pour la gestion des finances et le déroulement des procédures, et leur apporte également son soutien dans les domaines du marketing, de l'informatique et du traitement électronique des données. Elle participe minoritairement au capital des sociétés d'exploitation et on ne peut imaginer, étant donné les connaissances et l'expérience acquises au cours des années, qu'elle ne participe pas à la planification, à l'organisation et au déroulement des négociations avec les assureurs maladie.

A l'heure actuelle, des contrats de capitation ont été conclus avec les assureurs maladie CSS, Helsana, CPT, Swica et Visana. Une situation de concurrence entre les caisses pour l'obtention de contrats en est résulté, ce qui diminue le risque couru par les sociétés d'exploitation et leur permet de faire un choix. Certaines caisses, par conséquent, à côté de leurs propres cabinets HMO et leurs modèles particuliers, ont conclu des contrats avec des sociétés d'exploitation appartenant à des médecins responsables de leur propre budget.

La capitation: la responsabilité budgétaire du fournisseur de prestations

A la fin des années 90, on a vu apparaître les premiers modèles de tarifs forfaitaires

selon l'art. 43 LAMal, appelés capitation. Le fournisseur de prestations ou le groupement de fournisseurs de prestations, – dans le cas présent la société d'exploitation – perçoit pour chaque assuré une rémunération forfaitaire fixe, elle doit lui permettre d'assurer tous les coûts générés par le patient, en commençant par les soins ambulatoires de premier recours, en passant par le médecin spécialiste et l'hôpital, jusqu'à la réadaptation et aux frais pour les médicaments. Par cette «full capitation» versée aux sociétés d'exploitation et aux fournisseurs de prestations, la caisse maladie rémunère en quelque sorte la participation au risque assuré. Les sociétés d'exploitation, en contractant des assurances pour les risques élevés, se protègent de pertes financières importantes occasionnées par quelques patients isolés atteints gravement et générant des coûts annuels très élevés.

Les cabinets partenaires dans les réseaux, à côté du tarif à la prestation, perçoivent une rémunération pour leurs frais de gestion, ainsi qu'une participation au bénéfice provenant de la capitation.

La capitation est «un moyen pour parvenir à des fins». Il s'agit enfin – contrairement à ce qui est le cas dans un système de tarif à la prestation – de récompenser la fourniture efficace de soins. Dans le système conventionnel, le médecin se punit en pratiquant une médecine économique, il rogne sur son revenu. Celui qui s'éloigne des soins les plus poussés en faveur de soins optimaux, doit être rémunéré pour les prestations qu'il fournit à cet effet. Le traitement s'éloigne de l'addition de prestations telle qu'elle se pratique dans le système fragmenté en fonction de points tarifaires et se fonde sur le bien individuel du patient et la prise en charge. Le médecin doit être récompensé pour la part qu'il prend à une **gestion optimale de la prise en charge dans le cadre de la chaîne de traitement qui, d'étape en étape, coûte**

de plus en plus cher. Il doit bénéficier directement des économies résultant par exemple du fait que des prestations à double ont été évitées ou que l'on a renoncé à des examens ou hospitalisations inutiles. En participant aux bénéfices provenant de la capitation, il est rémunéré pour le surcroît de travail qu'il doit fournir aux patients afin de leur assurer des soins de qualité et raisonnables. Les forfaits visent à inciter les fournisseurs de prestations à travailler en réseau. Ce faisant, ils réduisent d'une part leur risque de perte en augmentant le nombre des assurés, de l'autre, les coûts de gestion se réduisent pour chacun d'entre eux. De plus, l'augmentation du nombre des médecins en réseau leur donne plus de poids lors de négociations avec les assureurs et les politiciens.

Le calcul du niveau de la capitation se fait en fonction des coûts moyens dans un collectif de comparaison, en fonction de la statistique de compensation des risques, en tenant compte de l'âge et du sexe.

Ce montant peut être modifié en tenant compte de diverses variables: on tient compte d'un **facteur régional** (ville/campagne'), dont on sait d'expérience qu'il influence considérablement le coût des prestations. On inclut des rémunérations pour le volume augmenté des **frais de gestion**, pour le **déroulement de la prestation** et pour la **gestion annuelle**. On définit un **but d'économie** par rapport à des assurés conventionnels. Enfin, il faut tenir compte des primes pour **la réassurance des grands risques** dans le cas de patientes et de patients occasionnant des dépenses élevées. D'après la théorie intitulée «persistence of use», les patients qui ont présenté des dépenses élevées vont continuer à en occasionner au cours des années suivantes, de telle sorte que la capitation pour des assurés qui ont été **hospitalisés au cours de l'année précé-**

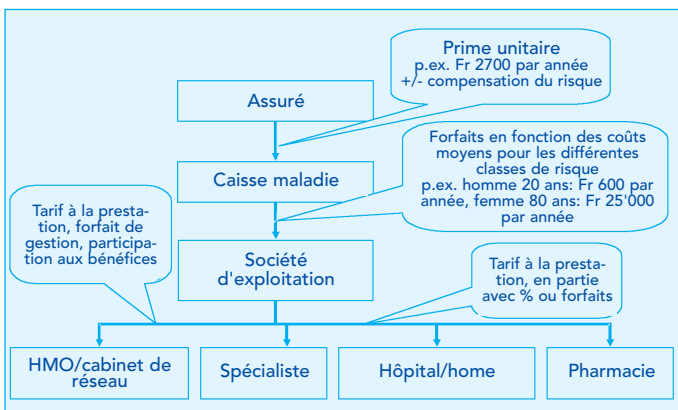


Fig. 3: Flux financiers dans le système de capitation

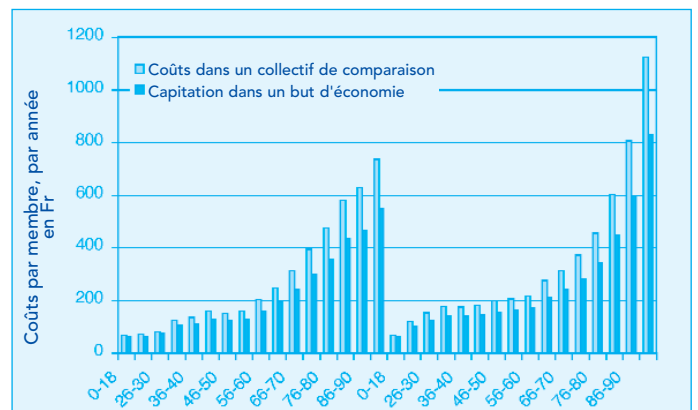


Fig. 4: Calcul de la capitation

dente sera plus élevée. D'un autre côté, la théorie de «regression to the mean» indique que les avantages en terme de risque disparaissent au cours des années et qu'à long terme tous les assurés tendent vers des coûts moyens, de telle sorte qu'il y a lieu de convenir une pondération des **avantages de coûts avant l'entrée**^{2,3}.

Conséquences de la capitation

La capitation a eu pour conséquence l'apparition de structures d'organisation nouvelles et professionnelles, elles englobent les sociétés d'exploitation, de grands cabinets HMO organisés parfaitement et à la mise en réseau des praticiens de bases installés. Le management spécialisé

Obligations des médecins de réseau

- Soins médicaux de base
 - liberté de traitement en respectant l'efficacité, l'opportunité et le caractère économique
 - coordination des prestations médicales pour l'ensemble des soins
 - visites à domicile
- Contrôles
 - gatekeeping, contrôle des consultants, contrôle des factures
- Assurance de qualité
 - participation à des cercles de qualité bi-hebdomadaires
 - certification EQUAM
 - participation à «alfanet» (échanges médicaux avec partenaires actuels et potentiels)

Avantages pour les médecins de réseau

- Rémunération
 - selon tarif
 - participation aux bénéfices de la capitation
- Fidélité des patients
 - réduction de prime (à l'avenir réduction de la participation)
 - prestations de services du Patient Empowerment, dossiers de santé, optimisation des procédures, programmes de gestion de santé
- Possibilité de participation à la société d'exploitation et à son conseil d'administration
- Mise en réseau
 - échanges avec des confrères de même orientation
 - efficacité lors de négociations, poids politique, avantage en cas de limitation de l'obligation de contracter
 - caractère pionnier dans le système de santé européen
- Assurance de qualité
 - cercles de qualité, aide pour la certification

garantit un déroulement des processus optimal à l'interne et à l'externe. Une **conception commune des soins** a vu le jour, qui est présentée et ressentie, aux yeux des assurés, des caisses et des politiques, comme une marque distinctive. Elle implique **une sélection et un tri des fournisseurs de prestations** par le réseau lui-même. La capitation avec responsabilité financière a conduit, chez les fournisseurs de prestations, à un **mode de pensée en fonction de la procédure**. La gestion de la demande [Demand Management] par l'intermédiaire d'un centre médical d'appel en dehors des heures d'ouverture du cabinet et la gestion des maladies [Disease Management] comme par exemple la collaboration avec le service cardiologie de l'hôpital de l'île pour le traitement des patients avec insuffisance cardiaque, sont devenues des évidences. La pensée en fonction de la demande du client se reconnaît dans le nombre de prestations de service particulièrement élevé avec, outre les heures d'ouverture très étendues, les vaccinations gratuites contre la grippe, les brochures d'informations et les offres de cours allant des cours de gymnastique d'entretien pour la colonne dorso-lombaire au cours Internet pour personnes âgées. La pensée en fonction de la qualité, impliquant la certification et la participation régulière à des cercles de qualité avec des confrères, est devenue un défi permanent et ludique plutôt qu'une obligation désagréable.

Cercle de qualité

- 1 à 2 fois par semaine, 1 heure, 10–15 participants, organisés et avec PV
- sujets s'adressant à la médecine de premier recours, recensement, étude, mesures à prendre, contrôle, changement de comportement
- compte rendu des incidents graves
- fiches, mise en œuvre de «guidelines»
- discussion des cas adressés pour consultation ou hospitalisés
- gestion des cas et des maladies

Les réseaux régionaux se sont regroupés en des organismes dépassant les régions. Le cercle alfanet et son site internet est devenu un lieu de rencontre virtuel fort apprécié des cercles de qualité de toute la Suisse, il offre des prestations variées à tous les médecins affiliés (www.alfanet.ch). A l'heure actuelle toutes les sociétés d'exploitation sont rentables.

Un coup d'œil en direction de l'avenir

Le scénario élaboré en janvier 2000 par le Nuffield Trust au sujet des perspectives de la dispensation de la santé en Europe en 2020, évoque l'évolution suivante:

- des patients bien informés, «émancipés»
- des organisations de consommateurs et de patients puissantes
- Evidence Based Medicine tenant compte du rapport qualité/prix
- intégration d'une responsabilité médicale et économique
- soins primaires et secondaires au-delà des limites de secteur et de spécialité
- contrôles et qualité et rating
- harmonisation dans le cadre de l'Europe

Si cette évolution devait réellement se réaliser, personne ne serait mieux préparé à l'affronter que les réseaux de médecins avec responsabilité budgétaires, tels qu'ils se pratiquent à l'heure actuelle en Suisse.

Le médecin, libre praticien et de premier recours, doit redevenir celui qu'il était de toute évidence en sa qualité de médecin de famille: le représentant des intérêts de ses patients et le partenaire compétent et responsable. Les réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire créent cette possibilité.

¹Stahel, W., Hürzeler, M., Bildung von Prämienregionen für Krankenversicherungen an Hand der Nettoleistungen der Versicherer, mimeo, Konkordat Schweizer Krankenversicherer, 2000,

²Känzig, H. et al, Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilung im Vergleich zur traditionellen Versicherung, Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung Teil 2, Forschungsbericht Nr. 8/98, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

³Beck, K., Keller, B. Risikoselektion in Hausarztmodellen: ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur, Managed Care; Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management, Verlag Rosenfluh Publikationen, 4/98, S. 30 ff.

⁴www.equam.ch

⁵Lister, G., A Scenario for Health and Care in the European Union of 2020, The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services, January 2000

Adresse de contact:

Dr Adrian Wirthner, MHA, spécialiste FMH en médecine générale, responsable du cabinet Bubenberget et du réseau Berne, 11, Bubenberplatz, 3011 Berne
Tél. 031 328 88 88, Fax 031 328 88 89 – adrian.wirthner@praxis-bubenberget.ch

Remarques critiques au sujet du modèle «Réseau médical avec responsabilité budgétaire»



Prof. H.R. Baur,
responsable de
clinique à
l'hôpital Tiefenau,
Berne

La propagande actuelle en faveur de ce type d'assurance maladie, pratiquée par de nombreux politiciens, ainsi que par des médecins du groupe «MediX», est très unilatérale. Les réductions de coûts annoncées, à hauteur de 15–25%, ne sont démontrées d'aucune manière. Ce système a cours depuis des années dans diverses parties des Etats-Unis, il s'est soldé, pour des milliers de patients, et de médecins également, par un sentiment de frustration. La prestation médicale étant honorée forfaitairement, il y a un risque que, pour des raisons de coûts, l'on renonce à certains examens et traitements. C'est pourquoi, aux Etats-Unis, des patients ont déjà engagé des procédures légales et des procès ont eu lieu suite au décès de patients qui, dans le cadre du système de «managed care», ont été privés de certaines prestations médicales. De nombreux patients se sont détournés de ce système. A la suite d'interventions devant le Congrès américain, les assurances ont été contraintes de mettre en route un programme, sous le titre de «patients first», afin de retrouver la confiance des patientes et des patients. J'ai vécu et pratiqué pendant 6 ans dans l'état du Minnesota et, à la suite de mon année sabbatique, j'ai passé encore quelques mois en 1998 au Minnesota et à San Diego. Les deux endroits sont des fiefs de ce type de «managed care». La réalité de ce système de santé ne correspond en rien à l'image qu'on s'en fait en Suisse. J'ai personnellement eu l'occasion de suivre un procès intenté à la suite du refus, pour des raisons économiques, de pratiquer une coronarographie à un patient bénéficiant d'un «managed care».

Peu de jours après cette décision, le patient mourait subitement.

Il est difficile de comprendre pourquoi un tel système, qui a démontré ses défauts dans la pratique, est considéré en Suisse comme un progrès essentiel. Nous devrions éviter de commettre les mêmes fautes que les américains, même avec 15 ans de retard! Ceux qui prônent ce système affirment qu'il est possible d'en corriger les erreurs. Ce n'est guère possible, puisque les défauts fondamentaux subsistent.

Quels sont donc les défauts fondamentaux?

Dans le système habituel de fourniture des soins médicaux, le médecin traitant est l'avocat du patient. Il prend en compte les droits de ce dernier et s'efforce par tous les moyens à sa disposition de maintenir ou de rétablir sa santé. Dans ce but, il met en œuvre tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques, même si, dans certains cas, le résultat obtenu doit être qualifié de médiocre. Son but principal est la guérison du malade. Ses honoraires correspondent à l'ampleur de son engagement.

Le système de «réseau médical avec responsabilité budgétaire» correspond parfaitement au système de «capitation» américain: l'assurance verse au réseau une somme forfaitaire par patient. Son objectif est évidemment de fixer cette somme au niveau le plus bas possible, afin de réaliser un profit. D'emblée, on retire au système de santé une partie notable de ses moyens. Aux USA, de nombreuses compagnies d'assurances se sont enrichies de cette façon, alors que les réseaux médicaux avaient de la peine à se maintenir à flot. Le risque financier est entièrement entre les mains des médecins, les assurances peuvent se reposer sur une source de profit sans risque. La Suisse veut-elle réellement copier une telle évolution?

La différence essentielle par rapport au système traditionnel tient dans le renversement de l'éthique médicale: alors que dans le système traditionnel, le médecin est payé pour ses efforts, dans le système de réseau, il gagne de l'argent chaque fois qu'un franc est économisé au détriment du patient. Chaque examen, chaque consultation auprès d'un spécialiste amène à des «coûts», ceux-ci sont direc-

tement déduits du revenu du médecin de réseau. On comprend dès lors facilement que même des médecins mus par un idéal finissent tôt ou tard par se voir confrontés à un dilemme insoluble, puisque leur revenu dépend finalement du nombre des mesures diagnostiques et thérapeutiques qu'ils refusent à leur patient. Ils vont, pour des raisons financières, renoncer à des investigations, raccourcir des traitements, la sécurité va être fixée à un niveau plus bas. De très nombreux médecins, en Suisse, ne peuvent s'identifier à un tel système, avant tout pour des motifs éthiques. Les réseaux médicaux peuvent tout à fait représenter une alternative sur le marché de la santé. Ils ne doivent cependant pas être privilégiés par des mesures imposées, il est n'est pas acceptable que des médecins ne bénéficient pas d'un contrat et que des patients doivent payer une participation doublée, s'ils refusent de s'inscrire à un réseau.

De telles mesures signifieraient, pour nombre de médecins, la fin du libre exercice de leur pratique et la perte de leur indépendance financière et professionnelle. Leur revenu dépendrait exclusivement des forfaits, la hauteur de ces derniers serait fonction de la générosité ou de la ladrerie de partenaires économiques inconnus. Une modification aussi radicale d'un système de santé qui a fait ses preuves depuis des décennies, ne peut pas intervenir sans que soient discutés soigneusement, par tous ceux qui sont concernés, les avantages et inconvénients d'un tel bouleversement.

Quelques autres inconvénients importants du système

1. La compensation du risque au moyen de primes par tête ne peut être assumée que dans le cadre d'un grand réseau (env. 100'000 à 150'000 patients). Ce système ne s'applique qu'aux agglomérations. Le médecin de campagne peut difficilement être inclus dans un tel système. Il serait particulièrement anti-social que la population campagnarde doive payer des participations plus élevées, pour l'unique raison qu'elle ne peut faire partie d'un réseau.

2. Les patients souffrant d'une affection chronique, de même que les patients «chers», doivent être réassurés par des réassurances compliquées, ou alors on va s'efforcer de faire sortir ces patients du système et tenter de les «luxer» à une polyclinique.

Résumé

1. La compensation du risque au moyen de primes par tête ne peut être assumée

que dans le cadre d'un grand réseau (env. 100'000 à 150'000 patients). Ce système ne s'applique qu'aux agglomérations. Le médecin de campagne peut difficilement être inclus dans un tel système. Il serait particulièrement anti-social que la population campagnarde doive payer des participations plus élevées, pour l'unique raison qu'elle ne peut faire partie d'un réseau.

2. Ce système aboutit inexorablement à un dilemme médical parce que chaque dépense médicale réduit le revenu du médecin. Tôt ou tard, on va renoncer à des investigations importantes ou à des traitements, compromettant significativement la qualité des soins. Les exemples de tels situations, provenant des Etats-Unis, sont nombreux. L'objection de la part des partisans, qui consiste à dire que le patient sera en mesure de reconnaître que la qualité des soins est insuffisante, ne peut être acceptée, puisque dans bien des cas le patient n'est pas en mesure de juger s'il est soigné selon des critères médicaux corrects et à un niveau professionnel élevé. Il n'est pas en mesure de décider quels sont les examens et traitements que nécessite son état.

3. Le système est anti-social, il défavorise la population campagnarde lorsque l'on exige une participation plus élevée de la part des patients non membres d'un réseau.

4. Le système confère un pouvoir exagéré aux caisses. Elle vont avoir la possibilité, sans risque pour elles, de réaliser des bénéfices en privant les réseaux d'une partie des primes. Ces bénéfices manqueront pour garantir une fourniture adéquate des soins!

Courrier des lecteurs

Manque de solidarité

Réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire («Bund» du 16 juin)

Vendredi 4.7.03, No 153, Rubrique Courrier des lecteurs

Notre confrère A. Wirthner fait état d'une économie potentielle de 10 à 25%. On sait pourtant que, dans son réseau, les coûts moyens par patient correspondent à peu de chose près à ceux que «causent» les médecins et les patients à la campagne.

Le problème essentiel des médecins de campagne (généralistes et spécialistes) est celui de la pression exercée par le manque de temps. Dans ces conditions, il n'y a pas de place pour des prestations «inutiles». Les médecins de campagne travaillent généralement dans le cadre d'un réseau informel, leurs patients consultent en premier lieu (sauf exception) le médecin de famille, qui lui, de son côté, les adresse au spécialiste de proximité, parce qu'il le connaît bien, ainsi que sa façon de travailler. Ce système permet des investigations et un traitement rationnels, sans les dommages collatéraux résultant des forfaits par patient que les caisses maladie, les politiciens et, malheureusement, également le rédacteur du «Bund» écartent soigneusement. Ainsi que notre confrère Wirthner l'explique, le réseau doit s'en sortir avec une somme déterminée et, ce qui subsiste à la fin de l'année, est distribué à titre de bénéfice. Cela signifie donc que moins le médecin offre de prestations au patient, plus il gagne, ce qui est un retournement cynique, à la charge du patient, du système dans lequel chaque prestation est tarifée.

Tout patient «cher» – diabétique, atteint de sclérose en plaques, séropositif HIV, personne âgée souffrant de plusieurs affections – réduit directement et de façon perceptible le revenu et est par conséquent dérangeant. On rejette l'objection en indiquant qu'une «assurance grand risque» peut être conclue pour les cas où les dépenses annuelles sont très élevées; mais une telle assurance vient d'être repoussée par le parlement au cours des jours derniers.

Nous voyons malheureusement régulièrement des patients qui ont été «éjectés» d'une HMO, dès l'instant où est apparue une maladie chronique ou potentiellement coûteuse. Il va de soi qu'il n'est pas possible de démontrer ni de s'opposer à cette manière de faire.

Les réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire sont et seront toujours un piège pour les patients chers.

Dr Gerhard Baumgartner,
Morat

Code EAN – un «must» pour Tarmed



Dr Christoph Hug

qualifiés du terme d'article, puisque l'acronyme EAN signifie «numéro européen d'article». Dans le contrat cadre Tarmed on parle de préférence de «numéro individualisé européen». Chaque fournisseur de prestations devrait avoir reçu son propre EAN et l'avoir introduit au bon endroit dans son logiciel de cabinet.

Le contrat cadre définit un certain nombre de paramètres (art. 11 al. 8) qui doivent figurer sur une facture conforme à Tarmed: parmi ceux-ci l'EAN du fournisseur de prestations mais non l'EAN du médecin consultant, de l'assurance concernée, etc. La FMH et les assureurs se sont donc lancés dans la création d'une facture type, qui, elle, prévoit ces EAN (la description exacte du document de facturation peut être con-

sultée sous XMLdata – un document PDF de 55 pages!).

Certains EAN peuvent être trouvés par l'intermédiaire de l'Internet. Mais la chose prend énormément de temps, lorsqu'il s'agit, pour un cabinet de spécialiste ou d'un hôpital, de trouver toutes les données des consultants.

Dans le but d'aider à la recherche très coûteuse en temps de tous les EAN utiles, un groupe de travail «EAN» a été mis en route par la SMCB. Le groupe est formé par: Dr François Bossard, spécialiste FMH en radiologie et médecine nucléaire, membre de la commission économique de la SMCB, Thoune, Dr Christoph Bangerter, gestionnaire de e-mediat (Medwin), Schönbühl, Dr Christoph Hug, spécialiste FMH en médecine interne, membre du conseil d'administration de PonteNova, Madiswil.

A l'occasion de l'entrée en vigueur de Tarmed dans le domaine LA, les fournisseurs de prestations (de même que les assureurs, les pharmaciens, etc.) se sont vus

Un premier envoi par courrier électronique, en juin, vous a informé qu'il vous est possible, par une méthode simple, de parvenir à des EAN. Aujourd'hui nous sommes en mesure de vous fournir un certain nombre d'informations complémentaires.

Banque de données EAN

A l'heure actuelle, seuls les EAN des fournisseurs de prestations et des pharmacies sont complètement recensés et consultables par l'intermédiaire de Medwin. Les numéros des assureurs, des hôpitaux, des pharmaciens, etc. sont encore incomplets et mal structurés (p.ex. plusieurs numéros pour une même assurance, laquelle d'entre elles est la bonne?).

Introduction de l'EAN dans une banque d'adresses existante?

Dans chaque ordinateur de cabinet, on peut trouver une banque d'adresses des fournisseurs de prestations et des assureurs. Ces banques de données n'ont pas une structure uniforme, le système de référencement/indexation en fonction du prénom et nom est imprécis, ce qui a pour conséquence qu'une mise à jour électronique est impossible. Exemple: on recherche l'EAN du Dr Jean-Pierre Martin. Est-ce que notre confrère Martin figure dans la banque de données sous J.P. Martin, sous J. Martin ou sous J.-P. Martin. Ou encore, Martin s'écrit-il dans son cas Martins? Ce sont donc précisément les données les plus importantes pour nous qui doivent être contrôlées une par une et remises à jour. On ne mettra donc pas à disposition de banque de données consultable par ordinateur, parce qu'elle est trop peu sûre et qu'elle manque d'efficacité.

Recherche d'EAN par courrier électronique

Le groupe de travail EAN a développé, en collaboration avec E-Mediat (Dr Chr. Bangert) une procédure payante simple qui permet de se procurer une liste des numéros EAN des fournisseurs de prestations. Sur la page web de PonteNova (www.pontenova.ch -> télécharger -> EAN) vous pouvez trouver le mode d'emploi pour demander un numéro EAN au moyen d'un formulaire e-mail. La commande doit être confirmée au moyen d'un formulaire FAX; vous pouvez également trouver ce dernier à l'adresse indiquée plus haut. Le mandat ne sera exécuté qu'après réception de la formule de confirmation. Vous recevrez un tableau Excel indiquant le nom, le prénom, le NPA, le lieu et l'EAN. Il n'est pas possible de fournir d'autres renseignements (titre FMH, date de naissance, numéro de téléphone ou de FAX, adresse e-mail),

e-mediat, par sa nature, ne disposant que des indications mentionnées plus haut (protection / maîtrise des données).

Un certain nombre de numéros EAN peuvent être obtenus gratuitement par l'intermédiaire de la banque de données medwin.ch.

Au moment de la rédaction de cet article, en raison des vacances, la voie décrite plus haut, n'est pas encore opérationnelle. Il est toutefois possible de consulter tous les formulaires sur le site www.pontenova.ch. On ne connaît pas encore le montant que e-mediat va facturer pour ses services. Il faut également compter sur des modifications de la procédure de commande. Dès que ce dernier sera fonctionnel, nous le ferons savoir sur le site de PonteNova, nous le communiquerons également par courrier électronique à toutes les adresses en notre possession.

Autres codes importants, tarifs et listes – et les liens ad hoc

Dans le cadre de Tarmed, ce ne sont pas seulement les EAN qui nous intéressent, mais divers autres codes, tarifs et listes. Nous avons établi ci-dessous une liste de liens importants. La plupart des fichiers existent dans les trois langues nationales. «Un fichier d'aide compilé» signifie un fichier en format *.chm – à utiliser de la même façon que le navigateur Tarmed bien connu.

1. **Tarmed 1.1r** (dt., fr., it.; windows et Mac):

http://www.zmt.ch/de/tarmed/tarmed_tarifstruktur/tarmed_browser.htm (fichier d'aide compilé)

http://www.tarmedsuisse.ch/site_tarmed/mainframe.htm (fichier d'aide compilé)

2. **RCC** (registre des codes créanciers, anciennement numéro de concordat)

http://www.santesuisse.ch_service_numeros_de_code_rcc

3. **EAN des fournisseurs de prestations, assureurs, médicaments:** <http://www.medwin.ch>

4. **Médicaments, moyens et appareils (LiMA):** la façon dont les médicaments, moyens et appareils doivent figurer sur la formule de facturation Tarmed n'est pas clairement indiquée dans la définition de la formule. S'il existe, le pharmacode doit être indiqué, sinon le numéro LiMA. Il faut tenir compte que les appareils ne figurant pas dans la LiMA peuvent être facturés au prix d'achat plus 10% (cf. navigateur Tarmed, chapitre GI-20).

<http://www.medwin.ch> (Banque de données Produits: pharmacode et EAN des médicaments)

<http://www.pharmvista.net> (pharmacode des médicaments, matériel d'usage, etc.)

<http://sumex1.net/en/validators/migel/tariff/index.html> (fichier d'aide compilé LiMA)

http://www.bsv.admin.ch/sl/liste/f/lima_01070.pdf (fichier PDF LiMA)

5. **Diagnostics:** Dans la phase de début de Tarmed dans le domaine LAMal, c'est le code des diagnostics tessinois qui doit être utilisé. Par la suite, les partenaires devront se mettre d'accord pour un autre code (base: ICD-10). Le code des diagnostics est disponible sous forme de fichier PDF.

p. ex. http://pontenova.ch_télécharger

6. **Physiothérapie:** Le tarif de physiothérapie devrait vous être fourni et installé par votre fournisseur de logiciel.

<http://www.sumex1.net/en/validators/physio/tariff/index.html> (fichier d'aide compilé)

7. **Liste des analyses:** Dans le canton de Berne, elle est déjà utilisée de longue date et devrait se trouver dans le programme du cabinet.

<http://sumex1.net/en/validators/lab/tariff/index.html> (fichier d'aide compilé)

8. Liste des spécialités (LS): on y trouve le pharmacode (état au 14.4.03).

<http://www.sumex1.net/en/validators/drug/tariff/index.html> (fichier d'aide compilé)

9. Formule de facturation Tarmed - présentation et exigences

http://www.zmt.ch/de/tarmed/tarmed_rechnungsformular.html (fichier PDF)

ROKO

Prolongation du délai pour
l'envoi des questionnaires
ROKO:

31 octobre 2003

Impressum

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

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

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

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

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

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition août 2003.

Interviews des candidats aux conseil des états:



Hans Lauri, conseiller aux états

A votre avis, quel est l'aspect le plus POSITIF et le plus NEGATIF de la révision en cours de la LAMal?

Tout ce qui est politiquement réalisable a été obtenu par cette révision; on va dans la bonne direction. Je considère qu'il est juste que nous tendions à nous diriger, pas à pas, vers un financement moniste des hôpitaux. Je trouve positive la réduction des primes dans un but social, qui doit encore être précisée par le conseil national; le conseil des états l'approuvera certainement. Il est également judicieux que, dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter, l'on ait choisi un système plus différencié avec une longue période de transition. La mise en place des réseaux est également positive, ils permettront un pas en direction de systèmes de managed care. Ce qui est par contre très négatif, c'est qu'en ce qui concerne la réduction, resp. la suppression des primes pour les enfants, on aboutisse à une aide selon le principe de l'arrosoir et que l'on ne tienne pas compte de la situation économique des parents.

Quels sont, selon vous, les points les plus importants d'une prochaine révision de la LAMal?

Le passage définitif au financement moniste des hôpitaux. Il faudra également mieux définir la relation entre les hôpitaux publics et privés. Les domaines concernés par la liberté de contracter et les réseaux médicaux devront se développer et nous devons vérifier plus précisément ce que les réseaux permettent en définitive de réaliser. Dans le domaine des franchises et participations, nous devons étudier les incitatifs effectivement mis en œuvre. En ce qui concerne la compensation des risques entre les caisses, il faudra s'assurer qu'elle n'empêche pas la concurrence.

Le parlement fédéral veut lutter contre l'augmentation des coûts grâce à ce qu'on nomme des «réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire». Pouvez-vous nous expliquer ce que représente un tel réseau?

Dans un réseau médical, le patient doit suivre une voie très bien définie, elle va du médecin de premier recours au spécialiste puis à l'hôpital. Il n'y a plus d'exams répétés inutilement ni tourisme médical des patients. On accorde une grande valeur au contrôle de la qualité. La manière dont va fonctionner la responsabilité budgétaire reste par contre une question non résolue à l'heure actuelle.

Dans le cadre de l'examen stratégique des prestations publiques (ESPP), le grand conseil a repoussé le projet «Polycliniques +», tout en maintenant le mandat d'économie. A partir de 2007, les hôpitaux du canton de Berne devront économiser annuellement 42 millions. Ces économies peuvent-elles être réalisées sans de nouvelles fermetures d'hôpitaux?

En raison des exigences en matière de dotation en installations et de la spécialisation toujours plus poussée, on constate des délocalisations d'activités des hôpitaux de district vers les hôpitaux régionaux. Ces derniers, de leur côté, transfèrent un plus grand nombre de patients que précédemment vers l'hôpital central. Dans l'état actuel de la planification hospitalière, la question de l'avenir des infrastructures existant au plan des districts n'est pas encore résolue. Faut-il les fermer ou les restructurer? Les décisions doivent être prises en fonction de l'évolution démographique, des besoins dans le domaine de la réadaptation, des soins de longue durée, etc.

Quelle augmentation le ménage suisse moyen peut-il encore accepter dans le domaine des primes pour l'assurance de base?

La charge que constitue l'assurance de base est actuellement déjà considérée comme trop élevée. S'il n'est pas possible d'empêcher une nouvelle augmentation de prime importante, celle-ci devrait être, dans le cadre du but social, amortie pour les bas revenus.



Brigitte Bolli,
membre du grand conseil

A votre avis, quel est l'aspect le plus POSITIF et le plus NEGATIF de la révision en cours de la LAMal?

Je trouve positifs les efforts consistant à inciter à économiser, comme par exemple la suppression partielle de l'obligation de contracter, assortie d'une longue phase de transition. La nouvelle réglementation concernant le financement des hôpitaux, dans laquelle on passe du financement des institutions à celui des prestations, est également positive.

Je trouve par contre négatives, de la part des chambres, les hésitations et les décisions qui doivent être interprétées.

Quels sont, selon vous, les points les plus importants d'une prochaine révision de la LAMal?

sur le thème de la révision de la LAMal

A l'avenir, il faudra accorder une attention toute particulière à la question des soins de longue durée.

Le parlement fédéral veut lutter contre l'augmentation des coûts grâce à ce qu'on nomme des «réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire». Pouvez-vous nous expliquer ce que représente un tel réseau?

Le médecin, agissant en combattant solitaire, n'a probablement pas d'avenir. A l'heure actuelle déjà, les jeunes sont habitués à travailler en équipe, de plus, les moyens électroniques permettent de résoudre les problèmes de communication. Si un réseau peut aider à gérer les différents processus et qu'ainsi on parvient à un traitement global du patient, il semble dès lors logique qu'on évite des procédures à double. Ce qui ne doit en aucun cas se produire, c'est que la qualité des soins souffre à cause de prix calculés trop étroitement. Les caisses maladie ne doivent en aucun cas décider seules, les médecins doivent pouvoir participer et donner leur avis.

Dans le cadre de l'examen stratégique des prestations publiques (ESPP), le grand conseil a repoussé le projet «Policliniques +», tout en maintenant le mandat d'économie. A partir de 2007, les hôpitaux du canton de Berne devront économiser annuellement 42 millions. Ces économies peuvent-elles être réalisées sans de nouvelles fermetures d'hôpitaux?

L'idée contenue dans «Policliniques +» n'était qu'un pavé dans la mare sans bases sérieuses. Nous n'avons pas besoin d'une concurrence de la part de l'Etat dans le cadre de la fourniture des soins ambulatoires, elle fonctionne à satisfaction. Aucune économie n'aurait pu être dégagée par cette mesure, mais bien plutôt une augmentation des coûts à cause d'un plus grand volume de prestations. Le grand conseil entendait s'en tenir au but fixé en matière d'économies. Nous aurions préféré entendre évoquer des propositions nous indiquant les mesures précises pour atteindre un certain niveau d'économies. En lieu et place, on joue avec l'homme noir et chacun cherche à faire assumer la responsabilité par un autre. Il ne sera pas possible de réaliser des économies massives sans fermetures supplémentaires d'hôpitaux, la place de Berne, avec ses nombreux hôpitaux, ne peut être exclue du cadre de ces réflexions. L'idée d'origine consistait dans l'introduction d'une sorte de forfait par cas; seuls les hôpitaux capables d'affronter la concurrence auraient été en mesure de survivre.

Quelle augmentation le ménage suisse moyen peut-il encore accepter dans le domaine des primes pour l'assurance de base?

L'augmentation des coûts dans le domaine de la santé ne devrait pas être supérieure à l'augmentation du produit national brut – si ce n'est pas le cas, les ménages doivent réduire d'autres postes de leur budget au bénéfice de l'assurance maladie.



Simonetta Sommaruga,
conseillère nationale

A votre avis, quel est l'aspect le plus POSITIF et le plus NEGATIF de la révision en cours de la LAMal?

Il faut saluer l'atténuation de l'obligation de contracter, mais elle ne se présente pas sous son meilleur aspect. On doit considérer négatif le fait que le problème du coût des médicaments n'aie pas été abordé. On ne peut approuver la volonté de continuer de favoriser les hôpitaux privés limitant ainsi la planification hospitalière cantonale. On a finalement inclus un but social, mais ce dernier n'est qu'un alibi parce que les moyens financiers qu'il requière n'ont pas été accordés.

Quels sont, selon vous, les points les plus importants d'une prochaine révision de la LAMal?

Le système actuel de financement est injuste. On doit reconnaître qu'à travers les réductions de primes on met en marche une gigantesque machine de redistribution. Mais, même dans ces conditions, il est scandaleux que les hauts revenus ne soient pas plus lourdement mis à contribution que les moyens. A l'heure actuelle, ce ne sont pas les très petits revenus qui ont les plus grands problèmes, mais bien les familles avec enfants disposant d'un revenu entre 60'000 et 100'000 francs.

Il y aura lieu de revoir les incitatifs concernant les fournisseurs de prestations. TarMed devrait apporter certaines compensations. C'est cependant un tarif à la prestation et il va continuer à pousser dans la mauvaise direction.

A l'occasion d'une prochaine révision, l'industrie pharmaceutique devra également laisser quelques plumes. Ce sont finalement les médicaments qui, depuis des années, en comparaison de l'ensemble des coûts de la santé, voient leurs coûts augmenter dans la plus grande proportion. Le financement moniste des hôpitaux va constituer un sujet du débat. A ce jour, il nous manque des bases transparentes. Les cantons ne doivent pas abandonner la compétence de la planification hospitalière.

Le parlement fédéral veut lutter contre l'augmentation des coûts grâce à ce qu'on nomme des «réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire». Pouvez-vous nous expliquer ce que représente un tel réseau?

J'ai soutenu l'allègement de l'obligation de contracter, non pas pour des raisons de coûts, mais pour des raisons de qualité. Le «cabinet médical à médecin unique» appartient au passé. Devant l'augmentation rapide du nombre des patients présentant des affections chroniques et compliquées, on doit exiger

une bonne coordination entre les différents fournisseurs de prestations. Les réseaux ne doivent pas être des constructions fermées. Ce sont précisément des médecins de premier recours (généralistes) qui doivent se réunir et choisir les spécialistes et hôpitaux avec lesquels ils souhaitent collaborer. «Responsabilité budgétaire» signifie que la caisse verse, pour chaque patient et par année, un montant déterminé (capitation). Pour les patients très chers, le réseau doit bénéficier d'une sorte de réassurance. La compensation du risque entre les différents assurés doit être améliorée de manière urgente. Un réseau doit être défini comme une structure dans laquelle collaborent plusieurs fournisseurs de prestations, qui peut offrir tout le spectre de la médecine grâce à la participation de consultants externes, qui assume la responsabilité budgétaire et qui dispose de contrôles dans le domaine de l'économie et de la qualité.

Dans le cadre de l'examen stratégique des prestations publiques (ESPP), le grand conseil a repoussé le projet «Policliniques +», tout en maintenant le mandat d'économie. A partir de 2007, les hôpitaux du canton de Berne devront économiser annuellement 42 millions. Ces économies peuvent-elles être réalisées sans de nouvelles fermetures d'hôpitaux?

Le projet «Policliniques +» était une stratégie qui a été, on le sait, repoussée pas la majorité du grand conseil. Quant à dire que le but de faire des économies est maintenu, c'est une autre affaire. On va aboutir à une mise en ordre des structures, en dépit du fait qu'il est difficile de fermer des hôpitaux. Il serait évidemment souhaitable de disposer d'hôpitaux de proximité, ancrés dans la population. A mon avis on accorde trop d'importance aux procédures invasives et l'on sous-estime le rôle important joué par les soins.

Quelle augmentation le ménage suisse moyen peut-il encore accepter dans le domaine des primes pour l'assurance de base?

Pour moi, ce qui compte avant tout, c'est une meilleure répartition de la charge entre les différents acteurs. Le conseiller fédéral Couchepin, dans sa récente modification de l'ordonnance, a mis 300 millions supplémentaires à la charge des assurés payeurs de primes. C'est unilatéral et injuste.

Si nous parlons de coûts, il faudrait commencer à économiser là où la qualité n'aura pas à souffrir. Cela concerne avant tout les prix beaucoup trop élevés des médicaments en Suisse.

En ce qui concerne l'éternelle discussion au sujet des prix, je trouve étonnant qu'il y ait dans le système de la santé des domaines tabous, pour lesquels la question des prix ne compte pas – pensons simplement aux conséquences en termes de coûts des recherches dans le domaine des cellules souche embryonnaires ou de la médecine de la reproduction ou de la transplantation. Par contre, on ne fait rien contre le plus grand risque pour la santé – l'obésité. On ne constate aucune stratégie globale.



Franziska Teuscher,
conseillère nationale

A votre avis, quel est l'aspect le plus POSITIF et le plus NEGATIF de la révision en cours de la LAMal?

Pour moi, la réduction des primes pour les enfants est un pas dans la bonne direction. L'introduction de but sociaux permet à la confédération de mettre plus d'argent à disposition pour la réduction des primes d'assurance maladie, on envisage même une adaptation annuelle à l'évolution des coûts. Finalement, je salue que, grâce à la suppression seulement partielle de l'obligation de contracter, on ne mette pas tout le pouvoir entre les mains des caisses.

Je considère négatif le fait que nombre de décisions du conseil national gardent un caractère nébuleux – tout particulièrement dans des domaines aussi sensibles que l'obligation de contracter ou les réductions de primes. Il n'est pas évident, également, si les 200 millions supplémentaires votés suffisent pour la réalisation du but social et comment la réduction, resp. la suppression des primes pour enfants doivent être financées. La décision qui privilégie les réseaux médicaux me semble raisonnable, mais actuellement personne n'est en mesure d'expliquer précisément comment elle va s'appliquer dans la réalité. Un autre point faible, les cantons, qui devront prendre en charge une partie des frais des patients privés, seront encore plus mis à contribution. Pour le canton de Berne, cela représente en gros 100 millions de francs. Je trouve finalement scandaleux que rien n'ait été entrepris dans le domaine du prix des médicaments.

Quels sont, selon vous, les points les plus importants d'une prochaine révision de la LAMal?

Nous devons résoudre les problèmes de financement. Le système actuel, d'un côté des primes par tête, d'un autre côté des réductions de primes, n'est pas efficace, il demande des efforts administratifs considérables. Les primes par tête sont simples, non sociales, ce qui fait de notre système le plus mauvais de toute l'Europe. Un financement social doit tenir compte de la situation économique des assurés; je laisse ouverte la solution, soit par l'intermédiaire des impôts, la taxe à la valeur ajoutée ou en pour-cent du salaire. Un autre domaine très important est celui des personnes âgées, il doit trouver une solution dans le cadre de la LAMal. La solidarité entre jeunes et vieux, riches et pauvres doit jouer dans l'ensemble du financement de la santé. Je repousse l'idée d'une assurance complémentaire pour personnes âgées. Le domaine des médicaments/génériques/importations parallèles devrait être inclus dans une prochaine révision – il recèle un grand potentiel d'économies.

Le parlement fédéral veut lutter contre l'augmentation des coûts grâce à ce qu'on nomme des «réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire». Pouvez-vous nous expliquer ce que représente un tel réseau?

Je considère que fondamentalement les réseaux médicaux sont une bonne chose. Le patient est pris en charge par un collectif qui l'accompagne, en cas de maladie, de la prise en charge à l'opération, en passant par la réadaptation, jusqu'à la sortie. Les réseaux représentent un bon modèle qui permet de limiter les coûts – notamment en évitant la répétition des examens. Toutefois, je trouve que le libre choix du médecin est important. Il faudrait, à ce sujet, en particulier pour les patients chroniques, les personnes âgées et pour un certain nombre de maladies déterminées, trouver des solutions. Un problème pourrait surgir pour la planification hospitalière cantonale si l'on ne connaissait pas les hôpitaux avec lesquels les réseaux décident de travailler au delà du territoire cantonal. Finalement, il y aurait lieu d'assurer un certain niveau de contrôle de la qualité pour éviter que les réseaux ne génèrent finalement une médecine de deuxième classe. A ce jour, le parlement a hésité devant des décisions tranchées. Une telle décision signifierait en effet approuver le système en vigueur actuellement ou dire non au libre choix du médecin. Personne n'a envie de prendre ce type de décision. C'est la raison pour laquelle on approuve un modèle quelconque et on laisse entièrement ouverte sa présentation ultérieure. Il est possible que le débat revienne sur le tapis et que le parlement finisse par conclure qu'en définitive on préfère renoncer aux réseaux médicaux.

Dans le cadre de l'examen stratégique des prestations publiques (ESPP), le grand conseil a repoussé le projet «Polycliniques +», tout en maintenant le mandat d'économie. A partir de 2007, les hôpitaux du canton de Berne devront économiser annuellement 42 millions. Ces économies peuvent-elles être réalisées sans de nouvelles fermetures d'hôpitaux?

Il va de soi que le canton ne peut pas économiser 42 millions dans le domaine des hôpitaux. Le grand conseil aurait dû prendre la responsabilité politique de dire comment et où il est possible d'économiser 42 millions. Il aurait pu dire, par exemple, quels hôpitaux le canton doit fermer. Il serait particulièrement dommageable que les économies soient réalisées au détriment du personnel. La situation du personnel hospitalier, dans le canton de Berne, est loin d'être rose, de nos jours déjà.

Quelle augmentation le ménage suisse moyen peut-il encore accepter dans le domaine des primes pour l'assurance de base?

Les coûts de l'assurance de base ne doivent plus subir d'augmentation. Dans la situation actuelle, alors que les salaires stagnent, que la compensation du renchérissement n'est pas garantie, que le nombre de ceux qui sont au chômage augmente et qu'un demi-million de personnes vivent en-dessous du minimum vital, la charge constituée par les primes ne peut plus augmenter.

Communications du secrétaire



Th. Eichenberger,
secrétaire

TARMED

La convention cantonale d'adhésion au contrat cadre TARMED, entre la Société des médecins du canton de Berne et santésuisse, se fonde sur la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et les différentes ordonnances la concernant, ainsi que sur le contrat cadre fédéral TARMED entre la FMH et santésuisse du 5 juin 2002. Le contrat cadre et ses annexes ont été soumis pour approbation au gouvernement cantonal. Il entrera probablement en vigueur le 1^{er} janvier 2004.

Etant donnée que, dans le délai statutaire, aucune demande de votation générale n'a été déposée, la décision de l'assemblée des délégués du 15 mai 2003, selon laquelle la convention cantonale d'adhésion est approuvée, entre en vigueur. Par conséquent le président et le secrétaire ont signé la convention d'adhésion.

Dans ce contexte, nous avons pris la liberté d'indiquer que la Société des médecins part du principe que, dans le canton de Berne, TARMED, pour ce qui concerne le domaine hospitalier ambulatoire, doit entrer en vigueur à la même date, et non pas plus tard que pour les médecins praticiens. Si ce n'était pas le cas, il en résulterait des discriminations de concurrence avec des avantages en faveur du domaine ambulatoire hospitalier.

Dès que santésuisse aura apposé sa signature, la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne pourra déposer devant le gouvernement cantonal une demande d'approbation de la convention d'adhésion (y compris la valeur du point initiale de 89 centimes).

Adaptation de la valeur du point au renchérissement à partir du 1^{er} janvier 2002

Santésuisse a déposé un recours auprès du conseil fédéral contre la décision du gouvernement cantonal qui prévoyait que la valeur du point du tarif médical cantonal actuel devait passer, au 1.1.2002 déjà, de Fr 1.50 à Fr 1.55. Il résulte que, jusqu'à la conclusion de la procédure, la valeur du point reste à Fr 1.50. Dans l'intervalle l'échange des mémoires a abouti.

Le surveillant des prix et l'OFAS ont pris position clairement contre la Société des médecins. Ils refusent de tenir compte de l'augmentation des frais généraux du cabinet dans le cadre de la fixation d'un tarif. Le gouvernement cantonal s'est opposé en affirmant fondée la décision d'adapter modestement la valeur du point au renchérissement. Conformément au principe de l'égalité devant la loi, il n'est pas acceptable d'exclure les seuls médecins praticiens du bénéfice de l'adaptation au renchérissement, alors que d'autres fournisseurs de prestations selon la LAMal, eux, en bénéficient. Cela démontre ainsi à l'évidence que santésuisse mesure à deux aunes. Cette manière d'agir est douteuse du point de vue légal, puisque les assureurs maladie sont des organes fédéraux tenus d'agir d'une manière conforme à la constitution.

Seconde et dernière partie du rapport annuel 2002 du président

Article rédigé le 1.2.2003

4. Perspectives concernant la politique de la santé 2003

4.1 Au niveau de la Suisse

Au cours de l'année 2003, nous autres, médecins suisses, aurons à affronter avant tout l'introduction prochaine de TarMed dans le domaine AA et LAMal, ainsi que les débats parlementaires autour de la suppression du libre choix du médecin. Les tendances en direction d'un rating des médecins – que ce soit le rating par Helsana ou le Guide Santé des organisations de patients – vont continuer à nous occuper. Finalement, nous serons concernés par une deuxième vague de managed care. La première nous a touchés en 1996. Les réseaux de médecins seront à l'ordre du jour.

Révision de la LAMal

La révision de la loi sur l'assurance maladie a été, on se le rappelle, repoussée par le conseil national après de longs débats. Le conseil des états va faire un nouveau projet dans le courant de l'année 2003, soutenu par le nouveau conseiller fédéral responsable du département de l'économie, Pascal Couchepin. A cette occasion, la question de la suppression du libre choix du médecin, respectivement de l'obligation de contracter, jouera un rôle important. Comme ce fut le cas au conseil national, des thèmes telles que celui d'un budget global dans le domaine ambulatoire (proposition Franco Cavalli, PS) ou le contrôle du dépassement des limites par les médecins (indice 110) pourraient de nouveau être évoqués. En mai 2003, l'initiative santé du PS sera soumise au vote.

Travaux préparatoires à l'introduction de Tarmed

Les cabinets médicaux s'occupant de patients sous LA auront mis un terme, avant le mois de mai, aux travaux préparatoires à Tarmed. Les autres cabinets ont encore le temps de le faire jusqu'à la fin de l'année 2003. A côté de la mise en route de paquets de prestations propres au cabinet, de l'instruction des collaboratrices et de l'adaptation du logiciel et de l'ordinateur, d'autres problèmes ne manqueront certainement pas d'apparaître, tels que recensement des données, transfert des données et autres.

4.2 Au niveau du canton de Berne

Les négociations Tarmed cantonales (contrat cadre cantonal et valeur du point) devraient aboutir avant le printemps et être présentées ensuite à notre assemblée des délégués et au gouvernement bernois. Dans le cadre du parlement cantonal, la partie concernant le domaine de la santé de l'examen stratégique des prestations ESPP devra être discutée encore une fois. Si les policliniques ont été balayées, on va néanmoins rechercher d'autres mesures d'économie.

On le sait, santésuisse a recouru contre l'augmentation de la valeur du point (tarif en vigueur actuellement) autorisée par le conseil exécutif. Si le conseil fédéral traite rapidement notre opposition à ce recours, cette décision du gouvernement pourrait

entrer en vigueur au cours de l'année 2003. La probabilité que ce soit le cas est toutefois faible.

5. Conclusion

«Ce n'est pas le changement qui est le problème principal de la Suisse, mais plutôt la stagnation», c'est ce que Urs Paul Engeler écrit en décembre 2002 dans la Sonntagszeitung. Dans le domaine de la santé également, le changement n'est pas arrivé à son terme. C'est ce que chacun ressent. Le changement est porteur de risques et d'opportunités. Affrontons le avec confiance. La confiance est le signe que l'essentiel a été accompli et l'espoir qu'il sera possible de faire face à un éventuel échec. Nous continuons à nous engager pour nos patients, pour le domaine de la santé et pour le corps médical.

J. Schlup, président de la Société des médecins du canton de Berne