



avril 2005 / 2

# doc.be

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

## La fin de la neutralité des coûts – et après?

Le 30.6.2005, selon le contrat cadre Tarmed LAMal, la neutralité des coûts (NC) arrive à son terme.

Les responsables des questions tarifaires de la FMH et du G7 vont nous présenter, fin avril, à nous les présidents cantonaux, une proposition d'accord CPC. En février, la FMH a adressé à l'office fédéral de la santé une ébauche de projet qui lui avait été demandée et s'est déclarée en faveur de dispositions subséquentes contractuelles à partir du 1.7.2005.

Quelles sont nos possibilités?

**Nous maintenons les contrats LAMal Tarmed inchangés.** Dans ce cas, la neutralité des coûts est suivie, au cours du second semestre 2005, de la phase de compensation décidée par contrat. Au cours de celle-ci, nous devons compenser les sommes reçues en trop de la part des caisses – c'est-à-dire dépassant le budget global de la neutralité des coûts – par l'intermédiaire d'une diminution limitée dans le temps de la valeur du PT. Par la suite, une valeur définitive, resp. de longue durée, du PT entre en vigueur. Si nous nous déterminons pour cette solution, santésuisse a déclaré, fin 2004 déjà, qu'elle exigerait du Conseil exécutif une adaptation de la valeur du PT aussitôt que nos coûts augmenteraient.

**Notre assemblée des délégués dénonce le contrat d'adhésion Tarmed LAMal bernois.** Dans ce cas, la structure tarifaire Tarmed – qui a été décidée pour l'ensemble de la Suisse – reste valable et le Conseil exécutif, selon la LAMal est contraint de fixer une valeur du PT. Il doit tout d'abord consulter le surveillant des prix.

**Notre assemblée des délégués dénonce le contrat d'adhésion Tarmed LAMal fédéral.** Dans ce cas, selon la LAMal, un processus de fixation d'un tarif décidé par les autorités est déclenché au plan fédéral et cantonal.

**Notre assemblée des délégués décide d'entrer en matière avec santésuisse pour un contrat d'adhésion.** Dans ce cas, notre délégation aux négociations doit, au cours de mois d'été, négocier un contrat prêt à être signé. Elle peut s'appuyer sur le projet élaboré par la conférence des présidents cantonaux (G7).

Notre assemblée des délégués va probablement prendre une décision le 16 juin 2005 pour la région tarifaire de Berne.

Jürg Schlup, président

Décisions de l'AD du 31 mars 2005 2

Votation populaire du 5 juin 2005 3

Kurt Hänni 4

Critères d'économie au  
cabinet médical 5

Interview avec Groupe Mutuel 6

Nouvelles de Medphone 9

Nouvelles du Grand conseil 10

Rapport annuel 2004 12

De corneilles, de LAMal et  
de Tarmed 18

Prise de position à la suite de l'article  
«Bilan intermédiaire Tarmed» 19

Vous pouvez prendre connaissance de nouvelles récentes  
sous [www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch) «Membres»

## Décisions de l'assemblée des délégués du 31 mars 2005



Th. Eichenberger, secrétaire de la SMCB

### 1. Approbation des comptes annuels 2004 et vote de décharge du comité cantonal

A l'unanimité

### 2. Budget 2005 avec une cotisation inchangée

Motif:

La cotisation cantonale reste inchangée et se monte à:

Catégorie 01 (membres en pratique indépendante) fr 720.–

Catégorie 02 (membres en pratique non indépendante et fonction dirigeante) fr 600.–

Catégorie 03 (membres en pratique non indépendante et sans fonction dirigeante) fr 300.–

Catégorie 04 (membres en formation FMH de perfectionnement) fr 300.–

Catégorie 05 (domicile et activité professionnelle à l'étranger) fr 150.–

Catégorie 06 (actuellement sans activité professionnelle de médecin) fr 150.–

Remarque:

Les membres de la catégorie 01, qui ont adressé à temps un questionnaire évaluable dans le cadre de RoKo, continuent de bénéficier d'un remboursement de fr 300.–.

Proposition du comité cantonal d'approuver le budget (cotisation inchangée):

A l'unanimité

### 3. Autorisation accordée au comité cantonal de prélever, en cas de nécessité, au cours de l'année 2005, fr 100.– (catégories 01 et 02), respectivement fr 50.– (catégories 03, 04, 05 et 06) par membre (cotisation extraordinaire)

A l'unanimité

### 4. Elections

#### a) Election de l'organe de contrôle

Les délégués élisent à l'unanimité Price-Waterhouse-Coopers en qualité d'organe de contrôle pour une année supplémentaire.

#### b) Election d'un membre du comité (proposition MBV Berne-Ville)

Les délégués élisent Heinz Zimmermann à l'unanimité et 1 abstention en qualité de nouveau membre du comité.

#### c) Election d'un nouveau délégué à la chambre médicale (proposition MBV Berne-Ville)

Les délégués élisent à l'unanimité et 9 abstentions Jean-Jacques Moser en qualité de nouveau délégué à la chambre médicale.

#### d) Election d'une nouvelle déléguée à la chambre médicale (proposition cercle médical Berne-Campagne)

Les délégués élisent à l'unanimité Madeleine Müller en qualité de nouvelle déléguée à la chambre médicale.

#### e) Election d'un délégué remplaçant à la chambre médicale (proposition cercle médical Berne-Campagne)

Les délégués élisent à l'unanimité et 6 abstentions Matheus W. Vischer en qualité de délégué remplaçant à la chambre médicale.

### 5. Proposition du Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH) concernant l'adhésion à l'association des petites et moyennes entreprises du canton de Berne (PME bernoises)

Motif:

On propose l'adhésion collective de la Société des médecins du canton de Berne (SMCB). La cotisation annuelle pour les membres collectifs, qui se calcule en fonction du nombre de membres, ne serait pas payée individuellement par les membres, mais par la SMCB.

Le motionnaire attend de la collaboration avec PME bernoises un renforcement de la plate-forme politique, une amélioration des relations à la politique, ainsi qu'une plus grande prise d'influence grâce à l'apport des connaissances médicales de la SMCB dans le cadre des discussions de politique de la santé.

Proposition modifiée: Le comité cantonal reçoit le mandat de négocier une adhésion à PME bernoises (vote au sujet du résultat de la négociation lors d'une prochaine assemblée des délégués).

Adoptée par 42 (oui) : 12 (non) et 3 abstentions.

### 6. Modification des statuts

#### a) art. 9, al. 2, tiret 3

La disposition selon laquelle la qualité de membre cesse lorsque, après rappel pendant deux ans, les cotisations restent impayées ou ne sont recouvrables qu'après poursuite fructueuse, est modifiée de la façon suivante:

Le passage suivant est supprimé: «**ou après poursuite fructueuse**».

Motif:

L'exigence des poursuites s'est révélée inutile en pratique. Harmonisation avec les statuts de la FMH.

Nouvelle formulation de l'art. 9, al. 2, tiret 3 des statuts:

**La qualité de membre se perd automatiquement lorsque, après rappel, les cotisations restent impayées pendant deux ans.**

Modification des statuts adoptée à l'unanimité.

#### b) suppression de la commission économique (suppression de l'art. 36 et de l'art. 25, ch. 5, ainsi que modification rédactionnelle de l'art. 19, ch. 7 des statuts).

Motif:

La fonction de la commission économique a été, au cours des dernières années, assurée par le groupe Economie du comité cantonal. On peut se référer au règlement administratif du comité cantonal.

Cette activité requiert beaucoup de compétence technique, un réseau adapté et une voie décisionnelle très courte. C'est la raison pour laquelle une commission économique, sur une base élargie, n'est plus un organe adapté aux exigences de l'époque et qu'il doit être supprimé. La fonction de la commission économique est assurée actuellement par la conférence élargie des présidents, à laquelle participent également les présidents des sociétés de discipline.

Adoption à l'unanimité et 1 abstention.

## Votation populaire du 5 juin 2005: loi sur les soins hospitaliers ou projet populaire?

Le comité de la Société des médecins du canton de Berne se prononce en faveur de la loi sur les soins hospitaliers et contre le projet populaire.

Nous vous recommandons par conséquent d'accepter, le 5 juin 2005, la *loi sur les soins hospitaliers* adoptée à une grande majorité par le Grand conseil, c'est-à-dire:

1. de dire **OUI** au **projet du Grand conseil**,
2. de dire **NON** au **projet populaire**, et
3. de répondre à la question subsidiaire (en cas de double oui) en **cochant la case du projet du Grand conseil**.

L'ancienne loi sur les hôpitaux, qui date de 1973, est dépassée, elle doit être révisée de toute urgence. Le comité de la Société des médecins a, lors de la procédure de consultation, approuvé pour l'essentiel le projet de loi du Grand conseil.

Il s'agit d'une réponse législative moderne, adaptée aux exigences actuelles pour des soins hospitaliers étendus en faveur de l'ensemble de la population, elle règle toutes les questions essentielles et s'appuie sur un large consensus politique.

Le référendum lancé par le syndicat SSP menace inutilement ce projet non contesté par une large majorité. Il s'agit dès lors d'empêcher un double non que seul le projet populaire a rendu possible. En résumé cela signifie:

Si vous êtes hésitant, déposez au moins un double oui, **en aucun cas un double non** et répondez sans faute à la question subsidiaire en cochant la case du projet du Grand conseil. Il s'agit d'un projet de grande importance pour le système de santé bernois.

Expliquez à vos patientes et patients cette procédure électorale compliquée.

Pourquoi le comité cantonal en est-il arrivé à ces recommandations?

Ceux qui vendent le référendum constructif (projet populaire) sous le titre d'«aggravation des conditions de travail» et de «privatisation rampante des hôpitaux», préten-

dent que la loi est une mauvaise solution. Ces deux affirmations sont fausses.

La disposition du projet du Grand conseil, selon laquelle le temps de travail, le salaire et les prestations sociales doivent correspondre aux exigences actuelles du lieu et de la branche est suffisante. L'**aggravation des conditions de travail** que craignent les initiants **ne se produira pas**. De bonnes conditions de travail ne dépendent pas d'une convention collective de travail imposée par la loi. Les conditions de travail, selon nous, ne devraient pas être imposées au plan cantonal, mais, ainsi que c'est le cas maintenant, pouvoir être négociées au plan régional et local. Ce serait une erreur de jugement que de penser, dans notre époque de ressources financières limitées dans le canton de Berne, un CCT entraînerait une amélioration des conditions de travail. De telles améliorations des conditions de travail ne pourraient être financées qu'avec des économies à un autre niveau, c'est-à-dire en diminuant les prestations en faveur des patientes et des patients. La Société des médecins se verrait dans l'obligation de désapprouver un tel jeu à somme nulle.

Le projet populaire limite sans raison la liberté d'action du canton et des hôpitaux. Au contraire de l'avis des initiants, il n'est prévu **aucune privatisation du système hospitalier**. Le projet du Grand conseil permet la participation de tiers et la collaboration des hôpitaux privés et publics d'une manière aussi flexible que possible. Les hôpitaux régionaux, à la suite du projet du Grand conseil, ont l'obligation d'accepter un mandat public et de garantir des soins hospitaliers étendus. Ils ont l'obligation d'accepter les patients. La participation majoritaire de privés dans les centres hospitaliers régionaux est certes possible selon le projet du Grand conseil. On est en droit de se demander si un privé va prendre un tel risque.

On ne voit pas pourquoi il faudrait exclure cette éventualité. Les initiants du projet populaire exigent que la main publique dispose toujours de la majorité en capital et en voix. Ce faisant ils s'opposent aux modèles de collaboration qui ont fait leurs preuves entre hôpitaux publics et privés et se prononcent en faveur d'une évolution vers l'étatisation et le renchérissement du

système hospitalier dans le canton de Berne.

Cette recommandation de vote est faite sur mandat du comité cantonal. Ce dernier est conscient que l'ASMAC section de Berne s'est associée aux associations de personnel et qu'elle appuie le projet populaire. Devant l'importance du projet, la prise de position du comité cantonal est absolument nécessaire.

Pour des raisons de transparences, nous rendons attentifs au fait que le président et le secrétaire ont adhéré, en tant que personnes privées, au comité bernois «Pour des prestations hospitalières garanties».

Thomas Eichenberger,  
secrétaire de la SMCB

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

Tél. 031 310 20 99;

Fax 031 310 20 82; E-Mail: tackenberg@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 avril 2005.

## Kurt Hänni

### *Eloge de l'ancien président de l'Association des médecins hospitaliers du canton de Berne*

**Le nouveau président de l'Association des médecins hospitaliers du canton de Berne nous écrit au sujet de son prédécesseur ...**

Kurt Hänni a été, de 1997 à 2004, le président de l'Association des médecins hospitaliers du canton de Berne (VSBK). Nous lui devons beaucoup. Il a obtenu que la voix des médecins hospitaliers soit écoutée et ait du poids dans le monde politique, l'administration et auprès des caisses maladie.

Le conseiller exécutif Samuel Bhend nous donne une bonne indication sur la manière d'agir de Kurt Hänni (dans le procès-verbal d'une assemblée des délégués): en dépit de points de vue généralement opposés, la collaboration a toujours été bonne. Les qualités les plus importantes de Kurt Hänni peuvent être indiquées de la façon suivante: dans la défense de nos intérêts il s'est toujours montré tenace, mais aussi ouvert et ne déviant pas de la voie choisie; il était un bon auditeur respectant l'opinion de l'autre. Il convainquait par ses qualités de chirurgien foncièrement honnête et humain, la suffisance médicale lui rebutait.

Beaucoup de choses se sont passées au cours des dernières années en ce qui concerne la politique hospitalière. La nouvelle LSH, les exercices d'économie dans le cadre d'ESPP, les fermetures d'hôpitaux dans le canton de Berne, des projets tels que APDRG, QABE, le moratoire à l'ouverture de cabinets, l'introduction de Tarmed, la semaine de 50 heures pour les médecins assistants, les nouvelles conditions d'engagement des médecins-chefs, les travaux concernant la loi sur les soins hospitaliers. La collaboration active dans tous ces domaines signifiait un énorme investissement en temps, à côté de l'activité de médecin-chef du service de chirurgie de l'hôpital régional de Langenthal.

Kurt Hänni était un battant, il a souvent été notre seul représentant dans un grand nombre de commissions. Ses intérêts les plus importants concernaient des structures hospitalières favorisant la responsabilité et la liberté de décision des médecins

cadres. Il est convaincu que la part du revenu privé joue un rôle important dans ce domaine. Ce n'est que si l'on maintient une part importante d'exercice privée de la médecine dans les hôpitaux, que de jeunes médecins de qualité et prêts à s'engager continueront d'accepter des postes de médecin-chef dans les hôpitaux publics.

Une des réussites les plus éclatantes de Kurt Hänni a été sa collaboration fructueuse à l'élaboration de la nouvelle loi sur les soins hospitaliers du canton de Berne. Ses interlocuteurs de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) et de la commission du Grand conseil respectaient ses points de vue. On ne le considérait pas en premier lieu comme un représentant des intérêts médicaux, mais beaucoup plus comme un spécialiste en la matière concerné par le bien général. Nous lui sommes redevables que, grâce à sa façon intelligente d'agir, des éléments essentiels de l'exercice libéral de la médecine figurent dans la nouvelle loi.

Kurt Hänni a recherché la discussion avec les consoeurs et les confrères plus jeunes. Il a mis en place un réseau de collaboration avec la Société des médecins, l'ASMAC, l'AMPHS, le VBK, les caisses maladie et la SAP.

Par courrier il a régulièrement tenu au courant de son activité les délégués du VSKB. Il le faisait en prenant une position affirmée. Il décrivait l'évolution du domaine de la santé comme une chose chaotique et déplorait la mainmise de l'économie. Il doute des appels en faveur du seul marché. Il a toujours lancé un appel en faveur de la solidarité et de la collaboration avec l'administration des hôpitaux et le milieu de la politique de la santé.

Nous souhaitons à Kurt Hänni, qui se retire également en 2005 de son activité de médecin-chef, de jouir pleinement d'une vie libérée de tous soucis relatifs à SAPQABEVKESPTARMEDASMACC-MAMPHSVBK.

*Dr Christoph Cottier PD  
médecin-chef de la clinique médicale  
hôpital régional Berthoud*





## Critères d'économie au cabinet médical

Le contrôle de l'économicité de la pratique médicale est à l'origine d'une véritable bataille de chiffres entre fournisseurs de prestations et caisses. Dans le cadre d'une manifestation organisée en collaboration par la Société des médecins du canton de Berne et «Sandoz Think Generics», au Casino de Berne, le 7 avril de cette année, des représentants du monde politique, des caisses maladie, de l'économie et des médecins participèrent à un débat intitulé «Critères d'économie au cabinet médical».



Jürg Schlup, président de la SMCB, Simonetta Sommaruga, conseillère aux Etats, Salvatore Volante, animateur, Roland Amstutz, santésuisse et Willy Oggier, économiste de la santé

Photo: Pascal Schütz

L'économiste de la santé Willy Oggier, à l'introduction de son exposé, rappela les incertitudes en relation avec la notion d'«économie». «S'agit-il, en disposant d'une quantité donnée de ressources, de parvenir au meilleur résultat possible ou d'atteindre un but défini avec aussi peu de ressources que possible?» Il attribue les insuffisances actuelles des procédures en matière d'économie à l'attitude d'opposition de la part des fournisseurs de prestations. «Plutôt que de développer leurs propres critères, les médecins bloquent tout débat touchant aux critères d'économie.» Dans son exposé, Jürg Schlup, le président de la Société des médecins, revint sur le reproche concernant l'attitude d'opposition. Il riposta en faisant une proposition: «Monsieur Oggier, indiquez-nous un indice de morbidité que vous considérez valable et nous vous offrons notre collaboration à un projet pilote dans le canton de Berne.» L'indicateur de morbidité du canton de Thurgovie démontre en effet une importante corrélation entre le nombre des patients chroniquement malades et les

coûts annuels dans ce collectif défini d'assurés.

S'adressant au monde politique, représenté en la personne de la conseillère aux Etats bernoise Simonetta Sommaruga, Schlup lui adressa le reproche de n'évaluer l'économicité que sous l'angle d'une seule prise en compte des dépenses. La politique concéda, soit par opportunité,



Photo: Pascal Schütz

A l'accusation selon laquelle les médecins persistent dans une attitude de refus, le président de la SMCB riposta en présentant une offre de projet pilote dans le domaine des critères d'économie.

soit par manque de compétence, que la question de l'économicité se fonde pour l'essentiel sur la seule statistique de santé-suisse de ceux qui établissent des factures. Il y aurait lieu de tenir compte également de tous les coûts et bénéfices sociaux engendrés par la médecine. Alors que la Suva, qui se pose des questions sur la contribution productive d'un patient qui reprend son activité, la politique pratiquée selon la LAMal repose exclusivement sur le côté des coûts. «C'est encore pire», ajoute Schlup, «la fixation exclusive sur des critères de coûts a pour conséquence, devant une compensation des risques inchangée, d'inciter à la sélection des risques.» Oggier, qui partage sur cette question l'avis d'autres économistes de la santé en Suisse, exigea avec véhémence que la compensation du risque soit complétée par des critères tels que «séjour stationnaire dans un hôpital ou une institution résidentielle (accouchements exceptés)» et «diagnostics correspondant à un grand risque de maladie». D'après Oggier, les grandes caisses maladies refusent cette proposition.

En réponse au reproche volontiers formulé par les milieux politiques, selon lequel les fournisseurs de prestations tiendraient au maintien de la situation existante et refuseraient toute idée de réforme pourtant nécessaire du domaine de la santé, Schlup rétorqua que la Société des médecins du canton de Berne s'était déjà adressée il y a deux ans aux parlementaires fédéraux en leur proposant de faire dépendre le droit à la fourniture de prestations à la charge de l'assurance à un certain nombre d'exigences (extrait):

- perfectionnement reconnu, par analogie au titre de spécialiste FMH (au minimum 5 ans)
- participation à des cercles de qualité et contrôles de la qualité
- participation au service de garde médicale
- preuve du besoin selon la discipline et la région (en fonction de la situation locale)

Le parlement suisse se trouve maintenant devant la tâche de mettre en œuvre ces mesures. Du côté des fournisseurs de prestations, on se déclare prêt à participer à la recherche de solutions. Les contrôles d'économicité sont sensés et justifiés. Mais il faut aussi tenir compte de critères de qualité, une analyse coûts-bénéfice doit être établie et la base des données statistiques élargie. C'est à cela que servent les chiffres collectés par les trust-centers en main médicale.

M. Tackenberg, SPI

## «En supprimant l'obligation de contracter nous nous rendons la vie plus difficile et plus compliquée»

*Le Groupe Mutuel ne veut pas d'une médecine étatisée. Il ne voit aucun avantage dans une éventuelle suppression de l'obligation de contracter. Plutôt que d'attendre des solutions étatiques, il tente d'améliorer, avec sa «Charte de partenariat» la collaboration avec les médecins.*

*doc.be s'entretient avec Monica Crettol, membre de la direction et directrice du managed care, Groupe Mutuel, Sion et le Dr Willy Kamm, médecin-conseil pour le managed care, Villars-sur-Glâne/FR*

### **doc.be: Quelle est l'idée fondamentale du modèle «médecin partenaire du Groupe Mutuel»?**

Crettol: Dans le système de santé suisse, il faut du temps pour qu'une solution puisse être apportée à des problèmes fondamentaux. De plus, une solution politique n'est pas toujours la meilleure solution. C'est pourquoi, avec nos partenaires, nous voulons trouver des réponses communes à des questions importantes dans le domaine de la santé et, par exemple dans le cadre du modèle «médecin partenaire», travailler en collaboration très étroite avec les médecins de premier recours. La base de ce travail est constituée par la «charte de partenariat», par laquelle fournisseurs de prestations et assureurs s'engagent (voir encadré) pour une collaboration améliorée. Nous ouvrons nos statistiques au médecin, nous limitons au strict minimum nos demandes de rapports médicaux et respectons avant tout la liberté thérapeutique du médecin. De son côté, le médecin s'engage à analyser avec nous au moins une fois par année les données statistiques fournies. C'est de cette façon qu'il devrait être possible de parvenir à une optimisation de la chaîne thérapeutique en matière de coûts et d'efficacité.

### **Quels buts principaux poursuivez-vous par ce projet?**

Dr Kamm: Il s'agit tout d'abord de continuer à offrir en Suisse une médecine d'un niveau qualitatif élevé et qui puisse être financée. Nous ne voulons pas être un jour devant l'obligation de rationner. Ensuite, le Groupe Mutuel ne veut pas d'une médecine étatisée, dans laquelle l'Etat prescrit aux patients quand et pourquoi ils

peuvent consulter un médecin. Nous ne voulons pas non plus d'une caisse maladie unique, ainsi qu'il en est régulièrement question en Suisse. Pour atteindre ce but – la maintien pour la population d'une médecine que l'on peut financer et d'un haut niveau de qualité – nous visons une collaboration plus étroite avec les fournisseurs de prestations. Il s'agit de bâtir un rapport de confiance et d'améliorer l'échange d'informations entre les médecins partenaires et le Groupe Mutuel.

### **Comment se présente la collaboration pour un médecin participant?**

Crettol: Le projet a pris son essor en 2002 en Suisse romande. Au cours des deux premières années, nous avons rendu visite au médecin une fois par année et avons comparé nos statistiques détaillées concernant les consultations, en fonction de la classe d'âge, avec nos valeurs moyennes pour le canton. Nous avons besoin de mieux comprendre quels étaient les problèmes auxquels le médecin se trouvait confronté. En sens opposé, nous pouvions présenter nos observations concernant l'économicité. Nous avons tout particulièrement analysé les coûts induits, tels que frais de médicaments et de laboratoire. Durant cette période de deux ans, nous avons pu mieux connaître et comprendre les demandes et les soucis des médecins et avons pu discuter avec eux. Nous avons suivi avec attention l'évolution des coûts et examiné en commun ce qui pourrait être amélioré. Le problème essentiel est en effet que le médecin de premier recours sait quelles sont les prestations qu'il fournit de son côté, mais qu'il ne sait pas quels sont les coûts que le patient génère à côté.



Monica Crettol:  
«Ce projet n'est pas un projet en vue d'une éventuelle liberté de contracter»

Foto: M. Tackenberg

### **Quels sont les avantages pour le patient? Des primes plus basses? S'agit-il d'un modèle auquel, en qualité d'assuré, on doit adhérer?**

Crettol: Non, il s'agit d'une optimisation de l'assurance de base. Si, dans le domaine de la santé, nous parvenons à une utilisation efficace des moyens à disposition et freinons ainsi l'augmentation des coûts, les primes de nos assurés diminueront automatiquement. C'est évidemment un avantage de concurrence par rapport aux autres assureurs.

### **Comment entendez-vous concrètement limiter les coûts?**

Crettol: Nous nous servons d'un programme qui nous permet, dans le sens du «case management», une analyse très précise des cas de maladie occasionnant des frais élevés et nous nous intéressons ensuite de très près aux patients. Il faut savoir qu'environ 5 pour-cent des assurés sont responsables annuellement de quelque 50 pour-cent des coûts à la charge de l'assureur. Ainsi, nous réfléchissons, avec notre département des prestations, comment il serait possible de sensibiliser les assurés pour qu'ils consomment les médicaments de façon raisonnable. Lorsque par exemple des génériques peuvent être utilisés, la discussion avec le médecin ou le pharmacien est importante.



Dr Willy Kamm:

«Nous visons une meilleure collaboration avec les fournisseurs de prestations»

Foto: M. Tackenberg

**Enfin, pour les caisses maladie, le médecin bon marché n'est-il pas le meilleur médecin?**

Dr Kamm: Il y a des patients qui génèrent 50'000 francs de coûts par année. Nous disposons maintenant d'une étude qui montre comment ces 50'000 francs se répartissent. Les chiffres démontrent que les coûts générés par le médecin de premier recours sont très faibles. Une grande partie des coûts est générée sans l'intervention du médecin de premier recours: les hôpitaux, les examens spécialisés chers ou les traitements hospitaliers ambulatoires. C'est une façon très intéressante de démontrer que le médecin de premier recours ou le généraliste ne sont au fond pas du tout en première ligne dans la responsabilité du total des coûts incombant à un patient. De nos jours, ces coûts ont leur origine à l'hôpital et dans

Les médecins qui s'intéressent au programme «Médecin partenaire» du Groupe Mutuel, peuvent obtenir sans engagement d'autres informations en s'adressant au Dr Willy Kamm, médecin conseil pour le managed care, tél. 058 758 47 54, courriel: wkamm@groupe-mutuel.ch ou à M. Daniel Volken, responsable pour l'achat des prestations en Suisse allemande, tél. 058 47 52, courriel: dvolken@groupe-mutuel.ch (tous deux parlent français, ndt).

## CHARTRE DE PARTENARIAT

### Art. 1 Buts de la charte

La charte a pour buts:

1. D'établir un partenariat entre le médecin et les caisses maladie affiliées au Groupe Mutuel.
2. D'améliorer l'efficacité dans la prise en charge des patients/assurés.
3. D'améliorer la satisfaction des patients/assurés.
4. De régler les rapports entre le médecin et le Groupe Mutuel.

### Art. 2 Devoirs de l'assureur

L'assureur s'engage:

1. A remettre dans la mesure des possibilités, selon un calendrier déterminé, les statistiques nécessaires au médecin.
2. A mettre à disposition du médecin une personne de référence chargée de lui donner tous les renseignements utiles.
3. A élaborer des supports d'information pour le médecin.
4. A limiter les demandes de rapports médicaux.
5. A respecter la liberté de choix thérapeutique du médecin.

### Art. 3 Devoirs du médecin

Le médecin s'engage à:

1. Collaborer avec le médecin conseil et l'infirmière conseil du Groupe Mutuel pour les problèmes d'ordre médical.
2. Collaborer avec la personne de référence pour les problèmes administratifs.
3. Prendre en charge les assurés en veillant à:
  - a. la qualité des soins
  - b. l'économie de traitement
  - c. la prévention
  - d. la satisfaction des assurés
4. Analyser avec l'assureur, au minimum une fois l'an, les données statistiques fournies afin d'améliorer la chaîne de traitement en terme coûts/efficacité. Le cas échéant, le médecin conseil de l'assureur pourrait être présent.

### Art. 4. Devoirs communs

1. Les parties s'engagent à collaborer à, notamment l'amélioration des systèmes et processus d'échange d'informations, du suivi du patient, l'échange électronique des données.
2. Les parties s'engagent à procéder à une analyse des frais prescrits (laboratoire, radiologie, physiothérapie, traitements ambulatoires hospitaliers, etc.)

### Art. 5 Modifications

Les parties peuvent en tout temps, d'un commun accord, procéder à des modifications de la présente charte et de son annexe.

### Art. 6 Entrée en vigueur, durée et résiliation

La présente charte entre en vigueur au ..... 2005.

Elle est conclue pour une durée indéterminée.

Elle peut être résiliée par chacune des parties pour la fin de l'année civile moyennant un préavis de trois mois, sous pli recommandé, la première fois le 31 décembre 2006.

Ainsi fait à Martigny et ....., en deux exemplaires originaux, le ..... 2005.

Docteur

Groupe Mutuel

les services hospitaliers ambulatoires. Pour mieux encore démontrer la chose, nous avons besoin des médecins partenaires. Ils doivent nous aider à établir une banque de donnée significative. Dans ce contexte, nous devons également mettre en route un indice de morbidité commun. Le modèle grossier actuel, tenant compte de l'âge et du sexe, fournit trop peu de renseignements.

**Etes-vous déjà en mesure de nous dire quelque chose au sujet de vos analyses statistiques?**

Dr Kamm: Il est encore trop tôt pour parler de résultats, mais on peut envisager que de telles statistiques pourraient donner des résultats très intéressants, spécialement pour les fournisseurs de prestations. Afin d'élargir la base des données, nous recherchons activement des médecins en Suisse allemande pour participer à notre modèle médecin partenaire.

**Ne s'agit-il pas tout simplement, pour le Groupe Mutuel, d'avoir des chiffres en**

**vue de la suppression de l'obligation de contracter, afin de pouvoir décider quels sont les médecins avec lesquels il envisage de continuer à travailler?**

Crettol: Très clairement ce projet n'est pas un projet en vue d'une éventuelle liberté de contracter. En ce qui concerne l'obligation de contracter, il existe des assureurs qui pensent que la liberté de contracter est la solution miracle. Le Groupe Mutuel n'en fait pas partie. Nous sommes convaincus que des corrections au niveau des dispositions législatives ou des solutions de la part des organisations professionnelles sont mieux à même d'éliminer les «moutons noirs» des rangs des fournisseurs de prestations.

Nous ne voulons de toute façon dans ce projet aucun médecin qui ne s'engage que pour se procurer un avantage en cas d'introduction de la liberté de contracter. Nous souhaiterions vraiment collaborer avec des médecins qui partagent nos objectifs. Nous nous engageons, par exemple par le modèle «Médecin partenaire», pour des pistes de solutions élaborées en commun.

**Est-il faux de dire que le Groupe Mutuel s'engage en faveur de la suppression de l'obligation de contracter?**

Dr Kamm: Récemment, à l'occasion d'une réunion avec les «médecins partenaires» de Suisse romande, nous avons déclaré que nous ne voyions aucune raison à la suppression de l'obligation de contracter.

Crettol: Nous ne pensons pas qu'il soit possible de parvenir à une augmentation de l'efficacité par l'intermédiaire de la liberté de contracter. Je pense que nous nous rendons tout au plus la vie beaucoup plus difficile et compliquée. Aucun assureur ne peut se permettre de dire qu'il ne collabore plus qu'avec 50% des médecins du canton de Berne ou de Genève, il courrait un trop grand risque de perdre des parts de marché.

Pour doc.be:  
Peter Jäger, Marco Tackenberg

**Centre communal Lötschberg, Spiez**  
**Dimanche 19 juin 2005, 20 h**

**Kultur-Casino Berne, Grande salle**  
**Mardi 21 juin 2005, 20 h**

Réservation: Musikhaus Krompholz, tél. 031 328 52 00

## ORCHESTRE DES MEDECINS BERNE

**DIRECTION** MATTHIAS KUHN

**SOLISTE** EVA-MARIA ZIMMERMANN,  
**Klavier**

Felix Mendelssohn Marche des Prêtres  
tirée d'Athalia

Robert Schumann Concerto pour piano et orchestre en la mineur

Norbert Bergmüller Symphonie no 2 en ré majeur

Felix Mendelssohn Marche funèbre op. 103



## CALENDRIER 2005

2 juin  
Assemblées des cercles médicaux  
ensemble du canton

16 juin  
Assemblée des délégués  
après-midi

1<sup>er</sup> septembre  
Conférence élargie des présidents  
après-midi

20 octobre  
Assemblée des délégués  
après-midi

24 novembre  
Assemblées des cercles médicaux  
ensemble du canton



## Nouvelles de Medphone

### Une nouvelle administratrice

Le transfert de la centrale d'appel urgent Berne vers Medphone se passe en respectant les plans du point de vue administratif et a abouti pour l'essentiel. Au début de l'année Mme Monika Walther a pris la succession de Mme Lüscher en qualité d'administratrice. Nous adressons ici, une fois encore, nos vifs remerciements à Mme Lüscher pour sa fidèle collaboration au cours de longues années.



Monika Walther,  
administratrice Medphone

Mme Walther a des connaissances acquises tant dans le domaine privé que public, elle est par conséquent bien préparée pour accomplir les tâches de Medphone. En sa qualité d'agricultrice diplômée, bénéficiant de nombreuses formations complémentaires tant en économie qu'en gestion d'entreprise, il sera difficile de lui faire perdre sa contenance dans les tumultes de Medphone. Elle nous apporte une grande expérience tirée de son activité de collaboratrice de la commune de Riggisberg et de directrice du Landi Frauenbrunnen.

Son portrait permet de constater la personne accueillante et aimable qu'elle est.

Le CA de Medphone attend une collaboration couronnée de succès et souhaite encore une fois à Mme Walther un bon début d'activité.

### Collaboration avec la police sanitaire

Depuis des années, la centrale d'appel urgent et la police sanitaire travaillent en étroite collaboration. La chose est rationnelle et économique. La police sanitaire a déjà fait le saut en direction d'une institution cantonale, puisque à l'heure actuelle déjà l'engagement des organisations de secours est dirigé pour l'essentiel, pour l'ensemble du canton, à partir de la centrale de Berne. A ce niveau, la police sanitaire atteint ses limites au niveau du personnel et des possibilités d'action. Une nouvelle centrale est certes prévue et son besoin est urgent, la réalisation reste toutefois encore ouverte.

Medphone entend continuer de cultiver cette intense collaboration. Un des buts importants de Medphone est celui d'être intégré, en qualité de partenaire d'égale importance, dans la nouvelle Centrale d'Appel Sanitaire urgent. Des discussions à ce sujet sont engagées avec les autorités cantonales et la volonté politique est pour le moins favorable, de telle sorte qu'à cet égard nous sommes sur le bon chemin. Ainsi nous serions également en mesure de faire le pas en direction de la création d'une centrale de triage pour l'ensemble du canton. La date pour y parvenir est encore fort lointaine, on parle de 2010 pour la réalisation de ce projet.

### Organisations du service médical d'urgence

La loi sur la santé du canton de Berne nous oblige tous à participer au service de garde. La façon dont ce service est organisé, de même que son financement, ne sont prévus dans aucune ordonnance ou décret. Nous autres médecins organisons ce service et le finançons avec nos propres moyens. Il n'existe probablement aucune situation comparable dans un domaine d'une mission publique. Selon moi, cette anomalie ne peut plus être acceptée à long terme. Medphone, à cet égard, entend travailler en vue d'un mandat de prestation de la part du canton, au minimum en ce qui concerne l'organisation du service de garde. Lors de discussions avec des décideurs, la question de la qualité et du contrôle de la qualité de nos prestations est très vite soulevée. Nous devons ici entreprendre un travail préparatoire et

apporter la preuve que notre organisation, qui consiste en un triage et l'intervention du médecin de garde, est rapide, efficace, économique et contrôlable du point de vue de sa qualité. Si nous ne disposons pas de ces preuves, nous ne parviendrons probablement pas à obtenir le mandat de prestation. Si nous voulons pouvoir exercer un poids politique, il est indispensable que ce système bénéficie d'un large accord auprès des médecins et des patients. Plus le nombre des participants de notre côté est grand et plus les patients utilisent les prestations de notre service de garde, plus les autorités accepteront de négocier avec nous au sujet d'une participation/rémunération.

Le CA de Medphone est convaincu que nous disposons déjà à l'heure actuelle d'un tel produit. Avec enthousiasme nous souhaitons convaincre un grand nombre de participants au service de garde dans le canton de Berne que Medphone est pour eux un instrument attractif.

Nous avons planifié des informations destinées au public au sujet de nos importantes et excellentes activités dans le domaine du service médical urgent. Le patient faisant appel au service de garde doit reconnaître en Medphone son partenaire dans le domaine de la santé et le nom doit devenir un réflexe conditionné quand on évoque le service de garde médical.

Pour le CA de Medphone  
Daniel Marth

### Assemblées des cercles médicaux

2 juin 2005  
24 novembre 2005

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

## Nouvelles du Grand conseil



Th. Heuberger,  
membre du  
Grand conseil

La session de février du Grand conseil a été inhabituellement courte, les deux jours de réserve n'ont pas été utilisés, puisque nous avons pu terminer rapidement nos délibérations. Cela tient moins de l'assiduité ou de la quantité de travail que du calendrier des différents projets et de la pause hivernale au cours de laquelle peu de projets ont pu être élaborés. On doit donc s'attendre à ce que nous soyons «punis», au cours de la session d'avril, de ce début d'année 2005 trop calme et que la charge de travail augmente beaucoup (après avoir dû ajouter une session extraordinaire en décembre!). C'est un fait que de tels changements ne sont pas particulièrement faciles pour des indépendants, la planification d'un cabinet de médecin de premier recours dépend d'une présence que l'on peut anticiper, on le sait parfaitement, mais enfin, tout n'est pas planifiable.

Le sujet dominant dans les discussions de la salle des pas perdus, à la pause café, en ville, lorsqu'on se rencontre, ne tournait pas en premier lieu autour des affaires à venir, mais concernait plutôt aux chances de l'initiative «pour des impôts supportables» qui préoccupait certains d'entre nous, en effet le résultat d'une votation populaire reste imprévisible. Les augures, qui nous avaient prédit un résultat serré, voire le succès du projet, se trompèrent heureusement.

On ressent chez la plupart des parlementaires un sentiment de satisfaction, les arguments du Grand conseil et du gouvernement ont été bien accueillis par la population. Cela n'empêche évidemment pas que dans certains domaines d'activités ou endroits, la charge fiscale dans la canton de Berne ne soit pas constructive et que

des baisses d'impôts pourraient avoir un sens. Le Grand conseil a donné un tel signe au cours de la discussion concernant la répartition des fonds de la BN et il existe un consensus pour dire qu'il faut continuer de travailler dans cette direction, que des baisses d'impôts ciblées sont possibles pour soutenir l'économie du canton de Berne. Mais enfin, le résultat de la votation, ainsi que la perspective d'un effacement partiel de la dette grâce à l'or de la Banque nationale, apportent au canton de Berne un peu d'oxygène et il devrait être un peu plus facile de s'attaquer à des projets politiques et de les défendre. D'un autre côté, le Grand conseil veut absolument améliorer, à long terme, la situation financière du canton de Berne et parvenir à un assainissement durable des finances de l'Etat. Ce qui me réjouit personnellement, c'est que le grand «parti gouvernemental» UDC soutient également cette politique financière et qu'il s'était clairement prononcé contre l'initiative pour des impôts supportables, tant au Grand conseil qu'en public.

La prolongation du **numerus clausus** et le transfert de la compétence de décision au gouvernement ont été approuvés. Au cours de la discussion, il est cependant apparu clairement que le **numerus clausus** n'est pas la bonne solution ni pour la faculté de médecine ni pour la relève médicale; mais qu'il est pour l'instant le seul moyen de contrôler les problèmes **au début** des études de médecine (ce qui a été le cas au cours des dernières années). Il est également apparu clairement que le **numerus clausus** n'est pas un moyen permettant de résoudre la fourniture des soins à la population à long terme; dans ce domaine on attend des idées nouvelles. Un **numerus clausus** (ou exprimé de façon plus correcte, **l'exclusion** d'un candidat à des études) ne peut jamais constituer une solution tournée vers l'avenir, il ne peut être considéré que comme une solution de secours.

La **loi sur les soins hospitaliers** a fait l'objet d'une dernière discussion, la recommandation du Grand conseil pour la votation est en faveur du projet du Grand conseil et contre le projet populaire qui, selon l'avis de la majorité du Grand conseil s'accompagnerait de trop de dangers et de risques. D'un autre côté, il faut tout faire pour éviter qu'un **double non** ne sorte des urnes et que la loi sur les soins hospitaliers

enfin aboutie ne soit jetée aux orties et qu'il faille recommencer tout le travail. Cela entraînerait des difficultés au niveau de la planification hospitalière et des soins hospitaliers. A ce sujet, on est en général d'avis qu'il faut s'activer en faveur de l'adoption de la loi, afin d'éviter de se trouver devant le vide.

Le Conseil exécutif, à une grande majorité, a reçu le mandat, suite à une motion, d'exiger de l'Office fédéral de la santé publique et de Swissmedic la mise en place d'une classification améliorée et sans équivoque des médicaments selon les différentes listes de remise, afin d'éviter que le mélange de médicaments et d'auto-médication n'aboutisse à des dangers. Nous savons d'expérience qu'il y a des situations peu claires ou un classement illogique de certains médicaments dans les différentes **listes de médicaments**. Le Grand conseil a approuvé cette proposition contre l'avis du gouvernement!

Au cours des derniers mois et années, on a enregistré une forte tendance vers la protection de la population et tout particulièrement de la jeunesse devant les **«drogues légales»** pour parvenir dans ce domaine à une prévention de la santé et diminuer ou empêcher le risque que la jeunesse ne succombe à la propagande séductrice et la vente libre de tels produits de consommation (alcool et tabac). Nous avons accepté de telles propositions. Le fait qu'elles vont dans le sens d'une politique de la santé sérieuse et responsable n'a pas besoin d'être souligné et ce devrait certainement être de l'intérêt des médecins que quelque chose soit entrepris pour fixer certaines limites (sans toutefois se faire trop d'illusions quant à leur efficacité!).

Les interventions auprès des médias en relation avec les problèmes futurs de la médecine de premier recours, de même que ma motion déposée à nouveau concernant la mise en danger des soins de premier recours ont connu un grand intérêt et retentissement auprès de nombreuses et nombreux membres du Grand conseil, ainsi que du public. J'ai l'impression que dans ce domaine quelque chose se met lentement en marche qui pourrait être d'un grand intérêt pour une fourniture de soins de premiers recours améliorée et tournée vers l'avenir. Je tiens évidemment beaucoup, en particulier par le dépôt de ma nouvelle motion, à démontrer que d'une part le moratoire à l'ouverture de nouveaux cabinets est une erreur et, d'autre part, qu'il ne s'agit pas uniquement de la mise en danger de la médecine de premier

recours et des remises de cabinet: dans d'autres disciplines médicales on constate une répartition inégale selon les régions des cabinets de médecins spécialistes, ce qui a pour conséquence non pas une offre trop importante mais bien plutôt **insuffisante** de certaines spécialités. Il faudra évidemment encore beaucoup de travail d'information et persuasion pour faire connaître aux politiciennes et aux politiciens, ainsi qu'à la population, des modèles mieux capable à même d'assurer durablement et à long terme les soins médicaux (soins de premier recours et spécialisés) et surtout pour garantir les soins urgents dans l'ensemble du canton. Il semble que lentement on prenne conscience qu'il y a un problème à ce sujet, problème que les médecins ont reconnu et qu'ils communiquent mais que les non-médecins et le monde politique n'avaient pas pris en compte jusqu'à maintenant.

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN

Die Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin, FIHAM, ist das Bindeglied zwischen der Medizinischen Fakultät Bern und den Berner Hausärztinnen und Hausärzten. Förderung der hausärztlichen und patientenzentrierten Sicht der Medizin, der Lehre und Forschung in der Hausarztmedizin sowie die Förderung von Qualität und Effizienz in Lehrärzte- und Forschungspraxen gehören zu unserem Kernauftrag.

### **Wir suchen Sie ... als Geschäftsführerin / Geschäftsführer (60–80%)**

Als Geschäftsführerin/Geschäftsführer des operativen Bereichs sind Sie verantwortlich für die zentralen Koordinations- und Vernetzungsaufgaben zwischen der Medizinischen Fakultät und der Basis. Durch Ihre kommunikativen Fähigkeiten fällt es Ihnen nicht schwer, einen engen Kontakt mit den externen Mitarbeitenden der FIHAM zu pflegen. Die Weiterentwicklung des operativen Bereichs der FIHAM erfolgt zusammen mit dem Aufsichtsrat.

#### **Wir erwarten von Ihnen:**

Sie sind eine Persönlichkeit, die gute Kommunikationsfähigkeiten besitzt, flexibel und auch kreativ ist. Ihr Organisationstalent setzen Sie mit Freude ein und mit Ihrem Optimismus können Sie die Mitarbeitenden immer wieder neu motivieren. Ihre Loyalität gegenüber dem Aufsichtsrat und den Berner Hausärztinnen und Hausärzten ist gross.

Die Umsetzung strategischer Vorgaben in die richtigen operativen Aufgaben ist Ihnen nicht ganz fremd. Ihre Praxiserfahrung von mindestens fünf Jahren in der medizinischen Grundversorgung ist eine wichtige berufliche Basis und das richtige Rüstzeug für die neuen Aufgaben.

#### **Wir bieten Ihnen:**

Sie werden ein entwicklungsfähiges und zukunftsorientiertes Arbeitsgebiet innerhalb der Medizinischen Fakultät Bern antreffen. Ein kompetentes und engagiertes Team wird Sie in Ihrer herausfordernden Tätigkeit unterstützen. In dieser dynamischen Umgebung erhalten Sie viel Freiraum für Ihre Eigeninitiative und Ihr Engagement.

**Bewerbungen sind bis 15. Mai einzureichen an:**

Prof. Dr. Paul Brütsch  
Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM)  
Murtenstrasse 11, 3010 Bern  
fiam@fiam.unibe.ch

## Rapport annuel 2004



Jürg Schlup,  
président de la  
SMCB

### 1 Introduction

Au cours de l'année sous rapport, le philosophe Hans Saner, né à Berne et vivant à Bâle, décrit l'«helvétosclérose» régnant en Suisse de la façon suivante: «Manquant de courage et de vision d'avenir, nous sommes désemparés». Plus loin: «Comment peut-on jouer si mal avec d'aussi bonnes cartes?»<sup>1</sup>

Avec ces pensées en arrière-fond, le comité de la Société bernoise des médecins a pris, au cours de l'année sous rapport, une orientation tournée vers le futur, en s'inspirant de la devise de la jeune citoyenne de Berthoud, Simone Niggli-Luder, double championne du monde en course d'orientation: «En courant de poste en poste, on finit par arriver au but.» Le comité s'est donc lancé vers le but par étapes.

### 2 Situation générale de la politique de la santé en 2004

#### 2.1 En Suisse

L'ajournement du financement moniste des hôpitaux par le parlement fédéral, de même que la décision prise au cours de l'année sous rapport de prolonger le moratoire à l'ouverture de cabinets pour les seuls médecins en pratique privée, ont encore renforcé le déséquilibre entre les domaines de soins hôpital et cabinet médical. Cette sous-évaluation du cabinet ambulatoire devrait – si la liberté de contracter devait être introduite avant le financement moniste des hôpitaux – encore s'aggraver.

<sup>1</sup> Weil uns Mut und Vision fehlen, sind wir ratlos. Entrevue avec Hans Saner. Der kleine Bund; 8.1.2005: page 4.

Les arrêts remarquables du tribunal des assurances contre des médecins praticiens concernant des remboursements pour des coûts de médicaments prescrits a pour conséquence que les patients chers ont tendance à être exclus du cabinet médical. Cela n'aura pour conséquence ni une meilleure prise en charge ni une diminution des coûts.

#### 2.2 Le canton de Berne

Le revenu par tête d'habitant, dans notre canton de Berne, selon l'office fédéral de la statistique, se situe un peu en-dessous de celui de l'Italie; l'évolution de la population se situe à 50% en-dessous de la moyenne suisse. Les conséquences de ces faiblesses, dans le canton de Berne, pour notre système de santé sont notamment le manque de moyens pour de nouveaux investissements et pour l'entretien des infrastructures. Un exemple à ce sujet est le retard d'investissement qui va croissant dans nos hôpitaux publics, qui, devant la situation économique actuelle, ne pourra être rattrapé à cours terme. Ce retard pourrait imposer à moyen terme une adaptation des structures.

### 3 Politique de la santé et professionnelle 2004

#### 3.1 Activités au plan suisse de la Société bernoise des médecins

##### 3.1.1 Révision de la LAMal

«Evidemment, je suis assuré en privé. Je dis toujours que je veux pouvoir choisir dans quels bras de veaux mourir. Je ne voudrais par exemple pas mourir dans les bras d'un adversaire politique!» C'est ainsi que s'exprime le conseiller fédéral Couchepin, beaucoup plus ouvertement que celle qui l'avait précédé, dans une entrevue sur la question des assurances complémentaires publiée dans Care en septembre 2004. En octobre 2004, le vice-directeur de l'OFSP, H.H. Brunner, affirmait au sujet de la suppression de l'obligation de contracter avec les médecins praticiens: «En ce qui me concerne, j'ai toujours dit qu'il fallait casser cette structure cartellaire.»<sup>2</sup>

Au cours de l'année sous rapport, l'ASMAC s'est attachée à l'élaboration de critères d'autorisation des médecins prati-

<sup>2</sup> Entrevue: Den Leuten nichts vorgaukeln. Der Bund, 14 octobre 2004, page 7.

ciens en cas de suppression de l'obligation de contracter. Notre comité a appuyé ces efforts et présenté à la direction de l'ASMAC les critères que le comité bernois avait préparés lors du séminaire 2001 et adressés sans succès au Conseil national au début 2002.

Lors de la troisième chambre médicale à fin octobre 2004, notre délégation a proposé avec succès le renouvellement de la menace d'un référendum de la FMH contre la suppression de l'obligation de contracter.

#### 3.1.2 FMH

A l'occasion des manifestations de la FMH dont la liste suit, une délégation bernoise était chaque fois présente: 3 chambres médicales (selon les statuts, une seule aurait été nécessaire) et 4 conférences des présidents. Dans ces cercles, nous avons mis l'accent, au cours de l'année sous rapport, sur l'attitude de la FMH au sujet de la révision de la LAMal, la préparation de la réforme des structures de la FMH, comprenant les organisations chargées du projet et avons exercé notre influence en prévision du changement à la présidence de la FMH. Nous avons fait valoir avec succès notre avis sur les trois questions. Cela ne réussit par contre pas lors de l'élection présidentielle proprement dite. Notre délégation, dans sa majorité soutenait le chirurgien et conseiller national Yves Guisan, qui fut battu.

Le numéro d'urgence d'information Tarmed pour les membres, ouvert nolens volens par le service tarifaire de la FMH à l'initiative de la Société bernoise des médecins, à mi-janvier 2004 seulement, n'a plus été en mesure de satisfaire aux trop nombreuses questions au cours du premier trimestre 2004. C'est pourquoi notre secrétariat – ainsi que celui d'autres sociétés cantonales – a été submergé par des questions relatives à Tarmed. Cette impréparation du service tarifaire de la FMH a eu pour conséquence que le tarif Tarmed LAMal fédéral a été, à son début, interprété de 26 façons différentes au niveau cantonal. Pour les membres de la FMH, utilisateurs du tarif, cette multitude d'interprétations a été parfois déconcertante.

A fin octobre 2004, ainsi que cela avait été conclu contractuellement, après 18 mois, la phase de stabilisation par cas AA Tarmed arrivait à son terme. Dans le but de corriger l'augmentation par cas d'environ 10%, intervenue pour l'ensemble de la Suisse, les partenaires au contrat négocièrent au plan fédéral une diminution de la valeur du PT AA de 100 à 92 centimes, à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2004.



### 3.1.3 Office de la neutralité des coûts Suisse

Lors de la première adaptation de la valeur du PT déjà, en août 2004, le comité de la Société bernoise des médecins indiqua à l'intention de l'office de la neutralité des coûts, que l'augmentation des frais médicaux trouvait également son origine dans la structure même de Tarmed. En même temps, il demandait une réévaluation de la structure tarifaire pour permettre l'adaptation de certaines positions tarifaires dont on aurait constaté qu'elles poussent à l'augmentation des coûts.

## 3.2 Activités cantonales de la Société bernoise des médecins

Au cours de l'année sous rapport, les manifestations statutaires suivantes ont été organisées: 3 assemblées des délégués, 3 conférences des présidents, 12 séances du comité, 12 séances du bureau du comité. Des séances supplémentaires, en relation avec un projet, ont également été organisées. Il y eut aussi un séminaire et une journée des médecins.

### 3.2.1 Tarmed LAMal

#### 3.2.1.1 Neutralité des coûts

Le 1<sup>er</sup> janvier 2004, la phase d'introduction Tarmed, décidée par contrat, commençait pour toutes les consultations hospitalières ambulatoires et les cabinets médicaux. Elle devait durer 18 mois. Le 1<sup>er</sup> avril 2004, débutait la phase de neutralité des coûts de 13 mois. Elle avait été décidée en 1997 par la FMH, santésuisse et H+, approuvée en 2001 par la chambre médicale et fut confirmée en 2002 par les membres de la FMH – mais non par le comité cantonal. La base de la **neutralité des coûts** (NC) est constituée par les coûts bruts de l'assurance de soins obligatoire. Ces coûts comprennent toutes les prestations Tarmed, incluant les analyses de laboratoire et la physiothérapie (y compris ergothérapie, orthophonie), à l'exclusion des médicaments. Ces coûts bruts ne doivent dépasser, au cours de la NC, que de 2.5% au maximum ceux de l'année de comparaison 2001. Si ces coûts sont plus élevés, la valeur du PT (VPT), contrôlée mensuellement, est immédiatement adaptée. Pendant la durée de la NC, le comité cantonal assumait la responsabilité de la mise en route de la NC pour la région tarifaire Berne. Il devait notamment s'opposer à des exigences injustifiées de réduction de la VPT (ce qui fut le cas en juillet et en octobre de l'année sous rapport) et mettre en route des adaptations de la VPT conformes au contrat (ce qui fut le cas en août et novembre). Il ne fut en mesure de s'atteler à cette tâche que parce qu'il

disposait de données statistiques consolidées concernant les prestations fournies par le trustcenter **PonteNova** en mains médicales, et qu'il pouvait acheter des analyses des statistiques auprès du centre de données en mains médicales **New Index** et pouvait également s'appuyer sur les recommandations des experts du **groupe Economie** du comité cantonal. Cette interprétation mensuelle, par le groupe Economie, d'un nombre considérable de données, nos prises de position régulières à l'intention de l'office de la neutralité des coûts, les recommandations répétées à l'intention de nos membres, la répétition, tous les mois, de l'envoi de lettres aux membres et de communiqués de presse surchargèrent considérablement les ressources déjà fort sollicitées du secrétariat, du service de presse et du comité. Notre groupe Economie s'est montré parfaitement à la hauteur de ce défi. Et cela en dépit du fait que ces membres du comité cantonal devaient encore répondre aux nombreuses questions de membres insécurisés et participer à des séances d'information organisées par les sociétés de discipline et les cercles. Au nom du comité cantonal, je remercie nos experts en économie du grand travail accompli avec flexibilité, agilité, compétence, ainsi qu'avec un grand engagement, au profit de tous nos membres: il s'agit du Dr Kurt Aeschlimann (président), du Dr Beat Gafner, du Dr Hans Werner Leibundgut et du Dr Adrian Sieber.

#### 3.2.1.2 Commission paritaire cantonale (PPC)

La dernière pièce encore manquante du contrat d'adhésion Tarmed LAMmal BE, celle du règlement de la CPC, a été négociée jusqu'au printemps 2004 avec santésuisse et signée au cours de l'été. En automne, chacun des partenaires contractuels a désigné 3 membres de la commission, ainsi que trois membres suppléants. Du côté de la SMCB, un gynécologue, un hématalogue et un généraliste ont accepté d'en faire partie; en qualité de suppléants on trouve un gastrentérologue, un psychiatre, une autre gynécologue et une praticienne de médecine alternative. A la fin de l'année, santésuisse et la SMCB ont pu s'assurer la collaboration, au titre de président, de Me Hügli.

#### 3.2.2 Règlement d'administration du comité cantonal

Au cours de l'année sous rapport, l'assemblée des délégués a adopté l'adaptation du règlement d'administration du comité cantonal. La modification concernait un élargissement de compétence du bureau

et en particulier l'attribution cas par cas de tâches aux différents groupes du comité.

### 3.2.3 Contrats des médecins hospitaliers (expertise Geiser)

Grâce à l'intervention commune de la Société des médecins, de l'association des médecins hospitaliers et de l'association des hôpitaux bernois, il a été possible de convaincre la direction de la santé publique de faire entrer en vigueur les contrats des médecins hospitaliers (statut AVS des médecins cadres) non pas dans un bref délai à partir du 1.1.2004, mais plutôt de les retarder d'un an.

Entre temps, les médecins hospitaliers dirigeants ont confié un mandat d'expertise, aux coûts duquel la Société bernoise des médecins s'est associée. L'objet de l'expertise est la qualification, du point de vue du droit des assurances sociales, de l'activité privée à l'hôpital et de ses répercussions sur les conditions d'engagement des médecins.

Les assurances sociales, de même que la SAP, tendaient à limiter l'activité indépendante des médecins cadres hospitaliers (à l'exception de la consultation privée) et ceci au profit de l'activité non indépendante. La SAP, de plus, se vantait d'assumer les conséquences de ses efforts, comme par exemple dans le domaine du premier, resp. du deuxième pilier (cotisations de l'employeur) et de l'assurance accident et perte de gain (obligation de salaire en cas d'accident et de maladie).

### 3.2.4 doc.be

Après le changement de nom et de présentation de notre publication destinée aux membres en 2001, depuis avril 2005, elle est publiée en couleur. L'ambition de la direction administrative est de rendre sa lecture encore plus agréable.

### 3.2.5 www.berner-aerzte.ch

La mise à jour de notre site Internet sera confiée dorénavant au service de presse et d'information de la SMCB.

### 3.2.6 Prises de position du comité en matière de politique de la santé

Les directives en matière de politique de la santé, élaborées au cours des séminaires 2002 et 2003, ont été présentées fin 2003 par le comité et publiées pendant toute l'année sous rapport, en cinq parties, dans doc.be et commentées. A la fin de l'année 2004, un résumé a été ajouté à doc.be.

### 3.2.7 Trustcenter PonteNova

Pour la surveillance de la neutralité des coûts, la SMCB dépendait des **analyses**

**des statistiques** de NewIndex, la centrale suisse des données, en mains médicales. Ces analyses devaient être financées par la SMCB. Le financement se montait à 42 francs par membre. Une augmentation de la cotisation a été envisagée. C'est alors que PonteNova a proposé à la SMCB de prendre à sa charge le coût du contrôle pour ses clients (environ 50% de nos membres). Grâce à la prise en charge de 50% des coûts de cette analyse par PonteNova, la SMCB a pu financer le solde des coûts par ses propres moyens et renoncer ainsi à l'augmentation de la cotisation.

En avril de l'année sous rapport, le comité a prié le conseil d'administration de PonteNova de mettre en route un nouveau domaine d'activité en faveur des médecins. Il s'agit de conseiller et d'appuyer des groupes médicaux lors de la création et la gestion de réseaux médicaux. Avant la fin de l'année, le CA de PonteNova a décidé de mettre en œuvre et de proposer une telle activité de conseil. Dans la région de Berne, cette activité a déjà pris son essor.

### 3.2.8 *Projet de synchronisation des données*

Au printemps 2004, dans un questionnaire adressé aux présidents des cercles médicaux et sociétés de discipline, on demandait s'il y avait un intérêt pour une synchronisation de données sélectionnées concernant les membres pour l'ensemble du territoire cantonal. Au cours des dernières années, des données non compatibles ont eu pour conséquence des problèmes dans la gestion des données des membres. Des mutations concernant certains membres ne purent pas être communiquées entre les sociétés de discipline / cercles et la Société cantonale et durent être saisies une nouvelle fois.

Le comité cantonal a donc décidé, au cours de l'été 2004, le lancement d'un projet de synchronisation cantonale des données, concernant les membres par l'intermédiaire d'un logiciel uniforme. Dès le début, il inclut également la FMH par l'intermédiaire de son président nouvellement élu, ainsi que par celui de son administrateur des données concernant les membres. En automne 2004, la FMH renonça à une participation pour cause de manque de ressources. Le comité ne se laissa pas dévier de son chemin et, lors de l'assemblée des délégués d'octobre, une participation aux coûts de 25'000 francs fut décidée pour le développement du logiciel EPOS destiné à la gestion des données des membres. L'assemblée des délégués accepta également une taxe

unique pour la mise en route, ainsi qu'une location mensuelle payée par les sociétés qui envisagent de se servir de ce logiciel. C'est la firme Logex AG qui a été chargée de mettre ce logiciel à disposition avant le printemps 2005. Les groupements qui nous sont associés ont été priés de nous faire part, par l'intermédiaire d'un groupe de travail, de leurs souhaits au sujet de ce logiciel. Logex a été choisie parce que 8 sociétés cantonales travaillent déjà avec son logiciel; si ce projet pilote de synchronisation des données bernoises devait fonctionner, il devrait être possible, dans une phase ultérieure, de passer à une synchronisation intercantonale. La FMH pourra peut-être, dans l'intervalle, trouver des ressources.

### 3.2.9 *Projet médecin de home*

L'association bernoise des médecins de premier recours (VBH) a proposé au comité cantonal, en collaboration avec l'association bernoise des homes pour personnes âgées, de mettre à jour les recommandations, datant de 1988, à l'intention des médecins de home. Le comité a décidé la nomination d'une délégation aux négociations, de deux membres – composée d'un membre du comité et du responsable de la délégation aux négociations de la SMCB – qu'il a chargée de travailler à l'élaboration, resp. à la négociation d'un contrat cadre ainsi que d'un cahier des charges. Les résultats des travaux devraient vraisemblablement être à disposition au printemps 2005.

### 3.2.10 *Projet «Festschrift» (publication anniversaire)*

Au début de l'année, le comité a adopté le budget, qui se répartit sur plusieurs années, en faveur de cette publication anniversaire. Au cours de quatre séances, le groupe de projet, sous la présidence du Prof. U. Boschung, a travaillé à l'indexation et à la mise à disposition des archives en main de la SMCB, de ses cercles et de la FMH. D'un autre côté, on a entrepris les travaux préparatoires en vue d'un travail pratique d'étudiantes et d'étudiants en histoire. Enfin, on a demandé des contributions à un certain nombre de médecins sélectionnés.

### 3.2.11 *Projet Medphone*

Par l'intermédiaire du projet Medphone, on entendait répondre aux demandes d'un nombre toujours plus grand de nos membres en faveur d'un service de triage pour les médecins participant au service de garde. Après un travail de huit mois, une solution de centre d'appel en mains médicales pour médecin de garde, dé-

passant les limites régionales, a été soumis à approbation, lors de l'assemblée des délégués de mars 2004, par un groupe de projet sous la direction du Dr Daniel Marth. Les délégués ont approuvé la création et le financement de Medphone. Le 3 juin 2004, Medphone SA a été constituée à la Kapellenstrasse 14, à Berne, par les sociétés suivantes: Société bernoise des médecins, cercle médical de Berne, cercles médicaux de Berne-Campagne, Bienne-Seeland, Haute-Argovie et association bernoise des médecins de premier recours. Medphone est une extension du service de garde du cercle médical de Berne, il est ouvert à tous les groupes de service de garde et offre les prestations suivantes: centre d'appel téléphonique d'urgence avec un numéro dépassant les limites régionales, conseils téléphoniques par un personnel qualifié 24 heures sur 24, triage médical des appels en fonction de l'urgence et de la gravité, mise à disposition rapide d'un médecin, collaboration avec le service de secours 144 (centre d'appel d'urgence), les hôpitaux, documentation et évaluation des prestations.

Le comité cantonal continuera à donner son appui à la mise en œuvre de Medphone.

### 3.2.12 *Projet RoKo*

#### *(étude permanence des frais généraux)*

Les données rassemblées chaque année démontrent l'évolution des frais de fonctionnement que le gestionnaire d'un cabinet doit consacrer pour fournir les prestations de son cabinet. Ce suivi des frais généraux sert à la Société des médecins lors des négociations tarifaires, il sert également aux médecins participants pour suivre l'évolution de leurs propres frais généraux et de les comparer avec ceux d'autres médecins de la même discipline médicale.

La Société bernoise des médecins procède à cette évaluation depuis 1989. Le comité a introduit en 2003 une ristourne en cas de mise à disposition d'un questionnaire annuel RoKo contenant des données évaluables concernant le cabinet. Grâce à des ristournes non réclamées au cours de l'année précédente, le comité a pu faire passer la ristourne 2004 à 300 francs. Au cours de l'année sous rapport, environ 450 membres ont participé à l'enquête.

### 3.2.13 *Journée des médecins bernois*

Sous la direction du Prof H.J. Peter, président du comité d'organisation, la Journée des médecins bernois a eu lieu le 11 novembre 2004. Cette journée de perfectionnement a été organisée à l'invitation

de la direction de l'hôpital de l'Île et financée par elle. Ces festivités avaient lieu à l'occasion du 650<sup>ème</sup> anniversaire de l'hôpital de l'Île. Sous le titre «La médecine dans le champ de tension entre le quotidien et l'hôpital universitaire», la commission de programme, elle aussi sous la direction du Prof. Peter, avait invité un certain nombre de conférenciers, qui attirèrent quelque 350 médecins à ce perfectionnement de qualité. La direction a invité ensuite à un généreux buffet, préparé par Mme Anna Seiler et ses collaboratrices, buffet qui fut apprécié de tous. Nos remerciements vont aux conférenciers du Collège des médecins de l'hôpital de l'Île, à la direction de l'hôpital de l'Île, à la commission des programmes, au Prof H.J. Peter et à Mme P. Wolf.

### 3.2.14 Service de garde

Au cours de l'année 2004, des problèmes relatifs au service de garde sont apparus dans de nombreuses régions urbaines de Suisse. Ces problèmes étaient provoqués par des tensions entre les exigences de la population et la participation / disponibilité des médecins. En fin 2004, dans un canton du Mittelland, le gouvernement a même menacé d'intervenir.

Le nombre des médecins prêts à participer à un service de garde régional va en diminuant, ceci pour quatre raisons essentielles: un certain vieillissement des médecins participant au service de garde, une tendance à la spécialisation, une féminisation de la médecine, ainsi qu'une diminution de la disponibilité. La charge de travail des médecins de garde augmentera prochainement de façon différente selon les régions.

Dans le canton de Berne, c'est surtout dans les cercles de Berne et Berne-Campagne que le service de garde a connu des difficultés. Le comité cantonal a apporté son aide à ces cercles par tous ses moyens pour leur permettre d'assurer le service de garde selon la loi et les dispositions statutaires. A ce sujet, le président a eu une discussion personnelle avec le directeur de la santé publique.

### 3.2.15 Défibrillateur

En collaboration avec Medphone et les médecins-dentistes bernois, le comité a organisé une commande collective de défibrillateurs. La condition première pour le choix de l'appareil était une grande compatibilité avec les appareils du service de secours du canton. La commande groupée a permis d'obtenir une réduction de prix de 30%.

### 3.2.16 Table ronde

En juin 2004, j'ai eu l'occasion, en ma qualité de président de notre Société, de participer à une table ronde à côté de la conseillère nationale Humbel (santé-suisse), du vice-directeur Britt (OFSP) et de la représentante des patients, Mme Kessler. La table ronde était dirigée par l'économiste Oggier et elle était consacrée aux réseaux médicaux et à la liberté de contracter.

### 3.2.17 Pénurie de médecins

Au cours de l'année 2003 déjà, une enquête auprès des membres sur le sujet de la pénurie de médecins, a permis de constater que nos membres des régions de campagne et majoritairement pour les disciplines de pédiatrie et de médecine générale, constataient une pénurie médicale. A l'occasion des discussions qui ont lieu trois fois par année entre le DFI et les directeurs cantonaux de la santé, le conseiller fédéral Couchepin a déclaré, le 16 septembre 2004, qu'une pléthore de fournisseurs de prestations caractérisait le système de santé. La **différence de perception** entre le monde politique et les médecins est bien illustrée par l'exemple ci-dessus, elle ne conduira pas uniquement à des tensions entre ces deux groupes mais également au sein du système de la santé. A ce sujet, une constatation concernant la démographie de nos membres praticiens: en 2004, parmi ceux qui sont appelés médecins de premiers recours<sup>3</sup>, 13% (139) sont âgés de 60 ans et plus, pour l'ensemble des médecins, 16% (326) sont âgés de 60 ans et plus.

### 3.2.18 Bourse des cabinets

En février 2004, le comité a décidé la création d'une bourse des cabinets sur notre site. En avril, un avis à ce sujet a été publié dans doc.be et l'offre mise en lien avec le site de l'ASMAC. A la fin de l'année, quelque dix cabinets à remettre y figuraient.

### 3.2.19 City Notfall AG

En mars de l'année sous rapport, nous avons reçu des informations de la direction de l'hôpital de l'Île au sujet d'un projet commun entre hôpital de l'Île et la clinique Sonnenberg. La consultation ambulatoire de l'Île devrait être soulagée grâce à la création d'une consultation externe. On nous proposait de collaborer, à titre de conseiller, au groupe chargé de diriger ce projet. Après prise de contact avec le

<sup>3</sup> Médecins ayant un diplôme de spécialiste en médecine interne, pédiatrie et médecine générale.

cercle de Berne et avec son accord, le bureau de la SMCB a délégué un représentant dans ce groupe. Notre délégué n'a été invité qu'à 2 séances.

En septembre 2004, ce projet a suscité de l'intérêt auprès de l'association bernoise des médecins de premier recours (VBH). La SMCB a d'une part coordonné le processus entre le cercle de Berne et le VBH et, d'autre part, elle les a aidés par la mise à disposition d'un spécialiste. Jusqu'à la fin de l'année sous rapport la participation souhaitée au niveau stratégique par le cercle de Berne et le VBH n'a suscité aucun intérêt auprès des initiants du projet.

### 3.2.20 Séminaire du comité

Le séminaire de cette année avait pour but d'indiquer des alternatives au moratoire des cabinets. On a abordé la révision actuelle de la LAMal, comprenant l'obligation de contracter, le managed care, le financement hospitalier et la participation aux coûts. Le conférencier invité était le conseiller national Yves Guisan, qui, en sa qualité de membre de la commission du conseil national, nous présenta en début de séminaire l'état actuel des travaux de révision de la LAMal.

### 3.2.21 Meilleur final de médecine

Le prix de la Société des médecins du canton de Berne pour le meilleur examen final de médecine a été attribué pour l'année sous rapport à A.G Omlin, il a obtenu une moyenne de 6.0.

### 3.2.21 Communiqués de presse

#### 3.2.22.1 Pharmaciens contre médecins

En janvier 2004, une journaliste de Haute-Argovie a tenté de rouvrir un conflit local, ancien et latent entre pharmaciens et médecins et a écrit, dans la Berner Zeitung, un article violent au sujet de la dispensation illégale de la part des médecins. Nous avons rétorqué, à titre de réponse, que pour les médecins des régions de campagne, la remise de médicaments était non seulement une prestation de service importante mais qu'elle constituait également une contribution essentielle à la réduction des coûts. Cette prestation constitue une incitation pour cette race en voie de disparition que sont les médecins de campagne, eux qui contribuent à la sécurité des soins en région rurale. D'un autre côté la SMCB a pris langue avec le comité du cercle de Haute-Argovie et la société cantonale des pharmaciens à la suite de quoi la journaliste n'eut plus rien à raconter.

#### 3.2.22.2 Numéros 0900

En février 2004, Le Bieler Tagblatt s'adres-

sait à la SMCB en lui demandant une prise de position au sujet du nouveau numéro 0900 du service de garde de Bienne. Nous avons signalé que cette mesure des médecins locaux était à considérer comme une réaction à une diminution du service public. Concrètement, à Bienne, la police de la ville ne serait plus d'accord de participer à la transmission, en qualité d'intermédiaire, des appels urgents aux médecins de garde.

### 3.2.22.3 Adaptation de la valeur du PT

Nous informions que les médecins observaient scrupuleusement le contrat Tarmed. Ces annonces ont reçu un bon accueil.

### 3.2.23 Procédures de consultation

#### 3.2.23.1 Directives pour les soins aux patients en fin de vie

Dans notre réponse à l'intention de l'Académie suisse des sciences médicales nous donnions un avis favorable à son projet de directives sur les devoirs, les possibilités et les limites des soins aux patients en fin de vie.

#### 3.2.23.2 Révision totale du règlement de la faculté

Notre réponse, destinée au décanat, avait lieu sur mandat de l'instance interfacultaire de médecine générale et concernait l'art. 8 et resp. le règlement de la FIAM.

#### 3.2.23.3 Politique du 3ème âge

Dans son rapport sur la politique du 3ème âge, le Conseil exécutif veut contribuer à l'autonomie des personnes d'âge avancé, favoriser les soins à domicile et plutôt que des places en institution résidentielle, créer des incitations pour des conditions d'habitation et de soins orientées vers l'avenir. Notre réponse à l'intention de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) se montrait critique sur un certain nombre de points. Selon la SAP, nous avons été les seuls participants critiques lors de cette consultation ... Nous avertissions que la politique des personnes âgées ne considérerait pas assez les points suivants: besoin de soins ambulatoires qui va en augmentant en raison de la présence simultanée de

- moratoire à la création d'institutions résidentielles et
- vieillissement de la population et
- absence de soins de la part de proches et
- raccourcissement de la durée des hospitalisations (soins pré- et posthospitaliers mieux organisés).

Il est certes bien de garder plus longtemps les personnes âgées à domicile,

mais cela demande une extension adaptée aux besoins des services ambulatoires de traitements et de soins. Si ces personnes dépendantes de soins ne peuvent en bénéficier en ambulatoire, elles vont surcharger et gêner les soins aigus stationnaires. De plus, dans le rapport, on ne parle absolument pas des soins médicaux et il y aurait lieu d'en tenir compte devant la pénurie médicale qui se profile.

La SAP a pris nos critiques au sérieux et envoyé son secrétaire général à un atelier de réflexion. Ce dernier se présenta de façon constructive et aboutit à une adaptation du rapport sur la politique du 3ème âge. On aura l'occasion de constater si des soins décentralisés, ambulatoires, tels qu'ils sont proposés par le gouvernement, se révéleront effectivement moins chers que des soins centralisés et stationnaires; le gouvernement le pense probablement.

#### 3.2.23.4 Rapport sur l'ordonnance de 1996 sur les foyers

Notre prise de position à l'intention de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale a été rédigée après contact avec la section de Berne de l'association suisse des infirmières et infirmiers.

#### 3.2.23.5 Tarif du service médical scolaire

Une adaptation a eu lieu sur demande de notre comité cantonal qui visait à découpler la valeur du point de celle de Tarmed AA. Notre prise de position à l'intention de la direction de la santé publique se prononçait en faveur d'une corrélation avec l'ordonnance sur les émoluments de l'administration cantonale.

#### 3.2.23.6 Numéros 0900

Notre prise de position à l'intention du service du médecin cantonal concernait l'accessibilité du service de garde médical. Depuis le début de l'année sous rapport, les abonnés au téléphone ont la possibilité de bloquer les numéros 0900. En même temps, des groupes de service de garde régionaux ne sont souvent atteignables que par un numéro 0900.

Nous indiquons que les numéros 0900 payants, introduits par les médecins dans les régions de Bienne et de Berne, l'ont été à la suite de la diminution de l'offre de service public (suppression de subventions publiques versées jusqu'alors) et que les sommes encaissées de cette manière ne couvrent qu'à peine la moitié des coûts d'organisation de ces services de garde régionaux. Les médecins, qui payent les autres frais engendrés par l'accomplissement d'une tâche publique, n'acceptent pas, dans ces conditions, d'a-

dapter l'organisation du service de garde. Le renoncement à la possibilité d'utiliser un numéro 0900 pour appeler un service de garde est facultatif et dépend du sens des responsabilités de chaque abonné au téléphone. Pour les abonnés qui ont bloqué leur numéro 0900, il reste la possibilité du numéro urgent 144. Il n'y a donc pas de danger qui exigerait l'intervention des autorités.

### 3.2.23.7 Loi sur les soins hospitaliers

La Société bernoise des médecins a fait valoir en 2001–2002 ses propositions au sujet de la nouvelle loi sur les soins hospitaliers, elle a fait des propositions complémentaires à l'occasion de la consultation de 2002 et pris clairement position lors de deux auditions du Grand conseil, c'est pourquoi le comité de la Société des médecins soutient la loi sur les soins hospitaliers telle qu'elle a été adoptée au printemps 2004 par le Grand conseil par **107 voix contre 13**. Il se prononce contre le référendum du SSP et apporte son soutien de préférence à l'association des médecins hospitaliers du canton de Berne, ainsi qu'à l'association des hôpitaux bernois.

### 3.2.24 Mutations

Le comité a nommé le Dr Beat Geering en son sein, à partir du 1er janvier 2004, en qualité de représentant du CA de l'hôpital de l'île.

Le Dr Oliver Adam s'est retiré du comité à fin avril 2004, il y représentait l'ASMAC Berne.

Le Dr Christoph Stettler a intégré le comité en mai en qualité de membre et de représentant de l'ASMAC Berne.

Le Dr Peter Widler a été élu par l'assemblée des délégués en juin 2004 en qualité de représentant du cercle de Berne au sein du comité.

Peter Jäger a quitté à fin juin 2004 sa fonction de responsable du service de presse et d'information après avoir occupé cette tâche pendant près de deux décennies avec engagement et compétence. Il restera à la disposition du comité pour des tâches particulières.

Marco Tackenberg a été élu par le comité en qualité de nouveau responsable du service de presse et d'information. Ce politologue et spécialiste en relations publiques est entré en fonction le 1er juillet 2004. Il travaillait déjà au profit de la SMCB en qualité de rédacteur de doc.be. Jenny Hellmund est entrée en fonction le 1er août en qualité de collaboratrice du secrétariat. Elle est essentiellement en charge de l'administration des membres.

Le Prof Emilio Bossi, doyen de la faculté de médecine de Berne, s'est retiré en



août 2004 du comité au sein duquel il représentait la faculté de médecine. Il tenait beaucoup à entretenir des relations avec les médecins et la Société des médecins en particulier.

Le Prof Martin Täuber, doyen de la faculté de médecine, est devenu, en septembre 2004, membre du comité au sein duquel il représente la faculté de médecine.

Le Dr Anton Seiler, médecin cantonal, s'est retiré à fin 2004 du comité cantonal au sein duquel il représentait la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale. Toni Seiler a assumé cette importante fonction de contact en des temps parfois agités de façon très personnelle et avec une attitude critique rafraîchissante.

## 4 Que va apporter la politique de la santé en 2005?

### 4.1. En Suisse

Le financement de l'assurance invalidité reste un problème.

Les débats autour de l'introduction de la liberté de contracter avec les médecins praticiens se poursuit.

La lutte autour de la concentration de la médecine de pointe devient de plus en plus dure et – dans le cadre des controverses concernant la transplantation cardiaque – une décision préalable a été prise. La concentration est exigée par la loi sur les transplantations en cours d'élaboration, la réforme de la péréquation financière (RPT) adoptée par le peuple en automne 2004, une motion UDC au conseil national et la LAMal en cours de révision. Le parlement fédéral continuera

d'être confronté à la question suivante: combien faut-il de tels centres pour l'unité d'habitation Suisse, resp. pour l'administration des soins dans le cadre d'une grande ville appelée Suisse? Combien notre économie peut-elle encore financer d'hôpitaux universitaires? Une solution devra être trouvée, elle se situera entre les extrêmes suivantes: un centre unique de niveau mondial style Harvard ou cinq hôpitaux universitaires de classe européenne moyenne.

### 4.2 Dans le canton de Berne

La phase de neutralité des coûts Tarmed LAMal en tant que telle va parvenir à son terme à fin juin. A fin 2004, on ne sait pas encore très clairement ce qui va prendre la relève. Une chose est claire, c'est les exigences de l'office fédéral de la santé publique à ce sujet: «Tous les fournisseurs de prestations qui s'imaginent qu'ils pourront, après la neutralité des coûts, retourner aux anciennes habitudes, doivent savoir que cela ne sera plus jamais possible.»<sup>4</sup>

Le peuple bernois va se prononcer début juin 2005 au sujet de la nouvelle loi sur les soins hospitaliers. Il devra le faire à la suite du référendum lancé contre cette loi adoptée au Grand conseil par 107 voix contre 13.

En juillet 2005, Notfall City AG va ouvrir à la Place Bubenbergr une consultation ambulatoire.

Du 16 au 19 novembre auront lieu, à l'hôpital de l'île de Berne, les journées bernoises de la clinique (BETAKLI). La commission BETAKLI a commencé des travaux préparatoires au cours de l'année sous rapport.

## 5 Conclusion

Notre responsabilité sociale en qualité de médecin concerne essentiellement le bien-être individuel de chacun des patients, mais également le bien-être de la population dans son ensemble et celui de notre système de santé. La société exige par conséquent que nous fassions preuve de modestie et de mesure.<sup>5</sup> Au cours des dernières décennies, nous autres habitants de l'Ouest, nous nous sommes enrichis, travaillons moins et avons plus de loisirs, vivons plus longtemps et sommes en meilleure santé. Sommes-nous pour autant plus heureux?<sup>6</sup> Un peu de modestie ne devrait pas nous rendre plus malheureux.

Le comité de la Société bernoise des médecins poursuit son engagement en faveur des médecins, des patientes et des patients et d'un système de santé efficace.

*Jürg Schlup, président de la Société des médecins du canton de Berne*

<sup>4</sup> Dr H.H.Brunner, vice-directeur de l'OFSP. Infosantésuisse 12/2004; page 7

<sup>5</sup> Die Frage der Woche: Sollen die Belegärzte wieder mehr verdienen, damit die Operationen für sie lohnen? Antwort von Martin Arnold: Wenn die Gesamtbevölkerung den Gürtel enger schnallen muss, gehören doch auch die Ärzte dazu. Sonntags-Blick 26.12.2004; Seite 40

<sup>6</sup> Richard Layard. Die glückliche Gesellschaft: Warum wir ein neues Leitmotiv für Politik und Wirtschaft brauchen. Campus Verlag.

## De corneilles, de LAMal et de Tarmed



Th. Heuberger,  
membre du  
Grand conseil

Il arrive de temps en temps au Grand conseil de discuter de sujets curieux et il peut s'ensuivre un débat houleux. Il a consacré trois heures à la question de savoir s'il est convenable ou cruel, légal ou légitime, avec ou sans autorisation, à considérer comme un acte de torture animale ou de protection, si des corneilles doivent absolument ou éventuellement, peuvent avec ou sans autorisation être éliminées, chassées, endormies, empoisonnées ou passées au rayon laser, au présent, imparfait ou futur de l'indicatif ou si tout cela est simplement interdit.

Beaucoup de questions lors de cette discussion s'adressent à celle qui l'a posée (une membre du gouvernement), peu s'inquiètent des origines des cette «plaie provoquée par des corneilles»; trop peu nombreux sont ceux qui se demandent s'il s'agit réellement d'une plaie ou s'il ne s'agit pas plutôt de quelque chose de naturel que les corneilles se multiplient et qu'à cause de cette augmentation de population elles aillent chercher leur nourriture là où elles peuvent la trouver. Il s'agit donc de toute évidence d'un phénomène normal, mais d'un phénomène provoqué, provoqué par nous, l'espèce humaine, dont les représentants au Grand conseil peuvent discuter.

Il en a toujours été ainsi, et de nombreux exemples en attestent, que l'intervention de l'homme dans le milieu naturel a de tout temps eu des conséquences; il s'agissait le plus souvent de conséquences non souhaitées qui exigeaient des interventions correctrices, qui une fois encore entraînaient des conséquences imprévues demandant une nouvelle intervention correctrice, et les choses pouvaient continuer

ainsi. Interventions et corrections comme une poupée russe sans fin, mais il ne s'agit pas d'un souvenir acheté dans un kiosque, mais bien de la réalité dans une nature souffrant des interventions de l'homme. La suppression des ennemis naturels des corneilles à la suite du rétrécissement de leur espace naturel et de l'élimination des prédateurs à cause de l'agriculture intensive et du bétonnage de l'environnement ont des conséquences sur les conditions de vie des corneilles: l'agriculture intensive leur met à disposition une offre plus grande de nourriture, ce qui permet leur multiplication puisqu'elles profitent d'une nourriture améliorée.

D'autres exemples?

- La monoculture dans les forêts à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle a eu pour conséquence un appauvrissement de la biodiversité, suivie de la mort des forêts et de l'apparition du bostryche, pour aboutir à Lothar. Mais, miracle, la forêt est plus forte, elle guérit par ses propres forces et corrige les erreurs humaines en remplaçant la monoculture par une culture mélangée.
- Les lapins en Australie. Introduits par l'homme qui voulait chasser! On a porté préjudice et perturbé durablement le cycle de la nature par la multiplication des lapins, on lui a porté préjudice une fois encore à cause des mesures correctrices qui exigèrent, elles aussi, de nouvelles interventions aux conséquences pleines de risques...

Qu'est-ce que tout cela a à voir avec la LAMal et Tarmed? ... peut-être tout!

Il est possible qu'au début de ce projet il y ait eu la bonne idée de commencer à intervenir dans un système qui se tenait afin de l'améliorer, d'accélérer l'évolution ou d'éliminer des abus. Au début de ces deux exercices, Tarmed et LAMal, toutes deux des tâches herculéennes, les différents protagonistes songèrent à un grand coup, à une œuvre marquant son époque, sans en évaluer les conséquences, les conséquences des conséquences, ainsi de suite, les tentatives de correction et les dégâts collatéraux. Une poupée russe sans fin avec dans ce cas une petite différence, dans le cas de cette poupée russe, il ne s'agit pas d'un jeu d'enfant innocent mais

bien d'une vérité amère et d'une évolution menaçante avec des conséquences dangereuses pour le système de la santé en général et pour les médecins en particulier.

A l'heure actuelle personne ne connaît les conséquences futures de ces deux grands chantiers sur le système de la santé suisse, tout le monde s'affaire joyeusement (ou moins joyeusement?) cherchant à se faire remarquer par ses idées, à faire prévaloir par des détours ses mensonges politiques; d'un autre côté d'autres ont peut-être intérêt à voir tout le système sombrer dans le chaos, que le système de la santé s'écroule pour en reconstruire un nouveau (meilleur??) qui correspondrait mieux à leurs idées politiques sous le mot d'ordre «une vie nouvelle jaillit des ruines».

L'ancien acteur principal de ce projet (Tarmed) est devenu responsable de l'autre œuvre (LAMal) avec son chef. Il siège à la barre de l'autorité chargée de planifier et de décider, alors qu'il y a encore peu de temps, sous sa direction et ses directives, l'un des projets (Tarmed) s'est transformé d'une piste éventuellement envisageable en une construction qu'il n'est plus possible de contrôler, source d'inquiétude et probablement nuisible, dans laquelle plus personne n'a une idée d'ensemble, un concept directeur et où personne ne sait ou nous mène la route. Il est difficile ici, dans le cadre de ces pensées, de ne pas évoquer le Faust de Goethe, première partie, vers 4610.

## Déclaration commune de l'association des cardiologues libres praticiens (VFKB) et du groupe Economie (du comité cantonal)

### Prise de position à la suite de l'article «Bilan intermédiaire Tarmed» dans doc.be 1/2005

La figure 3 (Moyennes par séance en francs 2003/2004) de l'article «Bilan intermédiaire Tarmed» dans doc.be a suscité de l'émotion au sein du VFKB.

Les critiques formulées sont:

1. Les collectifs 2003 et 2004 varient considérablement et ne sont donc pas comparables.
2. Un certain nombre de cardiologues, contrairement à ce que montre le graphique, ont enregistré un recul des moyennes par séance et/ou du chiffre d'affaire.
3. La moyenne par séance n'est pas le meilleur paramètre pour des spécialistes avec des activités hétérogènes, il serait plus judicieux de considérer le chiffre d'affaire par facture.
4. Un problème de logiciel chez les utilisateurs de MAC fait planer un doute quant à l'exactitude des autres données.

Enfin, les cardiologues craignent que la publication de l'article mentionné ne nuise à leur réputation et ait pour conséquence un recul des demandes de consilium.

Le groupe Economie et le comité cantonal se défendent d'avoir de telles mauvaises intentions. Devant cette manifestation de mauvaise humeur exprimée par de nombreux membres à l'égard de Tarmed, le comité cantonal a décidé de faire preuve de transparence. Il y a évidemment des «bénéficiaires» et des «victimes» de Tarmed, ces décalages ne sont cependant que partiellement dus à une mauvaise utilisation du tarif, mais sont des conséquences voulues – ainsi que c'est le cas pour les psychiatres et les pédiatres.

Le groupe Economie a donc analysé avec PonteNova les critiques du VFKB et est parvenu aux conclusions suivantes:

#### Ad 1:

Si en 2003, dans le canton de Berne, on ne disposait «que» des données d'environ 400 médecins, resp. 5 cardiologues (tous clients de la Caisse des médecins), à fin 2004, on avait à dispositions celles de plus de 800, dont 15 cardiologues.

Si l'on calcule les moyennes par séance en fonction de cette nouvelle et plus large base de données et qu'on les compare avec celles de 2003, on constate, surtout chez les cardiologues, des modifications parfois très importantes des moyennes par séance; elles sont certainement la conséquence des collectifs de comparaison différents. Ainsi, au début de l'année, c'était surtout des cardiologues internistes généralistes qui fournissaient des données, alors qu'à la fin de l'année ce sont également des spécialistes ne travaillant que comme consultants et pratiquant de nombreux gestes techniques (au moins 1–2 prestations techniques par consultation et peu de contrôles suivants), ce qui a eu pour conséquence une montée en flèche des moyennes par séance. Qu'il soit encore signalé que ce problème concerne exclusivement cette discipline médicale.

Si, dans le cadre de cette discipline, on tient compte de l'évolution du collectif, l'augmentation des moyennes par séance chez les cardiologues n'est que de 7%. Les cardiologues se retrouvent au «centre du terrain bernois»!

#### Ad 2:

La statistique est une science exacte. Les médianes et moyennes sont calculées en fonction de toutes les données à disposition et ne sont donc pas a priori fausses si elles ne correspondent pas aux données individuelles. Des collectifs trop petits ou hétérogènes peuvent cependant être la cause de distorsions dues au hasard.

#### Ad 3:

Les médecins consultants ne voient les patients qui leurs sont adressés que 1 à 2 fois et ont par conséquent des frais par séance plus élevés que les médecins de premier recours. Le nombre de séances par facture pour les cardiologues est de 1.5, une valeur moyenne élevée par séance ne signifie donc pas automatiquement un plus grand chiffre d'affaire. Le chiffre d'affaire par facture des cardiologues a chuté de 22% entre 2001 et 2004. A cet égard, le graphique publié ne pouvait pas mettre en évidence toute la vérité.

La moyenne par séance est un bon paramètre permettant de constater des changements à court terme, de plus elle est indépendante de la durée de la facture. D'autres évaluations sont toutefois possibles: pour le VFKB la prise en compte des déplacements de volumes du secteur (partiellement) stationnaire vers l'ambulatoire serait importante.

#### Ad 4:

Au cours des dernières semaines, on a malheureusement dû constater un problème de données dans le profil du cabinet concernant tous les utilisateurs de MAC. Une règle peu claire dans le standard XML a eu pour conséquence que des factures n'étaient plus attribuées à la bonne identification de patient. Cela eut pour autre conséquence que dans le cas de certains profils de cabinet un collectif de patients trop faible fut considéré. Cette erreur n'a toutefois aucun effet sur le calcul de la moyenne par séance ou d'autres données importantes, TrustX, responsable de la préparation du profil du cabinet, peut être considéré comme un système stable et digne de confiance.

En résumé, le groupe Economie regrette que la publication ait pu éveiller l'idée que les membres d'une discipline médicale pratiquent le pillage du tarif et que, pour des raisons de place à disposition, les explications ci-dessus n'aient pas pu être publiées. D'un autre côté la VFKB reconnaît que la SMCB ne pratique pas le bourrage de crâne mais qu'elle cherche, dans l'intérêt de tous, à créer de la transparence dans le domaine complexe des problèmes tarifaires et que PonteNova, en qualité de fournisseur de données, a une attitude neutre.

La discussion concernant la comparabilité d'éléments de données démontre, une fois de plus, combien il est important qu'un nombre aussi grand que possible de médecins fournissent leurs données afin de pouvoir disposer d'un collectif aussi significatif que possible.

Au nom de l'association des cardiologues libres praticiens du canton de Berne  
*Dr Urs Kaufmann, président*

Au nom du comité cantonal  
*Dr Kurt Aeschlimann,*  
*Dr Beat Gafner, groupe Economie*

Au nom de PonteNova  
*Dr H.W. Leibundgut, président du CA*

## Anlässe zur 200 Jahr-Feier der Medizinischen Fakultät Bern

### MAI

- 25.5. Conférence pour écoliers:  
Les nouvelles maladies infectieuses
- 26.5. Conférence: L'apparition de nouveaux  
domaines d'enseignement médicaux et de  
nouveaux instituts médicaux

### JUIN

- en juin Exposés pour les parlementaires fédéraux
- 3.6. 150<sup>e</sup> anniversaire Waldau: Symposium
- 6.6. Café scientifique: La prévention est-elle utile  
chez la personne âgée?
- 8.6. conférence pour écoliers:  
Maladies psychosomatiques
- 9.6. Conférence: La faculté de médecine sous  
l'influence des tendances actuelles en matière  
de politique (universitaire)
- 22.6. Conférence pour écoliers:  
Sport – mouvement – santé

### JUILLET

- 30.7.-1.8. Inauguration du STADE DE SUISSE Wankdorf  
Méthodes médico-sportives

### AOÛT

- 23.8. 150<sup>e</sup> anniversaire Waldau: Conférence sur la  
recherche et la culture en psychiatrie
- 24.8. Conférence pour écoliers: Epilepsie – un orage  
dans le cerveau

### SEPTEMBRE

- 5.9. Café scientifique: Le médecin de famille –  
en voie de disparition?
- 7.9. Conférence pour écoliers: Troubles alimentaires –  
un phénomène de notre époque
- 16.9. Vernissage «L'art à l'institut d'anatomie»
- 16.-17.9. Journées portes ouvertes, pré-clinique de la  
faculté de médecine

### OCTOBRE

- 19.10. Conférence pour écoliers:  
Schizophrénie et drogues

### NOVEMBRE

- 1.-30.11. exposition au sujet de la maladie de Paul Klee  
dans le cadre du Centre Paul Klee (ZPK)
- 2.11. Conférence pour écoliers: Génération XL  
Le surpoids –  
une épidémie avec des conséquences
- 8.-9.11 Journées de la recherche clinique
- 9.11. Manifestation à l'intention du public dans le  
cadre du ZPK
- 18.11. 150<sup>e</sup> anniversaire Waldau:  
Symposium international
- 24.11. Manifestation pour les médecins dans le cadre  
du ZPK



**docbox**<sup>®</sup>  
medical online network

### docbox planification des visiteurs médicaux



- pas d'appels au cours la période  
d'organisation des rendez-vous
- maîtrise totale de votre agenda
- développé en collaboration avec des  
maisons pharmaceutiques réputées

docbox est déjà utilisé à l'heure actuelle par plus de 2100 médecins pour la planification du service de garde. A partir d'août 2005, vous avez également la possibilité de mettre sur docbox, selon vos vœux, les dates de passage des visiteurs médicaux en 2006, même si vous n'êtes pas client de la planification du service de garde docbox. En fonction de vos indications et de vos souhaits, les visiteurs médicaux pourront réserver les dates de leur passage – sans vous submerger d'appels téléphoniques au cabinet.

Pour plus d'informations:  
**www.docbox.ch**

visionary AG Münstergasse 18 8001 Zurich  
téléphone 044 251 65 66