



Jun 2004 / 3

# doc.be

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

## La révision de l'assurance-maladie empiète sur la relation médecin-patient

Pour les médecins, le libre choix est un des éléments porteurs de la relation qu'ils entretiennent avec leur patient. La FMH l'affirme dans ses thèses au sujet de la révision de la LAMal; la chambre médicale les a adoptées sans opposition à la fin du mois d'avril.

Quels sont les buts visés par le conseil fédéral lorsqu'il limite le libre choix du médecin («liberté de contracter») dans le cadre de la troisième révision de la LAMal? Citation extraite du message du conseil fédéral du 26 mai 2004 au sujet de l'assurance-maladie:

«... en première ligne, deux objectifs. En premier lieu, le renforcement, dans le domaine ambulatoire, de la concurrence entre les fournisseurs de prestations de la même branche et l'exclusion des 'moutons noirs' du marché de l'assurance-maladie obligatoire, ainsi que celles de ceux qui ne respectent pas les critères d'économicité ou sont de qualité insuffisante. Le deuxième but poursuivi par le conseil fédéral dans son modèle, est de permettre une limitation de la couverture excédentaire des besoins en soins ambulatoire» (chapitre Liberté de contracter, p. 11). «La liberté de contracter ouvre de nouvelles possibilités contractuelles de maîtriser le volume des prestations médicales» (chapitre Stratégie et points urgents, p. 7). «Ce changement de système doit intervenir dans le domaine des soins ambulatoires» (chapitre Stratégie et points urgents, p. 9).

La limitation du libre choix du médecin, telle que l'envisage le conseil fédéral, empiète sur la relation entre le médecin et son patient. Les mesures inévitables de rationnement, que notre système de santé devra décider, seront repoussées au niveau de la relation médecin-patient. D'une part, il n'y a plus aucune transparence, ce qui ne peut que réjouir le conseil fédéral. D'autre part, on aggrave le sentiment d'insécurité des patients: ils ne seront jamais en mesure de savoir avec certitude si des réflexions relatives aux coûts exercent une influence sur nos décisions médicales. Enfin, nous autres médecins, courons le risque de nous épuiser dans des conflits de loyauté et difficultés d'explication générés par le système.

Le libre choix du médecin est l'élément porteur de la relation entretenue par le médecin avec son patient. Respectons-le.

Jürg Schlup, président

## Positions du comité de la SMCB en matière de politique de la santé (3<sup>ème</sup> partie) 2

### Prise de position au sujet du référendum contre la loi sur les soins hospitaliers 3

### Evaluation de l'étude des frais généraux – RoKo 2001 4

### Neutralité des coûts: notre première évaluation 5

### Participation des spécialistes à PonteNova 6

### Nouvelles du grand conseil 7

### Rappel: médecine de famille 8

### La fondation de Medphone 9

### Propositions de révision de la LAMal du conseil fédéral 11

### Octroi de l'aide urgente en cas d'exclusion de l'aide sociale 12

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

## Positions du comité de la SMCB en matière de politique de la santé (3<sup>ème</sup> partie)

Après son séminaire 2003, le comité de la SMCB a précisé ses positions au sujet de l'assurance-maladie et sur d'éventuelles réformes la concernant. Dans la deuxième partie de notre présentation (consulter la 1<sup>ère</sup> partie dans doc.be d'avril 2004), le comité met en discussion son évaluation de la situation. Mieux nous parviendrons à nous entendre et trouver des solutions communes, plus grand sera le poids des interventions de la SMCB dans les débats autour de la politique de la santé.

### Libre choix du médecin

Le comité de la SMCB appuie le droit des patients de choisir librement leur médecin. La maladie et l'accident sont des situations de crise vécues par les patientes et les patients. Ils doivent avoir la certitude que leur médecin peut prendre des décisions concernant leur traitement, dans le seul intérêt du patient, sans qu'il soit en situation de courir un risque économique personnel.

Les assurés doivent pouvoir choisir librement des modèles d'assurance limitant le libre choix du médecin. Les conséquences résultant de ces limitations doivent leur être clairement expliquées.

*Elaborer, dans le domaine de la santé, des projets qui feront leurs preuves à long terme.*

La suppression du libre choix du médecin devrait entraîner la liberté des tarifs ou, pour le moins, la suppression de la protection tarifaire et serait par conséquent plutôt envisageable dans le domaine de l'assurance complémentaire.

### Système tarifaire

Dans le cadre du tiers garant, le comité de la SMCB est d'avis que tous les systèmes tarifaires peuvent être acceptés, dans la mesure où ils se fondent sur des principes d'économie d'entreprise. En fonction de ces principes, tout médecin, exerçant sa profession dans le respect de l'art et de la loi, doit être en mesure de couvrir les frais

provenant de la gestion de son cabinet et de réaliser un revenu conforme à la nature des prestations fournies.

### Activité en cabinet

Le comité de la SMCB se prononce pour des exigences plus élevées en cas d'ouverture d'un nouveau cabinet. On pourrait par exemple exiger une activité pratique préalable de plus longue durée en qualité d'«eurodoc». Le comité exige également, pour avoir le droit de travailler à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, un titre de spécialiste obtenu après un perfectionnement d'au moins cinq ans.

Dans la prochaine édition de doc.be, le comité précisera ses vues au sujet des primes que les assurés et les patients devraient payer pour que l'assurance-maladie puisse continuer de fonctionner à long terme.

*M. Tackenberg, rédacteur de doc.be*

### Lettres des membres

Vous pouvez nous contacter à l'adresse de la rédaction ou par courriel à tackenberg@forumpr.ch. Plus votre intervention sera brève, plus il nous sera facile d'en tenir compte.

*«Le positions du comité en matière de politique de la santé contiennent, entre autres, l'exigence d'une réduction du catalogue des prestations. Cette idée prête à discussion. Je me pose les questions suivantes:*

1. *Comment le comité envisage-t-il de procéder pour limiter le catalogue des prestations? Quelles sont les prestations «non nécessaires»?*
2. *Demandera-t-on également l'avis des patientes et des patients, tiendra-t-on compte de cet avis?*
3. *Pourquoi le comité déclare-t-il que la responsabilité du rationnement incombe à la politique? Il y a des politiciens dans les rangs du comité. De quels intérêts sont-ils les représentants?*

*Nous autres médecins ne devons pas uniquement défendre nos intérêts corporatifs, mais devons agir pour le bien de nos patientes et de nos patients!»*

*Heinz Zimmermann, centre d'urgence hôpital de l'Ile*

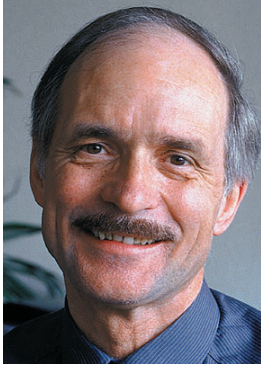


*Dans doc.be on peut lire: «Une augmentation de l'efficacité grâce au pilotage par l'intermédiaire de systèmes de managed care, par exemple sous forme de gatekeeper ou de réseaux, peut être envisagée.»*

*Or, il n'a jamais été constaté d'augmentation de l'efficacité grâce à des systèmes de gatekeeper. Les systèmes mis en route dans les années 90 ont, pour la plupart, été supprimés par les assureurs. Leur attractivité limitée a démontré que les patients eux-mêmes ne souhaitent pas de tels systèmes. De plus, devant des conflits d'intérêts qu'il ne faut pas dissimuler, ils aboutirent à des dissensions entre médecins de premier recours et spécialistes. Rappelons-nous les discussions fort désagréables qui eurent lieu il y a une dizaine d'années. Ne commettons pas une nouvelle fois les mêmes erreurs et tenons nous à ce qui nous dit notre président dans son éditorial: «Ne laissons pas la division s'installer dans nos rangs!»*

*Markus Känel, Thoune*

## Prise de position au sujet du référendum contre la loi sur les soins hospitaliers



Max Rickenbacher, président de l'association des hôpitaux bernois (AHB)

Le comité de la Société des médecins du canton de Berne juge que la loi sur les soins hospitaliers, adoptée par le parlement par 107 oui, contre 13 non, est bonne et équilibrée. Il s'oppose au référendum du SSP.

Depuis 1997 nous nous occupons de l'introduction d'une loi moderne concernant les soins hospitaliers. Jusqu'à la fin du mois d'avril, nous croyions avoir atteint notre but en collaboration avec les politiciens cantonaux. Entre-temps, malheureusement, notre satisfaction s'est atténuée après le lancement d'un référendum par l'ASI, l'ASMAG et le SSP.

Nos sommes de l'avis que ce référendum est inutile et qu'il manque de bonne foi:

- Inutile, parce que la version de la loi sur les soins hospitaliers approuvée par le grand conseil (LSH) a tenu assez compte des exigences de la convention collective de travail (CCT).
- Manque de bonne foi, parce que le référendum a inclus en plus l'exigence d'une participation au moins majoritaire au capital et aux voix dans les centres hospitaliers régionaux (CHR).

L'ancrage de la CCT dans la LSH est incorrecte du point de vue juridique. Dès le début des travaux législatifs, l'AHB a rejeté l'inclusion de la CCT dans la loi, malgré le fait qu'une majorité des CHR travaillent depuis des années avec une CCT sur une base volontaire. Nous ne refusons pas la CCT mais bien l'obligation de contracter telle qu'elle est exigée par le référendum. Elle fait des associations du personnel non

des partenaires sociaux mais des détenteurs de puissance. La peur d'un dumping salarial est sans fondement et ne fait pour nous même pas l'objet de discussion, même dans le cadre de l'élargissement de l'UE. La CCT en vigueur assure à tous les employés les mêmes salaires pour la même activité et la même compétence. Nous avons l'intention de continuer à négocier au sujet de la CCT dans un cadre de relations partenariales, nous ne voulons pas qu'elle nous soit imposée.

L'exigence d'une participation exclusive des cantons dans les sociétés anonymes transforme nos CHR en hôpitaux d'état. On exclut ainsi la participation de tiers. Au début, la majorité des CHR, même dans le cadre du projet de loi actuel, connaîtront une participation majoritaire, voire exclusive, du canton. Toutefois la version actuelle renforce l'autonomie et permet la

participation de tiers. Le référendum empêche la collaboration des hôpitaux publics avec les hôpitaux privés. Il nous semble qu'il s'agit d'une fausse incitation de la part de la loi, qui devrait laisser une certaine liberté de manœuvre à toutes les cliniques et tenir compte des aspects économiques de la fourniture de prestations.

Le référendum retarde d'au moins une année l'introduction de la LSH. Il aura ainsi fallu près de 10 ans de travaux législatifs avant l'entrée en vigueur. C'est très long dans un domaine aussi changeant que celui du système de santé!

L'AHB regrette cette évolution, elle nous retire dans un premier temps toute base de planification organisée et empêche que des décisions importantes puissent être prises dans les domaines stratégiques et opérationnels. Nous recommandons à nos institutions de ne pas appuyer le référendum. Ce dernier rencontre d'ailleurs une certaine opposition dans le milieu infirmier.

## Hauptsache: Recht für Ärzte



261 Seiten, zahlr. Tab. u. Graf., gebunden, CHF 78.– ISBN 3-258-06709-0

**Eine kompakte Einführung in alle relevanten Aspekte des Rechts für Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen!**

Autoren:

Dr. *Thomas Eichenberger*, Fürsprecher, Geschäftsführer der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern sowie des Vereins der leitenden Spitalärzte Schweiz.

*Mario Marti*, Fürsprecher.

Erhältlich bei **Haupt** am Falkenplatz in Bern und in jeder anderen guten Buchhandlung.

**Haupt**

Haupt Verlag

E-Mail: [verlag@haupt.ch](mailto:verlag@haupt.ch) • [www.haupt.ch](http://www.haupt.ch)



## Evaluation de l'étude des frais généraux – RoKo 2001



Kurt  
Aeschlimann

*Que démontrent les chiffres de l'étude 2001 auprès des médecins bernois. Chacun des participants est évidemment intéressé par le résultat de son propre cabinet comparé à la moyenne des résultats de sa spécialité; la politique professionnelle, elle, observe avec intérêt l'évolution des produits, charges, résultats d'exploitation et ratio de charge de l'ensemble des cabinets médicaux<sup>1</sup>.*

Les statistiques au sujet des charges et des produits de l'année 2001 confirment une fois de plus que ces deux éléments n'évoluent pas en parallèle (v. tableau 1). Cela se traduit également au niveau du ratio de charge moyen qui se situe à 69.15%. Le maximum se situe à 75.39% pour la médecine générale, le minimum à 46.8% pour la psychiatrie infantile. Le ratio de charge moyen se situe à 66.46%.

<sup>1</sup> Le nombre des questionnaires évaluables a une fois encore augmenté en 2001 par rapport à 2000: sur 1645 questionnaires adressés, 271 ont pu être utilisés. En d'autres termes, 12.9% des confrères et confrères pratiquant dans le canton de Berne ont présenté des données utilisables (jusqu'en 1997 il y avait toujours quelques 300 questionnaires évaluables). La représentativité des conclusions tirées des chiffres des dernières années n'est par conséquent pas en-dessus de tout soupçon.

En comparaison de l'année 2000, les charges ont plus fortement augmenté que les produits, ce qui a entraîné une augmentation significative du ratio moyen de charges passant de 64% à 69%, ainsi qu'une diminution des résultats de l'entreprise (de fr 200'000.- à fr 175'000.-).

Par rapport à 1990, les produits moyens ont augmenté de 443'700 à 569'934 francs, mais les résultats d'exploitation sont restés pratiquement les mêmes (1990: 173'800.-, 2001: 175'850.-), le ratio de charge a augmenté au cours de la même période d'environ 60% à 69.15% (au cours de cette période l'indice des coûts à la consommation est passé de 100 à 125 points). En d'autres termes, les produits moyens ont certes augmenté plus fortement que l'indice de coûts, les résultats, par contre, n'ont augmenté que de 1.2%.

A titre de comparaison, le renchérissement moyen de 1990 à 2002 est de 23.2%. L'augmentation pour les boissons alcoolisées et le tabac de 24.5%, pour les transports de 24.8%, pour les soins de santé de 26.9%, pour les loyers et l'énergie de 33.9% et même 44% pour la restauration et l'hôtellerie. Pour d'autres denrées et prestations de service, le renchérissement au cours de cette même période se situe à 26.5%. Dans ce contexte, j'ai quelque difficulté à comprendre pourquoi on parle d'explosion des coûts dans le cas de la santé, alors que l'évolution des coûts dans les autres secteurs ne provoque pas les mêmes polémiques.

### Charges pour matériel et salaires

Parmi les éléments constituant les charges, ceux consacrés au matériel (y compris médicaments) sont, depuis les premières études RoKo, ceux qui ont le plus de poids, en deuxième position, on trouve les salaires. Les coûts pour les locaux ont à peine augmenté, alors que les amortissements et en particulier les dépenses pour les assurances du cabinet, de même que les assurances et la prévoyance du médecin ont, eux, nettement augmenté.

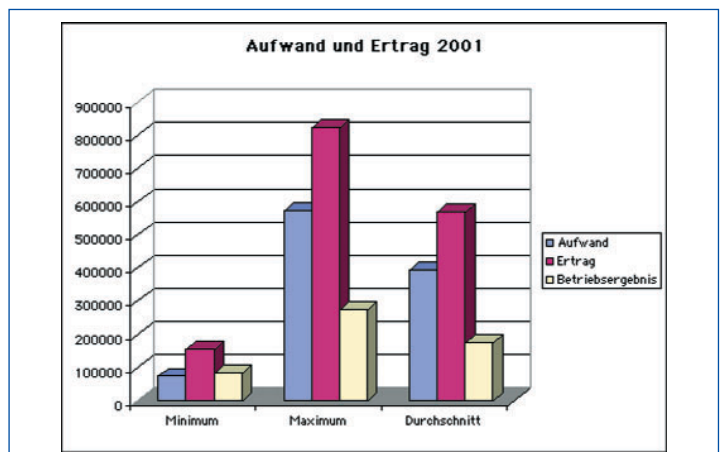
Un facteur décisif du résultat d'exploitation est celui du ratio de charge, qui a évolué de façon fort différente selon les différentes spécialités. C'est ainsi que ce ratio est passé, entre 1990 et 2001, pour les praticiens de premier recours, d'à peine 64% à 74%, pour les spécialistes sans activité opératoire de 60% à environ 64% et, pour les spécialistes avec activité opératoire, d'environ 50% à environ 62%. Cela n'empêche pas le résultat d'entreprise des praticiens de premier recours et des spécialistes sans activité opératoire d'augmenter légèrement, alors que celui-ci diminue chez les spécialistes avec activité opératoire. Dans le cas du groupe des psychiatres, le ratio de charge a augmenté d'environ 40% à 49%, alors que le résultat d'entreprise n'augmentait que de très peu, pour atteindre le niveau actuel de fr 101'302.-.

### Qui a participé à l'enquête RoKo?

A côté des aspects financiers, l'enquête RoKo s'intéresse également à d'autres chiffres. L'âge moyen de ceux qui ont participé se situe à 49.7 ans, l'âge moyen de l'ensemble des médecins pratiquant dans le canton de Berne se situe à 53.2 ans (en 1994, l'âge moyen de ceux qui répondaient se situait encore à 47 ans). Dans le

Tableau 1: Charges et produit 2001

	Charges Fr.	Produit Fr.	Résultat d'exploitation Fr.
Moyenne	394'084.-	569'934.-	175'850.-
Minimum	72'804.- (psychiatrie infantile)	155'565.-	82'762.-
Maximum	572'855.- (urologie)	825'191.- (urologie)	274'928.- (ophtalmologie)



cas de 134 des répondants, le partenaire a une activité au sein du cabinet et 100 consœurs et confrères ont encore la liberté complète d'exercer la propharmacie. 74 répondants (27.3%) exercent leur activité dans le cadre d'un cabinet de groupe et 60 (22.1%) sont également médecins agréés. Les médecins de premier recours (généralistes, internistes, pédiatres) consacrent entre 32.8 et 47.0 jours au service de garde. Environ 14 jours ouvrables ont été consacrés à la formation continue.

### Signification de RoKo

En conclusion, essayons encore de donner des réponses aux questions concernant l'utilité de RoKo. Pour le médecin qui participe, elle fournit des renseignements au sujet de l'économie d'entreprise du cabinet. Elle permet une comparaison individuelle avec l'ensemble du groupe de spécialistes, donnant ainsi des indications pour une gestion économique du cabinet.

Il faut constater toutefois qu'à ce jour nous n'avons pas obtenu de résultats positifs au niveau de notre tarif médical. Il n'empêche pourtant que les résultats obtenus au sujet des charges ont leur importance lors des discussions de politique professionnelle. Il nous a été possible d'obtenir, dans le canton de Berne, sur la base des chiffres RoKo, que notre demande d'adaptation de la valeur du point soit appuyée par le conseil exécutif. Notre échec, suite au veto du surveillant des prix, resp. du conseil fédéral, a une explication de nature politique. RoKo a également constitué un facteur de calcul de l'ancien «tarif sur une base d'économie d'entreprise» de Tarmed.

Ce bilan de RoKo n'est pas des plus enthousiasmant. Je pense néanmoins que ces chiffres seront toujours plus importants dans le cadre des discussions futures de politique professionnelle et des négociations tarifaires et qu'ils dépendent d'une participation beaucoup plus grande de toutes les consœurs et de tous les confrères praticiens. Nous espérons, qu'à côté de la prise de conscience de l'importance au niveau de la politique professionnelle, l'augmentation de la ristourne accordée pour les formulaires remplis et évaluables, permettra d'atteindre une meilleure représentativité de nos données.



Hans-Werner  
Leibundgut  
président du CA  
de PonteNova  
département  
Economie du  
comité cantonal

### La première évaluation de la firme NewIndex a été publiée fin mai

Les indicateurs les plus importants de l'évolution des coûts ne sont en général pas encore stabilisés. Les chiffres de janvier vont nous permettre de situer, le niveau auquel tout va se stabiliser. Nous évaluons approximativement à quelque chose pouvant aller jusqu'à quatre mois le laps de temps qu'il faut pour que l'ensemble des données et les moyennes par séance soient représentatives et stables. Sur la durée, les produits par séance sont en règle générale corrigés à la baisse. Il y a pourtant lieu de s'attendre à de possibles exceptions dans le cas de certaines spécialités.

Ces premières évaluations concernant plus de 200'000 factures se fondent exclusivement sur les données de la Caisse des médecins à fin avril. L'inclusion des données provenant des trustcenters est en cours, mais n'est pas complètement terminée. Ce sera le cas pour la publication de fin juin. En fonction de l'importance de l'échantillon, ces premiers chiffres ne sont pas encore pertinents du point de vue statistique.

En comparaison des années précédentes, le **comportement de facturation** a déjà subi des modifications. Le nombre de séances par facture a été réduit de 2.6 à 2.2, la durée de facturation (intervalle entre la première et la dernière séance) et la durée d'attente (intervalle entre la dernière séance et l'établissement de la facture) ont été, et c'est une bonne chose, réduites de moitié, de 80 à 40 et de 50 à 25 jours.

## Neutralité des coûts: notre première évaluation

### Réduire de 5 minutes la durée de la consultation

Tout cela démontre que nos recommandations dans de précédents articles ont été écoutées et qu'elles font sentir leurs effets au niveau des premières factures.

Quelles sont ces tendances?

Le **chiffre d'affaire par facture (resp. par séance)**, au cours du premier tiers de l'année en cours, se situe à **245 (98) francs**, avant Tarmed à **233 (86) francs**, il a donc **augmenté de 5 resp. 10%**. On ne voit pas encore de façon évidente où se situe la responsabilité de cette augmentation des coûts: les volumes par séance montrent une augmentation dans tous les sous-groupes.

En tenant compte de la diminution du nombre des séances par facture, mentionnée plus haut, ces interprétations semblent plausibles.

Notre conclusion: la variation autorisée du volume des factures au cours du premier mois de la neutralité des coûts se situant à 8%, cette augmentation des coûts pourrait encore tout juste «passer». Nous enjoignons pourtant toutes nos consœurs, tous nos confrères, de garder la mesure, en tenant compte des données du profil du cabinet.

### Au cours des mois prochains, il y aura lieu d'économiser 5 minutes de consultation par facture!

## Impressum

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

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

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

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

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

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition juin 2004.

## Participation des spécialistes à PonteNova

La phase de neutralité des coûts a commencé, nous allons prochainement recevoir les premiers calculs. Qui gagne, qui perd avec Tarmed? Grâce à la collecte et à l'évaluation des données par les trustcenters, nous allons bientôt le savoir. Nos chiffres dépendent cependant de façon significative de l'importance de la participation des médecins bernois à PonteNova. Sachant que, jusqu'à fin mai, plus de la moitié (exactement 967) des médecins praticiens se sont affiliés, nous sommes en mesure d'affirmer que nos évaluations sont représentatives de l'ensemble.

Comment la chose se présente-t-elle pour les différents groupes de discipline? A ce niveau, la participation laisse encore à désirer. Ce sont précisément des disciplines parmi celles qui sont les plus menacées (chirurgie pédiatrique) qui sont sous-représentées. Le présent article vise à vous donner une image de l'état actuel et à vous inciter – pour ne pas dire vous secouer – de faire ce que vous auriez dû faire depuis longtemps, adhérer à PonteNova – dans votre propre intérêt et dans celui de votre discipline médicale. Pas de chiffres, pas d'arguments!

Quelles peuvent bien être les raisons du manque d'intérêt de certaines sociétés de discipline? Je pense que dans le cas de certaines disciplines chirurgicales il existe encore certaines arrière-pensées post-FMS, c'est pourquoi je lance un appel aux anesthésistes, aux chirurgiens, chirurgiens pédiatriques, neurochirurgiens, orthopédistes et ORL: qu'ils oublient leur ressentiment, ainsi que l'ont fait les urologues (grâce à notre membre du conseil d'administration Adrian Sieber!) et fassent le pas en direction de notre trustcenter.

La statistique figurant sur le tableau d'à côté compare le nombre des membres des sociétés cantonales (ces chiffres nous ont été communiqués par le secrétariat de la SMCB ou proviennent de la statistique de la FMH) avec l'affiliation des spécialistes concernés à PonteNova. Les allergologues (12 titres selon la statistique 2002 de la FMH) n'ont pas de société cantonale, il y a 1 membre de PonteNova, les angiologues (11 resp. 1), les endocrinologues (11 resp. 1), les chirurgiens pédiatriques (6 resp. 1) et les néphrologues (8 resp. 1).

En résumé on peut mettre en évidence quatre groupes de disciplines médicales:

### Plus de 2/3 de leurs membres participent à PonteNova:

- médecine générale
- dermatologie
- radiologie
- urologie

### Participation dépassant 50%:

- gynécologie et obstétrique
- hématologie, hématologie et oncologie, oncologie médicale<sup>1</sup>
- pédiatrie
- psychiatrie et psychothérapie
- rhumatologie (y compris médecine physique et réhabilitation)

### Participation supérieure à 1/3:

- médecine interne<sup>2</sup>
- cardiologie
- chirurgie maxillo-faciale<sup>3</sup>
- ophtalmologie
- ORL
- chirurgie plastique et reconstructrice
- pneumologie

### Participation inférieure à 1/3:

- anesthésiologie
- chirurgie<sup>2</sup>
- gastroentérologie
- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence<sup>4</sup>
- neurochirurgie
- neurologie
- chirurgie orthopédique<sup>5</sup>

Les disciplines médicales figurant en italique sont évaluées individuellement lors du contrôle de la neutralité des coûts. Notre contrat avec NewIndex porte sur l'évaluation de 14 spécialités différentes.

Hans-Werner Leibundgut,  
président du CA

#### Notes:

<sup>1</sup> Les données ne pouvant à l'heure actuelle être enregistrées que pour un seul titre FMH, ces porteurs de titre ont la possibilité de nous indiquer la rubrique dans laquelle ils souhaitent figurer.

<sup>2</sup> La proportion est certainement plus importante, puisqu'il n'est pas fait de différence entre internistes, resp. chirurgiens en pratique privée et ceux qui ont une activité hospitalière.

<sup>3</sup> Cette discipline ne peut être évaluée au niveau cantonal parce que l'échantillon permettant une évaluation doit dépasser le nombre de 6 participants.

<sup>4</sup> Sans tenir compte des porteurs d'un double titre «psychiatrie». Pour la neutralité des coûts ces deux disciplines sont évaluées ensemble.

<sup>5</sup> Cette discipline médicale pourra être évaluée si sa participation augmente au cours des prochains mois.

Titre de spécialiste	SMCB	PonteNova	%
Médecine générale	433 (?)	329	76
Anesthésiologie	67	1	2
Chirurgie	101	26	26
Dermatologie	34	23	68
Gastroentérologie	19	5	26
Gynécologie	113	59	52
Hématologie / oncologie	8 / 21	10 / 5	52
Médecine interne	433 (?)	197	45
Cardiologie	44	17	39
Chirurgie maxillo-faciale	3	1	33
Pédiatrie	77	44	57
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence	36	10	28
Neurochirurgie	9	2	22
Neurologie	16	5	31
Ophthalmologie	56	21	38
Chirurgie orthopédique	66	10	15
ORL	39	14	36
Chirurgie plastique & reconstructrice	8	3	38
Pneumologie	24	10	42
Psychiatrie	223	126	57
Radiologie	28 (?)	5	100
Rhumatologie (y compris méd. physique)	32	17	53
Urologie	17	12	71

## Nouvelles du grand conseil



Thomas Heuberger, vice-président de la Société des médecins, membre du grand conseil

Une session parfois agitée est terminée, la prochaine est devant nous, les documents s'accumulent à la maison: version verte, réponses aux motions, documents concernant les commissions, envois des lobbies, rapports annuels, rapports de gestion, etc.

La loi sur les soins hospitaliers a beaucoup sollicité nos nerfs et le cuir de nos sièges au cours de six séances de commission. Elle a été discutée à un rythme accéléré: entre la première et la seconde lecture, seules neuf semaines se sont écoulées. Un programme ambitieux, qui a, du moins pour l'instant, permis d'aboutir à un bon résultat. On a tenu compte dans une grande mesure des exigences des médecins, elles n'ont plus soulevé de grandes vagues: les contributions versées pour l'activité privée dans les hôpitaux se limitent actuellement à la couverture des frais d'infrastructures réellement occasionnés. Les hôpitaux publics peuvent compter, qu'en comparaison avec les hôpitaux privés, ils jouissent de conditions symétriques et qu'il soit possible à des privés de conclure sur un pied d'égalité des contrats de prestation pour la fourniture des soins de base.

Une base légale pour les soins gériatriques et psychiatriques est incluse dans la loi sur les soins hospitaliers. Dans le cadre de la planification psychiatrique et de la politique cantonale du troisième âge, l'importance accordée à ces deux disciplines doit être réévaluée et modernisée afin de permettre la fourniture de soins de proximité. On peut regretter que la loi sur les soins hospitaliers soit retardée par le lancement d'un référendum mais, à mon sens, on peut le comprendre. La majorité bourgeoise n'était malheureusement pas disposée à faire un pas en

direction des employés et soutenir le projet modéré du gouvernement au sujet des conditions de travail. Je pense qu'il s'agit d'une pensée à courte vue car un conflit entre employés et employeurs dans le domaine psychologiquement si sensible de la fourniture des soins hospitaliers ne peut se révéler que contre-productif. Le projet populaire demande que le canton détienne la majorité du capital et des voix dans tous les hôpitaux publics. La majorité bourgeoise repousse énergiquement cette proposition, qui équivaldrait au tonneau des Danaïdes!

Après la réforme des cercles électoraux, la décision de procéder à celle de la justice et surtout à la réforme de l'administration du canton de Berne, constitue une étape importante. Les structures de l'administration cantonale doivent être simplifiées et rendues plus économiques, les interfaces doivent être revues et l'appareil administratif subir une cure d'amaigrissement. Il faut encore attendre pour savoir si cela permettra d'atteindre les buts fixés, qui sont la réduction des coûts, la proximité des citoyens et la promotion de l'économie. Les doutes sont permis, l'avenir nous dira s'ils ne proviennent que de l'imagination de pessimistes notoires. La promotion de la proximité du citoyen devrait poser quelques problèmes à l'Oberland, qui s'étend sur une surface de 2500 km<sup>2</sup> et dont la topographie révèle montagnes et vallées. Cette région serait déjà fort mal desservie avec deux préfectures, mais n'évoquons pas trop vite l'idée du «canton d'Oberland».

L'hôpital de l'Ille a, une fois de plus, soulevé des vagues à cause d'un crédit supplémentaire d'un montant atteignant 25% du total des coûts pour la finalisation des travaux du centre des soins intensifs, des urgences et de chirurgie (IUC). Dans ce cas, tous les concernés (grand conseil, commission de gestion, direction et exécution des travaux, hôpital de l'Ille et politiciens) doivent se poser des questions au sujet des mécanismes de décision, des calculs politiques et de la façon de penser en termes d'économie d'entreprise. Dans un premier temps, le grand conseil presque unanime demanda des éclaircissements au sujet des mécanismes qui ont conduit au problème concernant l'IUC. Mais, au moment de voter, il n'a été possible ni de se décider pour la solution (trop) stricte d'une commission d'enquête

parlementaire, ni pour celle, émanant des rangs VVL, d'une enquête interne. J'en tire les conclusions suivantes: les grandes déclarations sont une chose, la volonté d'en tirer les conséquences, une autre.

Un autre naufrage a concerné le projet BEKIS du conseil exécutif concernant l'acquisition d'un système informatique unifié pour tous les hôpitaux publics du canton. Il a été unanimement admis qu'il était indispensable, dans le cadre du système de la santé cantonale, d'échanger des données et de disposer d'une couverture sérieuse par un logiciel. Après que des travaux de planification s'étendant sur des années eurent abouti à des doutes sur le sens et la faisabilité d'un système uniformisé, que des moyens financiers avaient déjà été inscrits au budget, deux propositions de renvoi ont été déposées. Selon la première, il fallait favoriser une solution centralisée unique, risquant d'entraîner des retards supplémentaires et des coûts plus élevés. L'autre proposition proposait uniquement la définition des interfaces et des standards indispensables à l'échange des données et de confier la réalisation pratique, ainsi que l'organisation des systèmes informatiques aux différents hôpitaux. Ici aussi, il est difficile d'évaluer tous les inconvénients, mais il semble qu'il y aurait moins de retards, c'est la raison pour laquelle la préférence a été donnée à cette seconde solution. Dans ce cas également, des réflexions du type de celles autour de l'IUC auraient été les bienvenues. Il ne nous reste plus qu'à espérer que dans quatre ans nous ne serons pas en face des mêmes difficultés! Ainsi que nous l'a démontré l'exemple de l'hôpital de l'Ille, il est désagréable et peu apprécié de corriger des décisions et de répondre à des questions gênantes, surtout lorsque cela pourrait concerner ses propres décideurs.

La réception du président du grand conseil à Lotzwil a été marquée par un événement inattendu, de nature particulière mais sympathique: aucune boisson alcoolique n'a été servie à l'occasion de l'apéritif, mais des jus de fruits et des cocktails de fruits très originaux. Le PPEv a agi en conformité avec ses convictions, d'autres durent masquer leur déception, comme doivent le faire les vrais politiciens.



## Rappel: médecine de famille

**«Les moulins du bon Dieu sont lents, il sont pourtant très efficaces»**  
[proverbe sans équivalent en français]

Il semble que les moulins du bon Dieu ne sont connus ni du gouvernement bernois, ni de l'Université et peut-être même ni de la faculté de médecine de Berne, ou, s'ils le sont, c'est de la même façon que la première partie du proverbe, avec lenteur!

- En ces lieux on sait pourtant fort bien que nous dirigeons vers une pénurie dans la fourniture des soins dans le domaine de la médecine de premier recours (ce qui n'a pas empêché le conseil fédéral de décider la clause du besoin pour l'ouverture de nouveaux cabinets!).
- C'est un secret de polichinelle que la politique du troisième âge de la direction de la santé ne pourra bien fonctionner que si elle peut se reposer sur des médecins de premier recours / de famille en plus grand nombre et bien formés.
- Un certain nombre de politiciens ont même fini par comprendre que l'attractivité d'un cabinet de campagne a quelque chose à voir avec la motivation et avec un environnement de qualité, et que ceci doit être enseigné aux étudiants en médecine dès le début de leur études.
- On parvient même à convaincre le parlement bernois, contre la volonté affichée du gouvernement et de la DIP, d'accepter une motion encourageant la formation urgente de futurs généralistes, grâce à la motivation et à la formation des étudiants, ainsi que par des moyens financiers, même dans le cadre des efforts d'économie du canton de Berne.

*Que s'est-il passé depuis lors? Rien!*

On continue d'entendre les mêmes réclamations, des consoeurs et des confrères établis à la campagne ne trouvent pas de repreneurs pour leurs cabinets, dans le Bulletin des médecins, les annonces d'offres de remises de cabinets de premier recours dépassent celles de demande de reprise dans un rapport de 35 à 2 et la planification de Spitex se poursuit qui exige (fort correctement) de maintenir les personnes âgées et malades le plus longtemps possible à domicile et d'éviter leur placement dans des hôpitaux ou des

homes. D'où viendront, dans dix ans, les praticiens/-iennes de premiers recours motivés/-ées s'ils / si elles n'ont pas été préparés/-ées dès aujourd'hui grâce à une motivation positive, une bonne formation, la préparation de leur environnement et l'information?

Il semble qu'il n'y ait pas l'argent nécessaire à la réalisation de la motion, ou alors qu'on ne cherche pas à le trouver, qu'il se cache ou qu'il soit la victime de combats de répartition. La DIP n'a-t-elle pas assez d'argent à disposition ou est-ce l'université qui n'en verse pas assez à la faculté?

Ou bien, la faculté ne peut-elle pas trouver un accord une pour une juste répartition, les différents instituts de l'Ile se battent-ils pour leurs moyens financiers ne laissant finalement plus rien à la FIAM et à son modèle? Qui reçoit finalement l'argent? De qui dépend la clé de répartition? Finalement, qui est responsable ?

Des questions, des questions, des questions! Et que se passe-t-il? Rien!

Et les moulins cessent même de tourner, ils ne moulent plus, ou plus que très lentement et quelle qualité ! Nous sommes à la recherche de voies et de moyens pour engager une nouvelle aide-meunière ou pour augmenter le débit du ruisseau qui permettra à la roue du moulin de mieux reprendre son travail.

*T. Heuberger, membre du grand conseil*

Inserat Ärztekasse



## La fondation de Medphone

La centrale médicale d'urgence des médecins bernois porte le nom de **Medphone**. En date du 3 juin 2004, Medphone SA, au capital en actions de 100'000 francs, a été créée par les sept sociétés suivantes: la Société des médecins bernois (44%), le cercle médical Berne-Ville (40%), le cercle médical Berne-Campagne (5%), le cercle médical Bienne-Seeland (5%), le cercle médical de Haute-Argovie (3%), le groupe des médecins bernois de premier recours (2%) et le cercle médical de l'Oberland (1%). La participation d'autres cercles ou sociétés de discipline est vivement souhaitée.

Le premier conseil d'administration a été proposé par les deux principaux actionnaires, il a été élu sans opposition et se compose de la façon suivante: Daniel Marth, président du CA, représente la Ville et les spécialistes, Beat Gafner représente la Campagne et les praticiens de premiers

recours, Zeno Supersaxo, représente les services d'urgence et Christian Gubler, représente le Canton et les médecins hospitaliers.

Le but de cette société anonyme est la mise en place d'une centrale d'urgence en main médicale permettant la réalisation de l'obligation de service d'urgence liée au droit de pratiquer. Medphone entend appuyer les efforts des cercles et des groupes de service de garde, mettre à disposition de la population un service d'urgence médical de haute qualité, à la structure légère et accessible à tous, économique et recouvrant tout le territoire. Medphone entend collaborer étroitement avec la plateforme cantonale de sauvetage.

Les prestations de Medphone sont à la disposition de tous les groupes de service de garde:

- Centrale téléphonique d'appel à numéro unique recouvrant tout le territoire, sous son propre nom
- Conseils médicaux téléphoniques par du personnel professionnel qualifié, 24 heures sur 24
- Triage des appels en fonction de degré d'urgence et de la gravité
- Mise à disposition sans retard du médecin d'urgence
- Collaboration étroite avec les services de sauvegarde et les hôpitaux
- Documentation de la prestation par un enregistrement électronique des conversations
- Evaluation régulière des prestations de tous les groupes engagés

Ainsi que ce fut déjà le cas lors de création de PonteNova il y a deux ans, les médecins démontrent à tous les intéressés (public, patients, autorités), par la mise en route d'une centrale médicale d'urgence, qu'ils sont des partenaires désireux d'agir et capables de la faire.

*Jürg Schlup, président*



### Membres fondateurs de Medphone

Premier rang, de g. à d.: Beat Gafner, Marcel Stampfli, Fridolin Steiner, Markus Frey, Zeno Supersaxo, Daniel Marth. Deuxième rang, de g. à d. Me von May, notaire, Hanspeter Kohler, Jürg Schlup, Thomas Eichenberger, Christian Gubler, Me Berger, avocat



# PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE POUR ENFANTS RÉFUGIÉS

Les enfants et adolescents, qui ont vécu la guerre et le déplacement, souffrent fréquemment de troubles post-traumatiques ou peuvent présenter des réactions de stress. Les troubles affectant les parents peuvent également avoir des répercussions sur les enfants. Les plaintes de ceux qui sont touchés sont variées: cauchemars, hyperactivité, anxiété, dépression, manifestations psychosomatiques, troubles du comportement social. Pour leur permettre de se débarrasser de ces symptômes et de surmonter leurs expériences traumatisantes, la Croix-rouge suisse et l'office d'orientation en matière d'éducation du canton de Berne proposent en colla-



boration des thérapies de groupe destinées aux enfants réfugiés. Les deux institutions ont des expériences attestées dans le domaine des migrations, du traitement des traumatismes et de la famille.

Dans le cadre des thérapies de groupe, dirigées par des spécialistes en psychologie et en psychiatrie, les enfants et adolescents prennent connaissance de stratégies de maîtrise. Lorsqu'ils seront parvenus à construire la confiance et la sécurité, ils pourront se confronter à leur passé et à leur vie actuelle. La thérapie vise à renforcer leur confiance en eux et leur offrir une chance de se développer harmonieusement.

## Renseignements complémentaires et formulaires d'inscriptions:

Centre pour les migrations et la santé de la CRS

Consultation pour la torture et les victimes de la guerre

Secrétariat

Freiburgstrasse 44 A, 3010 Berne

Téléphone 031 390 50 50, télécopie 031 382 97 10

[ambulatorium.miges@redcross.ch](mailto:ambulatorium.miges@redcross.ch), [www.redcross.ch](http://www.redcross.ch)

compte pour les dons: CCP 70-79907-1, mention ambulatorium

**Croix-Rouge suisse**  
**Schweizerisches Rotes Kreuz**   
**Croce Rossa Svizzera**



*Les suggestions, les remarques critiques sont désirées,  
elles seront traitées par le comité*

*Peut-être différent, mais pire encore*

## Propositions de révision de la LAMal du conseil fédéral

Celui qui croyait que l'échec de la 2<sup>ème</sup> révision de la LAMal, en décembre 2003, apporterait un peu de calme, a rapidement dû déchanter à l'écoute de notre ministre de l'intérieur, le conseiller fédéral Pascal Couchepin. Il y a évidemment une certaine urgence à agir. La loi fédérale urgente concernant le financement des hôpitaux est limitée à fin 2004; la limitation à l'ouverture de nouveaux cabinets touche à son terme le 3 juin 2005 et jusqu'à la fin de l'année 2005, le problème de la compensation des risques doit être réglé définitivement.

### Habilité tactique

Le conseil fédéral a pris un à un les morceaux éclatés de la pochette surprise de la 2<sup>ème</sup> révision de la LAMal et les sert en dose apparemment homéopathique. Les parties contestées peuvent ainsi être présentées au peuple, alors que celles qui sont moins discutées peuvent sans risque entrer en vigueur. Le conseil fédéral ne s'est pas contenté de jouer tactiquement, il a également renforcé ses positions de principe. C'est ainsi que la liberté de choix du médecin, actuellement en vigueur dans l'assurance de base, doit être supprimée et remplacée par la suppression quasi non limitée de l'obligation de contracter.

Un premier paquet de révision va être soumis aux chambres fédérales au cours de la session de septembre, il concerne les points suivants:

- Stratégie d'ensemble, compensation des risques, tarifs des soins, financement hospitalier, carte d'assuré et présentation des comptes des assureurs-maladie
- Liberté de contracter (suppression de l'obligation de contracter, resp. du libre choix du médecin)
- Réduction de primes
- Participation aux coûts

### Le deuxième coup

Un deuxième paquet de révision, publié récemment, contient des modifications qui doivent entrer en vigueur le 1.1.2006. Il s'agit ici du financement dual des hôpitaux et de la promotion du managed care. Ce dernier point mérite toute notre attention. C'est ici qu'apparaissent à nouveau les

«réseaux médicaux avec responsabilité budgétaire» (en d'autres termes: capitation), même si la forme a été quelque peu modifiée. Les assureurs ne doivent plus être obligés de proposer de tels modèles; il n'y a pas non plus d'obligation pour les patients de participer à un modèle de managed care – ils doivent y être incités par des rabais et des ristournes.

### La boîte de Pandore

La FMH comprend environ 15'000 membres praticiens. Il y a encore quelques milliers de praticiens d'autres groupes professionnels, ce qui fait finalement beaucoup plus de 20'000 fournisseurs de prestations qui devraient être concernés par les modifications de la LAMal.

Du côté des assureurs on constate que les huit plus grandes caisses-maladie couvrent plus de 80% de la population. Le caractère obligatoire de l'assurance-maladie a pour conséquence que ni les patients ni les fournisseurs de prestations ne peuvent échapper au système.

L'atomisation très poussée de la partie des fournisseurs de prestations, dont les organisations ont les mains liées par la loi sur les cartels, fait face à l'oligopole des caisses-maladie. C'est un mystère que dans ces conditions le conseil fédéral et le parlement tendent encore à augmenter dans une grande mesure la puissance de ces dernières.

Les médecins feraient bien de se préparer dès maintenant à l'idée de lancer un réfé-

rendum et se battre pour qu'il connaisse le succès.

Lancer un référendum et se battre pour son succès? Le comité de la SMCB de prépare.

### Manipulation

Dans le «message» relatif à la révision partielle de la loi sur l'assurance maladie, sous managed care, on peut lire:

*«On ne doit plus parler de modèles d'assurance avec choix limité de fournisseurs de prestations, mais il faut utiliser la notion de 'réseaux de soins intégrés'. Cette nouvelle formulation sémantique vise à mettre en évidence une forme nouvelle de fourniture de soins médicaux.»*

Ce qui est ici recommandé par la voix de l'expert et qui est immédiatement repris dans l'ensemble du message, n'est pas une simple «nouvelle formulation sémantique», mais bien une manipulation de la pire espèce – que le parlement va probablement s'empresser d'adopter. L'assuré est en mesure de comprendre ce que signifie un choix limité de fournisseurs de prestations. Les soins intégrés ne représentent rien pour lui – sinon que l'expression est bien choisie.

Ce qui peut sembler n'être qu'un détail insignifiant dans le cadre d'un message de la confédération, est un triste exemple de décadence des mœurs politiques et un signe de mépris de citoyennes et citoyens adultes.

*Peter Jäger,  
service de presse et d'information,  
Thomas Eichenberger, secrétaire*



*Lancer un référendum et se battre pour son succès? Le comité de la SMCB se prépare.*



## Octroi de l'aide d'urgence en cas d'exclusion de l'aide sociale

Mise en application par le canton de Berne du programme d'allègement 2003 de la Confédération en matière d'asile



Anton J. Seiler,  
médecin  
cantonal

En décembre 2003, dans le cadre du programme d'allègement 2003, le parlement fédéral a décidé des modifications législatives selon lesquelles sont exclues de l'aide sociale les personnes auxquelles a été prononcé un refus d'entrée en matière en ce qui concerne la demande d'asile. La procédure de non-entrée en matière doit déjà avoir abouti au niveau des centres d'accueil de la Confédération. Dès cet instant, les personnes concernées ont le statut d'étrangères et d'étrangers séjournant illé-

galement. C'est pourquoi ils ne sont attribués à aucun canton pour l'hébergement et l'entretien. Les personnes chez lesquelles une décision de non-entrée en matière a été prononcée sont exclues des centres d'accueil et il leur est fait obligation de quitter la Suisse par leurs propres moyens.

Les cantons sont tenus de n'accorder aucune aide aux personnes auxquelles une décision de non-entrée en matière a été prononcée et de les inciter à partir par leurs propres moyens. Dans ces cas, la Confédération ne verse plus aucune aide sociale. Toutefois, tenant compte que la constitution garantit une assistance en cas de détresse, les cantons sont tenus d'accorder une aide urgente dans certains cas.

Le 5 mai 2004, l'ordonnance au sujet de l'octroi d'une aide urgente en cas d'exclusion de l'aide sociale en application du programme d'allègement de la Confédération dans le domaine de l'asile a été décidée par le canton de Berne, elle est entrée en vigueur le 10 mai 2004.

### Conférences des présidents des cercles médicaux

3 mars 2005

2 juin 2005

24 novembre 2005

Les consœurs et confrères des différentes institutions (hôpital de l'île, hôpitaux régionaux et de district, cercles de formation continue et de qualité) sont dès lors priés de tenir compte de ces dates et de ne rien organiser à ces dates.

Avec mes meilleurs messages  
Dr M. Stampfli

**En bref et sous forme d'extrait, les points importants concernant les soins médicaux à des personnes auxquelles a été prononcée une décision de non-entrée en matière:**

1. Les personnes auxquelles une décision de non-entrée en matière a été prononcée ne peuvent requérir une aide urgente qu'auprès de l'office des migrations, service des migrations, Eigerstrasse 73, Berne (et non auprès de la commune).
2. Cette aide urgente est fournie dans le cadre d'un logement collectif. Les soins médicaux urgents des personnes auxquelles a été prononcée une décision de non-entrée en matière sont assurés par le médecin désigné pour ce logement collectif par l'office du médecin cantonal.
3. Les coûts des soins médicaux pour les personnes auxquelles une décision de non-entrée en matière a été prononcée, en dehors du cadre décrit sous ch. 2, ne sont pris charge ni par la commune ni par l'office des migrations. Sont exceptés, les cas dans lesquels une intervention médicale urgente est indispensable. Il doit s'agir d'une urgence médicale dans le vrai sens du terme. Chaque fois que la chose est possible, il y a lieu de demander une garantie des coûts auprès de l'office des migrations. Dans les situations exceptionnelles décrites précédemment, les coûts peuvent être facturés à l'office des migrations, service des migrations, Eigerstrasse 73, 3011 Berne.
4. Pour d'éventuelles questions, veuillez vous adresser au coordinateur cantonal pour les personnes concernées par une décision de non-entrée en matière: téléphone 031 633 48 08.