

Factures complémentaires en cas de prestations complémentaires

Dans le n° 36/1999 du Bulletin des médecins suisses, [1] M^e Hanspeter Kuhn, secrétaire général adjoint de la FMH, écrivait que l'analyse juridique de la LAMal aboutit à la constatation (guère étonnante) selon laquelle les factures complémentaires établies par les médecins doivent être autorisées sous des conditions clairement définies. Dans une lettre adressée à M^e Kuhn, Andreas Kummer et Daniel Wyler, juristes au Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS), contestent cette vision des choses «dans toute sa teneur, pour les raisons énumérées ci-dessous»:

Monsieur,
Cher Hanspeter,

1. L'article 44 LAMal établit une protection tarifaire, autrement dit, le médecin ne saurait exiger de rémunération plus élevée pour toute prestation fournie selon cette loi. L'expérience professionnelle d'un médecin est bien entendu inhérente à sa prestation selon cette loi et ne saurait être facturée séparément. Citons le message concernant la révision de l'assurance-maladie (art. 38): «*C'est pourquoi, malgré le vœu exprimé par les médecins dans la procédure de consultation en faveur du maintien de ces possibilités d'échelonnement, nous y avons renoncé et prévu un système uniforme de protection tarifaire qui sauvegarde le principe de l'égalité de traitement des assurés. Cette mesure constitue aussi le pendant et le complément logique de l'obligation générale d'assurance.*» Ce qui devrait clore, en fait, tout débat sur la légitimité des factures complémentaires puisque le législateur les a clairement interdites.

2. Selon l'art. 43, 6^e al., LAMal, «les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible». Ce qui signifie, bien entendu, une assistance médicale selon toutes les règles de l'art et non le niveau minimal d'un débutant dans la profession.

3. Ce ne sont pas les patients qui s'adressent au médecin pour des souhaits particuliers en étant d'accord de payer un supplément. Nous savons que les médecins recourent à plus ou moins de pression pour obtenir du patient des déclarations de consentement. Dans la relation de dépendance entre patient et médecin, on peut douter que ce type de déclarations soit dénué de vices du consentement (art. 23 CO ss et art. 21 CO).

4. Les tarifs en vigueur ne sont pas des tarifs que l'on pourrait qualifier de tarifs sociaux minimaux. La somme, p. ex. de Fr. 736.50, pour une opération de la cataracte de quinze minutes dans le canton de Berne doit-elle être considérée, pour le médecin, de minimum existentiel?

5. Si les tarifs contractuels selon la LAMal n'étaient que la rémunération d'une qualité minimale de la prestation médicale, le revenu de référence du Tar-Med devrait se situer au niveau d'un médecin-assistant parfaitement inexpérimenté. Ce qui ne ferait pas 210 000 francs, mais une petite partie de cette somme.

6. Etant donné que tous les médecins se considèrent, après plusieurs années d'activité, comme des spécialistes particulièrement expérimentés, ils pourraient à loisir établir des factures complémentaires pour toutes leurs prestations. Dans le cadre de l'indemnisation dans l'assurance obligatoire des soins, même une assistance médicale raisonnable pour les personnes aux ressources modestes dans ce pays serait déjà inabordable.

7. La notion de caractère économique est ici aussi une fois de plus faussée: il n'est pas contraire aux valeurs économiquement souhaitables qu'un médecin-chef fasse un pansement qu'aurait pu faire n'importe quel médecin-assistant. Tout simplement parce que l'indemnisation est liée à la prestation, non à la personne. La prestation n'aurait un caractère non économique que si les frais étaient disproportionnés par rapport au succès escompté. Nous nous référons à cet égard à la jurisprudence du TFA (RAMA, 1996, K 973, p. 13).

8. Vos déclarations conduisent directement à une médecine à deux vitesses. Chaque médecin se sentirait en droit d'établir des factures complémentaires. Les personnes à faible revenu ne pourraient se payer une assistance médicale de qualité. Elles n'auraient d'autre recours que de faire appel à des médecins mal formés, enclins à la routine et au minimalisme chez les patients bénéficiant d'une assurance générale. On voit d'ici le résultat ...

9. Si un tribunal suivait vos raisonnements, ce dont nous nous permettons de douter, toutes les indemnisations des contrats tarifaires devraient être revues sérieusement à la baisse, pour que les tarifs représentent un minimum social. Pour le médecin, les factures complémentaires ne seraient plus alors une maximalisation du revenu, mais une amère nécessité, car existentielle, ce qui ne rendrait service à personne, au corps médical non plus.

Nous renonçons à publier notre position dans un journal spécialisé, car nous ne voulons pas donner à la vôtre l'apparence d'une opinion d'experts dont on pourrait débattre. Elle n'est pas à débattre. Sachez cependant que nous y sommes clairement opposés. Nous déconseillons à tout le corps médical de vouloir justifier de quelconques factures complémentaires en se référant à cette publication. Nous lutterons par tous les moyens légaux pour contrer cette pratique illégale. Nous vous prions de le faire savoir à vos membres sous la forme qui vous sied.

Concordat des assureurs maladie suisses

Service juridique

Andreas Kummer, lic. en droit, avocat et notaire

Directeur du département tarifaire

Daniel Wyler, lic. en droit

Copie: OFAS, OFAP, OSP, H+

(traduction FMH)

Factures complémentaires en cas de prestations médicales complémentaires – et de deux!

Résumé

Dans leur lettre du 7. 12. 1999, A. Kummer et D. Wyler contestent catégoriquement les réflexions de droit fondant l'article de HP. Kuhn, («factures complémentaires en cas d'hospitalisation») paru dans le n° 36/1999 du BMS.

La réponse publiée ci-après contient les arguments et les réflexions de fond suivants:

- L'objectif de l'assurance sociale est une médecine optimale, pas maximale. Les prestations complémentaires allant au-delà de celles de l'assurance sociale peuvent et doivent être facturées séparément. Au vu de la structure organisationnelle du partage du travail de la division commune de l'hôpital public, le traitement fourni, d'entente avec le patient, entièrement ou de façon prépondérante par le médecin expérimenté de l'hôpital ou le médecin agréé est aussi une prestation complémentaire.
- L'autonomie du patient est d'une importance capitale: le patient doit être libre de décider s'il veut des prestations complémentaires et lesquelles, et si elles valent le prix. Une information du patient transparente et opportune sur les prestations complémentaires est donc essentielle. L'auteur propose de définir des modules de prestations complémentaires en collaboration avec l'organisation suisse des patients. On parviendrait ainsi à créer des conditions optimales pour la communication entre médecin et patient.

1964, il existait même une répartition *tripartite* des tarifs, les conventions tarifaires permettant, dans le cadre du tarif de l'assurance sociale, une différenciation entre les assurés tarifairement protégés de la classe moyenne et de la classe la plus défavorisée. Les partenaires tarifaires bernois n'ont, par exemple, levé cette différenciation que le 1^{er} janvier 1987, lors de la révision du tarif des médecins et des caisses. Le Conseil fédéral, dans son message, à l'endroit que vous citez, a rejeté le souhait de médecins d'échelonner, dans le nouveau droit également, les tarifs ambulatoires selon le revenu et la fortune. Le Parlement a suivi le Conseil fédéral et dès lors, ce qui apparaît clairement, en premier lieu, c'est seulement que, contrairement à ce qui se passait avec la LAMA, les factures médicales ne *sont plus* différenciées selon *le revenu et la fortune* de l'assuré.

Par ailleurs, dans le message du Conseil fédéral au Parlement, le parallèle avec les dispositions de la LAA de 1981 est évident: dans la LAA, le texte de loi prévoit les mêmes tarifs pour tous les assurés [2]. Le Conseil fédéral, dans le message concernant la révision de l'assurance-maladie, écrit: «La protection tarifaire signifie que les fournisseurs de prestations doivent premièrement, lors de la facturation, respecter les prix et les tarifs convenus par les conventions tarifaires [...] ou fixés par les autorités compétentes et, deuxièmement, qu'ils ne peuvent calculer de rémunérations plus élevées pour *les prestations allouées conformément à la présente loi* [passage mis en évidence par l'auteur][...]. L'hôpital ne peut donc, pour la *division commune*, [passage mis en évidence par l'auteur] présenter une facture supplémentaire ni à l'assureur ni à l'assuré.» [3] Autrement dit, il est juridiquement important de savoir ce que couvrent, concrètement, ces «prestations allouées conformément à la présente loi» et quelle est la définition d'une «division commune» d'un hôpital [1]. Rappelons ici que, depuis l'introduction de la LAA en 1984, ce sont notamment les caisses-maladie reconnues qui ont vendu un nombre considérable de polices d'assurances privées et semi-privées (encaissant les quelques millions de primes correspondants) et ont acquitté, bien évidemment, les factures complémentaires des médecins pour le traitement d'assurés LAA en division privée et semi-privée [4, 5].

Chers collègues,

Je réponds à vos objections dans le même ordre: ad 1: Vous vous référez au message concernant la LAMal et en citez un passage. Or, pour comprendre celui-ci, il faut connaître le contexte historique discuté par le Conseil fédéral à cet endroit du message: l'ancienne LAMA ne prévoyait expressément aucune protection tarifaire pour les assurés en situation économique très aisée. Le tarif ambulatoire des caisses n'était pas valable dans leur cas. Selon la LAMA de

Si, en raison du principe légal voulant les mêmes tarifs pour tout le monde, l'on devait «clôre tout débat sur la légitimité des factures complémentaires», le corps médical, les hôpitaux et les caisses-maladie reconnues auraient contrevenu à la loi (depuis la mise en vigueur de la LAA). Si bien que l'Office fédéral des assurances privées aurait dû intervenir, dès 1984, contre des polices d'assurance illégales, des encaissements de primes interdits et une prise en charge illicite de factures dans le domaine de l'assurance complémentaire LAA.

Par ailleurs, concernant la protection tarifaire dans la LAMal, le Prof. Alfred Maurer, grand «Sage» du droit des assurances sociales, estime que «la situation juridique est certes différente si l'assuré a une assurance complémentaire qui couvre les prestations non prévues dans le contrat tarifaire. [...] Ce qui se trouve être le cas, p. ex., lorsque l'assuré est traité dans la division privée d'un hôpital. Les frais supplémentaires qui en découlent ne peuvent être pris en charge par l'assurance maladie sociale. Ils doivent l'être par l'assurance complémentaire, pour autant qu'ils soient couverts par celle-ci. La protection tarifaire consiste ici à ce que l'assureur LAMal doive prendre en charge les frais qu'aurait encourus l'assuré s'il avait été traité en division commune.» (trad. FMH) [6]

Certes, on peut aussi contester les vues d'éminents et méritants professeurs. Mais les traiter comme n'étant même pas dignes de discussion procède d'une approche scientifique pour le moins curieuse. Pourquoi renoncer à publier votre position dans une revue spécialisée?

ad 2: Il est vrai que la LAMal, à l'art. 43, 6^e al., prescrit des soins d'une qualité de haut niveau tout en étant le plus avantageux possible. Vous ajoutez que la LAMal n'a pas pour objectif une médecine qui soit «du niveau minimal d'un débutant dans la profession.»

Je me suis laissé dire que dans le cadre de la tarification des prestations hospitalières, les assureurs sociaux insistent sur un ensemble salarial intégrant bel et bien l'activité du débutant au chevet du patient (salaire d'assistant des premières années). Je pense que les délégués aux négociations tarifaires de H+ seront sûrement intéressés par votre profession de foi selon laquelle il ne saurait être question du niveau minimal d'un médecin débutant. L'adaptation correspondante de l'ensemble salarial déterminant, donc des coûts hospitaliers facturables, devrait conduire, en outre, chez les directeurs des affaires sanitaires à un certain soulagement dans la perspective de la prochaine introduction du TarMed dans les hôpitaux. Les médecins agréés (il s'agit en règle générale, voire, suivant l'établissement hospitalier, exclusivement de médecins avec expérience de chef de clinique) seront eux aussi heureux d'apprendre que la LAMal ne connaît pas le niveau minimal du débutant dans la profession. La voie serait ainsi définitivement libre pour ancrer une rémunération adéquate de leurs traitements dans les tarifs de l'assurance sociale (et donc renoncer, à cet égard, aux factures complémentaires).

Qu'il n'y ait pas de malentendu: il va de soi que les médecins-assistants font preuve d'un grand engagement et pratiquent une bonne médecine sous la direction de leurs confrères expérimentés. Je ne voudrais convaincre personne de conclure une assurance complémentaire à tout prix et de renoncer pour cela à ses vacances ou à une nouvelle voiture. Il n'en demeure pas moins que malgré l'affirmation du contraire, il se trouve toujours des patients qui, lors de maladie ou d'accident, veulent, pour des raisons personnelles, recourir exclusivement ou de façon prépondérante, aux soins d'un médecin jouissant de la plus grande expérience possible, même si l'assistant est capable d'apporter les soins optimaux requis par la LAMal. Que dois-je, que devons-nous recommander à ces citoyens?

En premier lieu, il faut s'accorder à penser que ces coûts salariaux horaires plus élevés engendrés par les souhaits des patients ne peuvent ni ne doivent être pris en charge par l'assurance sociale ou par des subventions cantonales. Dès lors, deux solutions sont possibles: soit nous acceptons tous, comme c'est le cas de la LAA depuis 1984, le principe des factures complémentaires, soit nous refusons les souhaits des patients. La solution du refus – qui appelle une autre question: quelle menace de sanction voudriez-vous introduire? – serait, pour moi, une façon étrange de comprendre l'autonomie du patient.

ad 3: Vous affirmez que ce ne sont pas les patients qui s'adressent au médecin pour des souhaits particuliers, mais les médecins, qui recourent à plus ou moins de pression pour obtenir du patient des déclarations de consentement. A vous d'administrer la preuve de cette déclaration. Alors que les assureurs-maladie exigent du corps médical – à bon droit – de pratiquer une médecine fondée sur des données probantes (evidence-based medicine), quelles preuves pouvez-vous apporter de vos allégations?

Cela dit, vous mettez le doigt sur la question décisive. Dans le n° 18/1996 du BMS déjà, je disais: «...Il va de soi que le médecin ne doit exercer aucune sorte de pression, directe ou non, sur son patient. La validité de tels accords dépend essentiellement du fait que le patient a pu se déterminer en toute liberté et de sa propre initiative.» [7] Un principe valable aussi bien pour le cabinet médical que pour l'hôpital. En 1997, Alfred Maurer a également soulevé dans un article cette question d'un abus possible, en évoquant, malgré ce risque, notons-le, l'adéquation des factures complémentaires *ambulatoires* dans le cadre des dispositions transitoires à l'art. 102 LAMal. [8] Il est bien sûr essentiel que les hôpitaux et les médecins qui offrent des prestations complémentaires, en plus des «prestations conformément à la présente loi» [9] en informent les patients clairement, sans fard et surtout suffisamment tôt. Ce devoir d'information concerne d'abord tous les fournisseurs de prestations et ensuite – dans le cadre des assurances complémentaires – les assureurs [10]. Toutefois, étant donné qu'il ne serait guère efficace de vouloir réinventer la roue dans chaque cabinet médical et dans chaque hôpital, je

propose aux groupements de médecins intéressés de se réunir le plus tôt possible avec l'Organisation suisse des patients afin d'élaborer ensemble des modèles de prestations complémentaires réalistes et transparents. On y gagnerait sur tous les tableaux. D'une part, une bonne information du patient ferait baisser le risque d'abus de manière spectaculaire et, d'autre part, la transparence de l'information permettrait aux patients de décider eux-mêmes quelles sont les prestations réellement souhaitées et à quel prix («value for money»). Enfin, ces derniers pourraient vérifier si la prestation complémentaire convenue et clairement définie a vraiment été fournie. Il va de soi que le travail de définition pourrait fort bien s'ouvrir aussi à ceux qui, parmi les assureurs-maladie, n'ont pas pour maxime de décider que «ce qui ne doit pas être n'existe pas».

ad 4: J'ai utilisé comme argument les Fr. 8.– d'assistance journalière des patients hospitalisés dans le canton de Berne. Vous avancez le contre-argument des Fr. 736.50 pour une opération de la cataracte dans ce même canton et affirmez que «les tarifs en vigueur ne sont pas des tarifs sociaux minimaux».

Sortir du contexte l'une ou l'autre position tarifaire pour patients hospitalisés ne donne guère une image représentative. Il me semble plus convaincant – s'il vous faut une preuve – de consulter les procès-verbaux de négociations cantonales des années 70 et 80 concernant le thème des «patients en division commune» opposé à celui des «patients en division privée et semi-privée». Il y a fort à parier que ces documents établiraient que les médecins, les hôpitaux, les directeurs des affaires sanitaires et les caisses ont choisi consciemment la stratégie de faire passer à la caisse les patients privés et semi-privés afin d'assumer les frais non couverts des traitements de patients en division commune dans les hôpitaux publics et ceux collaborant avec des médecins agréés.

ad 5, 6 et 9: Vous évoquez un revenu de référence de 210 000 francs et le risque de qualifications particulières présomptueuses.

Il faut distinguer ici entre médecine hospitalière et ambulatoire:

- pour la médecine *hospitalière*, je vous renvoie aux alinéas ad 2, ad 7 et 8;
- pour la médecine *ambulatoire*, la situation est différente, aussi bien concernant la fréquence des prestations complémentaires que les frais globaux engendrés par celles-ci. Dans le domaine ambulatoire, les futurs tarifs TarMed sont calculés à partir du niveau de spécialiste. Des prestations complémentaires en raison d'une *qualification* particulière pour des traitements ambulatoires obligatoirement remboursés par les caisses seront donc rares. Mais les traitements allant au-delà de la prestation *efficace, appropriée et économique* financée par la communauté solidaire (visite à domicile au lieu de la consultation au cabinet médical, davantage de séances de physiothérapie que nécessaire pour la supervision de la thérapie

d'activation, etc.) [11] sont cependant une réalité d'aujourd'hui et devraient encore augmenter selon toute probabilité.

ad 7: Vous écrivez: «Il n'est pas contraire aux valeurs économiquement souhaitables qu'un médecin-chef fasse un pansement qu'aurait pu faire n'importe quel médecin-assistant». J'ai choisi intentionnellement un exemple un peu extrême. Vous trouvez que la notion de caractère économique est «une fois de plus faussée» et motivez votre rejet par l'argument selon lequel l'indemnisation est liée à la prestation, non à la personne». Relevons d'emblée que dans la réalité, la prestation ne saurait être séparée de la personne. La question demeure ouverte de savoir si le médecin-chef (pour conserver cette image) applique mieux le pansement que le médecin-assistant ou l'infirmière. C'est en définitive au patient de décider quel prix il entend payer pour ce souhait particulier. Il est clair, d'abord, que l'assurance sociale, pour ce changement de pansement, n'acceptera que le coût salarial de l'assistant ou du personnel soignant et que, d'autre part, les «coûts réels de production» de l'hôpital diffèrent nettement lorsqu'il s'agit du médecin-chef. Le fait que le changement de pansement par le médecin-chef tel que le souhaite le patient soit considéré comme étant contraire au caractère économique ou en tant que prestation allant (quel qu'en soit le titre) au-delà de celles couvertes par la LAMal n'est pas important en fin de compte: si le patient souhaite un changement de pansement par le médecin-chef ou le médecin agréé et si celui-ci accepte le mandat, ce sera au contribuable de payer le surplus ou alors il doit y avoir une facture complémentaire (à moins d'interdire ce traitement, voir plus haut). Souhaitez-vous que le contribuable finance ce souhait particulier?

ad 8: «Vos déclarations conduisent directement à une médecine à deux vitesses». Revoilà donc l'épouvantail qui est censé couper court à toute discussion. La vérité est quelque peu différente:

- La LAMA/LAMal et la LAA connaissent depuis des décennies plusieurs classes d'assurances et de tarifs. Si cela signifie pour vous une médecine à deux vitesses à rejeter, les assureurs sociaux en sont depuis longtemps au moins les complices consentants. On pourrait remettre en question, de même, la non-entrée en matière de l'Office fédéral des assurances privées, du Conseil fédéral et des directeurs des affaires sanitaires, pour ne citer que les plus importants protagonistes.
- Je l'ai dit sous chiffre 2, loin de moi l'idée de convaincre les patients qu'un traitement en salle dite commune d'un hôpital public est pour eux insuffisant. Mais que doit-on conseiller au citoyen qui souhaite à tout prix faire effectuer son opération de la hanche entièrement sous la coordination personnelle du chef de clinique ou du médecin-chef? Et à celui qui souhaite recevoir la visite de son médecin agréé le dimanche et non pas celle de son remplaçant tout aussi qualifié ou même d'un assistant qui pratique déjà une bonne méde-

cine? Doit-on mettre tout cela sur le compte de l'assurance sociale? Sur celui du contribuable? Ou tout interdire?

L'affirmation de «médecine à deux vitesses» est un slogan prisé des politiques et des directeurs des affaires sanitaires qui tentent avec obstination de contester que dans notre système de santé, on rationne ici et là chez les assurés de base. Je trouve plus honnête de nommer les choses par leur nom.

- Qu'en est-il du temps de travail des médecins et du personnel soignant mis à disposition: pour le calcul des polices d'assurance complémentaire des assurés privés et semi-privés, les assureurs sociaux partent-ils vraiment du même effectif de places de soins et du même laps de temps consacré par les médecins que pour les patients en division commune?
- Qu'en est-il du coût des médicaments? Qui a des yeux pour voir et des oreilles pour entendre sait parfaitement que les hôpitaux et les médecins d'hôpitaux réservent par exemple les nouveaux médicaments anesthésiques ou produits de contraste coûteux, mais pauvres en effets secondaires, aux patients de division commune à plus haut risque ou en plus mauvais état, afin de maintenir le budget hospitalier dans les normes [12]. Mais ces mêmes médicaments sont administrés en général à tous les assurés complémentaires parce qu'ils seront payés.
- Je cite la presse quotidienne: «le congrès a porté sur les soins corporels remis à plus tard ou ajournés momentanément par opposition avec les discussions au chevet du patient, ainsi que sur la concentration des soins sur les patients «vraiment gravement atteints», la diminution du temps d'intervention personnelle (p. ex. par une «délégation» de la responsabilité à une seule infirmière diplômée pour 12 personnes alors que l'unité de soins intensifs est remplie en permanence) et la réduction drastique des prestations thérapeutiques. On a aussi évoqué la répartition (officiellement largement occultée) des patients dans les homes en diverses catégories de soins, le transfert (refoulement) de patients le plus tôt possible dans d'autres cliniques pour s'en débarrasser, les différences pratiquées selon la classe d'assurance. [...] Dans le

domaine des soins d'urgence également, on parle d'une occupation totale alors qu'il s'agit en fait d'un gel des admissions, à l'exception des blessés graves non transportables. Selon l'un des intervenants, l'introduction du budget global constitue un moyen de rationnement particulièrement caché. Les conventions ont déclenché des mesures limitatives, certes, mais celles-ci restent anonymes et n'apparaissent pas officiellement.» (trad. FMH) [13].

Conclusion

Je ne peux que répéter ce que j'ai déjà dit précédemment dans le Bulletin des médecins suisses [1]: dans l'assurance sociale, l'assuré a droit, selon le Tribunal fédéral des assurances, à une assistance médicale suffisante («angemessene»), mais pas maximale [14]. De plus, le droit des assurances sociales ne garantit pas, à l'hôpital, le libre choix du médecin. Même en laissant de côté la question de savoir si les patients en division commune peuvent recevoir encore une médecine optimale, une chose est sûre, une médecine «à une vitesse» ne pourrait être imposée qu'en sanctionnant les prestations, les factures et les assurances complémentaires.

Du reste, la Cour de l'Union européenne, dans les arrêts concernant les deux cas Kohll et Becker, du 28 avril 1998 [15], a obligé les assureurs-maladie d'un Etat de l'UE à rembourser les prestations médicales dans un *autre* pays de l'UE selon le tarif des assurances sociales du lieu de résidence de l'assuré [16]. Il convient de noter que dans les deux cas jugés, le tarif calculé par le fournisseur de prestations ne jouait pas de rôle et qu'il ne s'agissait pas de traitements d'urgence. Si l'on veut vraiment concrétiser le principe d'une médecine à une seule classe, on ne saurait se contenter du renoncement des caisses-maladie aux assurances complémentaires et de nouvelles interdictions du législateur suisse. Il faudrait en plus réclamer de nouveaux accords internationaux qui viseraient à interdire les prestations et assurances complémentaires dans le monde entier ...

HP. Kuhn, avocat, secrétaire général adjoint de la FMH

Copie: OFAS, OFAP, OSP, H+

Références

- 1 Kuhn HP. Factures complémentaires en cas d'hospitalisation, Bulletin des médecins suisses, 1999;80(36):2175-8.
- 2 Art. 56, 4^e al. LAA: «Les taxes doivent être les mêmes pour tous les assurés de l'assurance-accidents».
- 3 Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, p. 82/83.
- 4 Concernant un assuré LAA avec assurance complémentaire, hospitalisé de longs mois à l'unité des soins intensifs du Zieglerspital, la CMB n'a pas contesté, devant le Tribunal administratif bernois, le principe de la facture complémentaire, mais souhaité une diminution équitable des honoraires privés du médecin-chef. Or, le tribunal a entièrement appuyé les prétentions de l'hôpital et du médecin-chef concernant les honoraires (décision du 24 juin 1991, JAB 1992, p. 54 à 68): «Il est incontestable, par contre, que des factures complémentaires peuvent être dressées lorsque des prestations complémentaires sont fournies par le médecin ou l'établissement en dehors du domaine des prestations obligatoires selon la LAA. Sont comptées parmi les prestations extraordinaires ou complémentaires celles aussi que le patient souhaite recevoir dans une division autre que la division commune.» (cons. 7 c). «Par le fait que le recourant a traité R. comme patient de division semi-privée et non de division commune, il a incontestablement fourni une prestation complémentaire.» (cons. 8, 1^{er} al.) (trad. FMH).
- 5 Par ailleurs, le Conseil fédéral a abrogé, le 1^{er} janvier 1998, le 2^e al. de l'art. 70, OLAA, à savoir le passage rendant explicite cette différence de facturation pour les traitements hospitaliers. Pourquoi? Dans le commentaire sur cette modification de l'ordonnance, l'instance suprême du pays n'a pas voulu mettre fin à une pratique d'assurance et de facturation parce qu'elle était illégale, au contraire: «Cette réglementation répond à un besoin pratique. Par contre, sa légalité a toujours été remise en question depuis son entrée en vigueur. Selon l'art. 10 LAA, le Conseil fédéral ne peut définir que les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance de base et non décrire plus en détails les prestations dépassant ce cadre. Dans ces conditions, il nous semble approprié de supprimer cette norme.» (trad. FMH) (Révision de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, commentaires sur les diverses dispositions, 10 novembre 1997). Le Conseil fédéral a ici 10 ans de retard sur la critique d'Alfred Maurer, qui déclare: «L'OLAA prévoit ainsi une disposition pour des prestations qui ne relèvent pas des prestations obligatoires. On peut dès lors se demander si celle-ci est conforme à la loi.» (trad. FMH) (Maurer A. «Schweizerisches Unfallversicherungsrecht». 2^e édition inchangée. Berne: Helbing & Lichtenhahn; 1989. p. 529).
- 6 Maurer A. «Das neue Krankenversicherungsrecht». Bâle: 1996. p. 81.
- 7 Kuhn HP. «LAMal, réponse aux questions les plus fréquentes». Bull Méd Suisse 1996;87(18):737-40, 738.
- 8 «L'art. 44, 1^{er} al., LAMal dispose uniquement pour le fournisseur de prestations l'obligation de s'en tenir, dans le cadre de l'assurance obligatoire, aux prix et tarifs fixés par convention ou par les autorités. Il ne peut dès lors revendiquer simplement des honoraires complémentaires. En revanche, cette disposition n'interdit nullement de passer des conventions avec les assurés sur une base privée, permettant donc de facturer un honoraire privé. Pour l'assurance et par rapport à la division privée d'un hôpital, ce point n'est pas contesté et s'applique également au traitement ambulatoire.» (trad. FMH) (Maurer A. «Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung» [relation entre assurance obligatoire des soins et assurance complémentaire; trad. FMH]. Dans: Duc JL (éd.). LAMal, KVG, Recueil de travaux, Lausanne: IRAL: 1997. p. 703-34, 727 ss).
- 9 Art. 44, LAMal.
- 10 Pour les caisses-maladie reconnues en tant qu'assureurs privés: art. 16, en relation avec l'art. 12, 2^e al., LAMal.
- 11 Cf. également d'autres exemples fournis dans Kuhn HP., Factures complémentaires en cas d'hospitalisation, BMS n° 36/1999, p. 2175 à 2178, p. 2177; idem: LAMal: réponse aux questions les plus fréquentes, BMS n° 18/1996, p. 736 à 740, p. 737, ainsi que: Nouvelle LAMal: quelles nouveautés pour le médecin et l'assuré-patient dès le 1^{er} janvier 1996?, BMS 49/1995, p. 2014 à 2017, p. 2017.
- 12 J'avais déjà recueilli ce type d'informations de la part de médecins-chefs de diverses régions de Suisse (inofficiellement à l'époque), dans les années 1995 et 1996.
- 13 «Rationierung am Krankenbett; nie (oder doch)?», NZZ, 12 décembre 1999, p. 50.
- 14 Tiré d'un arrêt du Tribunal fédéral des assurances [concernant la LAM; remarque de l'auteur]: «Le message du Conseil fédéral du 27 juin 1990 indique qu'un principe généralement reconnu est ancré dans l'assurance sociale selon lequel l'assuré a droit à une assistance médicale suffisante (approprié et économique), mais pas maximale.» (trad. FMH) (ATF 123 V, p. 53 ss, consid. 1b, p. 56).
S'agissant de la LAMal: «La caisse ne doit pas assumer pour le patient, dans l'assurance de base, des frais supplémentaires résultant de soins intensifs ou de traitement spécialisé dans une clinique de luxe si le même traitement aurait pu être prodigué dans un établissement plus simple et moins cher.» (trad. FMH) (Décision du Tribunal fédéral des assurances du 28 novembre 1998, ATF 124 V p. 363ss, consid. 1b).
- 15 Jugements de la Cour de l'UE du 28 avril 1999 dans la cause C-158/96 (Raymond Kohll contre l'Union des caisses de maladie) et C-120/95 (Nicolas Becker contre la Caisse de maladie des employés privés); traité par Erwin Murer dans SZS n° 43/1999, p. 75 ss.
- 16 La LAMal prend, elle aussi, déjà en charge – avant même l'entrée en vigueur des accords bilatéraux avec l'UE – certains traitements à l'étranger (cf. art. 34, 2^e al., LAMal).

Deutsch erschienen in Nr. 2/2000

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels FMH für Innere Medizin

Aufgrund des Weiterbildungsprogrammes und des Beschlusses des Zentralvorstandes der FMH vom 3. Februar 1999 ist das Bestehen der Facharztprüfung für alle Kandidatinnen und Kandidaten, welche ihre Weiterbildung nach dem 31. Dezember 2000 abschliessen, Voraussetzung zur Erlangung des Facharzttitels FMH für Innere Medizin. Näheres zu den Übergangsbestimmungen und Ausnahmen ist in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 9 vom 3. März 1999 publiziert.

Ort: Der Prüfungsort wird Ihnen nach Eingang des Anmeldeformulars direkt von der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin mitgeteilt.

Zeitpunkt: Die Prüfung erfolgt in zwei Teilen

- Schriftliche Prüfung:
23. August 2000 (08.45–13.00 Uhr)
- Praktische Prüfung:
18.–23. September 2000 (1 Tag)

Prüfungsgebühr: Die SGIM erhebt eine Prüfungsgebühr von Fr. 700.– für beide Prüfungen zusammen.

Anmeldung: Sekretariat der Facharztprüfung, c/o Frau L. Rölli, Sekretariat Prof. R. Joss, Medizinische Klinik, Kantonsspital, 6000 Luzern 16
Die Anmeldeformulare können beim Sekretariat der Facharztprüfung Innere Medizin schriftlich (Fax 041 205 51 09) angefordert werden.

Anmeldefrist: 30. April 2000

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre FMH en médecine interne

Conformément au programme de formation postgraduée et à la décision du Comité central de la FMH du 3 février 1999, la réussite de l'examen de spécialiste est une condition requise pour les candidats au titre FMH en médecine interne qui termineront leur formation postgraduée après le 31 décembre 2000. Pour de plus amples renseignements concernant les dispositions transitoires et les dérogations, veuillez vous référer à la publication du Bulletin des médecins suisses no 9, du 3 mars 1999.

Lieu: Le lieu d'examen vous sera communiqué directement par la Société Suisse de Médecine Interne après réception du formulaire d'inscription.

Date: L'examen a lieu en deux parties

- examen écrit: 23 août 2000 (8h45–13h)
- examen pratique: 18–23 septembre 2000 (1 jour)

Taxe d'examen: La SSMI prélève une participation aux frais de Fr. 700.– pour les deux parties de l'examen.

Inscription: Secrétariat d'examen de spécialiste en médecine interne, c/o Mme L. Rölli, Secrétariat Prof. R. Joss, Clinique médicale, Hôpital Cantonal, 6000 Lucerne 16

Les formulaires d'inscription peuvent être obtenus auprès du secrétariat de l'examen de spécialiste en médecine interne par écrit (fax 041 205 51 09).

Délai d'inscription: 30 avril 2000

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels FMH für Neurologie

Aufgrund des Weiterbildungsprogrammes, welches am 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt wurde, ist die Teilnahme an der Facharztprüfung für diejenigen Kandidatinnen und Kandidaten Voraussetzung für die Erlangung des Facharztstitels FMH für Neurologie, welche ihre Weiterbildung in Neurologie am 31. Dezember 1996 nicht abgeschlossen hatten. Es empfiehlt sich, die Facharztprüfung frühestens im letzten Jahr der reglementarischen Weiterbildung abzulegen (Art. 23 WBO).

Ort: CHUV, Lausanne

Zeitpunkt: Freitag und Samstag, 29.–30. September 2000

Prüfungsgebühr: Die SNG erhebt eine Prüfungsgebühr von Fr. 500.–.

Anmeldung: Schriftliche Anmeldung unter Beilage des Ausbildungscurriculums an:
Prof. Dr. med. J. Bogousslavsky,
Service de Neurologie,
CHUV-BH 13, 1011 Lausanne,
Tel. 021 314 12 20, Fax 021 314 12 31.

Anmeldefrist: 30. Juni 2000

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre FMH en neurologie

Conformément au programme de formation postgraduée qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1996, la participation à l'examen de spécialiste est obligatoire pour les candidats à l'obtention du titre FMH en neurologie qui n'avaient pas terminé leur formation postgraduée en neurologie le 31 décembre 1996. Il est recommandé de passer l'examen de spécialiste au plus tôt durant la dernière année de formation postgraduée réglementaire (art. 23 RFP).

Lieu: CHUV, Lausanne

Date: Vendredi et samedi, 29 et 30 septembre 2000

Taxe d'examen: La SSN prélève une participation aux frais de Fr. 500.–.

Inscription: A adresser par écrit en associant un curriculum de formation à l'adresse suivante:
Prof. J. Bogousslavsky,
Service de Neurologie,
CHUV-BH 13, 1011 Lausanne,
tél. 021 314 12 20, fax 021 314 12 31.

Délai d'inscription: 30 juin 2000

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels FMH für Pneumologie

Aufgrund des Weiterbildungsprogrammes, welches am 1. Juli 1996 in Kraft gesetzt wurde, ist die Teilnahme an der Facharztprüfung für diejenigen Kandidatinnen und Kandidaten Voraussetzung für die Erlangung des Facharztstitels FMH für Pneumologie, welche ihre Weiterbildung in Pneumologie bis am 30. Juni 1997 nicht abgeschlossen hatten. Es empfiehlt sich, die Facharztprüfung frühestens im letzten Jahr der reglementarischen Weiterbildung abzulegen (Art. 23 WBO).

Ort: Geschäftsstelle der Lungenliga Schweiz, Bern

Datum: Donnerstag, 24. August 2000

Prüfungsgebühr: Die SGP erhebt eine Prüfungsgebühr von Fr. 650.-.

Anmeldung: Anmeldung bis zum 30. April 2000 unter Beilage des Curriculums an eine der folgenden Adressen:

Erwachsenen-Pneumologie

PD Dr Laurent Nicod, Division de pneumologie, Hôpital cantonal universitaire, 1211 Genève, Tel. 022 372 99 02, Fax 022 372 99 09, e-mail Laurent.Nicod@hcuge.ch

Pädiatrische Pneumologie

Dr Stéphane Guinand, 1, rue Emile-Yung, 1205 Genève, Tel. 022 346 25 52, Fax 022 789 50 27, e-mail guinand@swissonline.ch

Der Stoffkatalog kann bezogen werden beim Sekretariat der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP), Südbahnhofstrasse 14c, Postfach 49, 3000 Bern 17, Tel. 031 378 20 30, Fax 031 378 20 31, E-mail n.bertschy@lung.ch

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste FMH en pneumologie

Selon le programme de formation postgraduée entré en vigueur le 1^{er} juillet 1996, la participation à l'examen de spécialiste est une condition requise pour les candidats à l'obtention du titre de spécialiste FMH en pneumologie qui n'avaient pas terminé leur formation postgraduée en pneumologie le 30 juin 1997. Il leur est recommandé de passer l'examen de spécialiste au plus tôt durant la dernière année de leur formation postgraduée réglementaire (art. 23 RFP).

Lieu: Administration de la Ligue pulmonaire Suisse, Berne

Date: Jeudi, 24 août 2000

Taxe d'examen: La SSP prélève une participation aux frais de Fr. 650.-.

Inscription: Envoyez votre inscription d'ici au 30 avril 2000, accompagné de votre curriculum, à l'une des adresses suivantes:

Pneumologie des adultes

Dr Laurent Nicod, p.d., Division de pneumologie, Hôpital cantonal universitaire, 1211 Genève, tél. 022 372 99 02, fax 022 372 99 09, e-mail Laurent.Nicod@hcuge.ch

Pneumologie pédiatrique

Dr Stéphane Guinand, 1, rue Emile-Yung, 1205 Genève, tél. 022 346 25 53, fax 022 789 50 27, e-mail guinand@swissonline.ch

Veillez commander le catalogue des branches d'examen au secrétariat de la Société Suisse de Pneumologie (SSP), Südbahnhofstrasse 14c, Case postale 49, 3000 Berne 17, tél. 031 378 20 30, fax 031 378 20 31, e-mail n.bertschy@lung.ch