



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

N° 5 / octobre 2010  
www.berner-aerzte.ch

## Contenu de ce numéro:

Avis de l'Association pour le libre choix du médecin sur le Managed Care 2

Séminaire du 18 août: Managed Care revised! 3

La desserte médicale dans le canton de Berne 6

Entretien d'anniversaire avec Piroschka Wolf: 25 ans au service de la SMCB: «Je n'ai fait qu'être à l'écoute» 8

Nouvel élan pour la caisse unique 10

Caisse unique: fin de la fausse concurrence ou fin du libre choix? 11

eHealthSuisse – Cybersanté! 13

La santé comme marchandise 14

## Service de garde: défi passionnant ou brimade?



Les faits: pour une jeune consœur ou un jeune confrère, la situation locale des urgences peut être déterminante pour la reprise d'un cabinet médical. Aujourd'hui, les médecins sont prêts à payer des milliers de francs de taxe de dispense pour ne pas avoir à assurer des services de garde. Les agglomérations urbaines voient s'établir de plus en plus d'organisations privées pour les urgences. La FMH encourage une meilleure intégration des médecins des urgences dans la chaîne de sauvetage. En même temps, dans le canton de Berne, des modèles de soins novateurs font leur apparition pour les services des urgences ambulatoires. Les évolutions les plus récentes l'attestent: si l'organisation joue, le service des urgences devient médicalement intéressant et attrayant.

Le service des urgences donne à penser: à part les soins intégrés, il est un sujet de discussion pour tout le corps médical bernois. Les points en débat sont controversés, politiquement chargés et souvent inspirés par des intérêts particuliers. C'est ce dernier point qui, personnellement, me séduit le plus: le service des urgences est un travail passionnant. Mais il doit être bien structuré, exempt de stress et, en fin de compte, correctement rétribué. Nous pouvons nous-mêmes exercer une influence dans certains domaines, moins dans d'autres secteurs. Le corps médical et son organisation corporative doivent collaborer activement. À mon avis, ce serait une perte pour l'image professionnelle du praticien si le service des urgences ambulatoires devait fonctionner sans nous. Voici des années que la SMCB pratique une politique active en faveur du service des urgences.

Même si le chemin est parfois cahoteux et pénible, il y a tout de même quelques premiers succès à signaler: les cabinets de garde, le centre médical d'appels MEDPHONE, les propositions politiques au Grand Conseil en faveur de la médecine ambulatoire, la communauté d'intérêts hôpitaux / urgences. Tous ces éléments attestent d'une approche correcte.

Chères consœurs, chers confrères, nous avons encore des chances de rendre le service des urgences attrayant et fondé sur nos propres prémices. Profitons-en!

Daniel Marth  
membre du Comité de la Société des médecins  
du canton de Berne

## Avis de l'Association pour le libre choix du médecin sur le Managed Care

C'est dans le contexte de la libre formation des opinions et dans l'intérêt de la plus grande transparence que le Comité de la SMCB autorise ici le présent avis de «l'Association pour le libre choix du médecin». Ce texte ne correspond pas à l'identique à l'avis du Comité de la Société des médecins du canton de Berne sur les réseaux de soins intégrés. C'est pourquoi nous renvoyons à l'article paru sur ce thème dans le Bulletin des médecins suisses n° 34 ainsi que sur la réaction de Comité central de la FMH.



Dr méd. Daniel Bracher,  
président

Chères consœurs, chers confrères,

Le projet de Managed Care adopté par le Conseil national et appuyé par la FMH (sans la légitimation d'un vote de la base) viole à plusieurs reprises et grossièrement la position élaborée par notre Comité. Quel est le point central de notre opposition et que doit-on faire?

Le **point principal** est la **distorsion de la concurrence**. Jusqu'à maintenant, le législateur définissait le cadre, les caisses maladie calculaient les primes, l'assuré avait le choix. Maintenant, et c'est nouveau, nos politiciens si malins veulent contraindre les assurés (considérés apparemment comme «faibles d'esprits») à suivre la «bonne voie» des réseaux avec coresponsabilité en matière de budget (RCB). Moyen de cette contrainte **défini par le législateur**: la punition d'une franchise doublée pour ceux qui ne seraient pas assurés à un RCB. Concrètement: avec le libre choix du médecin, un malade chronique paie une franchise de trois-cents francs et, à raison à notre avis, une prime plus élevée. Mais son remboursement

serait alors réduit de 20% sur chaque note d'honoraires. Avec des coûts annuels de 5300.– francs, il paierait désormais 1300.– resp. 500.– francs de plus de sa poche comme assuré non RCB. De plus, le Conseil fédéral pourrait décréter un relèvement de la limite supérieure, de sorte qu'un assuré avec des coûts annuels de 7300.– francs devrait payer de sa poche 1700.– resp. 700.– francs de plus chaque année. Les conséquences voulues sont limpides: il n'y aura plus qu'environ 20% des gens à pouvoir s'offrir le contrat spécial avec le libre choix du médecin. 80% de la population, pour des raisons de prix, vont s'assurer selon le contrat standard RCB «normal». Toutes les autres options (modèles du médecin de premier recours) disparaîtront.

Cette favorisation du RCB ne se justifie pas, car il y a des réserves à formuler: l'accès direct à l'ophtalmologue ou au dermatologue peut être plus efficace et plus efficient que le détour par le médecin de famille. On ne voit pas pourquoi des réseaux sans coresponsabilité budgétaire seraient nécessairement moins efficaces. Par ailleurs, les réseaux avec coresponsabilité budgétaire pourraient aussi provoquer un rationnement caché. Dans le domaine de la santé, d'autres mesures telles que le financement moniste seraient bien plus urgentes et devraient être introduites bien avant. Pour les détails: voir le ci-après le forum, thèse 9.

**Que faire?** Intéressez-vous à la politique si vous voulez éviter des conséquences peu amènes. Consultez nos thèses sur <http://vfa.forencity.ch> ainsi que notre appel qui figure sous «Frühere Verlautbarungen», la réplique du comité central, notre duplique et la deuxième réplique du CC. Appréciez et, si vous êtes prêt au combat, rendez-vous sur notre page d'accueil à l'adresse [www.verein-freie-arztwahl.ch](http://www.verein-freie-arztwahl.ch) et adhérez à notre association, aujourd'hui encore (cotisation à bien plaisir, 30.– francs seraient la contribution recommandée).

Décidez à l'AD que, si la double franchise punitive n'est pas rayée de la loi, la SMCB soutiendra un référendum.

Séminaire de la Société des médecins du canton de Berne du 18 août 2010

## Managed Care revised!



Marco  
Tackenberg,  
Service de  
presse et  
d'information  
de la SMCB

C'est à Steffisburg que le Comité de la SMCB s'est réuni pour procéder à l'examen critique de ses positions sur le Managed Care qui avaient été formulées pour la dernière fois en 2003. À quelles conditions le corps médical du canton de Berne peut-il donner son accord aux réseaux de soins intégrés? Le débat a été vif et parfois aussi contradictoire. Il en est résulté les neuf conditions cadres énumérées ci-après. Il faut préciser au préalable que, par réseau de soins intégrés, le Comité entend un groupe de prestataires qui y ont adhéré en se donnant pour objectif une coordination améliorée de la desserte médicale.



Le temps passe et il n'y a toujours pas de consensus: Beat Gafner, Président, et Peter Baumgartner, membre du Comité (assis).

Photo: Marco Tackenberg



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

### Positions en matière de politique de la santé du Comité de la Société des médecins du canton de Berne, relatives aux soins intégrés:

1. Conditions préalables essentielles et indispensables pour l'introduction de la desserte médicale intégrée: **compensation des risques affinée** et orientée en fonction de la **morbidité** et **évaluation scientifique concomitante**.
2. Il faut un encadrement médical des patients **sur toute la chaîne de traitement du réseau** en vue de parvenir ainsi à l'optimisation de la qualité des traitements. Les réseaux doivent intégrer des prestataires de premier recours, des spécialistes, les hôpitaux et les structures d'accueil en aval.
3. La desserte médicale intégrée doit être accompagnée d'une **gestion de la qualité** et d'un **contrôle de la qualité**. L'accent doit être mis sur la **qualité** ainsi que sur le **bien des patients**. Elle ne doit pas dépendre exclusivement des coûts.
4. Le **libre choix du médecin** au sein d'un réseau doit être assuré. L'encadrement des patients doit pouvoir être exercé aussi bien par un prestataire de premier recours que par un spécialiste.
5. La **responsabilité budgétaire** au sens d'un budget global est rejetée.
6. L'éventuelle **coresponsabilité budgétaire** des prestataires doit reposer sur une **base volontaire**. Dans cette éventualité, la réglementation doit être **défendable du point de vue de l'éthique**. La coresponsabilité budgétaire doit **incomber au réseau** uniquement, et jamais à un médecin pris individuellement. Le contrôle des coûts doit s'étendre sur une période de plusieurs années. Dans l'éventualité de l'application d'un **bonus** ou d'un **malus**, leur montant doit être limité. Les fournisseurs de prestations exigent de **participer à la fixation des primes**.
7. Les différents modèles d'un assureur maladie individuel pour l'assurance de base doivent être introduits tout d'abord avec des **primes identiques**. L'incitation à entrer dans un modèle d'assurance de soins intégrés ne doit pas se faire avec des différences de prix (comme par exemple avec des franchises différenciées). Ce sont bien plutôt les **facteurs qualitatifs** qui doivent être déterminants.
8. Il faut une **structure tarifaire fédérale** avec une valeur du point tarifaire limitée vers le bas. La bonification des prestations doit être réglée sur une base contractuelle entre les assurances et les fournisseurs de prestations.
9. C'est le réseau qui règle la **fonction de médecin de confiance** dans un réseau médical de soins intégrés.

Marcel Stampfli, membre du Comité, souligne que les spécialistes ont leur place au sein du réseau et qu'ils pourraient également assumer des fonctions de coordination pour l'encadrement des patients (point 4 ci-avant). Tout le monde était d'accord sur ce point. Daniel Marth lance un avertissement au sujet de la «boîte noire» que représente la coresponsabilité en matière de budget. S'il faut qu'il y ait cette coresponsabilité, alors le groupe de travail qui a entouré notre vice-président Rainer Felber précise que le contrôle doit s'étendre sur plusieurs années (point 6). Thomas Eichenberger, notre secrétaire, émet lui aussi une cautèle devant la coresponsabilité budgétaire: il pourrait en sortir un terme un sorte de budget global: «C'est un mécanisme que nous connaissons depuis les négociations LeiKoV (conventions de prestations et de coûts). Dans cette éventualité, le budget ne serait plus géré de manière centralisée: il se verrait «atomisé» et dispersé sur tout le territoire. La force de négociation organisée des caisses maladie menacent de se trouver en position de force, face à des réseaux isolés et relativement impuissants.»

Pour Peter Baumgartner, l'ensemble de la réforme passe ou casse, mais avec une compensation des risques affinée et orientée en fonction de la morbidité, et à la condition d'une évaluation scientifique concomitante (point 1). Les membres du Comité ont été moins unanimes sur la question de savoir s'il y avait lieu d'encourager des réseaux de soins intégrés avec des franchises différenciées pour les patients. Thomas Heuberger: «Si nous orientons nos patients vers des modèles de type Managed Care par le biais du système des cotisations, nous coulons notre politique antérieure qui militait en faveur du libre choix du médecin.» D'autres ont soutenu que la réforme n'aurait des économies pour résultats que si la plus grande part des patients optait pour ces modèles. Et pour cela, il faut des franchises différenciées. En fin de compte,

*Arjen Iwema, Junior Partner chez McKinsey & Company, a montré que la Suisse avait certes un très bon et donc très coûteux système de santé. Cependant, pour de nombreuses maladies, on n'applique pas assez systématiquement des éléments de Best Practices.*

*Photo: Marco Tackenberg*



*Les membres du Comité se penchent sur la formulation adéquate des avis en matière de politique de la santé (de g. à d.: Andreas Bieri, Thomas Heuberger, Rainer Felber, Roland Brechbühler et Manfred Studer)*

*Photo: Marco Tackenberg*

l'avis s'est cristallisé que les réseaux devraient se positionner dans la perspective d'une amélioration qualitative. Les incitations financières pourraient même se révéler contre-productives: elles ne feraient que renforcer le préjugé d'une médecine à bon marché.

Il faut rendre hommage à la conduite très diplomatique des débats de notre Président, Beat Gafner: c'est grâce à elle que cette discussion parfois épuisante a fina-

lement accouché de neuf points fondamentaux sur lesquels les membres du Comité pourront désormais s'appuyer.

### **McKinsey veut encore plus de Best Practice**

L'exposé présenté en introduction par Arjen Iwema, conseiller de McKinsey, sur le sujet de la «Réforme de la santé orientée patients» (voir l'article paru dans Poli-



tik+Patient 2-2010: «McKinsey kommt») a été écouté avec la plus grande attention. Arjen Iwema a fait preuve dès l'abord de ses qualités de trouble shooter avec le projecteur! Il a présenté des idées concrètes de réformes du système suisse de santé.

L'une de ses idées a trouvé un écho manifeste: celle de déterminer les trois profils de pathologies pour lesquels la Suisse se distinguerait en comparaison internationale du point de vue des traitements relevant des best practices. Les maladies des fumeurs, l'hypertension ainsi que le traitement des cancers du sein, propose-t-il, devraient être placés au centre de la réforme du Managed Care. L'idée principale n'est pas ici de réduire les coûts, mais bien d'améliorer la qualité des traitements.

#### **Glauser c. Cassis**

Un échange aussi amical qu'animé a eu lieu sur le Managed Care entre Rosmarie Glauser, Secrétaire politique de l'ASMAC, et Ignazio Cassis, Conseiller national PLR et Vice-président de la FMH. Rosmarie Glauser a formulé un avertissement à l'adresse du corps médical: ne faites pas preuve de trop d'optimisme face au Managed Care! À eux seuls, les aspects «financiers» pourraient avoir pour conséquence que les prestataires qui ne feraient pas partie d'un modèle de Managed Care n'auraient quasiment plus de patients...

Comment pourrait donc procéder, par exemple, une jeune femme médecin désireuse d'ouvrir un cabinet, pour présenter un Business Plan à un bailleur de crédit si elle est contrainte de collaborer dans un réseau pour le meilleur et pour le pire? Ignazio Cassis l'a répété: les réseaux de soins intégrés doivent être constitués par les fournisseurs de prestations eux-mêmes. Ils doivent fonctionner indépendamment des assurances maladie et sous leur propre forme juridique.

Ce faisant, on exclut sciemment d'autres modèles de Managed Care, tels que ceux qui seront proposés par exemple par les assurances et avec des médecins salariés. Ignazio Cassis a illustré comment la FMH s'est engagée et s'engage encore et toujours dans le processus de réformes au service des patients et des prestataires.



*Rosmarie Glauser, Secrétaire politique de l'ASMAC a mis en garde contre le rationnement caché et contre l'arbitraire comme conséquences de la réforme du Managed Care.*

*Photo: Marco Tackenberg*



*Ignazio Cassis, Vice-président de la FMH et Conseiller national radical-libéral, à côté des membres du Comité Thomas Heuberger (à g.) et Marcel Stampfli..*

*Photo: Marco Tackenberg*

## La desserte médicale dans le canton de Berne Enquête 2010

*La desserte médicale de la population doit être durablement assurée. Toute planification prudente doit d'abord reposer sur une connaissance fondée de l'état actuel. Comment se répartit la desserte médicale dans le canton de Berne? Toutes les disciplines sont-elles suffisamment représentées, ou bien y a-t-il des solutions de continuité ou des offres excédentaires ou insuffisantes? C'est à ces questions que répond l'enquête que nous présentons ici sur la situation de la desserte médicale dans le canton de Berne.*



Dr méd.  
Andreas Bieri,  
responsable de  
l'étude et  
membre du  
Comité de la  
SMCB

Le sondage s'adressait aux médecins titulaires de leur propre cabinet médical dans

le canton de Berne. 40% des 2103 questionnaires envoyés sont venus remplis en retour. Le taux de réponses est ainsi légèrement inférieur à celui du sondage précédent: il y a un an, ce sont 1863 questionnaires qui ont été distribués avec 45% de retours. Entre régions, les taux de réponses ont évolué entre 31% (Ville de Berne) et 55% (Oberland Est)

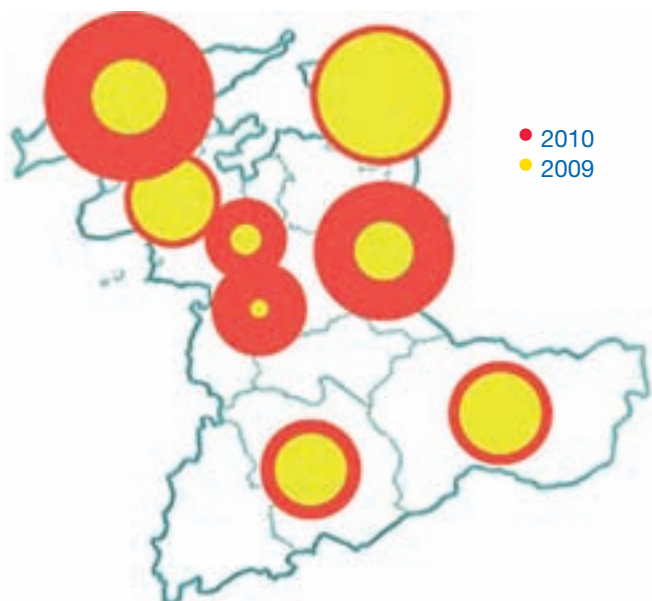
Il était demandé aux médecins s'ils percevaient un manque dans leur propre domaine de spécialisation ou dans un autre. Comme pour le dernier sondage, l'évaluation s'est faite cette fois également selon la formule suivante: il a été demandé à tous les médecins destinataires d'appré-

cier la situation de la desserte médicale dans trente-cinq domaines de spécialisation (titres de médecins spécialistes). Le signe plus signale une desserte médicale excédentaire, le signe moins une desserte déficitaire. Le nombre total des réponses pour chaque domaine de spécialisation correspond à 100%. Les indications plus et moins se neutralisent. Le résultat est donné en pourcentage de l'excédent d'appréciations de desserte déficitaire ou excédentaire. Ont été considérés pertinents les résultats de plus de 25%. Dans les résultats qui suivent, nous avons laissé de côté les indications de pourcentage, dans l'intérêt de la lisibilité.

### 1. Manque de médecins de premier recours

Sur tout le territoire, les médecins de médecine générale constatent une situation de manque de médecins de premier recours dans tout le canton.

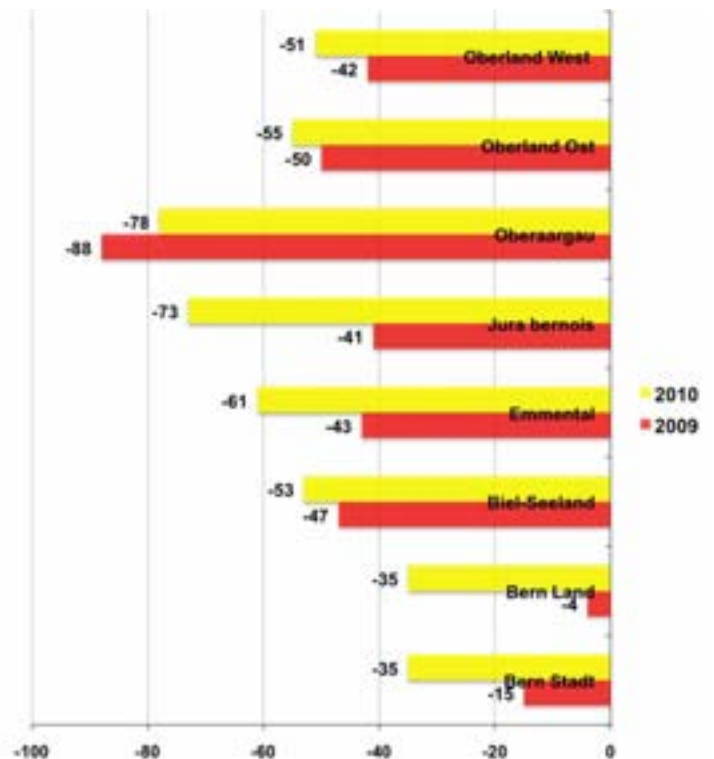
Graphique 1: topographie de la desserte insuffisante en médecine générale



Les personnes interrogées ont signalé les goulets d'étranglement les plus manifestes dans le Jura bernois, la Haute Argovie et l'Emmental. Dans le Jura bernois et l'Emmental, la situation de la desserte médicale s'est considérablement détériorée depuis 2009. En 2010, ce sont aussi des prestataires de base de

la ville et de la région de Berne qui signalent un manque de médecins de premier recours.

Graphique 2: manque de médecins de premier recours, par région

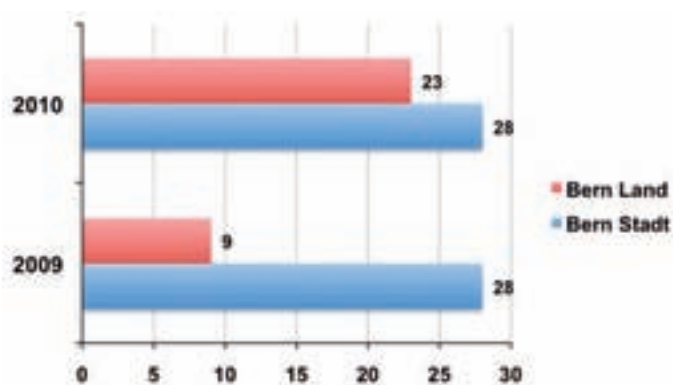


Les résultats sont indiqués en pourcentage (selon la formule décrite ci-avant).

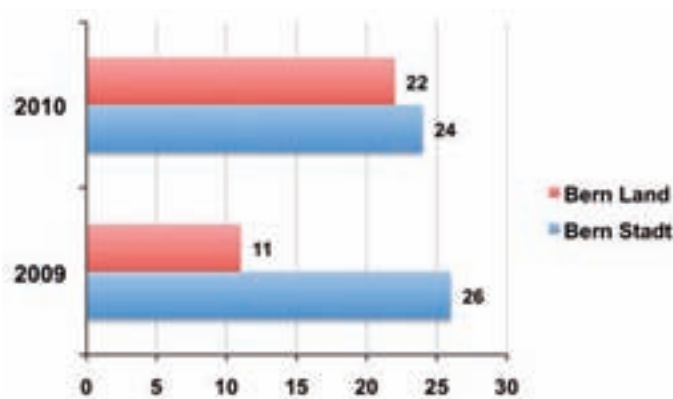
## 2. Desserte excédentaire pour un tiers de la population bernoise

Alors que la desserte en médecine de premier recours devient déficitaire dans la région de Berne également, l'offre y est excédentaire en ville de Berne dans quelques domaines de spécialisation. Cet excédent commence aussi à se manifester dans la périphérie. Les problèmes de desserte médicale se présentent de manière différenciée dans la région de Berne (où vit un tiers de la population du canton) d'une part, et dans les régions rurales, d'autre part. C'est ce que confirment les trois graphiques sur la situation de la desserte médicale en chirurgie orthopédique, en cardiologie et en radiologie. Les personnes interrogées ont confirmé, en 2010 comme en 2009, qu'il y a une offre excédentaire dans ces trois domaines de spécialisation.

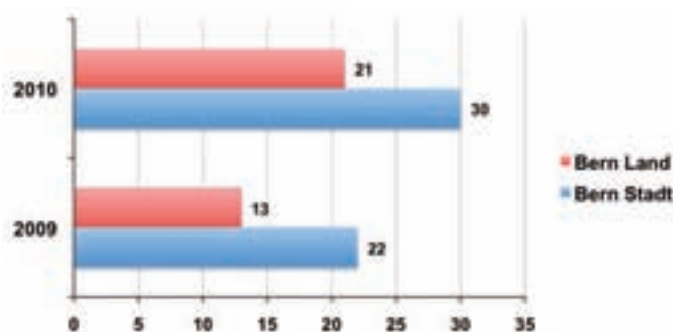
Graphique 3: offre de chirurgiens orthopédistes à Berne et environs en 2009 et en 2010



Graphique 4: offre de cardiologues à Berne et environs en 2009 et 2010



Graphique 5: offre de radiologues à Berne et environs en 2009 et 2010



## 3. L'offre de spécialistes est généralement assurée dans tout le canton

Aucun manque n'a été constaté en angiologie, cardiologie et néphrologie. En dermatologie et en rhumatologie, un déficit a été constaté dans quatre régions, dans trois régions pour la neurologie. La comparaison avec l'année précédente montre que les centres hospitaliers ont conforté leur offre de spécialistes.

## 4. Déficiences particulières

### Psychiatrie:

Un manque de psychiatres est signalé sur tout le territoire du canton. Contrairement à d'autres disciplines, l'autoévaluation d'une situation déficitaire par les psychiatres eux-mêmes est la plupart du temps supérieure à l'évaluation des autres médecins. Dans les régions rurales, les appréciations de manque en psychiatrie ont été notamment plus réservées.

### Pédiatrie:

Un déficit important a été constaté partout dans cette spécialité. Les comparativement modestes perspectives de revenu des cabinets de pédiatres expliquent cette situation.

### Ophthalmologie:

C'est l'ophtalmologie qui suscite dans tout le canton le plus grand nombre d'indications de déficit. Cette constatation étonne en raison du fait que le canton de Berne dispose d'une clinique d'ophtalmologie! Les explications sont peu claires. La manque d'ophtalmologues a pour conséquence qu'une partie de la population se fait soigner dans des centres ophtalmologiques hors du canton.

## 5. Une étude pleine de vie

Deux exemples attestent des changements relevés par l'étude:

### Exemple 1:

Une nouvelle oncologie à l'Hôpital de Langenthal dès l'automne 2009

Résultat du sondage pour l'oncologie:

2009	- 22%
2010	- 6%

### Exemple 2:

Un nouvel angiologue à l'Hôpital de Langenthal dès le printemps 2010

Résultat du sondage pour l'angiologie:

2009	- 18%
2010	- 2%

## 6. Résumé et commentaire du responsable de l'étude

Le déficit en médecins de premier recours, pédiatres et ophtalmologues s'est accentué dans tout le canton. Nouveauté: ces déficits deviennent pertinents également dans la ville et l'agglomération de Berne. La desserte médicale par des spécialistes est assurée dans tout le canton. Par ailleurs, quelques lacunes ont été comblées. L'excédent de l'offre en ville de Berne (chirurgiens orthopédistes, cardiologues et, c'est nouveau, radiologues) se confirme et touche à l'ensemble de la région de Berne. Il semble que le canton de Berne dispose de suffisamment de personnel si l'on ne se réfère qu'à la densité de la desserte médicale (il y avait en 2009 206 médecins pour 100 000 habitants

dans le secteur ambulatoire). Mais la répartition des domaines de spécialisation et la distribution sur le territoire sont inégales. Les situations d'excédent et de déficit sont à la source de conflits potentiels et risquent d'entraîner des coûts inutiles. Nous sommes tous concernés: la politique, le gouvernement, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale aussi

bien que la Faculté de médecine, les sociétés de médecine et les hôpitaux.

L'imbroglie entre l'occupation des lits d'hôpitaux en médecine et l'assurance d'une desserte médicale de base appropriée est difficile à gérer pour un canton qui connaît des difficultés financières. Aucune faculté de médecine ne serait mieux pré-

destinée que celle de Berne à former des médecins de premier recours. Il existe des exemples positifs en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Cependant, seuls 3% des étudiants en médecine veulent aujourd'hui devenir médecins de famille. C'est un grand travail de conviction qui nous attend!

*Entretien d'anniversaire avec Piroshka Wolf: vingt-cinq ans au service de la SMCB*

## «Je n'ai fait qu'être à l'écoute»

*Piroshka Wolf dirige le secrétariat de la Société des médecins depuis vingt-cinq ans. doc.be a rencontré la jubilaire pour un regard très personnel sur l'histoire vécue de notre association.*

*Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SMCB*

**doc.be: Vous dirigez le secrétariat de la SMCB depuis vingt-cinq ans. En quoi vos missions ont-elles changé au fil du temps?**

Piroshka Wolf: Elles ont considérablement évolué, ne serait-ce qu'en raison des développements de la technique. J'ai l'impression que c'était hier: nous travaillions alors avec machines à écrire à matrices et à boules. C'était hier aussi quand tout le monde envoyait mon tout premier ordinateur reçu en 1995, pour le projet pilote RoKo. C'était un cadeau d'Anton Prantl de la Caisse des médecins. Les connaissances en informatique, je les ai acquises sur le tas: je n'ai à ce jour jamais suivi le moindre cours sur PC. Ma devise, c'est 'learning by doing', et il en va de même pour tout mon domaine d'activité qui n'a cessé de s'étendre avec le temps. Pendant bien des années, je n'ai pas eu de cahier des charges! C'est pour répondre aux défis du quotidien que j'ai aujourd'hui des compétences plus étendues et que j'assume plus de responsabilités: c'est là, sans nul doute, un aspect très positif de mon travail.

**Et qu'avez-vous appris pendant tout ce temps?**

À m'affirmer dans les situations difficiles et, ce faisant, ne jamais perdre de vue les aspects personnels. Voici une anecdote qui me touche, même après des années: notre secrétariat était situé autrefois en vieille ville de Berne.

La façade portait, écrite en grand, l'inscription 'Société des médecins'. De nombreux

patients croyaient à tort que nous étions un cabinet médical. Une fois, c'est une vieille dame qui est arrivée dans notre bureau, une poupée à la main. Elle était complètement perdue, ne savait plus comment elle s'appelait ni où elle était. Ce n'est qu'après l'avoir longtemps écoutée, après bien des coups de téléphone que nous

avons découvert que cette vieille dame s'était échappée d'un home en dehors de Berne. Nous l'avons alors accompagnée à la gare et mise dans son train. Ce sont des événements tels que celui-ci qui m'ont enseigné à quel point il est essentiel d'être, tout simplement, à l'écoute des autres.



«Autrefois, les membres et les patients venaient très souvent avec des préoccupations et des problèmes personnels.»



### **Le secrétariat est devenu bien plus qu'un simple service administratif. En quoi les préoccupations des patients et des membres ont-elles évolué?**

Autrefois, les membres et les patients venaient nous trouver très souvent avec des soucis et des problèmes personnels. Ce contact très ouvert a notablement diminué, et je le regrette fort. Maintenant, c'est rare que quelqu'un vienne au secrétariat avec une affaire personnelle. C'est en relation étroite avec les nouvelles et modernes technologies de la communication.

D'abord le téléphone, ensuite le courrier électronique ont certes rendu les échanges d'information plus efficaces, mais aussi plus éloignés. Le secrétariat de l'association est devenu un centre de compétences professionnelles. Aujourd'hui, on soulève plutôt des questions de tarif, on se préoccupe d'aspects juridiques ou des problèmes soulevés par l'obligation de prêter des services de garde.

### **Quels sont aujourd'hui les défis que doit relever le secrétariat de l'association?**

Comme auparavant, nous nous efforçons de fournir de bons services à nos membres. On remarque que la communication s'est fortement accélérée, et cela a des effets sur le travail administratif: tout le monde veut des réponses rapides, de préférence même immédiates. Les patients sont aujourd'hui bien mieux informés. Leurs exigences en matière de soins médicaux sont très élevées, ce qui signifie plus de travail pour le médiateur. Il en résulte que la relation entre le médecin et le patient est devenue beaucoup plus complexe. Autrefois, le secrétariat était aussi un point de contact pour des questions médicales. Nous avons même, lorsque c'était nécessaire, apporté de l'aide médicale. La plupart du temps, je n'ai fait qu'écouter et d'être à l'écoute attentive des problèmes de ceux qui nous appelaient. Cela en a aidé plus d'un.

### **Contez-nous une anecdote sur la vie de l'association à ses débuts!**

Lorsque j'ai commencé, nous connaissions ce que l'on appelait la répartition en groupes. Les patients étaient regroupés par classes de revenus. Au secrétariat, il y avait une personne qui ne s'occupait que de découvrir quelle était la condition économique des patients. Pour ce faire, il fallait se renseigner auprès des services des impôts. Les patients lucratifs étaient les patients fortunés que l'on pouvait facturer au tarif privé. C'était alors le paradis pour les médecins!

La Société des médecins étaient alors fermement entre les mains d'hommes. Je m'y suis faite rapidement, et pas seulement à la fumée! On fumait pratiquement sans interruption lors des séances de comité et des assemblées des délégués. J'en ai personnellement beaucoup souffert, et je l'ai souvent exprimé. C'est l'une des toutes premières déléguées femmes qui est venue à mon secours, en formulant la proposition de tenir les séances sans fumée. Aujourd'hui heureusement, on ne fume plus pendant les séances.

### **Vous avez connu nombre de présidents de la SMCB. En quoi étaient-ils différents les uns des autres?**

Walther Flury avait une très forte personnalité. Il donnait toujours le ton et décidait beaucoup seul. Mais il était toujours courtois dans les rapports, et un charmeur authentique. En tant que président, c'était un négociateur à la fois dur et convainquant. Reinhold Streit était tout de droit, très direct, mais toujours parfaitement correct. C'était la personne la plus honnête que j'aie jamais connue, homme d'honneur, loyal et prévenant. Jürg Schlup pour sa part est un véritable pur-sang de la politique, plein d'élan, homme d'action novateur et plein d'idées nouvelles. Sa vision portait toujours sur l'avenir. Beat Gafner enfin, c'est l'archéologue et l'historien, grand lecteur et grand voyageur. Malgré sa nature plutôt conservatrice, il est ouvert aux nouveautés et toujours disposé à apprendre.

Chaque présidence a été unique, à sa manière. Je ne voudrais en avoir manqué aucune: toutes ont été passionnantes et riches d'enseignements.

### **À quoi le travail associatif ressemblera-t-il demain? Où en sera la SMCB dans dix ans?**

L'informatisation va se poursuivre et les travaux administratifs continueront à évoluer. Les documents que nous envoyons aujourd'hui sur papier ne seront bientôt plus que sous forme électronique. Il est bien possible que doc.be ne paraisse plus à l'avenir que sous forme numérique. C'est déjà le cas de certaines publications médicales. L'autre grand défi, c'est le manque d'intérêt du corps médical pour la politique corporative. Aujourd'hui déjà, nous constatons une diminution des membres qui ne fera que se renforcer à l'avenir. Il faut beaucoup de travail de conviction, notamment auprès des femmes. Comment pourrions-nous faire en sorte que l'engagement en politique corporative leur plaise? Peut-

être ne pourrions-nous pas faire l'économie d'une réflexion sur la structure et l'organisation de la Société des médecins. Sinon, en fin de compte, elle ne sera plus constituée que d'un petit cercle élitiste, sans influence politique, sans légitimation. Et que deviendront les BETAKLI, cette manifestation de formation continue appréciée de tous et qui séduit tous les trois ans 350 à 400 membres? Il est grand temps que le corps médical se serre à nouveau les coudes. Ce n'est que si nous tirons tous à la même corde que nous aurons du poids en politique et que nous parviendrons à faire bouger les choses.

J'ai encore un vœu personnel à formuler en guise de conclusion: je voudrais chaleureusement remercier toutes celles et tous ceux avec qui j'ai travaillé toutes ces années.

Je citerai tout particulièrement Marie-Thérèse Zurkinden, Thomas Eichenberger et Urs Hofer. Je les remercie de leur appui indéfectible et de leur patience. Je voudrais aussi citer ici les noms de quatre personnes dont la disparition m'a profondément touchée: Walther Flury, Reinhold Streit, Hans-Jakob Peter et François Bossard.

### **Piroschka Wolf, un grand merci pour cet entretien!**

## Nouvel élan pour la caisse unique

*L'introduction de caisses uniques au plan cantonal ou régional pour l'assurance de base recommence à faire les gros titres et à nourrir les conversations. L'assemblée des délégués de la FMH a réfléchi à ces propositions à l'occasion d'un séminaire.*



*Dr méd. Thomas Heuberger, membre du Comité de la SMCB, député Les Verts au Grand Conseil du canton de Berne*

Une initiative pour la caisse unique du PS suisse a été clairement rejetée en 2007, de crainte d'une médecine d'État associée à une nouvelle charge fiscale pour les citoyens, en raison de primes dépendant du revenu. Le corps médical s'était alors majoritairement prononcé contre cette idée, malgré sa mauvaise humeur largement répandue et pas toujours injustifiée à l'égard des assureurs traditionnels. En effet, les activités de ces derniers n'étaient très souvent pas perçues comme le comportement de partenaires parmi les acteurs de la santé, mais bien plutôt comme celles d'une phalange d'opposants adeptes des rapports de force et d'activistes du contrôle, insensibles à la qualité des prestations.

### Partisans plus nombreux

Un nouvel élan semble se dessiner aujourd'hui en faveur de la caisse unique. Dans le contexte des évolutions de ces dernières années, il se pourrait fort bien que l'idée trouve des partisans de plus en plus nombreux: le climat autour du système de santé s'est en effet encore détérioré dans la population et parmi les fournisseurs de prestations. Nous sommes menacés de rationnement dissimulé, la pression des coûts ne fait que se renforcer et la question de la qualité semble, du côté des assurances, ne plus être qu'une question de coûts. La résistance se fait de plus en plus vive contre cette évolution qui fait que la concurrence entre les caisses ne porte plus que sur les coûts et qui repose sur une sélection des risques agressive par ces

mêmes caisses. Nous voulons que la concurrence soit pour le bien des patients, qu'elle exerce ses effets sur la qualité et non sur les coûts. La concurrence ne serait plus possible avec la caisse unique. La perplexité de la plupart des acteurs de la santé qui se manifeste déjà face à la prochaine introduction des DRG ne fait que croître. Il y a de plus en plus un sentiment d'insécurité générateur de craintes.

Dans le cadre d'un séminaire, l'assemblée des délégués de la FMH a abordé le sujet de la caisse unique avec la plus grande attention. Un débat contradictoire a été organisé avec le Conseiller national PS Jean-François Steiert, partisan de la caisse unique, et l'économiste de la santé Willy Oggier, opposant. La Suisse peut-elle tirer profit des expériences faites à l'étranger? D'autres pays connaissent-ils un système d'assurance unifié? L'économiste Robert Leu a stimulé la formation de l'opinion par son regard porté de l'extérieur sur le système suisse de santé.

### Arguments centraux

*Pour:* aujourd'hui, il n'y a pas de véritable **concurrence**. Elle a pour seule conséquence la funeste sélection des risques. Les **services administratifs des caisses** maladie sont gonflés à l'excès et gaspillent des sommes considérables qui sont perdues pour les patients. Il y a un grand malaise vis-à-vis du **comportement** des caisses maladie avec leurs clients. La caisse unique mettrait fin à la **chasse aux bons risques**.

*Contre:* on verrait naître un monstre gigantesque sous la coupe de l'**État**, ou bien un nouvel office de l'**administration publique**. C'est lui qui déciderait de tout en régie propre, y compris du catalogue des prestations. Une médecine d'État conduit à la centralisation, car le système d'une caisse unique comme base commune nécessite absolument une puissante assurance complémentaire. Les caisses uniques pourront-elles proposer des assurances complémentaires? Elles auront toutes les cartes en main sur le champ de

la concurrence. Elles posséderont déjà toutes les données sur les assurés. Si l'on interdit aux caisses uniques de proposer des assurances complémentaires, tous les assurés devront alors conclure au moins deux contrats pour leur protection de santé, avec au moins deux sociétés. Le **tiers garant disparaît et la protection des données** est anéantie.

### Si la compensation des risques fonctionne, alors la caisse unique est superflue

Les Pays-Bas ont connu il y a quelques années un changement complet de système de la santé et de système d'assurance. Comme l'a expliqué le Professeur Leu, l'élément déterminant a été la **pression** résolue exercée ensemble par la population, les milieux politiques et les assurances. C'est ainsi que les différents acteurs ont pu se mettre d'accord. La situation en Suisse est toute autre. Il existe encore un considérable potentiel d'optimisation dans le système actuel: à condition d'être bien agencée et appliquée avec sérieux, la compensation des risques pourrait rendre la caisse unique tout à fait superfétatoire.

Lors de l'assemblée des délégués, nous n'avons pas pu nous mettre d'accord sur une position commune, notamment parce que le texte de l'initiative n'est pas encore disponible dans ses moindres détails. Et puis également parce que nous autres, délégués de la FMH, ne connaissons pas (encore) la position de la base du corps médical sur la caisse unique.

### Appel!

Quelle est l'opinion des membres des sociétés cantonales et des associations faitières sur l'idée de caisses uniques cantonales ou régionales? Votre avis nous intéresse! C'est pourquoi la FMH demande l'aide de la Société des médecins et des associations de districts. Faites-vous connaître! Donnez votre avis, soit directement au Comité central, soit au Président de l'assemblée des délégués. Votre opinion nous intéresse au premier chef!

## Caisse unique: fin de la fausse concurrence ou fin du libre choix?

*Étant donné que la concurrence ne fonctionne pas entre les caisses maladie, ce sont désormais également des cantons et des politiciens bourgeois qui s'expriment en faveur d'une caisse unique pour l'assurance maladie de base. Pourquoi donc cette idée a-t-elle de nouveau le vent en poupe, alors qu'elle a été massivement rejetée par les urnes il y a trois ans?*

*Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SMCB*

C'est le canton de Glaris qui a commencé: «Une caisse unique cantonale ou suprarégionale est une alternative qui mérite d'être examinée» estimait le Conseil d'État glaronnais en décembre de l'année dernière. Six autres cantons de la Suisse orientale ont suivi depuis. Entre-temps, la Conférence des directeurs cantonaux de la santé publique de Suisse orientale a mandaté une étude. Tout ceci bien que le souverain eut clairement rejeté en mars 2007 (71 % de non) l'initiative populaire en faveur de l'introduction d'une caisse maladie unique et sociale. La raison principale du rejet de l'initiative était alors la combinaison de la caisse unique avec des primes qui auraient été calculées en fonction des revenus. Entre-temps, ce sont désormais aussi des sommités bourgeoises, tel le Président de la SUVA et ancien Conseiller national PLR Franz Steinegger, qui estiment que l'idée d'une caisse unique mérite d'être examinée, notamment parce qu'il n'y a pas de véritable concurrence dans l'assurance de base.

### **Les changements de caisse coûtent chaque année plusieurs centaines de millions de francs**

C'est le cadre économique qui est jusqu'à présent à l'origine de l'échec de toute

concurrence effective. Les assurances maladie veulent le moins possible de clients présentant des risques élevés de maladie. Toute caisse qui compte dans sa clientèle un nombre de «mauvais risques» supérieur à la moyenne doit percevoir des primes plus élevées, parce que la compensation des risques est totalement insuffisante. C'est pourquoi les caisses essayent par tous les moyens de remplacer leurs «mauvais risques» par de «bons risques», à savoir des assurés jeunes, en bonne santé et de sexe masculin. Rien que pour l'acquisition et la publicité, les caisses maladie dépensent deux cents millions de francs chaque année. À ceci s'ajoutent les changements de caisse qui grèvent la facture de plusieurs centaines de millions supplémentaires. Peter Wiedersheim, Président de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé publique de Suisse orientale a calculé par une simple extrapolation qu'un déficit budgétaire d'un milliard de francs a résulté de la négociation des primes 2008/2009.

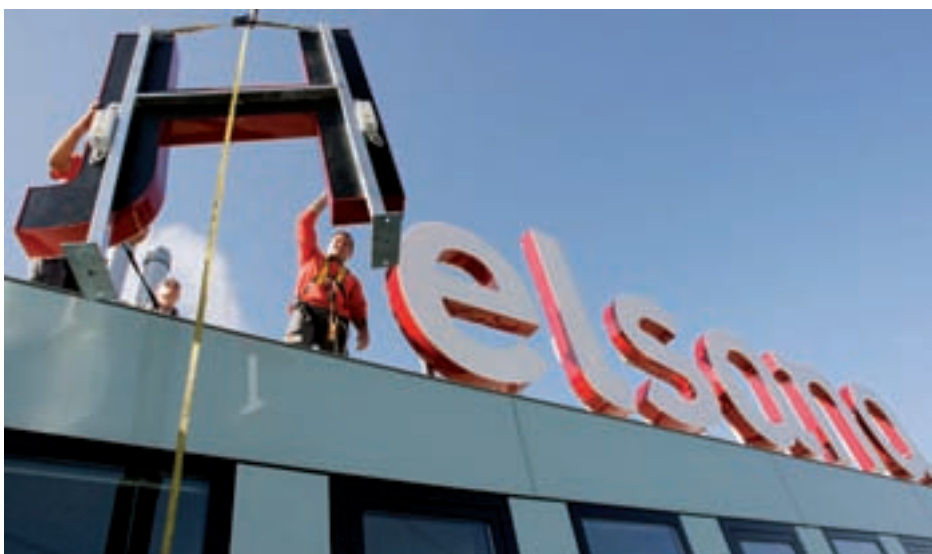
Conséquence: il y eu 1,5 milliard de francs en moins pour l'indemnisation des prestations. Aujourd'hui, un assuré sur six a changé de caisse. La prochaine augmentation des primes est programmée d'avance...

### **La fin d'une fausse concurrence**

La loi impose aux assureurs maladie de fournir des prestations identiques dans l'assurance de base. En raison même du système, la concurrence joue avant tout par les primes. Des changements de caisse fréquents et des rabais attrayants en sont la conséquence logique. Ce sont ainsi des millions chaque année qui sont soustraits au système de santé et qui seraient mieux utilisés pour l'amélioration des prestations. Les partisans des caisses uniques cantonales ou suprarégionales font valoir qu'elles mettraient un terme à cette fausse concurrence entre assurances. La loi devrait prescrire aux caisses uniques cantonales de proposer des prestations identiques. Une charge différenciée des primes résulterait des différences entre les cantons ainsi que de la structure des risques des différentes caisses. Les dépenses résultant des stratégies de publicité et de marketing des assurances disparaîtraient. Les réserves et les provisions seraient dissoutes, les caisses étant désormais administrées par les cantons. À ceci s'ajoute que les caisses uniques dans le secteur de la LAMa d'une part et les assurances complémentaires d'autre part seraient clairement séparées. Les subventions croisées au sein d'un même groupe par le biais de caisses bon marché pourraient ainsi être évitées. Tout ceci explique pourquoi l'idée suscite beaucoup de sympathie auprès des cantons et des politiciens.

### **Rationnement: motivations politiques**

On oublie ce faisant qu'une caisse unique modifierait en profondeur le système actuel. La création d'une caisse unique, qu'elle soit régionale ou cantonale, revient à fabriquer un monopole. Elle élimine la concurrence entre les caisses dans l'assurance de base, y compris les aspects positifs que cette concurrence pourrait avoir. Une meilleure compensation des risques qui imposerait aux assureurs de proposer les meilleurs services et la meilleure qualité possibles deviendrait superflue en raison de l'absence de concurrence. En fait, une telle caisse unique jouerait le rôle d'un bureau central de planification qui fixerait lui-même les prix en fonction d'exigences



*N'y aura-t-il bientôt plus qu'une caisse unique dans l'assurance de base?*

«politiques». Les prix de la santé ne seraient plus formés par la concurrence, mais dictés par un seul et unique acheteur de prestations. On courrait alors le risque d'agrégation: un assainissement en période de mauvaise conjoncture devrait être financé par l'argent des contribuables. Ce serait un pas considérable dans la direction de l'étatisation de l'assurance obligatoire des soins médicaux. Les conséquences pour le corps médical seraient gravissimes: toute augmentation des prix éveillerait une pression disproportionnée sur les tarifs. Les partisans n'argumentent-ils pas aujourd'hui déjà qu'une caisse unique pourrait imposer des prix plus bas en raison de sa force sur le marché!

De plus, les médecins n'auraient plus guère la possibilité d'exercer une activité lucrative en dehors du système. Celui qui ne pourrait plus facturer ses prestations à la caisse unique se verrait de facto interdit d'exercer son métier.

#### La fin du libre choix

Le changement de système pour des caisses uniques aurait des conséquences très importantes pour les patients également. Ceux d'entre eux à l'origine de coûts élevés seraient particulièrement visés. Les malades chroniques, les personnes polymorbides risqueraient l'exclusion. Celle-ci pourrait se manifester de manière fort subtile: longues attentes avant de recevoir une autorisation de coûts ou imposition de telles ou telles méthodes thérapeutiques. Si la caisse unique refuse d'assumer des coûts, le patient ne pourra pas simplement changer de prestataire: il n'y aura tout simplement plus d'alternative et donc plus de libre choix.

À ceci s'ajoute que la création de caisses uniques entraînerait un énorme travail administratif. Des lacunes dans les soins pourraient se manifester pendant la phase de transition. Et puis, si les caisses uniques devaient reposer sur des structures exis-

tantes, ceci équivaldrait à la fusion forcée des assurances cantonales. Si l'on devait créer une nouvelle institution centralisée, des milliers de salariés perdraient leur emploi dans les cantons, ou bien devraient changer d'employeur.

#### La qualité est essentielle

Le corps médical a déjà précédemment pris position contre la caisse unique. Du point de vue des prestataires, la question de la qualité de la médecine doit garder la toute première priorité. Un bon système de santé pour la population suisse doit être l'objectif premier de toute politique responsable. Certes, le système actuel présente de nombreux potentiels d'amélioration. L'affinement de la compensation des risques par exemple. Toutes «séduisantes» que peuvent paraître des idées nouvelles, les cantons et les politiciens feraient bien de réformer ce qui existe avant que de se lancer dans des expérimentations à l'issue incertaine...



**Ausbaupläne?**  
CB7 passt sich Ihren  
Zukunftsvisionen an

Die neue Praxissoftware:  
einfacher, effizienter, schneller

CB7 ist eine netzwerkfähige Software für Einzel- und Gruppenpraxen. Die Komplettlösung beinhaltet unter anderem ein leistungsstarkes Dokumentationsmanagement sowie Instrumente für die Leistungserfassung und Abrechnung. Die kostenlose Basisversion lässt sich jederzeit mit weiteren modernen Modulen ausbauen.

Unverbindliche Demonstration bei Ihnen in der Praxis: [www.aerztekasse.ch](http://www.aerztekasse.ch)

**A K** ARZTEKASSE  
**C M** CAISSE DES MÉDECINS  
CASSA DEI MEDICI

**ARZTEKASSE**  
Genossenschaft  
Stenackerstrasse 35 - 8902 Udorf  
Tel. 044 436 17 74 - Fax 044 436 17 60  
[www.aerztekasse.ch](http://www.aerztekasse.ch)  
[marketing@aerztekasse.ch](mailto:marketing@aerztekasse.ch)



#### Das Berner Labor, das auch Ihnen gehört.

Der Kanton Bern liegt uns am Herzen. Deshalb stehen wir ganz im Dienste unserer Region.  
Mehr noch: Wir gehören unseren Kunden. Wie das geht?  
Sie sind unsere Aktionäre. Ganz einfach.

**medics labor**

professionell und persönlich

Medics Labor AG  
Chutzenstrasse 24  
3001 Bern

[www.medics-labor.ch](http://www.medics-labor.ch)

T 031 372 20 02  
F 031 371 40 44  
[info@medics.labor.ch](mailto:info@medics.labor.ch)

## eHealthSuisse – Cybersanté!

*Tous les services électroniques de santé vont être regroupés sous le titre «eHealth». «Mes données de santé. Au bon moment, au bon endroit»: tel est le slogan de l'organe de coordination «eHealthSuisse» mis sur pied par la Confédération et les cantons au service de cet objectif.*

*Urs Laederach, Service de presse et d'information de la SMCB*

Les processus dans le système de santé peuvent être optimisés grâce à la numérisation des informations de santé pertinentes. Tous les intervenants, patients, médecins, thérapeutes, assurés, assurances, laboratoires, pharmacies, hôpitaux et soignants peuvent être mis en réseau. La responsabilité politique pour la mise en œuvre et l'introduction de la stratégie eHealth en Suisse incombe à la Confédération et aux cantons. C'est pourquoi une convention cadre a été conclue et l'organe commun de coordination eHealthSuisse a été créé.

### Coordination d'intérêts différents

Les activités à différents niveaux doivent être harmonisées afin d'assurer l'échange des données: au niveau politique, entre assureurs, dans l'économie privée, les hôpitaux et les médecins. eHealthSuisse fonctionne dans ce contexte comme plateforme de planification et d'information au service de tous les intéressés. L'accord sur des procédures coordonnées permet d'éviter des investissements erronés et garantit la sécurité des investissements pour tous les acteurs.

### Préoccupation majeure: l'interopérabilité

Le souci premier d'eHealthSuisse est de garantir des échanges compatibles entre tous les intervenants et tous les systèmes. Il y a donc lieu de définir des lignes directrices aux plans de l'organisation et du droit de telle sorte qu'eHealth puisse se développer en tant qu'organisation. Les objectifs du projet doivent s'orienter en fonction des besoins de toutes les régions de traitement et s'y concrétiser. C'est ainsi que sont assurés pour tous les acteurs le libre choix des systèmes et la possibilité de changement en tout temps du système électronique de santé.



*Les médecins pourront accéder d'ici à 2015 au dossier médical électronique de leurs patients, à la condition que fonctionne le transfert des données entre tous les intervenants et tous les systèmes.*

*Photo: iStockphoto*

### Programme et financement

D'ici à 2015, les Suissesses et les Suisses pourront rendre accessibles aux spécialistes de leur choix leurs informations personnelles pertinentes au moyen de leur dossier médical électronique. Dans ce but, eHealthSuisse appuie la réalisation durable de réformes en Suisse (exemples: Swiss-DRG ou Managed Care). Les activités de l'organe de coordination sont financées par la Confédération et par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

**Informations détaillées:**  
<http://www.e-health-suisse.ch>

### Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne / paraît 6 x par an.

Responsable du contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.

Rédacteur: Marco Tackenberg et Markus Gubler, 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](mailto:tackenberg@forumpr.ch), [gubler@forumpr.ch](mailto:gubler@forumpr.ch)

Annonces: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne

Tél. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;

E-Mail: [pwolf@bekag.ch](mailto:pwolf@bekag.ch)

Mise en page: Marianne Kocher, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne

Edition octobre 2010

## La santé comme marchandise

*Pour la première fois dans l'histoire, la maladie considérée d'un point de vue purement économique a des effets positifs sur le devenir de l'économie. Les innombrables facettes de la dynamique récente de la santé deviennent dès lors compréhensibles... À quiconque serait désireux de comprendre les développements dans notre système de santé, je recommande la lecture du livre de Paul U. Unschuld «Ware Gesundheit» (ISBN 978-3-406-59284-3).*

*Anna-Christina Zysset, rédactrice*

L'art de guérir par la médecine est notre réponse aux maux du corps et de l'esprit. Il recouvre les craintes existentielles et les espoirs nourris par l'expérience vécue des crises et de l'harmonie. La médecine a pour objectif de rétablir ou de préserver la santé ainsi que d'apaiser les souffrances des patients. Jusqu'à la fin du vingtième siècle, c'est le corps médical qui tenait entre ses mains le pouvoir de définir ce qu'était la maladie et quelles mesures médicales il était convenable de prendre en politique de la médecine pour s'en rendre maître.

La fin de cette médecine classique est proche si l'on en croit Paul U. Unschuld, Directeur de l'Institut et Fondation Horst-Görtz à la Charité de Berlin. Les progrès de la technique, les changements que subissent les différentes formes du savoir, l'évolution de la société et, en tout premier lieu, la croissante «économisation» de la santé ont chassé les médecins de leur piédestal de décideurs premiers. De nouveaux acteurs ont pris le pouvoir. Pour la première fois dans l'histoire, les malades deviennent

une ressource et la santé devient une marchandise.

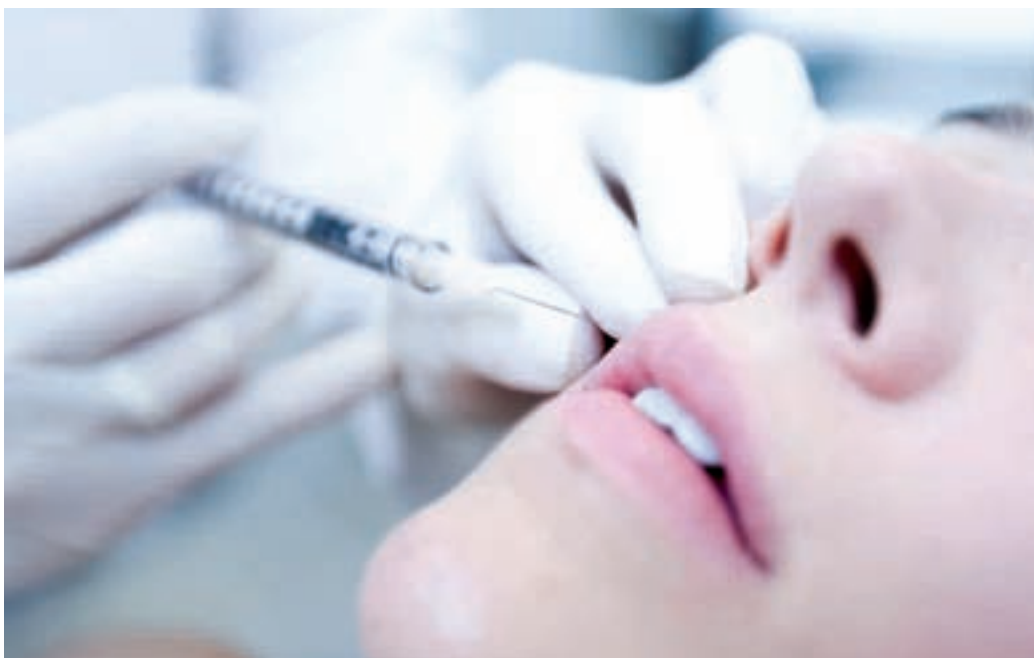
L'ouvrage «Ware Gesundheit» documente la fin de la médecine classique et expose la nouvelle orientation de l'art médical. Il explique pourquoi les médecins et les pharmaciens, ces catégories professionnelles qui ont été au centre la médecine appliquée pendant des siècles, ont récemment perdu leur importance en tant que décideurs. Nombreux sont les débats autour de la transformation de la médecine traditionnelle. L'auteur s'est penché sur le cas de l'Allemagne.

Des politiciens suisses escomptent actuellement du renforcement des réseaux de médecins à la fois une meilleure desserte médicale et des économies. Des experts doutent de la pertinence des calculs avancés. Combattant isolé et solitaire... réseaux de médecins? La population et les politiciens ne sont pas d'accord sur la réponse qu'il convient d'apporter à la question de savoir comment les médecins de famille prodigueront leurs soins à leurs

patients à l'avenir. Le Conseil national a accepté en juin un projet portant sur les soins intégrés, le modèle dit de Managed Care. Si le Conseil des États l'accepte sous sa forme actuelle, c'est un médecin est un seul qui sera chargé de la surveillance de tous les traitements du patient et de tous les coûts de ses traitements. Ce gestionnaire attiré de la santé devra en conséquence avoir en permanence une vue d'ensemble de tous les diagnostics, traitements et prescriptions. Il jouera le rôle de gestionnaire de la santé du patient. Dans l'accomplissement de cette mission, il lui appartiendra d'éviter les tests inutiles ainsi que les interactions critiques entre médicaments. En se fondant sur les chiffres dont nous disposons à ce jour, il n'est pas possible de savoir si les attentes des politiciens en matière de Managed Care sont justifiées ou non.

### L'homme en tant que produit

À en croire la thèse provocatrice de l'auteur, la médecine pratiquée aujourd'hui dans les pays industrialisés améliore l'être humain et corrige ses défauts comme s'il s'agissait d'un quelconque produit. Habités par la croyance que l'on est responsable pour la durée et pour la qualité de sa propre existence, nombreux sont ceux d'entre nous qui font des efforts considérables pour répondre aux idéaux de la société du moment. Toutes les disciplines de la médecine peuvent participer à cette amélioration et en tirer les profits correspondants. C'est l'humeur du moment qui décide de ce qu'il convient d'améliorer sur



*Le «produit homme» est le seul produit qui peut se corriger lui-même, à condition toutefois que la possibilité lui en soit offerte.*



Quatre ans après son accident vasculaire cérébral, l'ancien premier ministre d'Israël est toujours dans le coma. Nul ne sait si Ariel Sharon, 81 ans, reprendra un jour connaissance.

le «produit». En fonction des prestations des assurances sociales et maladie, le produit homme va perdre son autonomie et ne gèrera plus son propre organisme en régie propre ! C'est une évolution qui est d'ores et déjà annoncée. Elle ne s'arrêtera plus. Les générations futures considéreront

comme inconcevable qu'il n'y ait eu aucunes démarches accomplies pour exclure d'emblée les incompatibilités entre certaines fonctions de l'organisme et les substances à absorber pour le soigner. La technologie des puces et la mise en réseaux informatiques des données individuelles soumises à la surveillance de telles ou telles instances élimineront les risques du passé. Dans les rapports de chacun d'entre nous avec sa propre santé, nous sommes désormais devenus en quelque sorte ses «usurfructiers» et il y aura bien de la gratitude pour ces nouvelles conquêtes au service de l'optimisation de notre existence.

Les progrès de la médecine font naître de nouvelles formes de maladie. Il ne faut pas sous-estimer la médecine en tant que facteur pathogène. Innombrables et incalculables sont les conséquences fatales des erreurs que la médecine a commises et qu'elle commet encore. «Si l'on compare le chiffre de 135 000 avortements en Allemagne avec les efforts opiniâtres que font les cliniques pour refuser la mort naturelle de personnes âgées démentes et proches du terme de leur existence en recourant à des mesures chimiques, pharmaceutiques et techniques sans cesse renouvelées, on ne manquera pas de constater une contradiction certaine...», nous dit l'auteur de l'ouvrage. Des communautés religieuses aussi ont adhéré à la coalition des prolongateurs de vie à n'importe quel prix, car elles ne veulent surtout pas être soupçonnées de faire une distinction entre des vies qui «mériteraient» d'être prolongées et d'autres qui ne le mériteraient pas.

## Évolution contre religion

Pendant deux millénaires et demi, la médecine a recherché la liberté de l'homme à déterminer lui-même son existence dans la perspective de la santé et de la maladie. Pendant deux millénaires et demi, les adaptées de toutes les religions ont proclamé la toute-puissance d'un dieu qui aurait créé l'homme. La représentation de l'homme qui habite le chercheur conditionne son travail. Ces visions du monde, diamétralement opposées, contribueront à l'avenir également à l'évolution du discours médical. L'adaptation au temps qui passe des sciences naturelles et de la médecine en sera rendue plus difficile. La médecine a toujours été le miroir des craintes et des espoirs de l'Homme. Elle est l'indicateur le plus sensible de l'évolution culturelle.



Date de parution: août 2009  
EAN: 9783406592843  
ISBN-10: 3-406-59284-8  
Nombre de pages: 124  
Langue: seulement allemand  
Éditeur: C. H. Beck

(Seulement en allemand)

## Recommandations de salaires pour les assistantes médicales en 2011

### Salaire minimum

Fr. 3'800.– x 13 pour un horaire hebdomadaire de 42 heures et quatre semaines de vacances.

### Prime d'ancienneté

Augmentation de Fr. 100.– par mois (par année de service) à compter de l'année suivante.

La question de la prime d'ancienneté doit être abordée à l'occasion de l'entretien annuel de qualification.

### Indemnité de fonction

Il est recommandé de verser une indemnité de fonction aux assistantes médicales ayant suivi le cours de maître d'apprentissage et qui exercent des fonctions de formation au sein du cabinet médical.

### Salaires des apprentis

1<sup>ère</sup> année: Fr. 250.–; 2<sup>ème</sup> année: Fr. 900.–; 3<sup>ème</sup> année: Fr. 1300.–

Un treizième salaire est versé.

# POLITIK+PATIENT

6. Jahrgang  
Herausgeber: Verband deutschschweizerischer  
Ärztegesellschaften (VEDAG)  
Verlag Rosenfluh Publikationen AG  
Politik+Patient ist eine Beilage der Sprechstunde  
Verantwortlich für die Redaktion:  
Marco Tackenberg, Felix Adank; forum | pr  
Layout forum | pr; Druck: Stämpfli AG

## «Managed Care» — ist die Lösung das Problem?

Ganz unabhängig von politischen Diskussionen um Details: «Managed Care» ist ein der Sache nicht angemessener Begriff. Aber er beeinflusst seinerseits die Wirklichkeit auf problematische Weise. Der Anglizismus irritiert, weil ein Arzt anders arbeiten muss als ein Manager. Irritierend ist auch die deutsche Übersetzung von «Managed Care»: Sie oszilliert zwischen «gelenkter», «geführter» oder «manipulierter» Pflege oder Betreuung. Der Begriff, ergänzt noch «mit Budgetverantwortung», impliziert das Gegenteil einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung: Passive Patientinnen konsumieren medizinische Dienstleistungen und sollen zugleich daran gehindert werden, dies übermässig zu tun, während Ärzte via finanzielle Anreize steuerbar sind. Was hier an Unterstellungen mitschwingt,

ist schlecht für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patient. Es wird vorweggenommen, was zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden könnte: Patienten, die lieber den Betreuungskonsum maximieren statt gesund zu werden; und Ärztinnen, die sich an ihren Patienten bereichern. Seit jeher müssen Ärzte fallspezifische Anforderungen abstimmen auf ökonomische und zeitliche Einschränkungen. Ob künftig mit derselben Selbstverständlichkeit das Vertrauensverhältnis aufrechterhalten werden kann, ist allerdings fraglich.

**Schlechte Manager**  
Um 7 bis 10% und mehr werden die Prämien im 2011 steigen. Ein Hauptgrund: Die Managementfehler der Kassen. Seite 2

**Rückzugseffekte**  
Ein Jurist an der Spitze des BAG – Themen wie Fallpauschalen und Managed Care werden immer weniger von Ärzten bestimmt. Seite 3

**Gesundheitsdaten digital**  
Kostspielige Hightech ohne Patientennutzen oder bessere Behandlung dank Digitalisierung medizinischer Daten? Seite 4

6. Jahrgang  
Herausgeber: Verband deutschschweizerischer  
Ärztegesellschaften (VEDAG)  
Verlag Rosenfluh Publikationen AG  
Verantwortlich für die Redaktion:  
Marco Tackenberg, Felix Adank;  
forum | pr  
Layout: Alwin Baur/Alwin Koller, Druck: Stämpfli AG

## POLITIK+PATIENT

### Powerplay um Managed Care

**Nach dem Willen des Nationalrats sollen sich immer mehr Patienten in integrierten Versorgungsnetzen behandeln. Die Ratslinie sowie Teile der Ärzteschaft und Patientenselbstorganisationen befürchten Qualitätsverluste und drohen dies mit dem Referendum. Die Bundsachverständigenkommission verleiht dem Sachgeschäft zusätzliche Brisanz.**

Nationalrat in der Sommer-session, erhalte eine bessere medizinische Versorgung: Die Kombination der Leistungsbeiträge verändere Leerlauf und Jernem den Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen.

Kam eine Woche nach der Debatte im Nationalrat plätze eine kleine Bombe: Laut einer Umfrage des Betrugsinstitutus GfS (Gesundheitsmonitor 2010) lehnen 58 Prozent der Bürgerinnen und Bürger Managed-Care-Modelle ab. 63 Prozent der Befragten gaben zudem an, dass die Qualität der Behandlung und nicht die einklagten Kosten im Vordergrund stehen sollten. Im Radio erklärte Nationalrätin Ruth Humbel die Skepsis des Volks gegenüber integrierten Netzwerken mit ungenügender Kommunikation.

In integrierten Netzwerken koordinieren Hausärzte, Spezialärztinnen, aber auch Pflegepersonen die Behandlung ihrer Patienten. Wie sich in einem solchen Netzwerk behandeln lasse, so äusserte sich der

## «Managed Care» — ist die Lösung das Problem?

Ganz unabhängig von politischen Diskussionen um angemessener Begriff, ist ein der Sache nicht die Wirklichkeit auf problematische Weise. Der Anglizismus irritiert, weil ein Arzt anders arbeiten muss als ein Manager. Irritierend ist auch die deutsche Übersetzung von «Managed Care»: Sie oszilliert zwischen «gelenkter», «geführter» oder «manipulierter» Pflege oder Betreuung. Der Begriff, ergänzt noch «mit Budgetverantwortung», impliziert das Gegenteil einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung: Passive Patientinnen konsumieren medizinische Dienstleistungen und sollen zugleich daran gehindert werden, dies übermässig zu tun, während Ärzte via finanzielle Anreize steuerbar sind. Was hier an Unterstellungen mitschwingt, ist schlechtes Patient. Es wird vorweggenommen, was zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden könnte: Patienten, die lieber den Betreuungskonsum maximieren statt gesund zu werden, und Ärztinnen, die sich an ihren Patienten bereichern. Seit jeher müssen Ärzte fallspezifische Anforderungen abstimmen auf ökonomische und zeitliche Einschränkungen. Ob künftig mit derselben Selbstverständlichkeit das Vertrauensverhältnis aufrechterhalten werden kann, ist allerdings fraglich.



## Bestellung von Politik+Patient

Politik+Patient ist die gesundheitspolitische Stimme der Ärzteschaft. Nur hier kommentieren Ärzte aktuelle Themen der öffentlichen Gesundheitsdebatte. Stets im Visier: das Wohl der Patienten. Und das ab jetzt in neuem Look, aber mit dem gleichen hohen Qualitätsanspruch beim kritischen Blick auf die Gesundheitspolitik.

**Bestellen Sie das neue Politik+Patient noch heute – kostenlos!**

Ja, ich bestelle kostenlos weitere Exemplare von Politik+Patient

20

50

100

Name/Vorname:

Adresse:

Stempel/Datum/Unterschrift:

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:  
Ärztegesellschaft des Kantons Bern  
Presse- und Informationsdienst  
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

**Fax: 031 310 20 82**