



décembre 2005 / 6

# doc.be

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

## Avis de tempête

Voir les communications du secrétaire dans le présent doc.be

### A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, baisse de 10% de la valeur du point pour la liste des analyses

La baisse décidée par le conseil fédéral de 10% du tarif du laboratoire, qui doit entrer en vigueur le 1.1.2006, diminue le produit brut des médecins de premier recours d'environ 6%. L'association bernoise des généralistes (VBH) envisage une action de protestation en février sous le titre «Des conditions européennes pour le laboratoire du cabinet: les médecins de premier recours ne vont pas tarder à renoncer à un laboratoire de cabinet non rentable. Quelles en seront les conséquences pour les patients?» La Société suisse de médecine générale (SSMG), de son côté, va lancer une pétition «Pour le renforcement de la médecine de famille et contre la menace d'une pénurie de médecins de famille», elle appelle, le 1<sup>er</sup> avril 2006, à un grand rassemblement pacifique sur la place Fédérale à Berne. J'invite tous les membres de la Société des médecins du canton de Berne à participer à ce rassemblement.

### Facturation électronique

Selon le contrat cadre TarMed, à partir du 1.1.2006, la facturation doit se faire par voie électronique. Tant que notre contrat d'adhésion TarMed cantonal est en vigueur, cela signifie que les médecins doivent tenir à disposition une copie électronique de la facture mais en aucun cas envoyer celle-ci directement à la caisse! A ce sujet, la FMH, le 30.11.2005, dans une circulaire à tous ses membres, indique ce qui suit: «A ce jour, faute de réglementation détaillée, la définition du verbe 'remettre' n'est pas encore établie. Nous sommes d'avis que le médecin a fait son devoir lorsqu'il dépose une copie électronique auprès d'un intermédiaire. Nous regrettons vivement que santésuisse ait rejeté sans indication des motifs notre proposition pour la mise en œuvre de la facturation électronique.» A la même date, **santésuisse** annonce dans un communiqué de presse: «Facturer électroniquement signifie que la facture parvient à l'assureur maladie sous la forme électronique (et non pas à un centre fiduciaire.)» Je ne peux exclure, qu'à partir de janvier 2006, certaines caisses envisagent de créer un précédent et refusent le remboursement à leurs patients sous prétexte que le médecin n'a pas facturé électroniquement. Tenez compte de la circulaire de la Société bernoise des médecins du 18.11.2005; nous sommes à la disposition de nos membres pour les aider.

Jürg Schlup, président

## Elections au Grand-conseil 2006

(page 3)

Communications du secrétaire	2
La triste époque du tiers payant	3
Décisions d'ordre éthique en cas de limitation des ressources	4
La relation entre le prix et la prestation	6
MEDPHONE et MEDVANTIS – une collaboration nouvelle offrant plus de prestations	8
Une visite de l'économiste de la santé Oggier au Cercle médical Bienne-Seeland	9
Un porte-parole des sociétés médicales en matière de politique de la santé, projet pilote	11

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

## Communications du secrétaire



Thomas  
Eichenberger,  
secrétaire  
de la SMCB

### I. Rappel concernant la résiliation du contrat d'adhésion Tarmed; qu'est-ce qui est en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006?

Notre partenaire tarifaire santésuisse a résilié dans les délais, au 31 décembre 2005, le contrat d'adhésion TarMed, qui règle, pour les médecins, le mode de tarification et de facturation dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) sociale dans le canton de Berne.

Les négociations au sujet d'un nouveau contrat sont en cours. En dépit d'efforts intensifs de la part de notre délégation aux négociations, elles n'ont pas encore abouti. La conclusion d'un nouveau contrat devra encore être ratifiée par le gouvernement cantonal.

Si aucun contrat ne devait être conclu d'ici la fin de l'année, c'est l'art. 47, al. 3 de la LAMal qui prévaudrait. Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, il fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

Il est également possible de prolonger la convention tarifaire sur la base d'une proposition commune des partenaires tarifaires. Du point de vue de notre délégation aux négociations, une telle solution pourrait, dans le cadre actuel, avoir un sens et faire gagner du temps.

En ce qui concerne la solution applicable en 2006, c'est le conseil exécutif qui, en toute souveraineté, va se prononcer pour une solution ou pour une autre. Nous allons informer aussi rapidement que possible nos membres en cas d'éventuelles modifications à partir du 1.1.2006. Il est à prévoir que d'ici au 31.12.2005, nous ne disposons encore d'aucune réglementation formellement décidée par le conseil exécutif.

### Qu'est-ce que cela signifie pratiquement pour vous?

Pour l'instant, nous vous recommandons de continuer, à partir du 1.1.2006, à facturer avec une valeur du point inchangée à **86 centimes**, alors que la valeur du point contractuelle après la phase de neutralité des coûts aurait dû se monter à 87 centimes. L'utilisation de la valeur du point la plus basse nous procure la sécurité juridique et atteste d'une attitude prudente. Elle est justifiée par le fait que le contrôle du volume des prestations va certainement se poursuivre.

### II. Rappel concernant la facturation électronique: qu'est-ce qui est en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006?

Il convient en principe de mentionner ce qui a été dit plus haut au sujet de la résiliation du contrat et de rappeler notre circulaire du 18 novembre 2005.

Selon le contrat cadre TarMed, les médecins qui adressent directement leurs factures à leurs patients ont l'obligation de «remettre» une facture électronique à disposition de l'assureur.

Cela signifie que probablement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, dans les cantons dans lesquels les factures sont adressées directement aux patients (tiers garant), l'obligation de la facturation électronique n'imposera pas le passage à la facturation selon le système du tiers payant (facture adressée à l'assureur).

Le médecin satisfait à l'obligation lorsqu'il dispose d'un logiciel de cabinet permettant la mise à disposition d'une copie de facture dans le format XML, qui sera déposée dans un fichier de l'ordinateur du cabinet jusqu'au moment où la caisse s'annonce. En d'autres termes, le patient doit d'abord avoir adressé sa facture papier à la caisse maladie, ce que la caisse maladie, pour des raisons de protection des données, doit être en mesure de vous démontrer, avant que vous ne mettiez à sa disposition la facture électronique.

Il est cependant plus avantageux de transmettre les copies électroniques des factures au trustcenter compétent. Ce dernier remplit une fonction de collecteur, il garantit la protection des données, contrôle la qualité de la facture et un déroulement technique sans problème. Mais avant tout, il met à disposition le profil du cabinet dont on ne saurait se passer.

### III. Mesures de réduction des coûts du conseil fédéral sur proposition du DFI

Dans la **Liste des analyses (LA)** figurent la totalité des examens de laboratoire qui sont payés par l'assurance de base. D'après l'Office fédéral de la santé publique, le progrès technologique a pour conséquence que, de nos jours, différentes analyses peuvent être effectuées à un prix réduit. Il est par conséquent prévu de procéder à différentes adaptations tarifaires pour le début de 2007. Au titre de **mesure urgente**, dans le cadre d'un paquet de mesures d'économie du conseil fédéral, prises sur proposition du département fédéral de l'économie (DFI), la **valeur du point**, qui se situe actuellement à 1 franc, va être réduite à **90 centimes** à partir du **1.1.2006**.

Une autre mesure décidée par le conseil fédéral concerne la **quote-part pour les préparations originales lorsqu'un générique est à disposition qui est augmentée**, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, de 10 pour-cent à **20 pour-cent**. La quote-part pour les produits copiés est inchangée et reste à 10 pour-cent.

Enfin, les **montants maximaux de remboursement des moyens et appareils (LiMA)** seront réduits de **10% dès le début de l'année 2006**.

Ces modifications ne résultent pas de négociations. Ce sont des dispositions prises unilatéralement en toute souveraineté par le conseil fédéral, il n'y a aucun moyen de droit ordinaire pour les contester. La FMH s'est opposée vivement, publiquement et au niveau politique, à la réduction de la valeur du point, qui met en danger l'existence même du laboratoire du cabinet.

### IV. Décision de l'assemblée des délégués du 20 octobre 2005

1. Adoption d'un nouvel art. 2 al. 2 des statuts dont la teneur est la suivante:  
Alinéa 1 inchangé

Alinéa 2 nouveau:  
*L'organisation et la mise en œuvre du service de garde ambulatoire est du ressort des cercles médicaux. La Société des médecins assure la haute surveillance.*

Motif:

La haute surveillance du service de garde ambulatoire, selon l'art. 14 du Règlement sur le complément, l'utilisation et la mise en œuvre du code de déontologie fédéral,

était jusqu'à maintenant du ressort des cercles médicaux. Ces derniers pouvaient en déléguer l'organisation aux collègues pratiquant dans les différentes régions.

Ce mode d'organisation ne répond plus aux besoins actuels. Le comité cantonal envisage de négocier un mandat de prestation avec le canton. Ce dernier exige que la responsabilité du service de garde ambulatoire se situe dorénavant au niveau des cercles médicaux et que la SMCB assume dès lors la haute surveillance.

Les dispositions à ce sujet dans le Règlement sur le complément, l'utilisation et la mise en œuvre du code de déontologie fédéral devront être adaptées et être soumises ultérieurement à l'approbation de l'assemblée des délégués (à ce sujet art. 19 ch. 6 des statuts).

Modification rédactionnelle et complément de l'art. 4 ch. 1 phrase 2 des statuts (modifications *en italique*):

Le code de déontologie fédéral et le Règlement sur le complément, l'utilisation et la mise en œuvre du code de déontologie fédéral font partie intégrante des statuts. *Adopté à l'unanimité.*

2. Inclusion d'un ch. 4 nouveau dans l'art. 4 des statuts (article relatif au but)

Ch. 1 modification rédactionnelle (v. plus haut)

Ch. 2 et 3 inchangés

Ch. 4 nouveau

[La Société des médecins a pour but]

*De soutenir, dans son principe, par la mise à disposition de personnel et de moyens financiers, la création et la gestion d'un organe en faveur du service de garde ambulatoire.*

Les actuels ch. 4 et 5 deviennent les ch. 5 et 6 nouveaux.

*Motif:*

On rappelle d'abord les motifs exposés sous ch. 2. Le comité cantonal a l'intention de professionnaliser le service de garde ambulatoire et de réduire les coûts à la charge des membres pour la prise en charge de la centrale proposée par la SMCB.

De tels projets de financement de la part de la SMCB, qui seront à la charge des membres, devront être soumis ultérieurement à l'assemblée des délégués (v. art. 18 ch. 5 des statuts).

*Adopté par 50 oui, 2 non et 2 abstentions.*

3. Maintien du tiers garant.

*Adopté à l'unanimité.*

## La triste époque du tiers payant



Andreas Bieri,  
membre du  
comité  
de la SMCB

J'ai ouvert mon cabinet en 1978, à une époque où régnait le système du tiers payant. Si l'on devait qualifier de nos jours cette évidente ancienne dénomination, on lui trouverait une quelconque construction terminologique anglo-saxonne. A l'époque tout était vieux: les feuilles de maladie (formulaire de facturation) étaient remplies à la main trois mois après le début du traitement. Le paiement se faisait encore attendre trois autres mois. En qualité de débutant, il fallait par conséquent vivre pendant six mois avec le crédit de fonctionnement. Les factures nous étaient souvent renvoyées: mal remplies, illisibles, erreur de total, médicaments hors liste, matériel non autorisé, matériel inclus dans la taxe de consultation, position mal utilisée – et le paiement pouvait encore être repoussé de trois mois. Il y avait aussi de quoi s'énerver quand on apprenait que le patient n'était pas assuré. Un surcroît de travail non négligeable.

A deux reprises j'ai dû me justifier devant la commission paritaire. La première fois pour la somme de fr 9.15. On m'a finalement donné raison après l'échange de dix pages de papier. Je me situais, pour une caisse, par rapport au coût par cas, à 365%. Je n'avais prodigué des soins qu'à un seul patient de cette caisse. Pour nous tous, le passage au tiers garant fut un soulagement.

Dans l'ensemble pourtant tout se passait relativement bien. Une fois par année, un cours obligatoire d'une demi-journée était organisé pour les nouveaux cabinets. Le sujet: une introduction au contrat avec les caisses. La préparation et les dispositions à ce sujet avaient lieu au cours d'un repas que les différents orateurs prenaient en commun. Dans chaque discipline, les nouveaux confrères avaient droit à une présen-

tation de la structure tarifaire par un médecin et un représentant des caisses. Mon collègue de la caisse-maladie et moi jouions ensuite à «papa caisse» et «maman docteur». Un climat idyllique.

Lorsque les ordinateurs firent leur apparition, tout devint plus tendu et vindicatif. C'est un fait que dans un premier temps l'administration était devenue plus facile. Mais l'esprit humain ne tarda pas à rendre les choses compliquées. La CMB (Visana) lança un programme d'armement qui lui permettait de sonder, au moyen des données en sa possession, la totalité des faits et gestes des médecins. Papa et Maman furent remplacés par Schmid et Flury. Deux anciens amis qui partirent à l'assaut l'un de l'autre avec des moyens pas toujours très propres. Et si auparavant les armes avaient pu être comparées à des bâtons, c'est de canons dont il s'agissait maintenant.

L'informatisation a permis que cette guéguerre ne se transforme pas en guerre des étoiles, mais qu'elle ne soit qu'une guerre pour des données. En créant santésuisse, en mettant en œuvre un lobbying intense auprès des milieux de la politique, les caisses sont parvenues à occuper une situation de force. Elles ont réussi à imposer l'idée que le problème des coûts est le plus important. D'un point de vue de pure économie de marché, la meilleure caisse devrait disposer de nombreux assurés et d'aucun fournisseur de prestations. En ne considérant que l'angle de l'économie de marché, les caisses détruisent notre système de santé. On a peine à s'imaginer la situation si nous vivions aujourd'hui sous le règne du tiers payant.

### Candidats au Grand-conseil, annoncez-vous!

Etes-vous candidat/e au Grand-conseil? En votre qualité de membre de la SMCB vous avez la possibilité de vous présenter dans doc.be. On publiera le nom, le domicile, le parti et les propositions faites à ce jour, ainsi qu'une photo. La place est limitée.

**Délai: 22.01.2006**

**Adresser à:  
tackenberg@forumpr.ch**

## Décisions de nature éthique en cas de limitation des ressources

Discussion lors des  
Journées bernoises de la clinique BETAKLI



Anna-Christina  
Zysset,  
rédactrice presse  
et information

Quelque 350 médecins s'étaient inscrits aux BETAKLI 2005. En se fondant sur les réponses d'évaluation, cette manifestation de formation continue a remporté un grand succès, tant auprès des enseignants que des participants.

«Setting limits fairly». C'est sous ce titre qu'a été publiée l'œuvre de référence du philosophe Norman Daniels et du clinicien James Sabin. C'est par ces deux personnalités que les thèses présentées lors des BETAKLI 2005 par l'éthicien social Dr M. Zimmermann-Acklin (de l'Institut d'éthique sociale de l'université de Lucerne) ont notamment été influencées. La discussion qui a suivi a mis en évidence les différences d'appréciation des médecins en ce qui concerne le rôle des politiciens dans le problème de la gestion des ressources. La discussion était dirigée par Jürg Schlup, le président de la Société des médecins; y participaient sur la scène, à côté de l'orateur invité le Dr Zimmermann-Acklin, le prof. H.U. Fisch (directeur de la clinique universitaire de psychiatrie de l'hôpital de l'Ile), le prof. B. Horn (Instance interfacultaire de médecine générale), le Dr T. Schweizer, spécialiste FMH en médecine générale, ainsi que le prof. A. Tobler (directeur médical de l'hôpital de l'Ile).

En Suisse, depuis des années, les dépenses de santé ne cessent d'augmenter et de dépasser l'augmentation du produit intérieur brut: de 1960 à 2000 le rapport des coûts pour la santé au produit intérieur brut (PIB) est passé de 4.9 à 10.7 pour-cent. En 2003, le rapport se situait à 11.5 pour-cent

du PIB. Les pronostics pour l'année 2006 se situent au niveau d'une augmentation des coûts de la santé de 4.1% et un rapport au PIB entre 12 et 13%.

### La pression financière se manifeste essentiellement à trois niveaux

*Au niveau des ménages:* les augmentations des primes de caisse maladie et les participations aux frais représentent un problème pour de nombreux ménages. Au cours de l'année 2003, un tiers de la population a bénéficié de l'aide sociale, 41 pour-cent des ménages suisses ont droit à des réductions de primes; et ceci dans le pays le plus riche du monde.

*Au niveau des cantons:* les cantons, responsables de la politique de la santé, doivent faire face à la tâche de répondre à l'augmentation significative, depuis quelques années, des coûts hospitaliers, par des réductions sur d'autres postes du budget cantonal. Dans le canton de Lucerne, dans le cas d'un crédit complémentaire de 150 millions, on a posé au parlement la question de savoir quelle école ne devrait pas être rénovée.

*Au niveau des fournisseurs de prestations:* les équipes soignantes sont de plus en plus fréquemment confrontées à l'obligation, pour des raisons de coûts, de ne plus fournir toutes les prestations possibles, c.-à-d. de rationner au lit du patient.



Prof Horn (au centre) s'entretient avec ses collègues  
Photos: SPI

### Le fondement économique et les raisons de l'évolution des coûts

Les moyens et ressources à disposition sont limités. C'est pourquoi, selon Zimmermann, nous ne pouvons éviter d'être obligé de répartir les moyens, de ventiler l'accès à ces derniers. L'augmentation des dépenses est la conséquence de différentes évolutions: grâce au progrès médico-technique, nous vivons maintenant 20 ans de plus que vers 1930. L'évolution vers la chronicité du cours de certaines maladies, par exemple en oncologie, entraîne des coûts parfois plus élevés de 400 pour-cent.

L'évolution démographique a pour conséquence une proportion plus élevée de personnes dépendantes de soins.

Le bien-être qui va en augmentant nous fait également perdre certaines choses. Les demandes nouvelles de vie et de santé en général se répercutent dans le domaine de santé.

Le plus grand nombre de ménages à une personne entrainera à l'avenir une demande augmentée en institutions de soins et une nouvelle augmentation des coûts.

### L'éthicien social fait trois propositions d'action

La *rationalisation* ou l'augmentation de l'efficacité dans le cadre des soins actuellement dispensés. Du point de vue de l'éthique, elle est souhaitable, mais n'apporte pas de solution au problème.

L'*augmentation des moyens financiers* en faveur des soins de santé aurait pour conséquence une plus grande redistribution entre riches et pauvres, politiquement presque impossible à mettre en œuvre, ou alors le renoncement à la consommation dans d'autres domaines.

Le *rationnement* ou limitation dans le domaine des soins de premiers recours est déjà en cours, par exemple sous la forme de la diminution de la valeur du point pour les analyses de laboratoire, les quotes-parts augmentées pour les préparations originales. Il y a de grandes divergences d'opinion, notamment en ce qui concerne la définition des critères et des méthodes de rationnement.

### Thèse 1: La justice dans le sens d'une solidarité entre personnes saines et malades exige l'abandon de toute forme de rationnement.

La totalité des soins de santé, les prestations indispensables et utiles, peut et doit continuer à être mise à disposition, dans le cadre de l'assurance de base, à tous ceux qui ont besoin de soins. Des soins médicaux complets sont non seulement justes, sensés mais peuvent également être financés.

Ces thèses sont défendues par les femmes médecins pour la solidarité dans le domaine de la santé dans un article du BMS 83 (2002) 2235 (La santé n'est pas une denrée) «Nous refusons tout rationnement, c'est-à-dire le refus de prestations médicales utiles et sensées pour des raisons économiques et le considérons comme une attaque contre des représentations fondamentales de la société au sujet de la justice et de l'égalité des chances.» Cette position a inévitablement pour conséquence ou l'introduction de nouvelles mesures de redistribution entre riches et pauvres, donc aujourd'hui également entre personnes âgées et jeunes et/ou le renoncement à des prestations dans d'autres domaines de la consommation.

**Thèse 2: Le rationnement des soins de santé financés solidairement ne peut probablement pas être évité et peut être admis dans une perspective de justice.**

Il n'est pas sensé de fournir des soins complets à tous. Les notions de santé, de maladie et de besoin de soins sont aussi différentes que les conceptions au sujet de ce qui est une vie bien remplie. Ils ne peuvent être financés. Le financement aux dépens d'autres domaines, tels que la formation ou le travail, n'est pas souhaitable. Dans ce cadre, le conseiller national Gutzwiller est d'avis qu'il faut investir dans la formation et le travail, pas dans la santé!

Devant l'évolution démographique, les exigences qui changent et surtout sur la base du progrès médico-technique (par exemple pharmacogénétique, médecine intensive, chirurgie cardiaque ou remplacement osseux), ainsi que le développement du bien-être, il est réaliste de partir de ce deuxième scénario et de discuter à temps, ouvertement et dans un cadre interdisciplinaire, des règles éventuelles et des critères de rationnement.

S'il n'y a que des mécanismes de rationnement non formulés (rationnement implicite), à long terme, ceux qui n'auront pas les moyens de se défendre, seront les dindons de la farce.

**Thèse 3: Le rationnement explicite doit être préféré au rationnement implicite, mais il est plus difficile à mettre en œuvre**

Par rapport au rationnement implicite, le rationnement explicite est plus transparent, plus efficace dans sa mise en œuvre, plus juste, réalisable du point de vue médical (evidence-based), plus facile à supporter par le médecin, dans son double rôle d'avocat du patient et de responsable du budget, dans la relation médecin-patient. La mise en œuvre de critères explicites est liée à des difficultés pratiques plus grandes

que l'introduction de mesures budgétaires ou financières d'incitation. L'espace individuel de décision des médecins est plus grand dans le cadre des mesures implicites et donc plus petit dans celui des mesures explicites.

*Bilan:* On doit compter de fait avec un renforcement de la pression financière. Même si tous les potentiels de rationalisation sont épuisés, il n'est pas possible d'éviter les mesures de rationnement. Le rationnement explicite (par exemple en tenant compte de l'efficacité au niveau des coûts et de l'utilité médicale) doit par principe être préféré à un rationnement implicite parce qu'il est plus transparent et plus juste et qu'il se fait moins sentir au niveau de la relation médecin-patient. Pour éviter que ceux qui sont le moins en mesure de se défendre ne soient les dindons de la farce, il est indispensable qu'ait lieu un débat ouvert et transparent au sujet des critères et des méthodes de rationnement.



Dr Markus Zimmermann-Acklin,  
orateur invité

**La médecine entre responsabilité et économie**

Au cours de la table ronde qui a suivi, Schweizer a insisté sur le fait qu'il souhaiterait pouvoir garder la liberté de juger des choses sous l'angle de vue des médecins. Dans ce cadre, il lui importe d'assumer la responsabilité. Pratiquement, il est d'avis que: «On ne peut dire oui que si l'on a le droit de dire non.» Le patient est inclus dans la responsabilité car c'est lui qui a le droit de vivre ainsi qu'il le peut et le souhaite. Les opinions étaient partagées au sujet de qui, des politiciens ou des médecins, doit établir les critères du rationnement. Alors que certains exigent que l'état définisse qui, quoi et là où il faut rationner, Tobler encouragea les médecins à penser à l'économie. Pour un auditoire majoritairement âgé, cette exigence est généralement considérée comme une limitation. Pour les plus jeunes, ce problème économique est plus évident. Puisque l'art médical qui va en s'améliorant ruine apparemment l'humanité, on s'est demandé si les innovations doivent être toujours plus chères. Ne pourraient-elles pas être plus avantageuses? Le fait que la Suisse va procéder à un rationnement à un très étonnant haut niveau n'a fait l'objet d'aucune contestation.

**La capacité discursive est souhaitée**

Les innovations ont des conséquences. Notre société va se trouver confrontée à de nombreuses discussions controversées. Il peut en résulter des progrès. L'«empowerment» (la prise en charge par lui-même) du patient va certainement, à l'avenir, enrichir le travail du médecin!

*Bibliographie*

Daniels Norman, Sabin James E., Setting Limits Fairly. Can we learn to share medical Resources?, Oxford University Press  
Peter A. Ubel, Pricing Life. Why its time for health care rationing, Cambridge/London 2001

En parlant de **rationnement** on pense à la privation de prestations indispensables ou utiles, ou à la limitation de l'accès à celles-ci, pour des raisons financières, ou à d'autres limitations des ressources, par exemple dans le cas des organes.

**Rationnement explicite:** ce sont des limitations clairement définies, par exemple l'exclusion de certaines prestations (traitements dentaires), définition de standards de soins, plus de responsabilité individuelle (exclusion de certains risques). Critères possibles: âge, efficacité par rapport au coût, bénéfice médical, etc.

**Rationnement implicite:** limitations qui ne sont pas clairement formulées, par exemple sur la base d'un budget (l'hôpital reçoit 100 millions), d'incitations à l'économie à l'intention des patients ou des équipes de soins (managed care), d'augmentation des franchises (les décisions de rationnement sont prises par les fournisseurs de soins à un niveau bas).

La distinction entre **rationnement ouvert** ou **caché** concerne par contre la transparence de la décision au lit du malade, donc sa perception par la personne concernée.

## La relation entre le prix et la prestation



Mme Prof.  
Esther Fischer-  
Homberger,  
historienne de la  
médecine et  
psychiatre

Depuis que le corps médical, jusque dans la perception qu'il a de lui-même, est devenu un groupe d'intérêts, que l'«art médical» est devenu une «compétence», le cabinet médical une entreprise, les médecins des fournisseurs de prestations et les patients une clientèle, on parle, dans le domaine de la santé, avec une évidence suggérant la rassurance du rapport coût-bénéfice.

C'est ainsi qu'il est possible, que c'est devenu une réalité, de déterminer la valeur de toute prestation médicale. Fini donc les conflits internes et externes au sujet des factures, fini le sentiment de culpabilité devant le profit même en cas de défaites thérapeutiques ou devant des patients pauvres qui ne devraient pas être persécutés par des exigences financières. Fini de prendre en compte des considérations particulières difficiles à définir, notre propre besoin d'argent y compris. Et les patients: ils ne doivent pas se demander s'il leur faut déposer toute leur fortune aux pieds de ceux qui vont les soulager – «a kingdom for a cure!» – ou s'ils vont, à titre d'affront ou de rupture de confiance supplémentaires, laisser les factures médicales impayées. En incorporant la relation entre les médecins et les patients – en bref, la relation médecin patient – dans l'univers de l'économie, il semble qu'un grand morceau de son cœur ait été perdu.

Une vieille histoire, aussi vieille que l'argent. En effet, dans le commerce du bien-être corporel et du maintien de la vie humaine, la dynamique de la relation entre ceux qui commercent et la problématique inhérente au moyen argent provoque un mélange explosif. Les médecins agissent souvent et essentiellement là où il est question de bien-être et d'intégrité corporelle, parfois aussi de vie et de mort. Ce sont des domaines d'activité intimes, chargés d'émotions et d'importance sociale centrale dans lesquels le rapport prix prestation

peut se révéler aléatoire et où la relation de confiance entre les parties est tout spécialement menacée par l'argent qui s'abstrait de toutes les considérations. A cet égard on connaît bien dans l'art de soigner le problème de l'échange d'argent contre du bien-être.

Le besoin de régler normativement l'acte pénible d'échanger les efforts pour le confort psychologique contre de l'argent deviendra d'autant plus grand. Les mécanismes que le droit et l'usage ont prévus au cours des âges pour protéger la confiance mutuelle sont de nature fort diverse. L'un d'entre eux est l'échange sans argent, celui que pratiquent certains moines exerçant la médecine ou des saints qui n'attendent de récompense que de Dieu. L'engagement de personnes actives dans les soins rétribuées par des appointements fixes, provenant éventuellement de tiers – par exemple sous la forme de médecins hospitaliers, de ville ou personnel – les met également au service de la prévention des conflits. Le commerce sans argent permet d'oublier ou de nier le fait que le travail médical ne profite pas uniquement à la vie et la survie des malades, mais également à ceux qui appartiennent au domaine des soignants.

Les envies et craintes mutuelles d'être exploité, les dépendances, la jalousie, les tromperies et une tendance à un comportement arbitraire au sujet de l'argent dans la pratique privée apparaissent de manière plus ouverte, en même temps que des tendances réciproques à offrir plutôt qu'à échanger une prestation solide contre de l'argent froid. Depuis quelques générations, les assurances et les réglementations tarifaires atténuent quelque peu cette situation en créant un espace impersonnel entre les parties et en réduisant les prestations médicales en dépenses calculables et remboursables. Et depuis que l'économie d'entreprise prévaut au cabinet, il semble qu'on assiste à une certaine détente, dans la mesure où on peut oublier que le travail médical ne devrait pas uniquement servir à rémunérer le médecin, mais que pour l'essentiel il sert au bien des malades.

Si les anciens médecins dissimulaient volontiers leur envie de gagner beaucoup d'argent derrière leur dévouement à leurs patients et la renvoyaient à des bonimenteurs dispensateurs de soins médicaux, les nouveaux, eux, considèrent que crier sur les toits représente une partie de leur métier, voire même de l'éthique médicale. Tous les efforts pour couler dans un même moule la formation des prix dans le domai-

ne de la médecine ne réussissent pas à éliminer sa difficulté fondamentale. Il n'est d'ailleurs pas souhaitable qu'ils y parviennent. Parce que c'est justement le fait de gagner de l'argent en médecine qui met en évidence la difficulté d'échanger la vie, la survie, l'alimentation, la faculté d'entrer en relation, l'émotivité contre le résultat d'une abstraction de tout cela; l'impossibilité (bien que ce soit pratiqué quotidiennement) de convertir une valeur unique et irremplaçable en une somme définie d'un moyen d'échange universel et de la commercialiser en tant que son propre vécu. Le problème de cet échange constitue le défaut de naissance mais aussi le génie créateur culturel, le sens et le non-sens de l'argent.

L'argent promet, en fonction de sa quantité, la puissance, le pouvoir de disposer, indépendamment de la situation et de la relation, de la vie, de la nourriture, de la relation, de la poursuite de la vie. Et pour l'homme, qui pour ses propres enfants dépend de toute évidence (ou dépendait encore jusqu'à nos jours) d'une partenaire qui met au monde et nourrit des enfants, tout particulièrement de celles parmi les femmes qui mettent des enfants au monde et en prennent soin. Vu sous cet angle, ce n'est pas un hasard si les cauris, considérés comme une des formes primitives de l'argent, ressemblent à un organe génital féminin ou sur leur partie supérieure à un ventre de femme enceinte. La vie et l'amour ne peuvent néanmoins pas être payés par de l'argent, et, quant à sa propre immortalité, il n'est pas possible de la prendre dans sa tombe. Ou bien tout de même? Par la puissance de la biotechnologie moderne? Qu'est-ce qui ne peut pas être acheté? Peut-être une existence qui ne peut se concevoir sans sensualité jour après jour? Mais que nous promettent nos industries de loisirs et de sensations et avec beaucoup de persévérance tous ceux qui, contre de l'argent, prennent soin du bien-être psychologique de leurs clientèle? Qu'est-ce qui nous empêche, à une époque qui considère même le fait d'acheter comme un événement, de vanter la visite chez le médecin comme une expérience?

Que reste-t-il qui ne peut être acheté? Qu'y a-t-il au-delà de la tentation? Peut-être une relation au monde qui ne serait plus aussi cupide, ainsi que l'argent la suggère, une curiosité qui ne se contenterait plus de seulement compter l'argent mais qui l'évaluerait de nouveau à son odeur?

L'argent, sous son abstraction éphémère, incarne dans une certaine mesure le mythe à deux faces de la puissance – la puissance consistant à entrer ou interrompre à discrétion une relation, sans crainte de courir le

risque perdre sa propre autonomie ou d'être poursuivi, la puissance qui isole également et garde prisonnier. Nombre de contes, d'histoires et de romans racontent comment des êtres humains subissent des changements considérables après avoir touché à l'argent. Il semble véritablement que l'argent soit en mesure de réduire la dépendance de ceux qui le possèdent à la domination et à la possibilité d'être dominé, à l'ingestion et la possibilité d'être ingéré; il se transforme rapidement en une drogue dont les doses toujours augmentées – précisément parce qu'elles le sont – ne suffisent jamais à apaiser la peur de sa disparition.

On comprend que l'échange de la vie, de la survie, du bien-être contre de l'argent, comme il a lieu dans la relation entre les médecins et les patients, soit une cause importante de peur. On comprend que les patients aient un intérêt vital à connaître le comportement de leurs médecins à l'égard de l'argent, ceux qui entretiennent une relation de dépendance à l'argent doivent être craints comme la mort; dans le calcul prix-prestation le plus clair on ne reconnaît chez eux que le masque transparent de la cupidité. On ne confie pas volontiers son corps et ses émotions aux mains d'un insatiable – il n'est donc pas étonnant que l'économie médicale, en dépit de toutes

ses précautions, continue de susciter la défiance et qu'elle menace de sortir de ses limites rationnelles.

L'argent est en effet un médium essentiel des relations humaines, et dans ce sens on ne peut le faire sortir de ces dernières, puisqu'il semble avoir été inventé précisément à cet usage. L'argent fait partie du contexte de relations humaines complexes et non le contraire. On le perçoit plus nettement dans la pratique médicale que dans un magasin et cela faisait partie de l'ancien savoir de ceux qui prodiguaient les soins.

La langue en sait plus que ce qu'elle exprime aujourd'hui. Il serait peut-être utile de calculer un peu moins et de lire un peu plus. L'histoire et les histoires nous aident à comprendre ce qui se cache en-dessous de la surface apparemment normale et lisse de choses apparemment évidentes.

Nos mots nous rappellent beaucoup de choses que l'argent nous a fait oublier: l'argent n'est qu'une forme particulière de ce qui a une valeur, l'économie une partie seulement d'un ménage et que la «fortune» a quelque chose en commun avec la «faculté»; qu'il vaut la peine de se demander si nous méritons ce que nous gagnons<sup>2</sup>; que la dette n'est pas obligatoirement remboursée en argent<sup>3</sup> et qu'être solvable n'équivaut pas à être digne de confiance<sup>4</sup>. Et: le prix et la prestation ont l'un avec

l'autre – entre ceux qui mettent à disposition et ceux qui achètent – des racines communes complexes, qui ne peuvent être que partiellement mesurées en dollars et produits manufacturés ou prestations de service.

Le prix est aussi proche de l'éloge, des louanges, des honneurs que les honoraires le sont de l'honneur. Ainsi compris, le prix n'est souvent pas acquitté en numéraire mais sous la forme d'un cadeau, sous la forme d'une coupe en métal doré, d'une couronne de laurier ou tout simplement d'une manifestation de gentillesse. Ainsi lorsqu'on remet un prix, l'un donne et l'autre reçoit, ce qui fait que finalement les deux gagnent en louanges<sup>5</sup>.

Qu'en est-il de la prestation? Le terme provient des embauchoirs des cordonniers<sup>6</sup>, de ces pieds imités en bois ou en métal, de ces modèles qui servent à l'artisan à confectionner des chaussures confortables pour sa clientèle même lorsqu'elle les portera aux pieds. En effet, à l'origine, «offrir une prestation<sup>7</sup>» signifiait «quêter, flairer», suivre une trace, accompagner. Parmi les parents lointains de la «prestation» on trouve la «voie ferrée<sup>8</sup>», les anciennes traces de roues que seule l'invention du chemin de fer a définitivement figées en rails au tracé imposé, de même que «apprendre», ainsi qu'«enseigner», dans le sens «faire con-

Ärztgrossist  
*zur Rose*



## Die neue BasisLinie Mit etwas Konzentration können Sie viel Geld sparen.

Wie viel, erfahren Sie im Katalog der BasisLinie. Anfordern im Internet unter [www.zur-rose.ch/aerztgrossist](http://www.zur-rose.ch/aerztgrossist) oder per Telefon unter 052 724 00 20.

Zur Rose AG | Walzmühlestrasse 60  
Postfach | 8500 Frauenfeld  
Telefon 052 724 00 20 | Fax 052 724 00 15  
[www.zur-rose.ch](http://www.zur-rose.ch) | [aerztgrossist@zur-rose.ch](mailto:aerztgrossist@zur-rose.ch)

## MEDPHONE et MEDVANTIS – une collaboration nouvelle offrant plus de prestations



Dr Andreas Meer,  
membre  
de la direction de  
MEDVANTIS



Dr Daniel Marth,  
président du  
conseil d'adminis-  
tration  
de MEDPHONE

### MEDPHONE

#### la centrale d'appel d'urgence des médecins déménage

A partir du 1.7.2006 les locaux et les infrastructures techniques de MEDPHONE seront mis à disposition par la firme MEDVANTIS. Ainsi MEDPHONE fait une avancée technique décisive afin de pouvoir offrir ses prestations avec encore plus de compétence.

Les deux partenaires poursuivent leur activité actuelle indépendamment l'une de l'autre. De nombreuses synergies dans le domaine du support informatique, de la logistique et de la formation sont possibles.

Le travail en commun des deux firmes a pour conséquence une utilisation économique des ressources, telles que locaux et moyens techniques, et favorise les effets de synergie en faveur des soins d'urgence. Pour ceux qui bénéficieront de l'offre, la qualité des prestations ne doit pas cesser de s'améliorer. Mais tant MEDPHONE que MEDVANTIS restent indépendantes du point de vue juridique et financier. On assure que le service de garde reste un domaine de compétence des médecins.

Le but visé est celui qui consiste, à l'avenir également, de continuer à assurer la gestion rapide et compétente des appels téléphoniques. La constatation, acquise par l'expérience, que seuls deux tiers des appels sont transmis au médecin de garde, représente un réel soulagement pour les médecins. La mise à disposition permanente des patients, 24 heures sur 24, améliorée au plan technique, constitue un service de qualité optimale.

MEDVANTIS, premier centre d'appel médical de Suisse, avec son équipe formée d'une cinquantaine de collaborateurs, médecins et personnel soignant, s'appuie non seulement sur une longue expérience et une formation continue, mais dispose également d'une connaissance très étendue dans le domaine de l'informatique avec toutes les installations techniques à cet effet. L'équipe de MEDVANTIS, enga-

gée et indépendante, fournit des prestations dans le domaine des renseignements médicaux dans plusieurs langues, 24 heures sur 24.

### La participation des médecins est nécessaire

Pour assurer un service de garde capable d'affronter l'avenir, il est indispensable qu'un nombre aussi grand que possible d'organisations de service de garde – cercles de garde ou, mieux encore, cercles médicaux en totalité – se joignent à MEDPHONE. A côté de ses compétences techniques et spécialisées, l'un des objectifs à long terme de MEDPHONE est d'obtenir un mandat de prestation du canton de Berne et par conséquent une aide financière. L'évolution de la démographie en général, et de la démographie médicale en particulier, démontre que l'obligation légale qu'ont les médecins d'organiser le service de garde (loi sur santé, art. 30a) sera prochainement difficile à respecter. La situation est encore aggravée par le nouveau «comportement de consommation» des patients, qui considèrent comme une évidence de faire appel au service de garde à chaque heure du jour et de nuit. Une bonne organisation, ainsi qu'un centre de triage, peuvent contribuer à atténuer les conséquences de cette situation et offrir en même temps les conditions permettant de négocier avec le législateur d'une rémunération adéquate des prestations du service de garde.

Les firmes MEDPHONE et MEDVANTIS sont persuadées que grâce à leur collaboration, les premiers pas sont faits vers la réalisation des buts formulés et qu'elles pourront, ensemble, améliorer la qualité du service de garde.

Suite et fin de la page 7

naître» ou «prendre connaissance» en suivant une trace. Ainsi les embauchoirs du cordonnier, au sens propre du terme, suivent les traces de pas de sa clientèle et l'on comprend ainsi que la prestation de l'artisan, qui mérite entièrement son prix, est la référence créatrice et autonome à un pied étranger. Un bon cordonnier possède évidemment de nombreux embauchoirs et sa qualité se voit dans le fait qu'il choisit chaque fois celui qui est le mieux adapté. S'il devait gaspiller tout son cuir sur le même embauchoir, sa prestation ne mériterait pas son prix<sup>9</sup>.

<sup>1</sup> Jeu de mot sur la double signification de «Vermögen»: fortune et faculté (d'accomplir quelque chose), ndt.

<sup>2</sup> Ici double signification de «verdienen»: mériter et gagner (de l'argent), ndt.

<sup>3</sup> Le mot dette traduit ici «Schuld» qui signifie à la fois dette en argent et faute (qui, elle, peut être rachetée), ndt.

<sup>4</sup> Kreditwürdigkeit (solvabilité), Vertrauenswürdigkeit (le fait d'être digne de confiance) ndt.

<sup>5</sup> Ici jeu de mot avec «Preisen»: der Preis (qui devient Preisen au datif pluriel), le prix, preisen, adresser des louanges, ndt.

<sup>6</sup> On ne comprend évidemment rien en français. Prestation, en allemand, se dit «Leistung» et l'embauchoir du cordonnier «Leister», ndt.

<sup>7</sup> Il s'agit ici du verbe «leisten», donc «Leistung», la prestation, ndt.

<sup>8</sup> «Geleise ou Gleis» (rails) et «Leistung» (prestation), ndt.

<sup>9</sup> Par ces notes en bas de page, dont le nombre a été volontairement limité, le traducteur tente de faire comprendre au lecteur la difficulté de rendre ce texte en français.

### Support juridique de MEDPHONE

MEDPHONE se considère comme la centrale d'appel d'urgence des médecins bernois, elle est organisée sous forme de société anonyme. Les supports juridiques sont:

- Société des médecins du canton de Berne
- cercle médical de la ville de Berne
- cercle médical de Berne-campagne
- cercle médical Bienne-Seeland
- cercle médical de Haute-Argovie
- cercle médical Oberland restreint
- association des médecins de famille bernois

## Une visite de l'économiste de la santé Oggier au cercle médical Bienne-Seeland



Peter Jäger,  
Service de  
presse  
et d'information

M. Willy Oggier, docteur en économie, l'économiste de la santé le plus fréquemment cité de nos jours, avait choisi de s'exprimer devant les membres du cercle médical de Bienne-Seeland sous le titre «Coûts de la santé: les médecins praticiens contre les hôpitaux». Le projet a échoué parce que SantéSuisse demandait une somme indécente pour mettre à disposition les données chiffrées nécessaires et parce que, de plus, pour des raisons de protection des données, elle n'accepte pas de fournir des données pour un total de localités inférieur à 20 localités. Un Oggier ne se laisse pas impressionner par de telles



Dr Willy Oggier, économiste de la santé

manœuvres d'obstruction, il l'a démontré sans tarder de façon impressionnante. L'auditeur, tenu en haleine, a pu ainsi constater de façon évidente la raison pour laquelle la politique de la santé parvient à la conclusion que le domaine de la santé ne doit pas être mis entre les mains des médecins. L'économie, la statistique, la sociologie et l'étude du management font leur apparition là où il y a peu les médecins donnaient le la.

Est-ce que c'est un bien ou un mal? Il faudra mesurer cette évolution à ses résultats. La seule chose que l'on puisse dire actuellement, c'est qu'elle irrite. Les moyens modernes de recensement des données et de communication permettent déjà de supposer qu'il doit être possible de faire des progrès dans le domaine de l'évolution de la qualité. Le thème de ce jour, l'évolution des coûts, semble, lui, beaucoup plus difficile à cerner. Il serait en effet étonnant – pour un économiste tout spécialement – que dans un marché en croissance florissante, les coûts diminuent! Il convient toutefois de faire la remarque avec Oggier qu'il n'est pas question de la totalité du marché de la santé avec son volume de 50 milliards mais seulement de celui de l'assurance maladie obligatoire, qui exige 19 bons milliards.

### Les chiffres bernois pour 2005

Si l'on considère les chiffres du canton de Berne jusqu'à fin juillet 2005, on constate une croissance de 15 pour-cent, comparée aux 12 pour-cent de l'ensemble de la Suisse. Les hôpitaux enregistrent un saut de 95.6 pour-cent pour les soins stationnaires et ambulatoires – dû toutefois au rattrapage massif de factures en retard. Avec 6.5 pour-cent, les prestations médicales (sans médicaments) ont augmenté, dans le canton de Berne, à un niveau inférieur à la moyenne. Dans le domaine des médicaments, on peut constater une augmentation plus importante dans le cas de la remise par les médecins que par les pharmacies.

### Des bouleversements attendus

Au cours des prochaines années, en Suisse, ce sont 300 cabinets de campagnes qui

resteront vides et ne trouveront pas de successeur, avertit Oggier. Même si la Suisse se situe à la deuxième place pour ce qui concerne la densité médicale, mais on forme trop de spécialistes et pas assez de praticiens de premier recours. De plus, la répartition entre la ville et la campagne n'est pas équilibrée. Oggier est d'avis que les changements démographiques et sociaux vont exiger à l'avenir d'autres formes de soins médicaux. Dans ce cadre, le domaine de la santé va fondamentalement demeurer un marché en croissance, en raison d'une demande stimulée par l'offre, de la démographie, d'un bien-être allant en s'améliorant et du progrès médico-technique.

Du côté des prestations on constate d'une part une attitude teintée de toujours plus de scepticisme à l'égard des prestataires de soins classiques, d'autre part, une évolution vers un style de vie «High-Touch-Health» [sic! ndt.] avec soins de confort, médecine complémentaire, mesures de contrôle (tests, check-ups), pharmacie design, magasins événement. Le cabinet individuel est confronté à une pression toujours plus forte pour atteindre un niveau de grandeur compatible avec un équilibre économique et qualitatif. Il ne sera pas possible d'empêcher l'internationalisation et l'informatisation.

### Frugalité ou luxe – ou les deux en même temps?

Pour l'avenir, Oggier envisage une évolution parallèle, d'un côté sous la forme d'une médecine «public health», liée à une pensée de coûts, et, d'un autre, une médecine de luxe de plus grande qualité, immédiatement et personnellement à disposition. L'orateur tire de ces considérations les conclusions suivantes:

- La public health devrait gagner en importance.
- De nouvelles sources de financement doivent être recherchées.
- La qualité du résultat devrait gagner en importance.
- L'autarcie devrait perdre de l'importance et la mise en réseau en gagner proportionnellement.
- Lorsqu'il est possible de documenter et d'augmenter la qualité, il existe une chance de relativisation du problème de la pression des coûts.
- Pour être acceptées, les unités de luxe dépendraient avant tout du niveau du domaine de la public health.



# Trust statt Frust



GallOnet



hawatrust



thurcare

TCti

trustmed

+ medkey

PonteNova

Zum Stichtag 1. Januar 2006 liefern Ihnen die TrustCenter alle stichhaltigen Argumente:

- Absicherung des Taxpunktwerts in der Zukunft
- Schutz vor unberechtigten Rückforderungen
- Elektronischer Datenaustausch im Tiers garant
- Maximale Nutzung Ihrer Daten

Lust auf mehr Leistung?

**newindex**

Wir schaffen Synergien

# Un porte-parole des sociétés médicales en matière de politique de la santé, projet pilote



Marco Tackenberg,  
Service de presse  
et d'information

En même temps que la session de printemps 2006 des chambres fédérales, «Politik + Patient» va paraître pour la première fois sous l'égide de 14 sociétés cantonales de médecine de la Suisse alémanique. La revue entend permettre à un public intéressé d'accéder aux problèmes de la politique professionnelle des médecins. Ainsi, en quelque sorte, elle est un contrepoids aux publications des assureurs et d'autres fournisseurs de prestations.

En 2004, le comité de la Société des médecins du canton de Berne a décidé d'accorder son appui, sous la forme d'un projet pilote, à la publication de «Politik + Patient». Le but déclaré (v. à ce sujet doc.be 1/2005) était d'intéresser d'autres sociétés cantonales à ce projet. On doit à l'engagement inlassable de Christoph Ramstein, président de la Société des médecins du canton de Soleure et président du VEDAG, que 14 des 17 sociétés cantonales représentées au sein du VEDAG aient décidé le

1<sup>er</sup> décembre 2005 de participer au projet pilote. De plus, l'éditeur de «Sprechstunde», Richard Affolter, nous a assuré de son appui dès le début. Nous pouvons ainsi distribuer «Politik + Patient» à un prix avantageux. En 2006, la revue sera ajoutée trois fois à «Sprechstunde». Enfin, on ne saurait assez souligner le rôle du président de la SMCB, Jürg Schlup et des présidents des sociétés cantonales zurichoises et de Suisse centrale, Urs Stoffel et Thomas Keller, qui se sont engagés pour la cause auprès des autres membres du VEDAG.

## Le dialogue avec le public

Le «silence des médecins» parviendrait



ainsi à son terme. Les médecins s'ouvrent à un public intéressé et lui présentent leur point de vue. C'est une chose importante dans un système de démocratie directe, dans lequel les citoyennes et les citoyens ont le dernier mot dans les affaires politiques. Le succès ne peut être obtenu que par une information inlassable et honnête. Cela ne doit pas empêcher de présenter parfois son opinion fermement. Dans des «temps agités», de l'avis du spécialiste de la communication Horst Avenarius, «ceux qui parlent fort déterminent la tonalité». Notre message doit finalement prévaloir devant des affirmations en provenance de la partie adverse, ce que le débat actuel au sujet du «libre choix du médecin» et de la «liberté de contracter» démontre amplement.

## Fournir des arguments

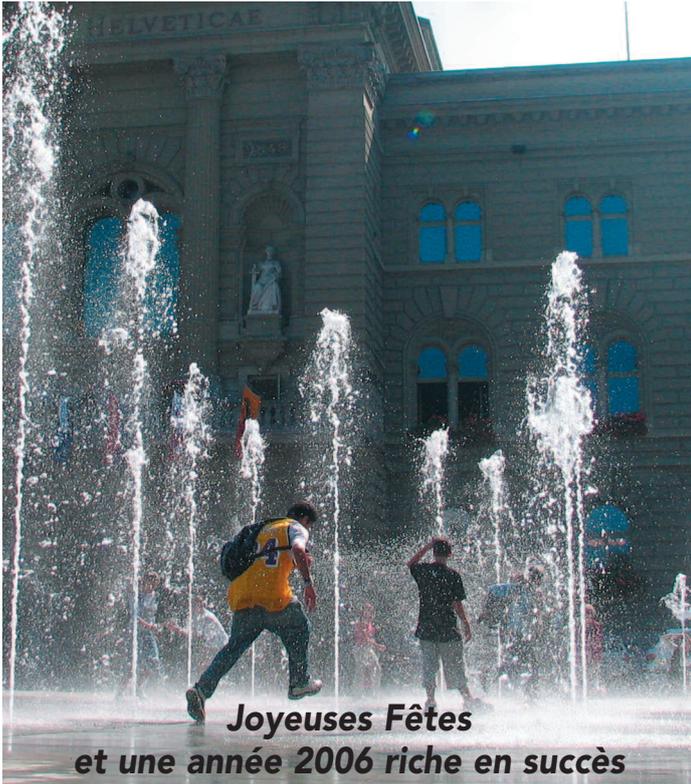
Il est également important d'indiquer les limites de «Politik + Patient». Un journal ne détermine pas à lui seul l'opinion. La confiance et le respect dont bénéficient les médecins auprès des citoyennes et citoyens ne se fonde pas avant tout sur la politique de leur organisation professionnelle, elles sont rarement le résultat de campagnes de relations publiques conçues avec sophistication. Les gens se forment une opinion au sujet des prestataires de soins avant tout au contact avec leur médecin. Ce qui forme l'opinion (contrairement à ce que l'on dit généralement), ce n'est pas le journaliste habile à manier les mots, mais les personnes qui appartiennent à notre environnement social: le cafetier, le boucher, le maître d'école ou, précisément, son propre médecin. C'est à lui que «Politik + Patient» entend fournir des arguments et par son intermédiaire influencer le débat de la politique de la santé.

## Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne / paraît 6 x par an.  
Responsable pour le contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.  
Rédacteur: Marco Tackenberg, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8.  
Tél. 031 310 20 99;  
Fax 031 310 20 82; E-Mail: tackenberg@forumpr.ch  
Annonces: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne.  
Tél. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;  
E-Mail: pwolf@hin.ch  
Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.  
Edition décembre 2005.

## Le projet pilote de la revue de politique de la santé «Politik + Patient»

Une commission de rédaction est responsable, pour «Politik + Patient», de la ligne politique concernant la politique professionnelle. Les sociétés médicales cantonales participantes ont le droit de siéger dans cette commission de rédaction. L'éditeur de la publication est la société de même nom «Politik + Patient». Le travail rédactionnel, d'édition et d'administration est confié au «Forum der Wirtschaft» à Berne. Les frais de rédaction, d'édition et de production se montent à environ 58'000 francs; la part revenant à la SMCB se monte à 13'000 francs. Au cours de l'année prochaine, trois éditions seront publiées avec un tirage total de quelque 90'000 exemplaires chaque fois. Les sociétés cantonales de Suisse allemande affiliées au VEDAG prendront en octobre 2006 une décision au sujet de la poursuite du projet pilote.



## CALENDRIER 2006

- 26 janvier  
conférence des présidents, après-midi
- 2 mars  
assemblée des cercles médicaux, ensemble du canton
- 30 mars  
assemblée des délégués, après-midi
- 11 mai  
conférence des présidents élargie, après-midi
- 1<sup>er</sup> juin  
assemblée des cercles médicaux, ensemble du canton
- 22 juin  
assemblée des délégués, après-midi
- 14 septembre  
assemblée des présidents élargie, après-midi
- 26 octobre  
assemblée des délégués, après-midi
- 23 novembre  
assemblée des cercles médicaux, ensemble du canton



### Fränzi hält Händchen.

Kein Wunder, wird unser Ambulatorium immer wieder gerne genutzt. Für Blutentnahmen etwa in schwierigen Fällen oder bei Abwesenheit des behandelnden Arztes, auf Wunsch auch am Krankenbett. Dazu kommen: 24h-EKG, 24h-Blutdruck, Pulsoximetrie sowie eine sorgfältige Auswertung durch unsere konsiliarischen Spezialisten. Und hier wie da stets ein freundliches Wort von Fränzi, unserer medizinischen Laborantin.

**medics labor**

Professionell und persönlich.

Medics Labor AG  
Chutzenstrasse 24  
3001 Bern  
info@medics-labor.ch  
www.medics-labor.ch

T 031 372 20 02  
F 031 371 40 44

**Hallo Zukunft!**

Sind Sie vorbereitet auf das was kommt?  
Keht nach der Tarmed-Einführung wieder Ruhe ein? Die Ärztekasse hat ihre Antennen ausgefahren und interpretiert die Signale, die ausgesendet werden. Schliesslich will man für alle Fälle gerüstet sein.

**Ä K** ÄRZTEKASSE  
**C M** CAISSE DES MÉDECINS  
CASSA DEI MEDICI

Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf  
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60  
www.aerztekasse.ch  
marketing@aerztekasse.ch

Ärztekasse – and the future is yours