



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

N° 6 / décembre 2009
www.berner-aerzte.ch

Contenu de ce numéro:

Beat Gafner,
Président elect de la SMCB 2

Réunion en un lieu chargé
d'histoire 3

Les crises à l'origine des
progrès de la médecine 4

Visana et les médecins bernois
vont de l'avant 6

Élections au Grand Conseil
en 2010 7

Du «marché de la maladie» au
«marché de la santé» 8

Réseaux de soins intégrés:
un malentendu? 10

Les réseaux de soins de
base: vers un rationnement
implicite? 12

Annonce de manifestation:
«Journées des médecins de
famille – Berne» 14

Que peut faire la SMCB
pour que de plus nombreux
jeunes médecins ouvrent un
cabinet? 15

Destruction créatrice par le progrès



Le nom de notre nouveau crédo c'est: santé. La vie terrestre est notre ultime chance. Il faut absolument être en parfaite santé. La seule et unique chose sur laquelle nombre d'entre nous croient pouvoir compter, c'est leur corps. Et c'est pourquoi ces gens n'ont de cesse de le préserver et de le faire réparer. La santé est devenue un droit. La maladie est une violation de ce droit. Quant à la mort, elle en est devenue presque un scandale...

La santé absolue est un idéal, mais un idéal qui coûte cher. La santé absolue libère l'Homme de tous les maux. S'il est de plus en plus heureux, il est de moins en moins libre. Ceux dont le style de vie ne correspond pas à cet idéal, et il n'y a pas que les fumeurs et les obèses, auront des problèmes, et pas seulement avec leurs assurances.

Passons du dénigrement à la protestation, de la santé au système de santé. Nous assistons à l'industrialisation de celui-ci. Comparé à d'autres domaines du monde des services, il subit cette industrialisation avec retard. Les conditions actuelles font par ailleurs que les anciennes structures sont mises à mal, mais sans que de nouvelles ne soient créées. Un exemple? L'élimination par les tarifs des cabinets médicaux de premier recours dans les campagnes. Un autre exemple? Le retard des investissements dans les hôpitaux publics de notre canton. C'est un retard qu'il sera très difficile à rattraper.

Nous assistons à un processus de destruction créatrice par le progrès. Ce qui a fait ses preuves est éliminé au profit de nouveaux contenus et de nouvelles structures. L'utile et le qualitatif, devenus mesurables, prennent de plus en plus de poids.

Les banquiers prétendent qu'il n'est pas facile d'identifier une bulle quand on est dedans. Peut-être bien que ce truisme se vérifie également pour le système de santé!

Jürg Schlup,
Président de la Société des médecins
du canton de Berne

Élections 2010 au Grand Conseil

**Vous êtes candidat à un siège au Grand
Conseil? En tant que membre de la
SMCB, vous pouvez dès maintenant
publier votre portrait dans doc.be!
page 7**

Beat Gafner: Président elect de la SMCB

Beat Gafner, D^r méd., a été élu à la présidence de la Société des médecins du canton de Berne par 44 voix, une abstention et aucune opposition lors de l'assemblée des délégués qui s'est tenue le 22 octobre 2009 dans l'ancien auditoire de l'Institut d'anatomie de l'Université de Berne.

Texte et illustrations: Urs Laederach, Service de presse et d'information

Le nouvel élu succédera le 1^{er} avril 2010 au président sortant Jürg Schlup. Beat Gafner peut compter sur le soutien efficace de l'équipe bien rôdée du comité. Cependant, la mission qu'il va assumer n'est pas facile: les chantiers sont nombreux dans notre système de santé et les solutions envisagées font l'objet d'un débat controversé, même dans les rangs de la SMCB.

Parmi les plus considérables défis qui se posent au nouveau titulaire de cette fonction, citons ici la garantie de la desserte médicale de base par les médecins de premier recours, la réalisation de mesures de réduction des coûts sur le marché de la santé et le renforcement de la position de la médecine générale au sein du système de santé.

Des tâches difficiles attendent notre nouveau président également au sein de notre organisation professionnelle: le nombre des



Le D^r Beat Gafner sera le nouveau président de la Société des médecins à compter du 1^{er} avril 2010.

membres de sexe féminin augmente, sans que nos consœurs ne se voient suffisamment représentées au sein des instances de

notre organisation. Pour qu'elle intègre mieux les femmes dans l'accomplissement de sa mission, il faut qu'elle se rende attrayante et sache faire preuve de souplesse, par exemple en adaptant les modalités de nos séances de travail.

Beat Gafner est tout indiqué pour cette mission. En effet, il gère depuis 1986 un cabinet de médecine générale à Niederscherli et assume depuis des décennies les rôles les plus variés au service des intérêts du corps médical bernois dans tous les domaines de la politique de la santé. Nul doute que notre organisation professionnelle bénéficiera beaucoup de sa riche expérience.

doc.be adresse toutes ses sincères félicitations à Beat Gafner pour sa brillante élection à la présidence de la SMCB, en son nom propre et en celui du corps médical bernois, avec tous ses vœux de réussite et de succès.



Moment décisif: les délégués élisent leur nouveau président.

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, 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

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

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne
Edition décembre 2009

Réunion en un lieu chargé d'histoire

Le comité cantonal s'est réuni le 6 octobre 2009 à l'Hôtel Stadthaus de Berthoud, lieu de la fondation de la Société des médecins.



*Jürg Schlup,
D^r méd., exec.
MBA-HSG,
Président de la
Société des
médecins du
canton de Berne*

*Le doyen en exercice de la Faculté de médecine, le Professeur Peter Eggli et l'ancien doyen, le Professeur Emilio Bossi ont participé à la deuxième partie de cette séance de notre comité, chargée d'histoire. Y étaient également invités le comité de la Société du district de l'Emmental ainsi que **Hubert Steinke**, PD, D^r méd., D^r phil., Maître assistant à l'Institut d'histoire de la médecine de l'Université de Berne et char-*

gé de l'enseignement de l'histoire de la médecine à l'Université de Bâle, en qualité d'orateur. Il a décrit à l'assistance le corps médical et le contexte des cabinets médicaux d'il y a deux cents ans dans le canton de Berne. Il s'est fondé pour son exposé sur son domaine prioritaire de recherche, l'histoire de l'évolution de la médecine du XVI^{ème} au XIX^{ème} siècles ainsi que sur l'histoire du cabinet médical.

La raison de notre présence en ce lieu?

C'est parce que la Société des médecins du canton de Berne a vu le jour en cette ville le 9 octobre 1809, soit il y a exactement deux cents ans. **La raison de notre présence au Stadthaus?** C'est parce que la Société des médecins a été fondée en cet endroit, dans ces locaux. Et comment se fait-il que nous puissions nous réunir à nouveau en ce même lieu après deux cents ans? Parce que Stadthaus AG a racheté l'édifice vieux de 250 ans en 1997 et l'a parfaitement restauré. L'aménagement intérieur a été réalisé à l'aide d'un mobilier de styles Louis XVI, Empire et Biedermeier, comme au temps de sa première splendeur. L'actionnaire principal de Stadthaus AG est Willy Michel, de Berthoud, prospère entrepreneur dans le domaine de la technique médicale.

L'Hôtel **Stadthaus** de Berthoud se situe dans un cadre historique très riche. Une auberge bien connue se trouvait en cet endroit depuis le XIV^{ème} siècle à l'enseigne de la «Croix Blanche», attestée pour la première fois dans un document de 1376. Le Stadthaus d'aujourd'hui est né en 1745, devenant en 1750 à la fois Hôtel de Ville et auberge. Le bâtiment a maintenant tout juste 260 ans. Il a connu sa première splendeur à la fin du XVIII^{ème} siècle et dans la première moitié du XIX^{ème}: c'est en ce lieu que les frères Schnell ont rédigé le projet de la première constitution démocratique du canton de Berne. Avec la fin du patriciat une année plus tard, le Stadthaus est devenu en quelque sorte le «Rütli» du canton. Depuis sa restauration en 1997, le célèbre édifice jouit d'un éclat renouvelé et entame son nouvel âge d'or.



Le lieu de naissance de la SMCB respandit d'un tout nouvel éclat après sa rénovation.

En haut: restaurant «La Pendule». En bas: vue de l'extérieur de l'Hôtel Stadthaus

(Photos: Stadthaus Burgdorf)

Notes sur l'histoire de la médecine à l'occasion du 200^{ème} anniversaire de la SMCB

Les crises à l'origine des progrès de la médecine

Tout au long de son histoire, la médecine s'est bien souvent trouvée à des carrefours. Les débuts de la défense des intérêts professionnels du corps médical de Berne se situent également à une césure: la volonté commune de se rassembler a contribué à l'académisation ultérieure de la médecine. Elle est à la source des innovations thérapeutiques qui, en fin de compte, ont conforté le statut social du corps médical.



Hubert Steinke, PD, Dr méd., Dr phil., Maître assistant à l'Institut d'histoire de la méd. de l'Université de Berne et chargé de l'enseignement de l'histoire de la méd. à l'Université de Bâle

savoir de quel côté va pencher la balance, ou bien si nous allons aller de l'avant, main dans la main, ne manque pas d'être au centre de nos préoccupations, aujourd'hui encore.

La crise en tant que diktat

Le mot grec «krísis» a le sens de «rupture», «séparation». Il désigne un processus par

lequel la décision est prise de prendre telle ou telle direction. Cette notion a toujours été de la plus grande importance pour la médecine. C'est en temps de crise qu'ont été prises les orientations décisives pour la guérison, la péjoration ou la mort. C'est en particulier dans le cas des maladies fébriles que l'on a reconnu l'existence de certains «jours critiques» (les cinquième, septième, neuvième, onzième jours), jours où se décidait l'évolution vers le mieux ou vers le pire.

C'est dans cette acceptation de la notion de crise en tant que décision de prendre une nouvelle direction qu'un groupe de médecins a agi en fondant la Société des médecins et chirurgiens du canton de Berne en 1809. Le premier but de leur association était «de se mieux connaître et de s'unir étroitement», tout en éveillant le sens d'une «vocation commune». L'unité du corps médical était alors à l'ordre du jour. En effet, le «marché de la santé» voyait en ce temps-là évoluer des acteurs très divers. D'un côté, il y avait un groupe important de guérisseurs par les plantes aux qualifications très variées, sédentaires ou itinérants. De l'autre, il y avait le groupe

Il y a 200 ans: la médecine en crise

Encore et toujours, on ne cessera jamais de poser ce diagnostic: la médecine est en crise. Aujourd'hui, on perçoit plusieurs foyers de crise, chacun en fonction de son point de vue propre: explosion des coûts de la santé, Tarmed, remise des médicaments par le médecin, état d'urgence pour les soins, règne des spécialistes, dés-humanisation, etc.

Une crise authentique, fondamentale, s'est manifestée dans les années 1920. Après de longues décennies de progrès scientifiques ultra-rapides, on s'est mis à douter de la pertinence de la voie choisie vers une médecine perfectionnée, par trop technique. Nombreux furent alors ceux qui ont mis en doute la croyance que tout était possible, ont regretté la perte de l'humain et s'en sont remis aux soins de guérisseurs non médecins.

Après ces temps de crise, se sont succédées alternativement des phases de médecine naturelle renforcée, de domination renouvelée de la médecine académique et de diffusion de méthodes thérapeutiques alternatives. La question de



À l'origine, les intervenants, certains douteux, étaient nombreux sur le marché de la santé.

Illustration: Le charlatan (1879) d'Albert Anker.

(Photo: zvg)

médical, lui aussi très diversifié. Il comprenait, outre les médecins formés à la médecine académique, des chirurgiens soignant les blessures qui avaient appris leur métier dans un contexte plutôt artisanal et corporatiste et dont seuls quelques-uns avaient suivi une formation complémentaire académique. Parmi les quarante-six membres l'année de la fondation, seuls treize d'entre eux pouvaient faire état d'études médicales couronnées par un doctorat!

La voie vers la médecine académique

C'est l'article 3 des statuts qui précisait la direction à prendre: l'objectif était l'augmentation de l'art médical en tant que science. La médecine universitaire devenait la mesure de toutes choses. Ceci signifiait l'exclusion croissante des guérisseurs non académiques, un processus qui a marqué tout le XIX^{ème} siècle de son empreinte. «Anne Bäbi Jowäger» est l'ouvrage bien connu qui a résulté de ces efforts. En 1842, la Direction de la santé avait suggéré à Gotthelf, à la demande d'Emanuel Fueter, professeur et président de la société cantonale, d'écrire un opuscule contre le charlatanisme. Fueter était un ami de jeunesse de Gotthelf et son conseiller médical dans le cadre de ce projet qui a finalement accouché de ce fort long roman.

Le livre décrit de manière parlante et pressante l'arriération et l'incompréhension de larges couches de la population, conduisant au manque de confiance envers le corps médical académique, menant à la croyance aveugle en les aptitudes de médicastres charlatans risquant bien souvent conduire au délabrement.

Ce n'est que dans le contexte d'un refus aussi résolu de la médecine non universitaire qu'a pu se former l'identité du corps médical et se constituer finalement son statut unifié, concrétisé par les examens médicaux fédéraux en 1880. L'expression de cette unité fut la notion de médecine académique. Cette désignation était à l'origine employée péjorativement par les opposants à l'homéopathie. Elle a bien vite été adoptée par les médecins et elle était largement répandue vers la fin du XIX^{ème} siècle.

La crise thérapeutique

Une médecine académique largement acceptée ne pouvait cependant naître qu'en ayant non seulement un programme

bien défini, mais en faisant aussi état de ses succès thérapeutiques. Au commencement, et plus encore vers le milieu du XIX^{ème} siècle, la médecine universitaire vivait une crise à la fois scientifique et thérapeutique. Il était évident que la médecine d'autrefois telle que l'avaient pratiquée les Anciens jusqu'au XIX^{ème} siècle n'était plus tenable. L'ancienne doctrine reposant sur les plantes médicinales et les autres modèles théoriques nés au XVIII^{ème} siècle ne répondaient plus aux exigences nouvelles de la science.

La recherche en laboratoire a développé des procédés d'examen chimiques, physiques et microscopiques qui ont fait reposer le savoir sur de tout nouveaux fondements. On voulait désormais des preuves empiriques et expérimentales de l'efficacité des médicaments. Les anciennes formes de thérapie telles que la saignée, les lavements et la thérapie par les plantes médicinales ne pouvaient répondre à ces exigences. Mais on n'avait pratiquement pas de nouveaux médicaments. C'est pourquoi de nombreux médecins se sont efforcés de documenter exhaustivement leur pratique dans le but de donner une base empirique sûre à leurs méthodes thérapeutiques. Ce n'est cependant qu'au cours du dernier tiers du siècle que l'on a connu les premiers succès dans le développement de nouveaux médicaments avec la naissance de la recherche en laboratoire (hydrate de chloral, salicylate, etc.).

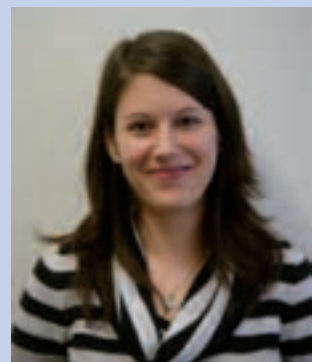
Grandes crises, petites crises

Les fondateurs de la Société des médecins cantonale avaient tout misé sur la carte de la science. Ils ont ainsi contribué à surmonter la crise thérapeutique grâce à ses conquêtes. Le statut des médecins

s'est aussi vu conforté par les succès de la médecine. Au XVIII^{ème} siècle, les patients avaient encore un pouvoir notablement plus grand dans la relation entre le médecin et son patient. Ils participaient à la prise de décision. Mais en 1900, le médecin est devenu le seul détenteur du pouvoir d'interprétation et de décision en matière de traitement: le malade n'a plus qu'à s'incliner. Cette évolution est allée de pair avec le déplacement du traitement du domicile du patient au cabinet du médecin ou du spécialiste, et à l'hôpital. La destitution et la dépersonnalisation du patient ont été les causes déterminantes de la crise des années 1920. La médecine, pour la première fois, était victime de son succès. Une nouvelle époque de progrès est arrivée après la Deuxième Guerre mondiale. Elle a ouvert à la médecine de très nombreuses et nouvelles possibilités de traitement. Cette phase qui dure encore a exposé la médecine à des critiques de plus en plus nombreuses à partir des années 1970. Mais la médecine d'aujourd'hui ne se trouve en aucune façon en état de crise comme au milieu du XIX^{ème} siècle (désarroi thérapeutique) ou comme dans les années 1920 (crise d'identité). En comparaison avec des époques antérieures, la médecine académique d'aujourd'hui occupe une position de type monopolistique, malgré toutes les critiques qui lui sont adressées. Les investissements considérables consentis dans la recherche et les infrastructures, les appareils de diagnostic et les procédés thérapeutiques modernes parlent un langage clair. S'il faut évoquer des crises, alors il faut parler de crises différenciées dans l'optique d'une décision à prendre. Les évolutions dans la recherche, au sein de la société et en politique sont un processus continu et durable qui place la médecine, encore et toujours, devant de petites et grandes croisées des chemins.

Stephanie Matti – Un nouveau visage au secrétariat de la SMCB

Madame Stephanie Matti a fait son entrée au secrétariat de la SMCB le 1^{er} septembre 2009. Elle s'est très rapidement familiarisée avec ses nouvelles tâches et s'est bien intégrée à l'équipe du secrétariat. Pendant ses loisirs, elle apprécie la lecture et la musique. Le secrétariat de la SMCB lui souhaite plein succès et beaucoup de plaisir dans ses nouvelles activités



Visana et les médecins bernois vont de l'avant...

Promotion de la desserte médicale régionale de base et d'urgence

Visana et la Société des médecins du canton de Berne désirent assurer à long terme la desserte médicale de base dans les régions périphériques. C'est pourquoi elles ont lancé ensemble un essai pilote dans l'Oberland bernois. Cet essai prévoit une compensation financière accrue dans le domaine ambulatoire pour les prestations des médecins assurant la desserte médicale de base.



Peter Fischer,
CEO du
groupe Visana

Visana, de loin la plus importante assurance maladie du canton, est très préoccupée par la constatation que la desserte médicale de base dans les régions périphériques du canton de Berne est de plus en plus compromise. Les médecins de famille sont surchargés de travail, notamment pour les soins d'urgence. De plus, leurs revenus sont en voie de diminution, par exemple en raison de la réduction des tarifs pour les analyses de laboratoire ou

de l'abaissement des coûts de distribution des médicaments. Les conséquences? Il y a toujours moins de médecins de premier recours dans les régions périphériques pour assurer la desserte médicale de base. Visana est désireuse de lutter contre cette dégradation: un nouveau système offrira des incitations financières aux médecins de famille dans les régions périphériques. Il s'adresse en premier lieu aux repreneurs potentiels de cabinets médicaux de premier recours. En effet, nombreux sont les médecins de famille qui prendront une retraite bien méritée ces prochaines années.

La desserte médicale de base est en danger

Visana encourage, depuis longtemps déjà, l'introduction du système «gatekeeper» ou d'autres systèmes semblables pour la mise en réseau des fournisseurs de prestations, ainsi que la promotion de la des-

serte médicale de base et d'urgence. Avec le système «gatekeeper», ce sont les médecins de famille qui assument le rôle de «gestionnaire de santé». Ils sont responsables du premier traitement du patient puis, en cas de besoin, le réfèrent pour la suite du traitement à des spécialistes ou à des institutions de traitement stationnaire. Ceci devrait permettre d'accroître l'attrait de la profession de médecin de premier recours tout en garantissant la desserte médicale en cas d'urgence.

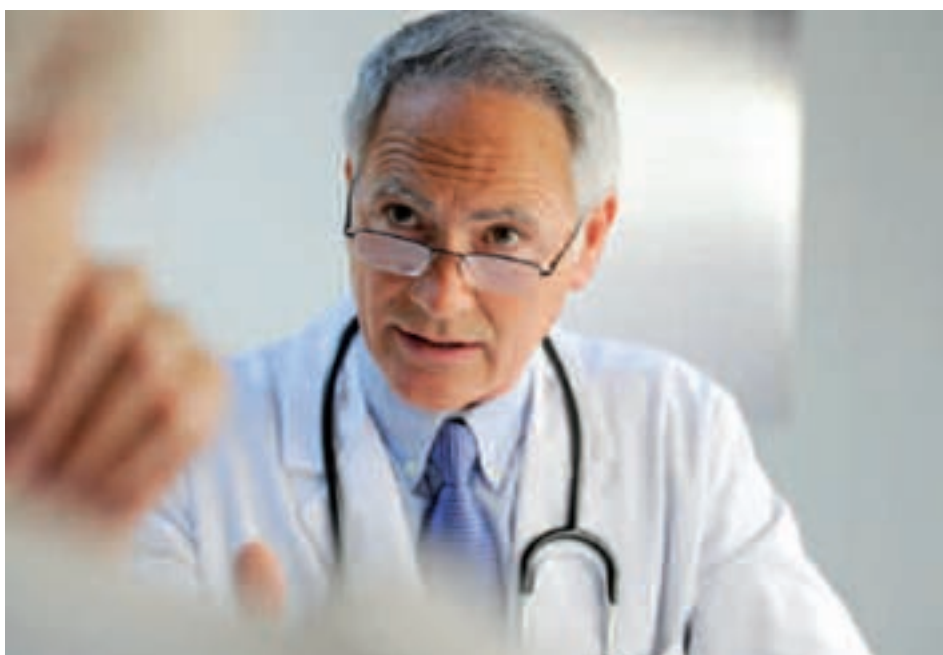
Les fournisseurs de prestations de base, c'est-à-dire les médecins de premier recours, sont au cœur du système Visana. Ils sont en nombre insuffisant, aujourd'hui déjà. Les jeunes médecins se dirigent en majorité vers les secteurs techniques et spécialisés. Ils désirent s'établir dans les grandes agglomérations. Ainsi, la desserte médicale de base et d'urgence se voit compromise, en particulier dans les régions périphériques.

Visana apporte son aide aux prestataires de base

Visana prend des mesures concrètes en faveur de la desserte médicale de base et d'urgence au service de la population: dans le cadre d'un projet pilote, elle a convenu d'une valeur plus élevée du point tarifaire avec les prestataires de base de l'Oberland bernois. Le point vaut dès lors 88 centimes au lieu de 86. Cet essai pilote est prévu pour une durée de deux ans. Il fera ensuite l'objet d'une évaluation.

Améliorer les conditions générales pour les médecins de famille

La desserte médicale régionale de base et d'urgence est mise en danger en raison d'incitations erronées: rémunération inférieure des prestataires de base par rapport aux spécialistes et conditions générales meilleures dans les centres urbains. Visana ne veut pas continuer à rester les bras croi-



Ces prochaines années, nombreux sont les médecins de famille à partir en retraite. C'est pourquoi il faut créer un cadre attrayant pour leurs successeurs potentiels..

sés en présence de cette évolution. C'est pourquoi elle a lancé cet essai pilote avec une meilleure compensation financière pour les médecins de premier recours.

La revalorisation des prestations intellectuelles par rapport aux prestations techniques n'a pas pu être obtenue avec l'introduction en 2004 de Tarmed sur tout le territoire de notre pays. En principe, pour promouvoir l'attrait de la profession de médecin de famille, il faut que leurs prestations soient mieux valorisées, au détriment de celles des spécialistes. Étant donné que Tarmed n'autorise pas suffisamment ce transfert, Visana et la Société des médecins du canton de Berne ont ensemble pris la décision de lancer un essai pilote.

Action commune des médecins et de Visana

Je suis très heureux que les médecins et Visana aient résolu ensemble de lancer

cet essai pilote. Il devrait continuer à garantir la desserte médicale régionale de base et d'urgence. En cas de besoin, toutes les patientes et tous les patients doivent pouvoir s'adresser à un médecin dans leur région, simplement et sans complications, médecin qui assurera le traitement optimal des patients.

Visana apporte ainsi une contribution concrète en vue de garantir la desserte médicale par les médecins de premier recours dans l'Oberland bernois. Les milieux politiques parlent volontiers et à l'envi de la médecine de premier recours. Mais ils ne font rien. Bien au contraire: divers projets de réformes telles que la suppression de la remise des médicaments par le médecin et la baisse déjà décidée des tarifs de laboratoire ont atteint directement les médecins de famille ces derniers temps. Visana ne veut pas rester inactive devant l'affaiblissement de la médecine de premier recours.

Aux candidates et candidats au Grand Conseil

Vous êtes candidat à un siège au Grand Conseil? En tant que membre de la SMCB, vous pouvez dès maintenant publier votre portrait! Vos noms, domicile, parti et interventions antérieures seront publiés accompagnés d'une photographie. L'espace disponible est limité.

Délai: 22 janvier 2010

Vos indications sont à remettre à: tackenberg@forumpr.ch



Wir lassen Sie nicht einfach hängen

Existenzsicherung für Freipraktizierende

Besonders in schwierigen Zeiten braucht man Partner, auf die man sich verlassen kann. Als Genossenschaft ist die Ärztekasse einzig und allein ihren Kunden und Mitgliedern, den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten, verpflichtet. Mit ihren vielfältigen Dienstleistungen leistet sie einen bedeutenden Beitrag zur Existenzsicherung des Kleinunternehmens Arztpraxis.

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

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

publik.ch



Duri surft.

Ganz sein Vergnügen. So hat unser IT-Spezialist e-medics konzipiert, die online Abfrage und elektronische KG für Befunde, die alle Daten direkt in die Arztpraxis liefert. Das heisst für Sie: Ansicht und Archiv der aktuellen Berichte, Ausdruck der Kumulativbefunde aller Laborresultate für jeden Patienten und von jedem PC aus, Import in die elektronische Praxis-KG – und mehr Zeit, etwa zum Joggen.

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

*Dernière manifestation dans le cadre du 200^{ème} anniversaire:
la Journée 2009 des médecins bernois*

Du «marché de la maladie» au «marché de la santé»

L'industrie de la santé est en train de s'apercevoir que les gens beaux et en bonne santé forment un groupe cible rentable. Pour les banques, elle reste lucrative, comme toujours. Mais à l'avenir, la pression sur les coûts et la compensation des risques seront à l'ordre du jour des débats sur les réformes à entreprendre. La médecine fondée sur des preuves scientifiques, les «boards» médicaux et la concentration de la médecine de pointe ne manqueront pas de prendre de plus en plus d'importance.

Texte et illustrations: Markus Gubler, Service de presse et d'information

La Journée des médecins bernois de cette année n'a pas manqué d'intriguer par son titre «High noon dans le domaine de la santé – Qui survivra?». En même temps, elle a été la conclusion de la célébration du 200^{ème} anniversaire de notre société. Dans son allocution de bienvenue, Christoph Schaufelberger, membre de la direction de la Mobilière suisse, a tiré un parallèle entre le monde des assurances et celui de la santé: ces deux secteurs sont devenus, tous les deux, des partenaires sur un marché des plus complexes. Malgré une très forte densité de réglementation, ils auraient tous deux perdu à la fois transparence et vue d'ensemble. Le Dr Jürg Schlup, notre président, a élargi le thème en évoquant le slogan titre de la manifestation. Ce faisant, il a également rassuré l'assistance: «Le système de santé survivra!», bien qu'il semble que le monde politique ait adopté pour maxime de ses réformes l'anéantissement par inanition des structures existantes, le corps médical et le personnel soignant font toujours preuve d'une grande motivation. Tous deux fournissent des prestations impeccables. Mais, pour Jürg Schlup, il n'en reste pas moins que le système de santé a besoin de réformes en maints endroits, y compris dans le domaine de la coordination entre les soins aigus et la médecine ambulatoire.

tantes, le corps médical et le personnel soignant font toujours preuve d'une grande motivation. Tous deux fournissent des prestations impeccables. Mais, pour Jürg Schlup, il n'en reste pas moins que le système de santé a besoin de réformes en maints endroits, y compris dans le domaine de la coordination entre les soins aigus et la médecine ambulatoire.

Proposition venue des Pays-Bas

Comment notre système de santé va-t-il évoluer? Une proposition dans le débat actuel sur les réformes a été formulée par Robert Leu, professeur d'économie politique à l'Université de Berne, pour la réorganisation des soins aigus aux Pays-Bas. Dans ce pays et depuis 2006, ces soins sont régulés par le biais d'une concurrence réglementée: grâce à l'organisation centralisée d'une part, à la modestie de l'intervention de l'État d'autre part, on a vu naître un

marché pour les prestations médicales avec des assureurs maladie orientés profit, avec la liberté de contracter dans le secteur ambulatoire, avec des hôpitaux privés et une compensation efficace des risques dans laquelle les assureurs reçoivent des versements complémentaires pour certaines prestations. «Tous les habitants sont inscrits auprès d'un médecin de premier recours qui joue le rôle de 'gatekeeper' chargé de coordonner l'accès au spécialiste», poursuit Robert Leu. Une telle réforme pourrait-elle s'appliquer en Suisse? L'économiste exprime ses doutes: «Il nous manque un article de la constitution, et la structure fédérale de notre État éparille les tâches et les compétences entre la Confédération et les cantons.» À ceci s'ajoute le rôle problématique des cantons dans les questions touchant aux hôpitaux: ils en sont à la fois les propriétaires, les exploitants, les pourvoyeurs de fonds et les régulateurs. Pour Robert Leu, il y a là une constellation qui a fortement besoin d'être réformée.

Un marché encore et toujours lucratif

Avec le choc après la hausse des primes, la pression sur les coûts et le financement des hôpitaux, le débat sur les réformes dans la politique de la santé ne cesse de faire à nouveau les gros titres. Cependant, les rapports négatifs n'ont guère d'influence sur le crédit des hôpitaux et du corps médical, nous assure Reto Heiz, directeur régional de l'UBS. Pour les banques, la santé reste un marché toujours lucratif: la desserte médicale couvre en fin de compte les besoins de base de la population. Personne ne remet en question les prestations fournies par le monde de la santé. «Malgré la crise conjoncturelle, le secteur de la santé connaît un



Des personnalités connues du monde de la santé à la Journée 2009 des médecins bernois: de g. à d.: Prof. Robert Leu, Chef du département ÉcoPo Uni Berne; Peter Fischer, CEO Visana; Reto Heiz, Directeur régional de l'UBS; Peter Jost, modérateur et journaliste BZ; Prof. Peter Suter, Président ASSM; Margrit Kessler, Présidente OSP; Dr Jürg Schlup, Président SMCB.

véritable boom et reste un marché en forte croissance», ajoute Reto Heiz.

Une proposition fracassante

À la question de savoir de quels assureurs maladie on aurait encore besoin à l'avenir, Peter Fischer, CEO du groupe Visana, a estomaqué l'assistance en répondant: «Les assureurs maladie ne remplissent pas leur mission!» De l'avis de Peter Fischer, le nombre des caisses maladie doit être réduit à l'avenir. Il n'y a pour ainsi dire pas de contrôle efficace des coûts. De ce fait, les quelques quatre-vingts offrants préféreraient se concentrer plutôt sur la chasse aux bons risques. De plus, il existe de nombreux potentiels de synergie dont il n'est pas tiré parti au sein des entreprises, en particulier dans le domaine des technologies de l'information. Au plan de la politique de la santé, le CEO du plus important groupe d'assurances du canton de Berne formule une proposition détonante: «La desserte médicale de base, en particulier dans les régions périphériques, doit être efficacement renforcée et faire l'objet d'encouragements durables. C'est la raison pour laquelle Visana propose un modèle de 'gatekeeper' à plusieurs niveaux permettant aux prestataires des soins de base de décompter à l'aide de points tarifaires différenciés.» (Voir l'article «Visana et les médecins bernois vont de l'avant... » en pages 6 et 7)

Les exigences des patients ne changent pas

Quelles sont les exigences que posent les patients à la desserte médicale de demain? Margrit Kessler, Présidente de la Fondation Organisation suisse des patients (OSP) en a esquissé les grandes lignes à l'intention du corps médical réuni. Les patientes et les patients continueront, à l'avenir également, à avoir des attentes très élevées vis-à-vis des soins médicaux: «Ce qui sera toujours demandé, ce sont les meilleurs soins médicaux possibles, mais à des coûts supportables et en payant des primes raisonnables», de l'avis de la militante de la protection des patients. L'Organisation suisse des patients tempère toutefois les exigences exagérées des patients, également pour la protection des médecins: chaque année, ce sont près de mille demandes qui font l'objet d'un examen dans le cadre d'une éventuelle violation de son obligation de vigilance de la part d'un médecin. Toutefois, lors des entretiens, on ne constate pas encore de craintes de rationnement, malgré la situation tendue des coûts dans le système de santé. Le

libre choix du médecin continue à être très apprécié et nombreux sont les patients qui souhaitent le voir subsister. Mais qu'en sera-t-il si la pression des coûts persiste? Pour Margrit Kessler, ce sont surtout les jeunes patients qui seraient disposés à passer à des couvertures avec choix restreint du médecin.

Rationalisation plutôt que rationnement

La crainte du rationnement est-elle fondée? La question est mal posée. En effet, le Professeur Peter Suter, Président de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a affirmé que le rationnement est entré dans les faits chez nous, et depuis longtemps: «Les médecins de famille, dans certaines situations, renoncent à certains examens, bien que ceux-ci soient indiqués. Des personnes âgées renoncent d'elles-mêmes à certaines prestations, conscientes qu'elles sont des coûts.» C'est surtout en gériatrie, en psychiatrie et en réadaptation que les soins médicaux sont insuffisants, aujourd'hui déjà. Mais ce rationnement n'est pas programmé: il résulte d'un jeu complexe

d'interactions: les besoins de la société en matière de soins médicaux ne cessent de s'accroître, sans que l'on n'investisse dans le personnel spécialisé nécessaire. Ce déséquilibre va continuer à s'accroître, parce qu'une nouvelle industrie médicale est en train de s'établir à côté du marché de la maladie dont la mission est d'apaiser les maux et de soigner les maladies. Le marché de cette nouvelle industrie, c'est le marché de la santé où tout tourne autour de la prévention, du style de vie et de la beauté. Si les ressources se font rares, il faut gérer les moyens disponibles de manière plus rationnelle, en particulier en ce qui concerne les méthodes thérapeutiques les plus coûteuses. À l'avenir, la médecine de haute spécialisation devra beaucoup mieux apporter les preuves de l'efficacité de ses méthodes de traitement: la médecine fondée sur des preuves scientifiques (evidence-based medicine), les collèges (boards) de médecins ainsi que la concentration de la médecine de pointe, peu pratiqués aujourd'hui, prendront de plus en plus d'importance.

Succession à la vice-présidence

Le siège de deuxième vice-président de la SMCB est à repourvoir à partir du mois d'avril 2010. En effet, Beat Gafner, actuel vice-président assumera alors la fonction de président dans laquelle il succède à Jürg Schlup. Christian Gubler s'est d'ores et déjà déclaré prêt à assumer la fonction de premier vice-président.

Le comité cantonal recommande à l'unanimité à l'Assemblée des délégués qui se tiendra le 25 mars 2010 d'élire Rainer Felber, membre du comité cantonal, au poste de deuxième vice-président à compter du 1er avril 2010. Par cette recommandation, le comité cantonal exprime sa conviction que la fonction de vice-président doit revenir à un membre expérimenté de notre société.

D'après nos statuts, tout membre de la SMCB peut être élu à la vice-présidence. C'est pourquoi nous prions les éventuel-le-s autres candidat-e-s de se faire connaître par écrit au secrétaire ou au secrétariat d'ici **au 15 février 2010 au plus tard**.

Assistantes médicales: recommandations salariales pour 2010

Salaire de base:

Fr. 3750.- x 13 pour une durée hebdomadaire de travail de 42 heures et 4 semaines de vacances.

Allocation d'ancienneté

Augmentation de Fr. 100.- par mois pour la première année de service subséquente. La question de l'allocation d'ancienneté doit être abordée lors de l'entretien annuel de qualification.

Indemnité de fonction

Il est recommandé de verser une indemnité de fonction aux assistantes médicales ayant suivi avec succès le cours de maître d'apprentissage et exerçant une fonction de formation au cabinet médical.

Salaires des apprenties:

1^{ère} année d'apprentissage: Fr. 250.-; 2^{ème} année: Fr. 900.-; 3^{ème} année: Fr. 1300.-
Un treizième salaire est versé.

Réseaux de soins intégrés: un malentendu?

Ce que l'on nomme «réseaux de soins intégrés» (RSI – Managed Care) sont une sorte de plus petit dénominateur commun dans le débat autour de la révision de la LAMal. Il vient s'insérer entre le monde de la politique, le corps médical et les assurances maladie. L'idée? Des prestataires se mettent en réseau et parviennent ainsi à une collaboration à la fois plus étroite et mieux coordonnée tout en procurant des soins médicaux de meilleure qualité à un prix plus avantageux. Jusque-là, tout va bien! Mais quand on passe à l'agencement concret de ces réseaux, on en arrive à des conflits entre des conceptions contradictoires, tout particulièrement au sein du corps médical.



*Adrian Wirthner,
Dr méd., M.H.A.,
spécialiste FMH
en médecine
générale
Directeur,
Cabinet médical
Bubenberg /
mediX bern*

En guise d'anticipation: les caisses maladie bon marché, les rabais exagérés sur les franchises élevées pour les riches en bonne santé et les pseudo-modèles de médecin de famille, le tout sur le dos des médecins, cela fait plus qu'un sujet d'irritation. La politique a fait quelques premiers pas dans la bonne direction avec l'amélioration de la compensation des risques, la réduction du rabais maximum et l'interdiction envisagée des modèles de listes dans

les régions qui n'ont pas de réseaux de médecin.

Regardons les choses du point de vue du corps médical: nul ne conteste le rôle des RSI. C'est aux médecins que revient d'être les propriétaires, les organisateurs et les exploitants de ces réseaux. Nul ne conteste également que la collaboration avec les assureurs maladie doit être réglée par un contrat négocié de concert entre les deux parties prenantes. Mais c'est ici que s'arrête le consensus.

Organisation et processus

Les missions que le monde politique et les assurances maladies conçoivent pour les RSI seront très complexes. Il est donc indispensable que ceux-ci aient des structures d'organisation et de conduite avec une conception directrice claire et des objectifs d'entreprise bien définis. Est-ce qu'une association va ici être à la hauteur,

ou bien faudra-t-il recourir à des formes d'organisation plus contraignantes, telles qu'une société anonyme ou une société à responsabilité limitée? Faudra-t-il de surcroît fixer dans des règlements les conditions auxquelles sont soumises la qualité de membres des médecins dans le réseau, ou quels en sont les critères d'exclusion? Ces RSI devront-ils être gérés exclusivement par les prestataires de base (réseaux horizontaux), ou bien des spécialistes, voire même des hôpitaux y seront-ils intégrés (réseaux verticaux)? Pourra-t-on rassembler sous le même toit des intérêts divergents, des philosophies différentes et des catégories de revenus différenciées? Les contrats de collaboration des RSI avec les médecins partenaires devront régler leurs droits et leurs obligations ainsi que la rémunération des tâches complémentaires. Un règlement d'exploitation devra certainement formaliser les processus communs rendant possible l'atteinte des objectifs de l'entreprise. Les concepts de soins sont ici au centre, tels que par exemple les Disease ou Case Management Programs, les mesures prises en vue de l'assurance qualité (cercles de qualité, directives ou certifications, ainsi que les projets de mise en commun des achats).

Si l'on veut que les réseaux de médecins se distinguent des concurrents, il faudra que leur différence soit documentée, même si cela est fort désagréable pour nombre de médecins.

Il n'est pas difficile de voir que les attentes que la politique et les assureurs maladie ont vis-à-vis des RSI sont peu claires, ne serait-ce que pour ce qui est de leurs modalités élémentaires en relation avec la plupart des médecins établis de longue date. La réalité démontre que la plus grande part des réseaux dans le canton de Berne sont des associations à l'organisation souple à faible caractère contraignant pour leurs membres, et guère de processus communs identifiables. Si un réseau a des ambitions plus élevées, il aura bien de la peine à recruter des membres...



Comment organiser en droit les réseaux de soins intégrés pour qu'ils puissent remplir leur mission à l'avenir?

Rémunération des prestations dans le réseau

L'expérience, et la recherche aussi, montrent que le niveau des économies de coûts est en relation directe avec le degré d'organisation des réseaux. Plus il est élevé, plus sont contraignants et lucratifs les contrats passés avec les assureurs maladie: en commençant par de modestes contributions par membre et par mois, en passant par de simples versements bonus-malus en fonction du collectif des assurés, jusqu'aux contrats de capitation ultra-complexes avec coresponsabilité budgétaire. Ce dernier point est chaudement contesté et paraît tout à fait inacceptable pour une grande part des médecins. La disponibilité des assureurs maladie à rémunérer les réseaux s'accroît en fonction de la disponibilité des réseaux à documenter leurs prestations spécifiques. L'objectif des RSI, du point de vue de l'exploitant, est tout naturellement aussi de procurer des profits financiers aux médecins qui sont leurs partenaires, au-delà des avantages aux plans technique et de l'organisation. Ces éléments doivent, à côté des tarifs Tarmed ordinaires, tenir compte de l'encadrement efficace et des soins optimaux prodigués aux patients. Aujourd'hui, les réseaux relativement peu structurés imposent peu de contraintes à leurs médecins, mais hélas fort peu, voir pas du tout de revenu supplémentaire. Par contre, des revenus très lucratifs peuvent se manifester dans des réseaux bien organisés et si l'on est disposé à assumer une coresponsabilité budgétaire. La question, c'est quelle est la mesure de la participation aux risques qui peut et qui doit être assumée par le médecin, et pour quelle rémunération.

Les RSI reposent sur l'optimisation du rapport prix / prestations. Il faut donc que ces dernières soient attestées.

Condition préalable indispensable: la mise en réseau électronique

Le meilleur pour la fin: il est impossible de concevoir des soins intégrés sans technologie intégrée de l'information et de la communication. Pour les médecins, les références à des spécialistes ou à l'hôpital, l'information sur les coûts encourus par ces prestataires secondaires doivent pouvoir être accessibles et échangeables par voie électronique. C'est la condition indispensable si l'on veut un encadrement efficace aux plans financier et qualitatif. Si l'on se fie aux idées des milieux politiques et

Des soins intégrés efficaces ne sont pas concevables sans mise en réseau électronique.



des assureurs maladie, les RSI devront tôt ou tard documenter leur suivi médical à l'aide de bases de données. Ils devront être rémunérés spécifiquement pour ces prestations. C'est une entreprise qui paraît bien difficile dans un pays comme le nôtre où seulement 12% des cabinets médicaux disposent de dossiers médicaux sous forme électronique et où une grande partie du corps médical ne manifeste que des affinités très modestes avec les médias électroniques.

La documentation, la quantification et la rémunération de leurs prestations de qualité deviennent d'autant plus nécessaires si l'on veut vendre les RSI non plus comme modèles d'économies, mais comme modèles de qualité.

Et pour la suite?

Dans les conditions actuelles qui règnent au sein du corps médical, les obstacles à l'établissement des RSI paraissent insurmontables pour le moment. Seule une très petite minorité de médecins est prête et équipée face aux changements qui pointent à l'horizon.

Une contribution déterminante pour l'avènement réussi des RSI pourrait être l'instauration de nouvelles formes de rémunération. On pourrait imaginer ici, par exemple, des points tarifaires plus élevés ou des forfaits d'encadrement pour un travail de qualité prouvé et certifié, ainsi que des positions tarifaires nouvelles ou des forfaits

pour l'encadrement supplémentaire et le suivi des patients dans des programmes d'encadrement des malades chroniques (Disease Management, Chronic Care Management CMM).

Dans ces conditions, les milieux politiques seraient bien avisés de se décider en faveur du caractère facultatif des RSI, aussi bien pour les assurés que pour les médecins et les assureurs maladie. Les rendre obligatoires ne manquerait pas de favoriser l'apparition de pseudo-modèles et de manœuvres de diversion: c'est du moins ce que montrent les expériences faites en Suisse et à l'étranger. Dans la LAMal, les RSI doivent être définis dans un nouvel article spécifique en tant que contrat entre ceux qui assument les coûts et ceux qui fournissent les prestations. Les RSI doivent être encouragés par le biais d'incitations positives. Citons à titre d'exemple: participation réduite aux coûts, RSI en tant que norme habituelle, libre choix du médecin en tant qu'assurance complémentaire, ou autres mesures semblables. L'État créerait ainsi des conditions favorables tout en restant sur la réserve dans le domaine de la réglementation. Les partenaires contractuels resteraient ainsi autonomes au plan opérationnel pour les négociations et l'élaboration des contrats. Il semble possible dans ce contexte que les idées que se font les différents acteurs de la santé sur l'aménagement des RSI finissent par se rapprocher avec les années. C'est l'avenir certainement qui nous demandera à la fois un engagement résolu et une souplesse certaine.

Les réseaux de soins de base: vers un rationnement implicite?

Les systèmes de soins intégrés sont la notion d'actualité pour un suivi médical efficace et des soins de haut niveau qualitatif. À l'occasion de la célébration du 200^{ème} anniversaire de la Société des médecins, le Dr Jürg Nadig, président de la Société suisse d'oncologie médicale, traite de la question des mesures qui seraient nécessaires pour que les réseaux de soins de base ne deviennent pas les agents d'un rationnement implicite.



*Jürg Nadig,
Dr méd., MAE
Médecin spécia-
liste FMH en
oncologie médi-
cale et en méde-
cine interne*

Le traitement de maladies complexes exige, dans les systèmes de soins intégrés aussi, une étroite collaboration interdisciplinaire entre spécialistes, qu'il s'agisse de l'inclusion des prestataires de base ou de l'intégration dans des réseaux de spécialistes. Tel est à l'évidence le cas pour le traitement du cancer du rectum: il faut coordonner la collaboration de six spécialistes différents au moins pour assurer le bon niveau qualitatif du traitement. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera au bénéfice du patient. Le traitement, même de qualité, d'un unique spécialiste ne suffit pas. En effet, la qualité d'un traitement complexe dans son ensemble ne sera que celle du maillon le plus faible de toute la chaîne de soins. Il en va de même pour le traitement (initial) du cancer du sein. En Suisse cependant, il n'y a pas de données prospectives sur la qualité des traitements, ni de données sur les coûts d'ensemble des chaînes de traitement. Mais, en l'absence de ces deux paramètres, il n'est pas possible d'encadrer durablement le système de santé, encore moins de l'améliorer.

Les médicaments coûteux prolongent la vie, mais augmentent les coûts par cas

En règle générale, le traitement des maladies complexes entraîne des coûts élevés: des médicaments nouveaux efficaces pour le traitement du cancer du colon avec métastases ont permis de doubler la durée

de survie. Certes, l'augmentation de la durée de survie augmente linéairement avec l'administration de ces médicaments, mais les coûts de ceux-ci augmentent, eux, à la puissance trois. Ceci a pour conséquences que les médecins oncologues qui prescrivent ces médicaments ont des coûts par cas notablement plus élevés que ceux qui ne les prescrivent pas encore. Étant donné que, sous sa forme actuelle, la méthode ANOVA ne permet aucune présélection raisonnable des médecins dont l'économicité n'est pas bonne, ceux-ci courent le risque de se voir impliqués dans de désagréables procédures d'économicité. De plus, il peut arriver que des médecins ne puissent entièrement couvrir leurs prestations lorsque des assureurs demandent des remboursements en raison des coûts élevés des médicaments (à hauteur de plusieurs centaines de milliers de

francs). Dans cette éventualité, ces médecins contribuent indirectement au subventionnement des coûts des médicaments.

L'encadrement par les coûts favorise le rationnement

Si le système de santé n'est encadré que par les coûts, et non par des critères qualitatifs, on court le risque que les réseaux de soins de base avec coresponsabilité budgétaire n'en viennent à priver les malades de ces médicaments coûteux (mais admis dans la LS) pour des motifs d'économie. Les patients ne seront même plus référés à un oncologue. Ou alors, on ne prendra en considération comme médecins partenaires que les oncologues qui ne prescrivent ces médicaments admis mais coûteux que de manière très restrictive et



En oncologie, de nouveaux médicaments augmentent substantiellement la durée de survie des patients, mais ils accroissent notablement les coûts par cas.

qui, de la sorte, ne causent que des coûts réduits aux réseaux avec coresponsabilité budgétaire.

Réseaux de spécialistes et registre des traitements

Il est donc nécessaire de constituer des réseaux de spécialistes pour le traitement de certains tableaux cliniques complexes pertinents, réseaux dans lesquels le patient sera suivi sur toute la chaîne de traitement. Dans ces réseaux spécifiques à telle ou telle maladie, les médecins qui en sont membres relèveront la qualité du traitement dans des registres de traitement interdisciplinaires. Ceux-ci enregistrent les indicateurs pertinents pour la qualité de chacun des spécialistes intervenants. Les spécialistes désireux de traiter des patients souffrant de telles maladies doivent accepter de présenter leurs données de traitement pertinentes. (Ceci va à l'encontre des efforts visant à faire dépendre l'admission des médecins de caractéristiques qualitatives structurelles ou de leur appartenance à certains groupes auto-définis.) La tâche des assureurs, c'est de saisir la totalité des coûts de l'ensemble de la chaîne de traitement. C'est ainsi que l'on pourra confronter à moyen terme la qualité et la totalité des coûts de toute la chaîne de traitement. Les différents réseaux deviendront alors comparables. Dans une optique à long terme, on satisfera de la sorte à la condition préalable pour plus de marché dans le système de santé. Aujourd'hui déjà, pour les patients souffrant de cancer, le programme de traitement est défini en commun lors de colloques interdisciplinaires spécifiques. Il y a lieu maintenant de faire passer ces programmes de traitement dans un registre des traitements. Des études prospectives pattern-of-care semblent appropriées dans ce contexte. Hélas, les possibilités de financement pour ce faire sont actuellement inexistantes: ce serait un rôle à assumer par DRG AG si l'on en croit les caisses maladie. Le Fonds national ne devrait pas seulement soutenir la recherche de pointe, et Oncosuisse devrait définir de nouveaux domaines de recherche et accorder les crédits correspondants, à côté de sa mission principale: l'encouragement de la recherche fondamentale et de la recherche clinique.

De nouvelles banques de données pour une meilleure mise en réseau

Des registres de cette nature, à mettre en réseau avec les registres du cancer exis-



Les registres interdisciplinaires de traitement permettront de relever des indicateurs pertinents pour la qualité sur les spécialistes intervenants, tout à l'avantage de la transparence.

tants, peuvent être envisagés aussi bien en oncologie que pour la qualité des traitements et la mise en pratique du progrès médical. Ils seraient tout à l'avantage des patients. Si l'on disposait de la totalité des coûts pour la chaîne de traitement, on pourrait répondre de manière plus concluante à la question de l'économicité que ce n'est aujourd'hui le cas avec la méthode WZW de Santésuisse. Ces banques de données conviennent à la recherche d'ac-

compagnement prévue par la loi dans le contexte de l'introduction des DRG. Elles permettront d'illustrer le transfert des coûts entre traitements stationnaires et ambulatoires tout en suivant les changements intervenant dans la qualité des traitements à la suite du nouveau financement du système de santé. De plus, il serait ainsi possible de mieux mettre en réseau les soins stationnaires et les soins ambulatoires.

Calendrier 2010

Janvier

14 Conférence des présidents, après-midi

Mars

4 Assemblées de districts, dans tout le canton

18 Assemblée des délégués, après-midi

Mai

20 Conférence des présidents élargie, après-midi

27 Assemblées de district, dans tout le canton

Juin

17 Assemblée des délégués, après-midi

Septembre

16 Conférence des présidents élargie, après-midi

Octobre

28 Assemblée des délégués, après-midi

Novembre

18 Assemblées de district, dans tout le canton



«Hausärzte-Tage Bern»

Donnerstag 11. März und Mittwoch, 27. Oktober 2010

**Eine neue Fortbildungsveranstaltung und «Teachers Teaching»
für Lehrärztinnen und Lehrärzte**



Als Ersatz für unsere Magglinger-Fortbildung sowie als «Teachers Teaching» für unsere Lehrärztinnen und Lehrärzte führt das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) eine neue Fortbildungsveranstaltung ein, den «Hausärzte-Tag». Unterstützt werden wir dabei von der Klinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) des Inselspitals Bern sowie vom Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH).

Der Hausärzte-Tag findet im 2010 versuchsweise zweimal mit demselben Programm statt. Einmal an einem Donnerstag, einmal an einem Mittwoch. Neben medizinischen Beiträgen und Sonographie haben wir am Nachmittag, speziell für unsere Lehrärztinnen und Lehrärzte, auch didaktische Workshops ins Programm aufgenommen. Für die Lehrärztinnen und Lehrärzte ist der Besuch des Nachmittagsprogramms und zweier didaktischer Workshops einmal alle zwei Jahre obligatorisch. Von der SGAM haben wir das Label erhalten: den Teilnehmenden werden 6 Stunden angerechnet. Die SGIM vergibt 6 Fortbildungscredits.

Weitere Informationen und das Programm sind zu beziehen bei:

Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM
Murtenstrasse 11, 3010 Bern
Tel. 031 632 89 91 / Fax 031 632 89 90
contact@biham.unibe.ch

Programm

| | | | |
|---------------|---|---|--|
| 09:00 – 09:45 | Innere Medizin: Neue Modelle 11.03.2010: Prof. U. Bürgi, 27.10.2010: Prof. D. Aujesky (Thema offen) | | |
| 09:45 – 10:30 | Kooperation von Spitzenmedizin und Grundversorgung – was können wir verbessern? Prof. Th. Carrel | | |
| 11:00 – 11:45 | Versorgungsforschung – was ist das und braucht es das? Prof. Th. Rosemann | | |
| 11:45 – 12:30 | Up to Date Radiologie – drei aktuelle Themen für den Hausarzt Prof. P. Vock | | |
| 13:30 – 14:15 | Workshop 1 Keine Angst vor Breitkomplex-tachykardie Dr. med. F. Nohl | Workshop 2 = TT Wie gebe ich Feedback im Hausarzt-Praktikum? Dr. med. P. Frey | Workshop 3 = TT Wie unterrichte ich in meiner Praxis? Ein Austausch zwischen Landärzten Dr. med. M. Schaufelberger |
| | Workshop 4 Was gehört in den Notfallkoffer? PD Dr. med. M. Luginbühl | Workshop 5 = TT Algorithmen für Praxis und Ausbildung Dr. med. Ph. Furger | Workshop 6 Ultraschall: Was ich schon immer üben wollte! Dr. med. A. Oestmann |
| 15:30 – 16:15 | Workshop 7 Indikationen und Interpretationen von Serologien PD Dr. med. S. Zimmerli | Workshop 8 = TT Wissensstand der Studierenden vom 1.–3. Studienjahr Dr. phil. nat. B. Yürüker Dr. phil. nat. S. Trachsel | Workshop 9 Ultraschall: Was ich schon immer üben wollte! Dr. med. A. Oestmann |
| | Workshop 10 Medikationsrisiken: Was ist Praxis relevant? Prof. Dr. med. K. Fattinger | Workshop 11 Schweizer Forschung in HAM – aktuelle Situation Dr. med. P. Frey | Workshop 12 Ultraschall: Was ich schon immer üben wollte! Dr. med. A. Oestmann |
| 16:15 – 17:00 | | | |

Que peut faire la SMCB pour que de plus nombreux jeunes médecins ouvrent un cabinet?

doc.be, dans une première partie, a déjà évoqué le séminaire de cette année («La femme médecin et le banquier», n° 5/2009). Nous tentons maintenant de répondre à la question de savoir pourquoi il n'y a pas plus de jeunes médecins, hommes et femmes, à oser faire le pas et à ouvrir leur propre cabinet médical.

Marco Tackenberg, Service de presse et d'information

Un groupe de travail a été mis sur pied à l'issue du séminaire. Le comité lui apporte son soutien dans ses efforts en vue de motiver de jeunes médecins, hommes et femmes, afin qu'ils ou elles se lancent dans la pratique libérale. Ce groupe de travail est présidé par Rainer Felber, membre du comité. Il lui incombe, en particulier, de faire le portrait de l'environnement d'un cabinet médical dans le canton de Berne: comment se présente la desserte médicale dans les différentes régions? Comment le service des urgences est-il organisé et quelles sont les contraintes qui lui sont associées? En quoi les chicanes de l'économicité des caisses maladies affectent-elles l'activité quotidienne des médecins? Il faut, pour l'essentiel, expliquer comment les organisations professionnelles peuvent décharger le praticien et lui apporter de l'aide. Pour nombre de cabinets, Medphone, la centrale des appels d'urgence propre aux médecins, les décharge très notablement dans le cadre du service d'urgence. Le médecin qui dispose de ses données statistiques du cabinet médical via PonteNova peut se défendre efficacement contre des réclamations injustifiées dans le cadre d'une procédure d'économicité: de très nombreux cas en sont la preuve.

Cabinets de groupe et Maisons des médecins

Le groupe de travail «Formes du cabinet médical» illustre à l'aide d'une documentation que le médecin n'est plus nécessairement un combattant isolé: les modèles de cabinets de groupe, les centres et maisons du médecin sont présentés à l'aide d'exemples fonctionnels existants. Ces indications sont susceptibles d'aider de jeunes médecins dans leur accès à la pratique libérale.

Mais rien ne remplace un entretien personnel. C'est pourquoi le comité désigne des

interlocuteur-trice-s au sein de la SMCB qui sont tout disposés à informer leurs jeunes consœurs et confrères des leurs propres expériences vécues. Comme indiqué dans le dernier numéro de doc.be, les médecins sont encore et toujours des clients lucratifs pour les banques. Et il ne s'agit pas seulement d'octroi de crédits, mais aussi de la gestion de fortune, ainsi que l'a évoqué Andreas Rieder de la Banque cantonale de Berne.

Précisons bien que la Société des médecins n'est pas à elle seule en mesure de garantir la Terre Promise pour l'environnement social et politique d'un cabinet médical. Mais les institutions professionnelles qui lui sont propres, à savoir PonteNova et Medphone qu'elle a créées, sont de fait des

outils qui apportent aux jeunes médecins, hommes et femmes, un soutien et une protection efficaces. Il ne fait aucun doute que la LAMal restera un immense chantier pour les années à venir et que la sphère politique ne manquera pas de continuer à mettre le corps médical sous pression avec des dévaluations tarifaires et des contraintes bureaucratiques toujours plus contraignantes. Certes, il ne faut pas négliger ces évolutions. Mais il ne faut pas négliger le fait que l'activité du médecin libéral reste malgré tout attrayante et demeure une vocation comme c'est rarement le cas dans d'autres professions. Attirer de jeunes médecins, hommes et femmes, c'est aussi une mission qui incombe à la «garde descendante» désireuse de remettre ses patients en de bonnes mains!



Medphone soulage efficacement les contraintes imposées par le service de garde.

Bestellung gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

«Politik + Patient» ist die einzige Publikation, welche die politische Haltung der Ärzteschaft einer interessierten Öffentlichkeit kundtut.

«Politik + Patient» bringt die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte ein.

Die politische Wirkung einer gesundheitspolitischen Zeitung ist umso grösser, je mehr Leserinnen und Leser die Ärzteschaft damit erreicht.

Ja, ich bestelle kostenlos weitere Exemplare von «Politik und 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

Das beste Gesundheitssystem der Welt

Das Gesundheitssystem in den USA ist besser als das Schweizer, ohne dass die Qualität besser ist. 17 Millionen Bürger der USA haben keinen Versicherungsschutz. Einkommen ist entscheidend, sind sie finanziell ruhmlos oder arbeitslos, weil niemand für ihre Behandlung aufkommt. Hillary Clinton ist in den 1990er Jahren mit ihren Reformplänen gescheitert. Nun

ragt es Barack Obama voran. Er will eine obligatorische Krankenversicherung für alle Bürger einführen. Die Gegner der Reform streben für sozialen Zustand, die Befürworter verteidigen auf die Schweiz: Nobelpreisträger Paul Krugman lobt in der New York Times das Schweizer Modell. Andere Schweizer Gesundheitsystem gerät als das beste der Welt. Tatsächlich gehört unsere multinationale Dienstleistung

Paul Krugman lobt in der New York Times das Schweizer Modell. Andere Schweizer Gesundheitsystem gerät als das beste der Welt. Tatsächlich gehört unsere multinationale Dienstleistung

Paul Krugman lobt in der New York Times das Schweizer Modell. Andere Schweizer Gesundheitsystem gerät als das beste der Welt. Tatsächlich gehört unsere multinationale Dienstleistung

Das obligatorische Leistungskatalog und die Spitalleistungen sind zu viele Spitaler. Politik + Patient zeigt in dieser Nummer auf, wie das Kostensenkungsgeschehen durch den Krankheitsfall die notwendige Versorgung, die freie Arztwahl ist gewährleistet. Zu verbessern ist der Risikoausgleich, zu berechnen sind

Politik + Patient

Nummer 4/09 5. Jahrgang Herausgeber: Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften (VEDAG)
Verlag Rosenfluh Publikationen AG
Politik + Patient ist eine Beilage der Sprechstunde
Verantwortlich für die Redaktion: Marco Jäckenberg, Felix Adank; forum@pr

Eine Reformagenda für den neuen Gesundheitsminister!

Politik+Patient begrüsst den neuen Chef des Departement des Innern, Bundesrat Didier Burkhalter, auf der Grossbaustelle Gesundheitswesen. Und zeigt sieben Reformschritte auf, die Patienten und Prämienzahler gleichermaßen zugute kommen.

1. Führen Sie eine volkswirtschaftliche Gesamtkostenrechnung ein:
Wir müssen endlich von der sektoriellen Kostenbetrachtung wegkommen. Wenn z.B. ein invalider Polyarthritis-Patient IV-Rente entfällt, fallen zwei hohe Kosten im Gesundheitsbereich weg. Wir brauchen eine volkswirtschaftliche Gesamtkostenrechnung. Dazu müssen Behandlung, Taggeld und Renten unter einem Dach zusammengefasst werden, wie dies bei der SUVA längst der Fall ist. Dies sollte auch bei den Krankenkassen umgesetzt werden.

2. Verbessern Sie den Risikoausgleich:
Durch einen fehlgeleiteten Wettbewerb wechseln jährlich viele gesunde Menschen mit grossem Prämienbeitrag zu Krankenkassen. Dies ist ein ungerechtes Risikoausgleich zwischen dem Wohlstand und dem Wohlstand. Diese Merkmale erlauben keine sinnvolle Einschätzung des Krankheitsrisikos – Leidtragende sind ältere Versicherte und Chronische. Deshalb brauchen wir dringend einen verbesserten morbiditätsorientierten Risikoausgleich.



Foto: Kirscher

3. Beschränken Sie den Leistungskatalog auf das medizinisch Notwendige:
Der Leistungskatalog der obligatorischen Krankversicherung enthält heute zum Teil Leistungen, die den gesetzlichen Anforderungen nach Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht entsprechen. Haben Sie den Mut, diese Leistungen zu streichen – und nur neue zuzulassen, die einen echten Zusatznutzen für den Patienten bringen.

Wieviele Spitäler braucht die Schweiz?

Welche Spitalversorgung braucht die Schweiz in Zukunft? 250, 100 oder weniger? Die Antworten fallen unterschiedlich aus. Seite 2

«Esst Nahrung»

... nicht zuviel und überwiegend Pflanzen. Michael Pollan empfiehlt gesunde Ernährung fetter Fisch gegen die lebensmittelindustrie und wahlmündende Ernährungswissenschaftler. Seite 3

Hausärzte unter Druck

Lange Jahre benötigte uns der Hausarzt, die ambulante medizinische Versorgung ist in allen Regionen der Schweiz gewährleistet. Doch jetzt ist es anders. Bis 2030 droht uns ein massiver Ärztemangel. Seite 4