

Bericht aus dem Vorstand, Mai 2001: Bürgerstock – Welche Medizin? Welche ÄrztInnen? Zu welchem Preis?

Liebe KollegInnen,

die Bürgerstock-Tagung der SGAM-Kader ist vorüber. In diesem Bericht aus dem Vorstand werde ich Euch über die politischen Highlights informieren. In den folgenden Ausgaben von PrimaryCare werden wir über die Resultate der Workshops berichten. In einer der nächsten Nummern werdet Ihr eine interessante Zusammenfassung des Vortrages von P. Pesenti, Gesundheitsdirektorin des Kantons Tessin, über die Determinanten der Gesundheit lesen können.

Gespräch mit Frau Bundesrätin R. Dreifuss

Die SGAM-Kader und die Eidgenössische Gesundheitsministerin, welche die Resultate unserer Workshops zur Kenntnis nehmen konnte, sind sich in einem interessanten, von gegenseitiger Neugier geprägten und respektvollen Gespräch begegnet. Sie haben sich näher kennengelernt und voneinander lernen können.

Der Hausarzt als Drehpunkt im Schweizerischen Gesundheitswesen

Das KVG habe mehrere Tugenden. Es stelle den Arzt – vor allem den Hausarzt – in die Mitte des Gesundheitssystems und statte ihn mit viel therapeutischer Freiheit aus. In diesem Sinn nehme es eine sehr *liberale Haltung* ein.

Andererseits verfolge es knallhart eine *Bremssung der Kosten*. Die direkten Kosten hätten fürs erste – aber wohl kaum nachhaltig – gebremst werden können. Die Diskussion ums Geld sei deshalb, wenn auch unangenehm, weiterhin unvermeidbar.

Das KVG habe die hohe und durchaus gewollte *Fähigkeit, Widersprüche aufzudecken* und sinnvollen Lösungen entgegenzuführen. Seit der praktischen Umsetzung des Gesetzes seien einige zu korrigierende strukturelle und funktionelle Fehler aufgezeigt worden – insbesondere im Bereich von ungunstigen Rollenkonflikten zwischen kantonalen und bundesstaatlichen Instanzen oder innerhalb der Kantone, wo diese teilweise – wie zum Beispiel im

Spitalbereich – gleichzeitig als eigenständige Leistungsanbieter und als Kontroll- und Rekursinstanz des KVG gegenüber den privaten Leistungserbringern auftreten.

Weitere wichtige Themen des KVG seien die Qualitäts- und Präventionsfragen.

Der Arzt im Zentrum des Gesundheitswesens – als Kulturwandel – wird von der SGAM durchaus positiv wahrgenommen. Der hohe Stellenwert des Hausarztes – der jetzt übrigens auch in Europa durch die neue gesetzliche Verankerung einer dreijährigen obligatorischen Weiterbildung aufgewertet wurde – steht aber weiterhin im Widerspruch zum geringen Ausmass der öffentlichen Unterstützung. Der Beruf des Hausarztes kann nicht in den Universitätsspitalern gelernt werden, sondern nur bei praktizierenden ÄrztInnen – in Form von Praxisassistenten. Damit das von allen Seiten als hervorragend beurteilte *Projekt Praxisassistenten* genügend vorangetrieben werden kann, braucht es aber – neben der privaten Finanzierung durch die Ärzteschaft und die Praxisassistenten (20% Lohnverzicht) – neue finanzielle Ressourcen aus der öffentlichen Hand wie den Kantonen, dem Bund und/oder den Versicherern ... Frau R. Dreifuss nimmt diese Botschaft an. (Anm. des Verfassers: Aufgrund einer Verständnisproblematik haben wir von der Bundesrätin keine vertiefte Antwort erhalten können. Der SGAM-Präsident konnte das Missverständnis im Anschluss an die Diskussion klären. Sicher wird uns die Gesundheitsministerin eine Antwort nachfolgen lassen.)

Der Hausarzt im Netzwerk

Für R. Dreifuss stellen die alternativen Versicherungssysteme eine Plattform dar für eine vertraglich festgelegte langdauernde Arzt-Patienten-Beziehung, welche durch vernetzte arbeitende ÄrztInnen-Teams mit unterschiedlichem SpezialistInnen vorzugsweise in Gruppenpraxen wahrgenommen werden könne – mit einem Allgemeinmediziner als zentralem Element. Diese Versicherungsmodelle würden von der Bevölkerung zunehmend ausgewählt – mit einem Anstieg von 120 000 (1996) auf 500 000 Versicherte (1999).

Dies sei ein beachtlicher Anstieg in Anbetracht der Freiwilligkeit dieser Systeme. R. Dreifuss könnte sich vorstellen, dass diese Ärzte-Team-Modelle eines Tages zur Regel werden könnten.

Die Limitierung der LeistungserbringerInnen

Im Gegensatz zum zunehmenden Interesse der Versicherten und PatientInnen zögen sich die Krankenversicherer mehr und mehr von diesen neuen Versicherungsmodellen zurück und fordern stattdessen – zur persönlichen Beunruhigung von R. Dreifuss – eine Verknappung des Angebotes durch eine Zulassungsbeschränkung der Ärzte. Die Limitierung der Leistungserbringer (Art. 55a) sei als vorübergehende Notmassnahme unausweichlich. Besser als ambitionöse Entscheidungssysteme, die es zur Zeit nicht gibt, sei ein pragmatisches Vorgehen mit einem zeitlich befristeten Moratorium. Dabei müsse man sich darum kümmern, was mit den betroffenen ÄrztInnen zu geschehen habe. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wäre eher eine mittel- bis langfristige Lösung. Die Bedeutung des Numerus clausus hinterfragt sie. Die Bundesrätin freut sich, dass die SGAM zur konstruktiven Mitarbeit in diesem Bereich bereit ist.

Finanzielle Angleichung der Hausärzte an die Spezialisten nicht erreicht

Beim TarMed hätte sich die Bundesrätin für die Grundversorger ein besseres Resultat gewünscht. Dass die ursprünglich angestrebte finanzielle Umverteilung innerhalb der Ärzteschaft nicht gelungen sei, könne nicht ausgeglichen werden durch eine zusätzliche Investition des Bundes, welche zu Gunsten der Grundversorger aufgewendet würde.

Für die – durch die mit dem TarMed verknüpfte Forderung nach Kostenneutralität entstandene – Konfliktsituation innerhalb der Ärzteschaft könne nicht die Hilfe des Bundes erwartet werden. Eine solche Intervention stünde in Widerspruch zur gesetzlich verankerten, ausserordentlich freiheitlichen Gestal-

tung der Position der Ärzteschaft. Der SGAM-Präsident hingegen sähe den Staat durchaus in der Rolle als Vermittler in einem Konflikt innerhalb einer sozio-professionellen Gruppierung.

Kostenneutralität – was ist damit gemeint?

In der Kostenneutralität sieht R. Dreifuss kein verstecktes Globalbudget. Diese sei lediglich dafür besorgt, dass die Tarifänderung an und für sich keinen Kostenschub auslösen dürfe. Eine künftige Kostenentwicklung sei unter den Bedingungen der Transparenz und des Qualitätsnachweises ohne weiteres möglich.

Die Teuerung könne in gewissen Konsumbereichen durchaus stärker als in anderen ansteigen. Wenn dies allerdings das Gesundheitswesen betreffe, sei, da von der Öffentlichkeit bezahlt, eine höhere Transparenz unumgänglich.

Allzu rigorose Sparmassnahmen könnten die Qualität – wie z.B. im Pflegebereich – ungebührlich gefährden. Für Frau R. Dreifuss müssen alle nachgewiesenermassen sinnvollen medizinischen Leistungen in der Grundversicherung enthalten sein. Der Bundesrat sei gegen eine Umlagerung solcher Leistungen in den Privatversicherungsbereich.

PatientInnen und Versicherer als Kostentreiber?

Ein rücksichtsloses Konsumverhalten der PatientInnen, wenn die Franchisenschwelle einmal überwunden ist, könne durchaus eine gewisse, wenn auch kaum bedeutsame Rolle spielen.

Frau R. Dreifuss hat nicht das Gefühl, dass die Verwaltungskosten der Krankenversicherer zu hoch seien.

Die Komplementärmedizin im KVG

Mit der Öffnung des KVG hin zur Komplementärmedizin sei ein Versprechen eingelöst worden, welches vor der Abstimmung zum KVG gegeben worden sei – auch wenn nicht alle damit einverstanden seien, dass der WZW-Grundsatz des KVG in diesen Bereichen erfüllt sei. Die Bundesrätin ist persönlich keine Verfechterin der Komplementärmedizin, doch wäre sie stolz, wenn dank dieser pionierhaften Einstellung des KVG in der PKE-Studie des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) wissenschaftlich positive Resultate nachgewiesen werden könnten.

Die Ärzte in der Politik – Interesse und Interventionen im richtigen Moment

In unserem demokratischen Gesundheitswesen haben die ÄrztInnen und die Versicherten bzw. PatientInnen die Rechte und Pflichten eines Staatsbürgers.

Von uns ÄrztInnen erwartet die Bundesrätin, dass wir uns im richtigen Moment für die Politik interessieren und unsere Rolle als StaatsbürgerInnen wahrnehmen; aber nicht nur im eigenen Interesse, sondern auch im Interesse einer guten und verantwortungsvollen öffentlichen Tätigkeit. Bisher hätten wir oft nicht das richtige Gefühl für diesen richtigen Moment gezeigt.

Frau R. Dreifuss begrüsst es, dass wir ÄrztInnen, welche die Bedürfnisse und Sorgen der PatientInnen aus erster Hand kennen, eine mediative Aufgaben wahrnehmen.

Demgegenüber hätten die Krankenversicherungen die «parastaatliche» Pflicht, die vom KVG vorgegebenen Aufgaben zu erfüllen. Insbesondere im Bereich des Wettbewerbes seien sie aber oft überfordert, wie gewisse, allen bekannte Werbestrategien zeigen.

Der Bund nehme seine Verantwortung wahr durch den Aufbau eines Gesundheitsobservatoriums und einer Koordinationsplattform zwischen Bund und Kantonen sowie durch die Förderung des Patienten-Empowerment. Er habe keine Macht zu einer Top-down-Politik.

Der – gute (?) – Ruf der ÄrztInnen

Die Ärzteschaft stünde – im Gegensatz zur immer noch sehr positiven Perzeption ihres Berufsstandes bei der Bevölkerung (siehe die vielen Arztserien im TV) – bei den PolitikerInnen in einem eher schlechten Ruf. Auf Bundesebene träten die Ärzte vor allem dann auf, wenn sie ein sie selbst interessierendes Ziel verfolgen – dann aber gleich mit einer erheblichen Arroganz und abstossendem Besserwissen. Ihr öffentlicher Ruf könnte durchaus verbessert werden, wenn sie sich mehr für die wichtigen öffentlichen Aspekte des Gesundheitswesens einsetzen würden – wie z.B. die Qualitätsbemühungen oder die Förderung von Netzwerken ...

Roundtable mit David Eugen¹, Margrit Kessler², Liliane Maury Pasquier³, Patrizia Pesenti⁴, Albert Rychen⁵, Marc Müller⁶ (Moderator)

Auf das Gespräch mit Frau Bundesrätin R. Dreifuss folgte ein Roundtable zum Bürgerstock-Thema. Unter der gekonnten Mo-

deration von M. Müller skizzierten die TeilnehmerInnen ihre Vorstellungen über ein gut funktionierendes, qualitativ hochstehendes und kostenoptimiertes schweizerisches Gesundheitssystem.

Optimierte Behandlungsketten mit zeit- und ortsgerechten Interventionsmöglichkeiten

Gemäss *Eugen David* erwarte die Bevölkerung eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu tiefen Kosten. Diese zwei Forderungen seien auch mit den heutigen Gatekeeping-Systemen noch nicht erreicht worden. Hier müssten die Ärzte, Politiker und Versicherer ihre Fähigkeiten noch beweisen.

Da die Gesundheit für viele Leute, vor allem jene im Alter über 50, ein zentrales Thema sei, könne ein Anstieg der Gesundheitskosten von den heutigen rund 10% des Bruttosozialproduktes (BSP) auf 15% durchaus als zulässig betrachtet werden.

Die Krankenversicherer sollten unabhängiger von den Behörden sein und mit einer grösseren Handlungsbreite «sur place» agieren dürfen.

Durch Belohnungssysteme als positive Anreize sollten die Zusammenschlüsse der Ärzte zu Behandlungsketten, aber z.B. auch die Abgabe von Generika, gefördert werden.

Die diagnostischen und therapeutischen Prozesse sollten von den Versicherern – in gemeinsamer ökonomischer Verantwortung mit den ÄrztInnen – begleitet und rechtzeitig – nicht erst nachträglich – korrigiert werden können.

Das Doktor-Shopping, welches von jeder Qualitätsanforderung abweicht, sollte beim Patienten unterbunden werden können – durch Erfassung und Coaching der Überkonsumierenden.

Das Tutoriat – der Hausarzt als Begleiter seiner PatientInnen im Spital

Margit Kessler ist froh, dass mit ihrer Einladung zu den AllgemeinmedizinerInnen ein altes Vorurteil gegenüber der SPO abgebaut wird. Es liege in der Aufgabe ihrer Organisation, sich mit den Anliegen der unzufriedenen PatientInnen zu befassen. Sie stelle bei den be-

¹ Ständerat, Präsident HELSANA

² Präsidentin Schweizerische Patientenorganisation SPO

³ Vizepräsidentin des Nationalrates

⁴ Regierungsrätin, Präsidentin Pilotprojekt Gesundheitspolitik

⁵ Präsident VISANA

⁶ Präsident Kollegium für Hausarztmedizin KHM, SGAM-Vorstandsmitglied

klagten Situationen immer wieder erstaunliche Abweichungen von den üblichen Informations- und Qualitätskriterien fest.

Sie schlägt vor, dass die GrundversorgerInnen ihre PatientInnen, vor allem diejenigen mit komplexen schweren Krankheiten, in Form eines Tutoriats während des Spitalaufenthaltes begleiten sollten. Teure apparative Untersuchungen und Behandlungen sollten auf ihre medizinische und situationsgerechte Notwendigkeit überprüft werden.

Mit ihrer Vorstellung gehe sie über die bereits funktionierenden FallmanagerInnen der Krankenkassen hinaus, da in ihrem Modell ÄrztInnen mit medizinischem Know-how als BegleiterInnen aufträten. Es gelte, den Grundversorger als Zentrum des Gesundheitssystems zu fördern und nicht Managed Care.

Kliniken, welche ihre PatientInnen bereits jetzt ernst nehmen, stünden ihrem Projekt positiv gegenüber. Zum Erreichen ihres Ziels wäre eine gute Zusammenarbeit erforderlich.

Das Nötige tun oder das Substitutionsmodell

Für *Liliane Maury Pasquier* weist unser Gesundheitswesen unbestritten eine hohe Qualität aus. Doch was darf diese kosten? Die steigenden Krankenkassenprämien stellen für eine breite Bevölkerung ein sehr grosses Problem dar und üben einen entsprechend hohen Druck auf die politischen Entscheide aus.

Sie ist überzeugt, dass wir uns diese hohe Qualität dann leisten können, wenn alle einen ihren Möglichkeiten entsprechenden Beitrag leisten.

Bei den Empfehlungen zu ärztlichen Leistungen zum Beispiel stolpere sie immer wieder über unnötig hinaufgeschraubte Empfehlungen, welche eher den Ärzten zu dienen scheinen als den Patienten. Dagegen wehrt sich U. Bühlmann, der Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Es seien nicht nur die Ärzte, welche die Erwartungen und das Konsumverhalten der Patienten bestimmen würden. Es bestünde dafür eine kollektive Verantwortung, bestätigt Frau Maury Pasquier.

Auch wenn sich die Qualität nicht von oben aufzwingen lasse, so könne das Gesetz doch kreative Vorschläge unterstützen. Ihr schwebt ein Substitutionsmodell vor, in welchem Frauen mit unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf von Hebammen anstelle von GynäkologInnen betreut würden. Die Tutoriatsidee von Frau Kessler sieht sie nicht konkret realisierbar.

Für die Zukunft wünscht sie sich eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung und dass die Ärzte auf die Politiker zugehen sollen.

Der Hausarzt und die Qualität im Zentrum

Auch *Albert Rychen* betont die hohe Qualität unseres Gesundheitswesens, welches in einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis stehe.

Die hohen «Kopfprämien» der Krankenversicherung seien sicher für breite Bevölkerungsteile ein Problem. Doch liege die Ursache dafür nicht allein im Gesundheitswesen. Auch die Verschiebung der Kostenbeteiligung von der öffentlichen Hand zu den privaten Zahlern trüge wesentlich zur hohen «Kopfbelastung» bei. In den letzten Jahren sei der Anteil der öffentlichen Hand um über 50% abgesenkt worden. Diese Entwicklung müsse via Steuern teilweise rückgängig gemacht werden.

Es gelte immer zu beachten, dass das Schweizerische Gesundheitswesen strukturell ein sehr empfindliches System sei. Mit seiner Organisation auf Bundesebene und der Ausführung auf Kantonsebene schwele dauernd eine latente Konfliktgefahr.

Managed-Care-Versicherungsprodukte könnten nicht erzwungen werden, sondern laufen über Anreize. In ländlichen Gegenden, welche per se als Hausarztssystem funktionieren, würden sich prämienvergünstigte Hausarztmodell-Angebote für die Versicherten kontraproduktiv auswirken. Dies erklärt, weswegen diese dort zurückgefahren werden.

Für die MC-Modelle sei die Auswahl der ÄrztInnen entscheidend. Es lohne sich, diese genau auf ihre monetäre Einstellung zu prüfen.

Der Allgemeinpraktiker spiele die zentrale Rolle für eine gerechte flächendeckende Grundversorgung und sei der wichtigste Ansprechpartner. Steuerungen sollten über Qualitätsindikatoren erfolgen. Neue gesetzliche Bestimmungen sollten es erlauben, «Wanderpatienten» aktiv zu stoppen und einem Coaching zuzuführen.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und PolitikerInnen

Für *Patrizia Pesenti* ist die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung trotz hoher Kosten nicht besser als in Ländern mit niedrigeren Ausgaben für das Gesundheitswesen. Beim oft zitierten Qualitätsbegriff müsse genau gefragt werden, ob damit die Qualität der medizinischen Massnahmen oder der Gesundheit der Menschen gemeint sei.

In ihrer Funktion als Sanitätsdirektorin ist sie natürlich nicht einverstanden, dass die Kantone mehr an das Gesundheitswesen bezahlen sollten. Es könnten nicht mehr höhere Steuern (sie betragen heute zwei Monatslöhne) erhoben werden, denn dadurch würde vor allem der Bevölkerungsanteil des mittleren Einkommensdrittels doppelt Zusatzbelastet – einmal durch die Steuerprogression und dann zusätzlich durch den Beitrag zur Prämienverbilligung der Krankenkassenprämien des untersten Drittels.

Die HausärztInnen möchte sie nicht als Patientenbegleiter im Spital sehen. Die Idee sei zwar gut, doch der Aufwand womöglich grösser als der Nutzen. Denn die Beziehungsprobleme unter den Ärztgruppen könnten auch vom Staat nicht gelöst werden. Diese dürften in Zukunft durch den zunehmenden Markteinfluss möglicherweise noch dramatischer werden.

Sie wünscht sich eine partnerschaftliche Zusammenarbeit von Ärzten und Politikern. Aufgrund ihrer Gespräche mit vielen politverantwortlichen AllgemeinmedizinerInnen hier auf dem Bürgenstock glaube sie daran, dass dies möglich sei. Nach ihrer Meinung müssen die Ärzte den Bürgern die medizinisch-politischen Botschaften überbringen, denn diese glauben den Politikern nicht.

Zusammen sprechen statt «schwarzer Peter» spielen

Nach dem Roundtable wünscht sich Frau Bundesrätin R. Dreifuss zum Abschluss ihres Besuches, dass mehr zusammen gesprochen und weniger «schwarzer Peter» gespielt wird – mit der Bereitschaft zur Veränderung, wo es notwendig ist, und immer im Bewusstsein, dass politische und juristische Prozesse langsam ablaufen.

Mit einem Gruss vom Bürgenstock
B. Kissling,
Sekretär der SGAM

Nouvelles du Comité central, mai 2001: Bürgenstock – Quelle médecine? Quels médecins? A quel prix?

Chers collègues,

Le séminaire des cadres de la SSMG qui s'est tenu au Bürgenstock a vécu. Je profite aujourd'hui de ces Nouvelles du Comité central pour vous rendre compte des événements politiques les plus marquants. Nous vous donnerons également des informations sur ce qui s'est dégagé des différents workshops dans les prochains numéros de PrimaryCare. Vous pourrez ainsi prendre très prochainement connaissance d'un résumé fort intéressant d'une conférence de la directrice du Département de la santé publique du canton du Tessin, Madame P. Pesenti, sur les facteurs déterminant la santé.

Entretien avec la Conseillère fédérale R. Dreifuss

Les cadres de la SSMG et notre ministre de la santé, qui a d'abord pu prendre connaissance des conclusions de nos différents ateliers, se sont rencontrés à l'occasion d'une discussion intéressante, empreinte d'esprit d'ouverture et de respect mutuel. Ils ont ainsi appris à mieux se connaître et ont pu échanger leurs points de vue sur les problèmes qui nous occupent.

Le médecin de famille, plaque tournante du système de santé suisse

La LAMal aurait plus d'une vertu, estime notre ministre, notamment celle de placer le médecin – et plus précisément le médecin de famille – au centre du système de santé et de lui octroyer une grande liberté en matière de choix des traitements. Dans ce sens, ce système aurait une *orientation très libérale*.

D'un autre côté, l'un des objectifs de la loi serait d'exercer *une action de freinage énergique sur les coûts de la santé*. Si l'augmentation des coûts directs a pu être ralentie dans un premier temps, cet effet ne fut apparemment que de courte durée et la poursuite de la discussion au sujet de l'argent sera donc, bien que douloureuse, toujours aussi indispensable.

La LAMal aurait, toujours selon notre ministre, le *très grand mérite de mettre en évidence les contradictions* du système et de pousser à des solutions sensées aux problèmes. Depuis sa mise en application sur le terrain, la loi aurait ainsi pu mettre en évidence un certain nombre de dé-

faits fonctionnels et structurels à corriger – notamment des conflits de compétences néfastes entre les instances cantonales et fédérales ou au sein même des instances cantonales. Certaines de ces institutions – en particulier dans le domaine hospitalier – joueraient par exemple à la fois le rôle de prestataires de soins indépendants et d'organes de contrôle ou de recours, au sens de la LAMal, vis-à-vis des prestataires privés.

D'autres thèmes importants soulevés par la LAMal seraient les questions liées à la qualité et à la prévention ...

Le médecin au centre du système de santé – comme évolution d'un modèle culturel –, voilà un concept auquel la SSMG ne peut que souscrire. La position de premier plan attribuée au médecin de premier recours – qui a, à ce propos, été revalorisée en Europe par l'adoption d'une loi fixant une durée de formation postgraduée obligatoire de trois ans – est cependant toujours en contradiction avec le faible soutien public qu'il reçoit. La profession de médecin de famille ne peut pas être enseignée dans les hôpitaux universitaires mais uniquement par des médecins praticiens – sous la forme de l'assistantat au cabinet médical. Pour que le *projet d'assistantat au cabinet*, qui a reçu un accueil très favorable de tous côtés, puisse aller de l'avant, il faudra toutefois – en plus du financement privé par les organisations professionnelles et les assistants eux-mêmes (renoncement volontaire à 20% du salaire) – des ressources financières supplémentaires par les pouvoirs publics, c'est-à-dire les cantons, la Confédération, et/ou les assureurs ... Madame R. Dreifuss a pris acte de ce message. (Note du rédacteur: nous n'avons pas pu recevoir de réponse plus approfondie de la part de la Conseillère fédérale en raison d'un problème de compréhension. Le Président de la SSMG a pu clarifier le malentendu à l'issue de l'entretien, et la ministre nous transmettra certainement une réponse prochainement).

Le médecin traitant au sein du réseau

Pour R. Dreifuss, les systèmes d'assurances alternatifs constituent une base pour l'établissement d'une relation médecin-patient fondée sur un contrat à long terme; une telle relation serait basée sur des équipes médicales composées de différents spécialistes travaillant en réseau, de préférence sous forme de cabinets

de groupes, et tournant autour d'un médecin généraliste qui ferait office d'élément central. Ces modèles d'assurance seraient actuellement choisis de plus en plus souvent par la population, avec un chiffre d'assurés qui aurait passé de 120000 (1996) à 500000 (1999). Si l'on pense que ce choix est volontaire, il s'agit d'une évolution remarquable. R. Dreifuss imagine que ces modèles d'équipes de médecins pourraient devenir un jour la règle.

La limitation du nombre de prestataires de soins

Malgré l'intérêt croissant manifesté par les assuré-es et les patient-es pour ces modèles, les assureurs auraient au contraire plutôt tendance à s'en retirer pour privilégier – au grand dam de R. Dreifuss – une restriction de l'offre en limitant le nombre des médecins reconnus. La limitation des prestataires (Art. 55a) serait inévitable, sous forme d'une mesure d'urgence temporaire. Un moratoire limité dans le temps serait une manière plus pragmatique de procéder que celle qui consisterait à utiliser des critères compliqués qui n'existent d'ailleurs pas à l'heure actuelle. Il faudrait donc se soucier de ce qui arriverait aux médecins concernés. La suppression de l'obligation de contracter serait plutôt une solution à moyen et à long terme. Elle doute de l'impact d'un *numerus clausus*. La Conseillère fédérale se réjouit de voir que la SSMG est prête à une collaboration constructive dans ce domaine.

Le rééquilibrage financier des revenus des médecins de premier recours et des spécialistes n'a pas été réalisé

R. Dreifuss aurait souhaité que les médecins de premier recours obtiennent un meilleur résultat dans le cadre du TarMed. L'échec de la redistribution financière souhaitée à l'origine dans la corporation médicale ne saurait être compensé par des investissements supplémentaires de la Confédération au bénéfice des médecins de premier recours.

La Confédération ne peut être d'aucune aide dans les situations de conflit suscitées à l'intérieur de la profession médicale par le principe de neutralité des coûts lié au TarMed. Une telle

intervention serait en contradiction flagrante avec le caractère extraordinairement libéral de la profession médicale, tel qu'il est ancré dans la loi. Le président de la SSMG verrait de son côté volontiers l'Etat dans un rôle de médiateur, dans un conflit au sein d'un groupement socioprofessionnel.

Neutralité des coûts – quelle est dans le fond la signification de ce terme?

R. Dreifuss ne voit pas dans le concept de neutralité des coûts un budget global déguisé. Il aurait surtout pour objectif d'éviter un dérapage des dépenses par suite de la modification tarifaire. Une adaptation future des coûts sera sans autre possible, sous réserve de la transparence et du contrôle de qualité que cela supposerait.

Le renchérissement peut sans doute être plus marqué dans certains secteurs de consommation que dans d'autres. Néanmoins, dans la mesure où ses coûts sont supportés par la collectivité, un tel renchérissement dans le système de santé impose une plus grande transparence.

Des mesures d'économie trop draconiennes pourraient remettre dangereusement en cause la qualité des soins. Pour R. Dreifuss, toutes les prestations médicales dont le caractère sensé a été établi doivent figurer dans l'assurance de base. Le Conseil fédéral est opposé à un transfert de ces prestations dans le secteur de l'assurance privée.

Les patient-es et les assureurs, les principaux responsables de l'augmentation des dépenses?

Des comportements de consommation irresponsable chez les patient-es ayant passé le seuil de la franchise, quoique très marginaux, seraient susceptibles de jouer un rôle multiplicateur sur les dépenses.

Madame R. Dreifuss n'a pas le sentiment que les frais administratifs des caisses soient trop élevés.

Les médecines complémentaires dans la LAMal

L'ouverture aux médecines complémentaires voulue par la LAMal aurait été destinée à tenir une promesse faite avant la mise en votation de la loi – même si toutes les parties concernées ne sont pas persuadées que le principe «adéquation, efficacité, économicité» contenu dans la LAMal ait été respecté dans ce domaine. La Conseillère fédérale n'est pas personnellement une adepte des médecines complémentaires, mais elle serait heureuse que la réputation de pionnière de la LAMal soit une fois encore confirmée par des résultats positifs dans l'étude scientifique PKE (sur l'efficacité des Médecines complémentaires) confiée au Collège de médecine de Premier recours.

Les médecins dans l'exercice de la politique – s'intéresser et intervenir à temps

Dans notre système de santé démocratique, les médecins et les assuré-es, respectivement les patient-es, ont tous les droits et devoirs du citoyen.

La Conseillère fédérale attend de nous, en tant que médecins, que nous nous intéressions à temps à la politique et que nous prenions conscience de notre rôle de citoyens et citoyennes; pas seulement dans notre propre intérêt, mais aussi dans l'intérêt d'une action publique positive et responsable. Nous n'aurions souvent pas su, par le passé, nous montrer capables de saisir ce bon moment.

Madame R. Dreifuss salue nos efforts pour assumer cette mission importante, dans la mesure où nous médecins sommes bien placés pour connaître les besoins et les inquiétudes des patient-es.

Les assurances-maladie auraient le devoir «para-étatique» de jouer le rôle qui leur est dévolu par la LAMal. Comme l'ont clairement démontré certaines stratégies publicitaires développées récemment par les caisses, ces dernières se sont toutefois montrées souvent dépassées, en particulier dans le domaine de la concurrence.

La Confédération prendra ses responsabilités en mettant sur pieds un observatoire de la santé et une plate-forme de coordination entre la confédération et les cantons, de même qu'en encourageant le retour du pouvoir de décision au patient («empowerment»), mais elle n'a pas les moyens d'imposer sa politique.

La – bonne (?) – réputation des médecins

Les médecins auraient une très mauvaise réputation auprès des politicien-nes – au contraire de l'image encore très positive que conserve la profession dans le grand public (voir les nombreuses séries et émissions médicales à la TV!). Les médecins ne monteraient sur la scène politique que lorsqu'ils/elles poursuivent un objectif répondant à des intérêts corporatistes et encore, le cas échéant, en faisant montre de passablement d'arrogance et de mépris. Leur réputation pourrait certainement être grandement améliorée s'ils/elles s'exprimaient plus souvent publiquement sur les problèmes importants touchant à la politique de santé, par exemple en matière de qualité des soins ou de promotion des réseaux ...

Table ronde avec David Eugen¹, Margrit Kessler², Liliane Maury Pasquier³, Patrizia Pesenti⁴, Albert Rychen⁵, Marc Müller⁶ (modérateur)

L'entretien avec la Conseillère fédérale R. Dreifuss a été suivi par une table ronde consacrée au thème du séminaire. Les participant-es ont ainsi pu esquisser, avec la modération avisée

de M. Müller, les grandes lignes du système de santé suisse idéal, réunissant tous les critères de bon fonctionnement, de niveau de qualité et d'optimisation des coûts.

Des chaînes de traitement optimisées avec des possibilités d'interventions adaptées au temps et au lieu

Eugen David est d'avis que la population attend des soins médicaux de qualité à un prix modéré. A ce jour, ces deux exigences n'ont toujours pas pu être satisfaites, même par les systèmes de gatekeeping existants. En la matière, les médecins, les politiciens et les assureurs ont encore à faire la preuve de leurs compétences.

La santé représente pour de nombreuses personnes, en particulier pour celles et ceux qui ont plus de 50 ans, une préoccupation essentielle. Une augmentation des dépenses de santé des 10% du produit national brut (PNB) actuels à 15% semblerait donc parfaitement acceptable.

Les assureurs devraient jouir d'une plus grande indépendance vis-à-vis de l'autorité publique et disposer d'une plus grande marge de manœuvre pour agir sur le terrain.

Des systèmes de récompenses devraient non seulement inciter à la création de groupements de médecins constituant des chaînes de traitement, mais aussi encourager par exemple la prescription de médicaments génériques.

Le déroulement des procédures diagnostiques et thérapeutiques devrait faire l'objet d'un suivi régulier de la part des assureurs, avec une responsabilité économique partagée des médecins, et devrait subir les corrections nécessaires au fur et à mesure, plutôt qu'après coup.

Le tourisme médical, qui est étranger à toutes les considérations de qualité des soins, devrait pouvoir être freiné au niveau des patient-es grâce à la détection et la réorientation des consommateurs excessifs.

Le médecin traitant comme tuteur de ses patient-es à l'hôpital

Margit Kessler s'est déclarée heureuse de constater que son invitation par les médecins généralistes témoigne de la disparition d'un vieux préjugé à l'encontre de l'ASP. L'un des devoirs de son association est de s'occuper des doléances des patient-es insatisfait-es. Or, elle a été frappée plus d'une fois par des écarts surprenants en termes de transmissions d'informations et de critères de qualité dans les situations qu'elle a été appelée à examiner.

Elle estime que les prestataires de soins de

¹ Conseiller aux Etats, Président HELSANA

² Présidente de l'Association Suisse des Patients ASP

³ Vice-présidente du Conseil national

⁴ Conseillère d'Etat, présidente du Projet-pilote de politique de santé

⁵ Président de VISANA

⁶ Président du Collège de Médecine de premier recours, membre du comité de la SSMG

vraient pouvoir accompagner leurs patient-es en qualité de tuteurs ou de tutrices lors d'un séjour hospitalier, en particulier lors de maladies graves ou complexes. La nécessité de recourir à des investigations coûteuses et à la prescription de traitements chers devrait être soigneusement évaluée, en tenant compte de chaque situation et de l'intérêt médical des mesures envisagées.

Son modèle irait bien au-delà de celui du «case management» actuel des caisses-maladie car le rôle du médecin, disposant de réelles compétences médicales, serait alors celui d'un véritable accompagnant. Replacer le médecin de premier recours au centre du système de santé serait à son avis plus logique que de pratiquer le Managed Care.

Des cliniques qui prennent réellement leurs patient-es au sérieux auraient d'ores et déjà apporté leur soutien à son projet. Une bonne collaboration serait néanmoins indispensable pour parvenir à l'objectif visé.

Assurer le nécessaire ou le modèle de substitution

Pour *Liliane Maury Pasquier*, notre système de santé possède incontestablement de grandes qualités. Mais quel peut en être le prix? L'augmentation incessante des primes des caisses-maladie constitue un très grand problème pour une large part de la population et pèse donc de tout son poids sur les décisions politiques.

Elle est convaincue que nous pouvons nous offrir cette qualité pour autant que chacun apporte sa contribution en fonction de ses moyens.

Dans les recommandations à propos de l'une ou l'autre prestation médicale, elle a fréquemment constaté une tendance à une maximalisation des mesures qui semblerait plutôt dans l'intérêt des médecins que dans celui des patient-es. U. Bühlmann, le Président de la Société suisse de pédiatrie, se défend cependant de cette affirmation. Les médecins ne sont pas les seuls, à son avis, à influencer le comportement et la consommation des patients. Il est vrai qu'il existe dans ce domaine une responsabilité collective, a admis L. Maury Pasquier.

Si la qualité ne peut être imposée par le haut, la loi n'en permet pas moins de soutenir les projets créatifs. Elle imagine un modèle de substitution, dans lequel des femmes enceintes dont la grossesse se déroulerait normalement, seraient suivies par des sages-femmes plutôt que par des gynécologues. Elle ne pense pas que l'idée de tutelle de Madame Kessler serait réalisable en pratique.

Elle espère une amélioration de la relation médecin-patient dans l'avenir et estime que les médecins devraient approcher davantage les politicien-nes.

Le médecin traitant et la qualité en position centrale

Albert Rychen met lui aussi en exergue la qualité élevée de notre système de santé dont le rapport qualité-prix lui paraît bon.

Si le niveau élevé des «primes individuelles» des caisses-maladie constituent sans aucun doute un problème pour une part non négligeable de la population, la cause n'en tient pas uniquement au système de santé. Le transfert des coûts de la santé des collectivités publiques vers des payeurs privés contribue largement à cette charge importante. Les subventions ont ainsi chuté de plus de 50% au cours des dernières années, et cette évolution devrait être compensée au moins partiellement par la voie de l'impôt.

Il faut toujours garder à l'esprit que le système de santé suisse est un système très fragile. Le fait que son organisation soit du ressort de la Confédération et l'exécution du ressort des Cantons implique une situation permanente de conflit latent.

Les produits d'assurances de type Managed Care ne sauraient être imposés, mais devraient découler de mesures incitatives. Dans les régions rurales, où la couverture médicale s'apparente de toute manière à un système de soins, l'offre de modèles basés sur le médecin de référence et bénéficiant de réductions de primes serait contre-productive pour les assureurs. Cela explique pour quelle raison ces systèmes ont tendance à être retirés dans ces régions.

Dans les modèles de MC, le choix des médecins s'avère d'une importance cruciale. Il s'agit donc d'examiner soigneusement leurs modes de comportements en matière financière.

Le médecin généraliste joue un rôle clé dans une bonne couverture médicale et se positionne donc comme le partenaire de discussion le plus important. Ce sont des indicateurs de qualité qui devraient déterminer la voie à suivre. De nouvelles dispositions légales devraient permettre de freiner le tourisme médical de manière active et d'imposer un certain coaching à ces patient-es.

Un partenariat entre médecins et politicien(ne)s

Pour *Patrizia Pesenti*, malgré les coûts élevés de notre système, la santé de la population suisse n'est pas meilleure que dans d'autres pays qui dépensent moins dans ce secteur. Le concept de qualité, auquel on fait souvent référence, devrait donc éventuellement être remis en question: est-ce qu'il s'agit de la qualité des mesures médicales, ou de celle de la santé des hommes et des femmes?

Dans ses fonctions de Cheffe d'un département de la santé, elle n'est naturellement pas disposée à augmenter la charge financière des cantons pour les dépenses de santé. Une aug-

mentation supplémentaire des impôts n'est aujourd'hui plus possible (ils atteignent d'ores et déjà deux salaires mensuels), car cela entraînerait une double augmentation de charge fiscale pour la classe moyenne, soit un bon tiers de la population – d'une part par l'effet de progression de l'impôt, et d'autre part par sa contribution à la réduction des primes accordée au tiers de la population aux revenus les plus faibles.

Elle ne souhaiterait pas non plus voir les médecins de famille comme accompagnateurs de leur-es patient-es à l'hôpital. L'idée n'est en soi pas mauvaise, mais le coût pourraient s'avérer bien supérieur au bénéfice, et les problèmes de relation entre les différents groupements de médecins ne pourraient pas être résolus par l'Etat. La croissance du marché pourrait même rendre ces problèmes encore plus vifs dans l'avenir.

Elle souhaite plutôt une collaboration fondée sur un véritable partenariat entre médecins et politicien-nes. Suite aux discussions menées ici, au Bürgenstock, avec de nombreux médecins généralistes sensibilisés aux questions politiques, elle s'est dite persuadée que la démarche est réalisable. A son avis, il appartiendrait aux médecins de transmettre aux citoyen-nes les messages touchant à la politique de la santé, car ces dernier-es ne font guère confiance aux politicien-nes.

Parler ensemble plutôt que de jouer au «Pierre noir»

A l'issue de cette table ronde et pour mettre un terme à sa visite, la Conseillère fédérale R. Dreifuss a exprimé le vœu que l'on parle davantage ensemble, que l'on joue moins au «Pierre noir» à vouloir passer les problèmes au suivant, et que l'on soit prêt-e à accepter les changements là où ils sont nécessaires, tout en gardant à l'esprit que les processus politiques et juridiques progressent toujours assez lentement.

Avec des salutations du Bürgenstock
Bruno Kissling,
Secrétaire de la SSMG
(traduction: R. Bielinski)