

Bürgenstock 2001: «Welche Medizin? Welche ÄrztInnen? Zu welchem Preis?» – die Workshops

«Welche Medizin? Welche ÄrztInnen? Zu welchem Preis?» – nach dem Einführungsreferat von Frau Pesenti am Vorabend (siehe PrimaryCare Heft 11, S. 287) wurden diese Fragen in drei Workshops angegangen. Am Nachmittag wurden die Resultate vorgestellt, bevor Frau Bundesrätin Dreifuss ihre Ansprache hielt und sich den Fragen der Zuhörer stellte (siehe PrimaryCare Heft 10, S. 258).

Doch können derartige Fragen an einem Vormittag beantwortet werden? Natürlich nicht; wenn dies so einfach wäre, wären die endlosen politischen Diskussionen vor, während und nach der Einführung des KVG überflüssig gewesen.

Als ich die provokative Fragestellung des diesjährigen SGAM-Kaderseminars auf dem Bürgenstock auf dem Kongressprogramm zum ersten Mal las, fragte ich mich, was bloss daraus resultieren sollte. Auf den zweiten Blick ist die Fragestellung allerdings ausserordentlich spannend. Würden die Vertreterinnen und Vertreter der Allgemeinmedizin an diesem Wochenende zu klar formulierten Vorschlägen finden, wie diese Fragen beantwortet werden könnten?

Die Fragestellung zeugt von Mut und einem wachsenden Selbstbewusstsein der Grundversorger. Wer jeden Tag in der Praxis mit diesen Fragen konfrontiert ist, hat schliesslich allen Grund, sich dazu eine Meinung zu bilden.

Welche Medizin wollen wir alle? Welche Medizin will ich für mich selber, für mein Kind, wenn es erkrankt, für die älteren Mitglieder meiner Familie? Zu wem würde ich sie schicken? Welche Aus- und Weiterbildung meiner Kollegen schiene mir dann vertrauenswürdig? Welchen Preis wäre ich als Versicherte(r) bereit, für diese Medizin zu bezahlen – für die Gewissheit, diese Angebote jederzeit in Anspruch nehmen zu können, wenn es nötig wird? Oder umgekehrt, worauf würde ich als Patientin verzichten wollen/können?

Bin ich bereit, dieselben Angebote auch für andere Mitglieder unserer Gesellschaft in einem sozialen System mitzutragen, oder scheinen sie mir aus diesem Blickwinkel plötzlich unsinnig und übersteigert? Welche Angebote sind tatsächlich realitätsfern, aus blinder Technologiegläubigkeit genährt und bei kritischer Überprüfung entbehrlich? Und wer entscheidet darüber? Wenn sich die Fachleute nicht einig werden können, welche Diagnosewege, welche Behandlungsrichtlinien nach heutigem Wissen optimal sind, wenn Diskussionen darüber sofort in kleinliche Verteilungskämpfe ausarten, wem soll ich dann glauben?

Und wem glauben Patienten, die sich ohne jedes medizinische Vorwissen mit ihrer eigenen Krankheit konfrontiert sehen?

Zuletzt: Wenn tatsächlich die Zahl der ÄrztInnen reduziert werden muss, damit unser Gesundheitssystem noch finanziell tragbar bleibt, welche Kriterien kann man anwenden, um diese Reduktion durchzusetzen?

Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer des Bürgenstock-Seminars hat seine ganz privaten Antworten auf diese Fragen mitgebracht. Die Arbeitsgruppen haben tatsächlich den Mut gehabt, sehr offen darüber zu diskutieren, wobei auch heikle und unpopuläre Themen nicht ausgeklammert wurden.

Die unten formulierten Zusammenfassungen können nur einen groben Überblick über diesen Vormittag geben. Sie entsprechen den Präsentationen der Workshop-Resultate, die am Nachmittag dem Plenum vorgestellt wurden.

Der Ball liegt nun auch bei Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser. Wenn Ihnen bei der Lektüre ein Wort auf der Zunge brennt (oder mehrere ...), schreiben Sie! Sie erreichen die Redaktion per E-mail (primary-care@emh.ch) oder auf dem Postweg (siehe Impressum).

Natalie Marty

Workshop I: Welche ÄrztInnen von welcher Spezialität? Nach welchen Selektionskriterien und übergeordneten Richtwerten oder Vorgaben?^{1,2}

Daniel Widmer, Ignazio Cassis

Dr. Cassis schlug uns vor, über mögliche Kriterien zur Limitierung der Ärztezahlnachzudenken. Es ist eine Tatsache: Die Anzahl der Ärzte steigt in der Schweiz seit dem Beginn

¹ Experte: Ignazio Cassis; Moderator: Claudio Bosia

² Übersetzung: Natalie Marty

des vergangenen Jahrhunderts kontinuierlich – 2000 Praktiker im Jahre 1900 und voraussichtlich 18 000 in der freien Praxis im Jahre 2025. Zweifellos sind so viele Ärzte nötig, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung abgedeckt werden können. Aber wie sollen diese Bedürfnisse definiert werden, da uns ein Sozialvertrag über die Definition von Gesundheit und von Leiden fehlt? Heilung, Begleitung, Beruhigung, Alternativmedizin, Partnerschaft, Hotellerie, Wohlsein, Neugierde, Lebensqualität, soziale Leistungen: Brauchen wir all dies unbedingt? Wie kann man eine vernünftige Definition der kollektiven Bedürfnisse mit einem Arsenal von mehr oder weniger weit gefassten Vorstellungen über die Gesundheit in Übereinstimmung bringen, die beeinflusst sind durch Vernunft, Emotionen, Religion, persönliche Wünsche, Anspruch auf versicherte Leistungen, Marketing der Industrie? Wie kann man so zahlreiche Dimensionen, Visionen und verschiedenartige Wünsche vereinen? Die Indikatoren des Gesundheitszustands steigen asymptotisch mit der Kostensteigerung, die Spannweite zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Konsequenzen wird immer grösser. Die Schweiz liegt mit etwas mehr als 10% des Bruttosozialprodukts an zweiter Stelle nach den USA bezüglich der Ausgaben für die Gesundheit; diese rangieren in den Haushaltsbudgets nach den Wohn- und Energiekosten und noch vor der Ernährung. Das ist viel, sowohl in den Augen der Bevölkerung als auch der Behörden und der Krankenkassen.

Zwei Wege können parallel verfolgt werden, um die Kosten des Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen:

- a. das *Leistungsangebot* (Spitäler, Ärzte, paramedizinische Berufsgruppen, Apparaturen, Medikamente usw.) auf die «wahren Bedürfnisse» beschränken und
- b. die *Nachfrage nach Leistungen* senken, das heisst, die Bürgerinnen und Bürger davon überzeugen, weniger zu «konsumieren» und eine weniger mythische Vorstellung von den Möglichkeiten der Medizin zu haben (Stärkung der persönlichen Verantwortung [empowerment], Gesundheitserziehung, salutogenetische Rahmenbedingungen).

Der Workshop konzentrierte sich auf zwei vom Bund im Rahmen des KVG vorge-

schlagene Massnahmen, um das Leistungsangebot zu vermindern: die Bedürfnisklausel und die Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Die *Bedürfnisklausel* ist im neuen Artikel 55a des KVG festgelegt, der bereits in Kraft getreten ist: Es geht darum, die Anzahl der zu den Krankenkassenleistungen zugelassenen Ärzte zu verringern, nach dem Modell von längst in anderen europäischen Ländern angewendeten Lösungen. Doch wie dies angehen? Welche Kriterien anwenden? Kantonal verschiedene Lösungen? Wie hoch ist die Ärztedichte heute? Auf welchen Daten werden Entscheide beruhen? Wer wird den Entscheid tragen? Die *Aufhebung des Kontrahierungszwanges* hingegen, die das Konzept der Marktwirtschaft mit seiner Einfachheit und Flexibilität einbringt, beinhaltet die Gefahr eines Transparenzverlustes für die Versicherten, der Machtwillkür durch Krankenkassen, der Risikoselektion und eines Tarifchaos durch neue Zusatzversicherungen und einer juristischen Bürokratisierung durch Rekurse. Diesen argentinischen Tango – ein Schritt zur Verstaatlichung hin und zwei zur Liberalisierung – muss man tanzen können. Aber wer wird diese Tanzveranstaltung leiten? Der Bundesrat, die Kantone, die Versicherer, die Bevölkerung? Wo ist mehr Demokratie? Zweifellos etwas mehr beim Staat als bei den Versicherern ... Die Workshop-Teilnehmer haben das Spiel gespielt, ihre Vorschläge zur Verringerung der Ärztedichte – also ihrer eigenen Anzahl! – zu formulieren. Die Workshop-Leiter haben einen provokativen Katalog von fünf möglichen Kriterien zur Verringerung der Ärztezahls vorgeschlagen:

1. Kriterium *Alter*: Man schliesst die jüngsten Personen (welche die besten Chancen für eine berufliche Neuorientierung haben) oder die ältesten (die ihren «Lebensunterhalt verdient haben» und den Platz für die Jungen freimachen können) aus.
2. Kriterium *Kumulus*: Nur die Ärzte mit der höchsten Punktezahls werden nach KVG akkreditiert. Die Punkte werden z.B. durch Weiterbildungsaktivitäten, soziales Engagement, klinische Forschung usw. gesammelt.
3. Kriterium *Emmen*: Die lokale Bevölkerung wählt seine «KVG-Ärzte» nach von ihr selber definierten Kriterien. Wie zu Hippokrates' Zeiten stellt sich der Arzt

- öffentlich vor und führt seine kleine Wahlkampagne.
4. Kriterium *Qualität*: Die Kandidaten legen ihr Dossier einer kantonalen Kommission von Weisen vor, die vor allem nach Kriterien der EBM und der Wirtschaftlichkeit zertifiziert und rezertifiziert.
 5. Kriterium «*green card*»: Die kantonale Behörde lost die Kandidaten nach dem Zufallsprinzip in einer offiziellen Zeremonie aus.

Der *Numerus clausus* ist in dieser Liste nicht erwähnt, weil seine Auswirkungen zu spät greifen, mit einer Latenzzeit von 15 Jahren. Natürlich muss er parallel eingeführt werden.

In den Augen der Politiker und der Verwaltungen, die sich anscheinend nicht allzu viele Gedanken über die Verteilung der Ärzte machen wollen, scheinen Massnahmen jedoch dringend notwendig zu sein. Da die heutige Ärztedichte in der Schweiz im internationalen Vergleich allgemein als sehr hoch angesehen wird, kann man sich schwer vorstellen, dass durch ein Einfrieren der Anzahl der zu Kassenleistungen zugelassenen Ärzte eine Ärzteknappeheit hervorrufen würde. Die Verteilung zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten hingegen könnte Probleme aufwerfen. In Anbetracht einer als optimal angesehenen Verteilung von 50% Spezialärzten und 50% Grundversorgern (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie) sind die Spezialisten heute in der Schweiz übervertreten (55%). Die Möglichkeit einer Steigerung dieses prozentualen Anteils sollte daher geprüft werden. Man weiss auch, dass die Kostensteigerung eher von der Spezialistenzahl abhängt als von der Anzahl der Grundversorger. Mit den bilateralen Verträgen könnten sich die 3000 ausländischen Ärzte, die in Schweizer Spitälern arbeiten, durchaus von heute auf morgen niederlassen und würden vermutlich vor allem den Bestand der Spezialisten erhöhen.

Was wird aus den Ärzten, die im Gesundheitssystem keinen Platz finden, aus jenen, welche die Kriterien nicht erfüllen? Werden sie in der Alternativmedizin arbeiten, im öffentlichen Gesundheitswesen, im Journalismus? Vielleicht sollten auch Massnahmen erwogen werden, um die Niederlassung von Allgemeinmedizinerinnen in gewissen Regionen zu fördern, zum Beispiel in Form von Gruppenpraxen.

Die Teilnehmer des Workshops haben am Ende den Kriterien den Vorzug gegeben, welche auf der Qualität des Arztes, seiner Aus- und Weiterbildung (Kriterien 2 und 4) und auf einer gerechten Verteilung zwischen Spezialisten und Grundversorgern beruhen. Anstatt seinen Tod zwischen Guillotine und Erhängen auszuwählen – müsste man sich nicht besser fragen, wie man noch kompetenter sein kann und sich für die Grundversorgung besser weiterbilden kann?

Workshop II: Welche Medizin? Welche Vorstellungen haben die PatientInnen, die Versicherten und die ÄrztInnen – und wie kann die Behörde diese erfahren?³

Brigitte Saner

Die Sicht der Patienten

Es kam klar zum Ausdruck, dass die Patienten als primären Ansprechpartner ihren Hausarzt bzw. ihren Grundversorger wünschen. Von ihm erwarten sie Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit, einführendes Coaching, die Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse, möglichst hohe zeitliche Verfügbarkeit. Sehr zur Überraschung der Hausärzte wurde von Patientenseite auch eine Begleitung des Patienten im Spital und im Gesundheitsnetzwerk gewünscht.

Zusammenfassend können die Bedürfnisse der Patienten mit «*care and cure*» umschrieben werden.

Die Sicht der Ärztinnen und Ärzte

Die wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Kommunikation besteht darin, dass der Arzt weiss, was er will – dies wurde ganz klar festgehalten. Es geht darum, dem Patienten die Möglichkeiten aufzuzeigen, welche diagnostischen und therapeutischen Optionen vorliegen, und ihm bei der Entscheidungsfindung zu helfen.

Die Arzt-Patienten-Beziehung beruht auf einer soliden Vertrauensbasis, welche eigentlich erst die Moderation der Entscheidungsfindung des Patienten ermöglicht. Die Fähigkeit, einzelne Patienten, aber auch die Gesellschaft zur Gesundheitserhaltung zu schulen, ist ebenfalls wichtig.

Das Vertrauen basiert auf Unabhängigkeit und einem guten Ärztebild in der Gesellschaft und erfordert einen möglichst gros-

³ Expertin: Suzanne Braga;
Moderatorin: Brigitte Saner

sen individuellen Spielraum in der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Evidence-Based Medicine sowie die Möglichkeit der Patienten zur freien Auswahl. Der Arzt muss als primärer Ansprechpartner des Patienten verfügbar sein. Insgesamt steht die direkte Beziehung Arzt-Patient im Vordergrund.

Weitere Voraussetzung für ein Funktionieren dieser Beziehung ist, dass die Beziehung des Arztes zu seinem Umfeld ebenfalls stimmt. Das Spektrum des ärztlichen Handelns umfasst einerseits die medizinisch-wissenschaftlich-technische Seite, andererseits psychosoziale Aspekte wie Familie, soziales Netz und ökonomische Gesichtspunkte, aber auch den Einbezug ethischer Aspekte.

Indikatoren für ein gutes Gleichgewicht dieses Systems bzw. für ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis sind:

- die eigene Lebensqualität des Arztes;
- sparsame, aber situationsgerechte Nutzung der Konsultationsmöglichkeiten durch die Patienten;
- genügend Freizeit für den Arzt;
- angemessene Entschädigung.

Wenn alle diese Voraussetzungen stimmen, kann der Arzt der erfolgreiche Dirigent sein, der Verknüpfungen ermöglicht, zu einem gesunden Leben motivieren kann und so insgesamt ein Katalysator für eine gute Gesundheit ist.

Zur Erfüllung der oben genannten Forderungen sind folgende Bedingungen bzw. Ressourcen nötig:

- eine angemessene Aus-, Weiter- und Fortbildung;
- Handlungsspielraum im Gesundheitswesen/Netzwerk;
- finanzielle Ressourcen;
- die kluge Sorge um sich selbst, und zwar psychisch, physisch und sozial.

Aus letzterer schöpft der Arzt die Ressourcen für eine effiziente Arbeit mit dem einzelnen Patienten und innerhalb der Gesellschaft. Ganz klar war aus dem Teilnehmerfeld der Kolleginnen und Kollegen festzustellen, dass auch Zeit für ein eigenes gesundes Leben im wahrsten Sinne des Wortes nötig ist.

Kommunikation mit den Behörden

Wichtigste Voraussetzung für eine gute Kommunikation mit den Behörden ist, dass

durch klar formulierte Botschaften Transparenz geschaffen wird. Dabei muss klargestellt werden, dass eine tragende Beziehung zwischen Arzt und Behörde auf Vertrauen basiert. Das Vertrauen der Politiker in die Mediziner wird in erster Linie durch ihre Erfahrungen mit dem eigenen Hausarzt gefördert. Durch das persönliche Beispiel des eigenen Arztes und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses macht der Politiker gute Erfahrungen und kann diese dann positiv in die politische Diskussion einbringen.

Daneben ist aber auch direktes Lobbying bei den Politikern nötig. Wir müssen durch verbesserte Kommunikation stärker nach aussen auftreten. Dabei müssen wir bezüglich Zahlen und Prioritäten klare Evidenz aufzeigen und durch möglichst objektives und glaubwürdiges Verhalten Vertrauen gewinnen.

Insgesamt sollten wir mehr konstruktiv als kritisch sein und vermehrt die Neugierde der Behörden durch gute Ideen wecken.

Die moderne Unternehmenspolitik stützt sich stark auf emotionale Intelligenz und soziale Kompetenz sowie eine besondere Fähigkeit zur Kommunikation. Diese Eigenschaften sind auch in der Ärzteschaft unbedingte Voraussetzungen dafür, dass sie eine reelle Chance hat, ihre berechtigten Anliegen durchzubringen. Diese Voraussetzungen sind aber nicht nur der Schlüssel zum Erfolg bei der Vertretung der Interessen unseres Berufsstandes, sondern auch bei der täglichen Arbeit in unseren Sprechzimmern.

Workshop III: Wie können die Erkenntnisse über «Welche Medizin? Welche Ärzte? Zu welchem Preis?» politisch tragfähig umgesetzt werden?⁴

Heiner Meier

Im dritten Workshop ging es darum, wie die Ergebnisse der ersten beiden Workshops politisch umgesetzt werden könnten, welche Rolle der von den Grundversorgern vorgeschlagenen Plattform zukommen könnte, und insbesondere, wie diese Erkenntnisse in die Arbeitsgruppe Angebotsplanung im ambulanten Bereich der Nationalen Gesundheitspolitik einzubringen seien.

Zur Einleitung hielt Frau Annamaria Müller Imboden ein klares und umfassendes Referat über den aktuellen politischen Stand

⁴ Expertin: Annamaria Müller
Imboden; Moderator: Heiner Meier

in den Bereichen «Aufhebung des Kontrahierungszwanges» und «Bedürfnisklausel» und zeigte mögliche Rollen der Grundversorger im Rahmen der Angebotsplanung auf.

Modernere Zugangsweisen wie Evidence-Based Medicine können indirekt zu Kosteneinsparungen führen, wenn teure Massnahmen als obsolet erkannt werden oder ihr Erfolg zumindest als fragwürdig eingestuft wird. Die Folgerungen aus EBM können nicht Gesundheitspolitiker ziehen, hier ist das Fachwissen der Mediziner notwendig. Sie müssen als Dolmetscher fungieren, wenn solche Erkenntnisse in versicherungstechnische Bewertungen übersetzt werden. Folgerungen und Methoden der Qualitätsverbesserung dürfen aber nicht automatisch mit Kostenreduktion gleichgesetzt werden. Andere Massnahmen zur Eindämmung der Kosten müssen gefunden werden.

Die Ärztinnen und Ärzte können zudem nur Vorschläge machen, welche Medizin von welchen Ärzten zu welchem Preis sie für die Gesamtheit der Bevölkerung als optimale Lösung erachten. Die Frage, welche Versorgung sie erwartet und welchen Anteil der vorhandenen finanziellen Mittel sie dafür bereitstellen bereit ist, betrifft die ganze Gesellschaft und muss in diesem Rahmen beantwortet werden. Die Ärztinnen und Ärzte sollten ein Interesse daran haben, ihren Wissensvorsprung mit den Laien zu teilen, damit wichtige Entscheide von informierten, mündigen, «empowerten» Patienten getroffen werden können.

Wie aber können Lösungsvorschläge kommuniziert werden?

Um unsere Vorstellungen politisch umsetzen zu können, brauchen wir positive Formulierungen. In der Diskussion zeigte es sich nämlich rasch, dass es leichter ist, Einigkeit darüber zu erzielen, was man nicht will, als positiv zu formulieren, was man will. Grundvoraussetzung ist also Einigung darüber, *welche Botschaften* man transportieren will. Diese Ziele müssen klar umschrieben werden. Bevor wir Forderungen stellen können, haben wir Hausaufgaben zu lösen ...

Ein wichtiges Mittel, um diese Botschaften zu vermitteln, sind Beziehungsnetze («think global, act local»). Die Einflussmöglichkeiten im direkten eigenen Umfeld können wichtiger sein als das Bestreben, sich auf nationaler Ebene Gehör zu verschaffen.

Die Passivität der Ärztinnen und Ärzte wurde angesprochen, ihr Image, sich nicht für Gesundheitspolitik zu interessieren, bis sie ganz persönlich betroffen sind, dann aber mit Jammern von sich reden zu machen und sich in Querelen untereinander zu verlieren.

Hier sind also wir alle gefragt. Ziele *gemeinsam* zu formulieren und *gemeinsam* mitzuwirken, dass sie in unserem eigenen Umkreis genauso wie auf gesamtschweizerischer Ebene zur Kenntnis genommen werden, sind dringende Aufgaben, um die gesundheitspolitischen Probleme der nächsten Zeit zu lösen.

Bürgenstock 2001: «Quelle médecine? Quels médecins? A quel prix?» – les ateliers

«Quelle médecine? Quels médecins? A quel prix?» – après l'exposé introductif de Mme P. Pesenti, la veille (voir PrimaryCare n 11, p. 287), ces questions ont été approfondies dans trois ateliers. Les résultats furent présentés l'après-midi, avant le discours de la Conseillère fédérale R. Dreifuss et ses réponses aux questions des participant-es (voir PrimaryCare n° 10, p. 258).

Mais est-il possible de répondre à de telles questions en une seule matinée? Evidemment pas, car si c'était aussi simple, les interminables discussions avant, pendant et après l'introduction de la LAMal deviendraient superflues.

La première fois que j'ai lu les questions provocantes du programme du séminaire des cadres de la SSMG au Bürgenstock, je me suis demandé ce qu'il en sortirait. A la deuxième lecture, ces questions sont extrêmement passionnantes. Les représentant-es de la médecine générale, réuni-es à ce weekend, trouveront-ils des propositions clairement formulées en réponse à ces questions?

Les questions posées témoignent d'un certain courage et d'une prise de conscience croissante du médecin de premier recours. Ceux qui sont quotidiennement confrontés à ces questions dans la pratique ont finalement les meilleures raisons de se former une opinion.

Quelle médecine voulons-nous? Quelle médecine est-ce que je veux pour moi, pour mon enfant quand il est malade, pour les membres âgés de ma famille? A qui les enverrais-je en cas de maladie? Quelle est la formation (continue) de mes collègues qui me semble dignes de confiance? Quel prix serais-je prêt-e à payer pour cette médecine en tant qu'assurée? Pour la sécurité de pouvoir recourir en tout temps à ces possibilités, si nécessaire? Ou inversement, que serais-je prête à sacrifier en tant que patiente?

Suis-je disposé-e à soutenir un système social présentant les mêmes offres pour tous

les membres de notre société, ou bien me semblent-elles soudain, vues sous cet angle, complètement dépourvues de sens et exagérées? Quelles sont les offres effectivement irréalistes, nourries d'un aveuglement technologique et qui pourraient être supprimées à la suite d'un examen critique? Et qui prendrait de telles décisions? Lorsque les spécialistes n'arrivent pas à se mettre d'accord, quelles voies de diagnostics, quelles directives de traitement sont optimales selon les connaissances actuelles? Lorsque les discussions sur ce sujet s'enlisent dans de mesquins combats territoriaux, qui dois-je croire?

Et en qui les patient-es peuvent-ils/elles croire, dépourvu-es de connaissances médicales et confronté-es à leur maladie?

Pour finir, si le nombre des médecins doit vraiment être réduit, afin que notre système de santé soit financièrement encore supportable, quels critères peut-on alors utiliser pour appliquer cette réduction?

Tou-tes les participant-es au séminaire du Bürgenstock ont apporté leurs propres réponses à ces questions. Les groupes de travail ont vraiment eu le courage de discuter ouvertement, sans éviter ou passer sous silence des thèmes particulièrement délicats ou impopulaires.

Les résumés ci-dessous ne peuvent que donner un bref aperçu de cette matinée. Ils correspondent aux résultats des ateliers qui furent présentés au plénum dans l'après-midi.

La balle est dans votre camp, chère lectrice, cher lecteur. Si vous brûlez de dire quelque chose à la suite de la lecture de ces articles, écrivez-nous. Vous pouvez vous adresser à la rédaction par e-mail (primary-care@emh.ch) ou par la poste (voir l'imprimé).

Natalie Marty

(Traduction: Christiane Hoffmann)

Atelier I: Combien de médecins? Dans quelles spécialités? Quelle sélection? Selon quels critères?¹

Daniel Widmer, Ignazio Cassis

Le Dr Cassis nous a proposé une réflexion sur les critères à retenir pour limiter le nombre des médecins. C'est un fait: le nombre de médecins n'a cessé d'augmenter en Suisse depuis le début du siècle: 2000 praticiens en 1900 et probablement 18 000 en libre pra-

¹ Expert: Ignazio Cassis; modération: Claudio Bosia

tique pour 2025. Il en faut sans doute autant que nécessaire pour satisfaire les besoins de la population, mais comment définir ces besoins, en l'absence d'un contrat social sur la définition de la santé et de la souffrance? Guérison, accompagnement, réassurance, médecines alternatives, partenariat, hôtellerie, bien-être, curiosité, qualité de vie, performances sociales: faut-il nécessairement tout cela? Comment conjuguer une définition raisonnable des besoins collectifs avec une panoplie de conceptions plus ou moins larges de la santé, dictées par l'arraison, l'émotion, la religion, l'appétit personnel, la revendication aux prestations assurées, le marketing de l'industrie? Comment assembler autant de dimensions, de visions et de désirs hétéroclites? Les indicateurs de l'état de santé progressent de façon asymptotique avec l'augmentation des coûts et le décalage entre possibilité diagnostiques et conséquences thérapeutique ne cesse d'accroître. La Suisse, avec un peu plus de 10% du PIB, se trouve désormais en deuxième position après les USA dans les dépenses de santé, qui, dans les budgets des ménages, viennent après celles dévolues à l'habitat et à l'énergie et avant l'alimentation. C'est beaucoup, de l'avis des usagers comme des autorités et des caisses maladie.

Deux approches peuvent être poursuivies parallèlement pour maîtriser les coûts du système de santé:

- a. limiter *l'offre de prestations* (hôpitaux, médecins, autres professionnels paramédicaux, appareillage, médicaments, etc.) aux «vrais besoins» et
- b. limiter *la demande de prestations*, c'est-à-dire convaincre les citoyens à «consommer» moins et à avoir une vision moins mythique des possibilités de la médecine (renforcement de la responsabilité individuelle (empowerment), éducation à la santé, conditions cadres salutogéniques).

L'atelier a été centré sur deux mesures proposées par la Confédération, dans le cadre de la LAMal, pour limiter l'offre de prestations: la *clause du besoin* et la suppression de l'obligation de contracter. La *clause du besoin* est définie par le nouvel article 55a de la LAMal, qui est déjà entré en vigueur: il s'agit de limiter le nombre des médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance maladie, sur le modèle des solutions adoptées depuis long-

temps dans les autres pays européens. Mais comment s'y prendre? Quels critères appliquer? Considérer des solutions cantonales différentes? Quelle est actuellement la densité médicale? Sur quelles données décidera-t-on? Qui assumera la décision? Quant à la *suppression de l'obligation de contracter*, qui introduit la conception de l'économie de marché avec sa simplicité et sa flexibilité apparente, elle risque d'amener à une perte de transparence pour les assurés, à un pouvoir arbitraire des caisses, à une sélection des risques, à un chaos tarifaire faisant le jeu des assurances complémentaires et conduisant à une juridisation bureaucratique liée aux recours. Dans ce tango argentin, un pas vers l'Etat et deux vers le libéralisme, il faut savoir danser. Mais qui conduira le bal? Le Conseil fédéral, les Cantons, les assureurs, la population? Où y a-t-il plus de démocratie? Sans doute un peu plus à l'Etat que chez les assureurs ... Les participants à l'atelier ont joué le jeu de donner leur avis pour limiter le nombre des médecins, donc «leur» nombre! Les animateurs leur ont proposé un catalogue – conçu pour provoquer – de 5 critères aptes à limiter le nombre des médecins:

1. Le critère *âge*: on exclut soit les plus jeunes (qui ont de meilleures chances de réadaptation professionnelle), soit les plus vieux (qui ont «gagné leur vie» et peuvent laisser la place aux jeunes).
2. Le critère *cumulus*: La LAMal accrédite seulement les médecins qui ont le score le plus élevé de points. Les points sont par exemple cumulés grâce à des activités de formation, d'engagement communautaire et social, de recherche clinique, etc.
3. Le critère *Emmen*: c'est la population locale qui choisit ses médecins «accrédités LAMal» selon les critères qu'elle définit. Comme aux temps hippocratiques, le médecin se présente sur la place publique et mène sa petite campagne électorale.
4. Le critère *qualité*: les candidats soumettent leur dossier à une commission cantonale de sages qui certifie et recertifie en fonction surtout de critères d'évidence-based-medicine et d'économie.
5. Le critère *green card*: l'autorité cantonale tire au sort les candidats lors d'une cérémonie officielle.

Le numerus clausus n'est pas mentionné dans cette liste, car ses effets se développent trop tard, après une latence de 15 ans. Bien évidemment ceci doit être introduit en parallèle.

Les mesures paraissent toutefois urgentes aux yeux des politiciens et des gestionnaires, qui ne semblent pas vouloir trop s'interroger sur la répartition des médecins. Comme la densité médicale actuelle en Suisse est généralement considérée élevée dans la comparaison internationale, une congélation du nombre des médecins admis à la charge des caisses maladies laisse difficilement imaginer un scénario de pénurie de médecins. Par contre la répartition médecins généralistes – médecins spécialistes pourrait poser des problèmes. Face à une proportion considérée optimale de 50% spécialistes et 50% médecins de premier recours (médecine générale, interne et pédiatrie), les spécialistes sont aujourd'hui majoritaires (55%) en Suisse. La possibilité d'une augmentation de ce pourcentage devrait donc être envisagée. On sait aussi que l'augmentation des coûts suit la courbe des spécialistes plus que celle des praticiens de premier recours. Avec les accords bilatéraux, les 3000 médecins étrangers travaillant dans les hôpitaux suisses pourraient fort bien s'installer du jour au lendemain et viendraient probablement grossir en premier lieu l'effectif des spécialistes. Que deviendront les médecins qui ne trouveront pas de place dans le système de santé, ceux qui ne rempliront pas les critères? Se lanceront-ils dans les médecines alternatives, dans la santé publique, dans le journalisme? Peut-être faudra-t-il envisager aussi des mesures incitatives à l'installation de généralistes dans certaines régions, par exemple sous forme de cabinets de groupe.

Les participants à l'atelier ont finalement choisi la promotion de critères basés sur la qualité du médecin, sur sa formation (critères 2 et 4) et sur une répartition juste entre spécialistes et médecins de premier recours. Plutôt que de choisir sa mort entre la guillotine et la pendaison, ne faut-il pas se demander comment être encore plus compétent et se former mieux pour les soins primaires?

Atelier II: Quelle médecine: comment les patient-es, les assureurs et les soignant-es voient-ils les choses – et comment les Autorités peuvent-elles en être informées?^{2,3}

Brigitte Saner

Le point de vue des patients

Il fut clairement exprimé que le premier interlocuteur que les patient-es souhaitent avoir, c'est leur médecin de famille, ou le médecin de premier recours. Ils en attendent une relation personnelle, la capacité de communiquer, de les guider avec sensibilité, de percevoir leurs besoins, et lui demandent si possible une grande disponibilité en temps. A la grande surprise des médecins de famille, les patient-es expriment aussi le souhait d'être accompagnés lors d'un séjour à l'hôpital et dans le réseau des institutions de santé.

En résumé, les besoins des patient-es peuvent être décrits par la formule concise «*care and cure*».

Le point de vue des médecins

Pour une communication efficace, il est essentiel que le médecin sache ce qu'il veut – ce point fut clairement exprimé. Il s'agit de présenter au/à la patient-e, les options diagnostiques et thérapeutiques qui se posent, et de l'aider à prendre une décision.

La relation médecin-patient-e repose sur une confiance solide, qui est en fait la base permettant de guider le/la patient-e dans sa prise de décision. La capacité d'éduquer les patient-es en matière de santé, mais aussi la société, est décisive pour cette tâche.

La confiance repose sur l'autonomie et sur une image positive du médecin dans la société et suppose une liberté individuelle dans l'activité médicale aussi grande que possible dans le cadre de la médecine fondée sur des preuves, aussi bien que dans le choix libre du médecin par le/la patient-e. Le médecin, en tant qu'interlocuteur/-trice premier-e du/de la patient-e, doit être disponible. La relation directe du médecin au/à la patient-e est au premier plan.

Une autre condition pour un bon fonctionnement de cette relation est que les rapports du médecin avec son entourage soient également justes. La palette des activités médicales comprend d'une part le côté médico-

² Expert: Suzanne Braga;
modération: Brigitte Saner

³ Traduction: Christiane Hoffmann

scientifico-technique, d'autre part les aspects psychosociaux comme la famille, le cercle social, les points de vue économiques et la prise en compte d'aspects éthiques.

Les indicateurs d'un bon équilibre de ce système, c'est-à-dire d'une bonne relation médecin-patient sont:

- la qualité de vie du médecin
- l'utilisation, avec discernement, de la possibilité de consulter par le/la patiente
- une liberté suffisante pour le médecin
- un dédommagement approprié.

Si toutes ces conditions sont remplies, le médecin peut guider avec succès, permettre les interactions, motiver à une vie saine et devenir ainsi un catalyseur de la santé.

Pour remplir ces conditions, les exigences nécessaires, resp. les ressources, sont les suivantes:

- une formation pré- et postgraduée, ainsi que continue appropriées
- la liberté d'action au sein des systèmes de santé
- des ressources financières
- le souci intelligent de soi-même, d'un point de vue psychique, physique et social.

C'est de là que le médecin tire les ressources pour un travail efficace avec chacun-e des patients et au sein de la société. Les participants présent-es au séminaire exprimèrent clairement leur besoin de temps pour mener une vie saine, au meilleur sens du terme.

Dialogue avec les administrations

Une condition importante pour une bonne communication avec les administrations est de créer la transparence grâce à des messages formulés clairement. Il faut donc qu'il soit bien clair qu'une relation fructueuse entre le médecin et son/sa patient-e repose sur la confiance. Cette confiance des politicien-nes dans la médecine s'appuie en première ligne sur leurs expériences personnelles avec leur médecin de famille. C'est sur la base de sa propre relation de confiance avec son médecin que le/la politicien-ne peut mettre ses expériences à profit et de façon positive dans la discussion politique.

Par ailleurs, un lobbying direct auprès des politicien-nes est nécessaire. Nous devons soigner notre image de marque vis-à-vis de l'extérieur. Présenter des raisonnements

clairs au niveau des chiffres et des priorités. Gagner la confiance par un comportement aussi objectif et digne de foi que possible. Dans l'ensemble, nous devons être plus constructifs que critiques et éveiller de plus en plus l'intérêt des administrations par de bonnes idées.

La politique d'entreprise moderne repose fortement sur une intelligence émotionnelle et sociale aussi bien que sur une capacité particulière de communication. Ces qualités sont des conditions indispensables dans le corps médical s'il veut avoir quelque chance de faire valoir ses demandes justifiées. Ces conditions sont non seulement la clé du succès pour la défense des intérêts de notre profession, mais aussi pour le travail quotidien dans notre cabinet.

Atelier III: Comment les résultats de «Quelle médecine? Quels médecins? A quel prix?» peuvent-ils être mis en application au niveau politique?^{3,4}

Heiner Meier

Il s'agissait dans le troisième atelier de réfléchir à la manière de réaliser au plan politique les résultats des deux autres ateliers au rôle que la plate-forme proposée par les médecins de premier recours pourrait jouer, et à la manière dont ces connaissances pourraient se manifester dans le groupe de travail «Offre de planification dans la médecine ambulatoire de la politique de santé publique».

En introduction, Mme Annamaria Imboden fit un exposé clair et complet sur la situation politique actuelle quant au débat sur la «suppression de l'obligation de contracter» et sur la «clause de besoin» et présenta les rôles possibles du médecin de premier recours dans le cadre de l'offre de planification.

Des méthodes plus modernes telles que la médecine fondée sur des preuves peuvent conduire indirectement à des économies, lorsque des méthodes anciennes et coûteuses sont reconnues comme obsolètes ou que du moins leur succès est remis en question. Mais les conclusions de la médecine fondée sur des preuves ne peuvent motiver les politicien-nes de la santé, car ils n'ont pas les connaissances des médecins spécialistes. Ceux-ci doivent devenir les interprètes de ces connaissances médicales et les traduire en termes d'évaluation d'assurance. Cependant, les conséquences et

⁴ Expert: Annamaria Müller Imboden; modération: Heiner Meier

les méthodes de l'amélioration de la qualité ne peuvent pas automatiquement équivaloir à des réductions de coût. Il faut trouver d'autres mesures pour diminuer les coûts.

Les médecins ne peuvent faire que des propositions, selon lesquelles tel ou tel traitement, tel ou tel médecin et tel ou tel prix peuvent être considérés comme solution optimale pour l'ensemble de la population.

La question de savoir quels soins la population attend et quelle part des moyens financiers disponibles elle est disposée à y consacrer concerne la société tout entière et doit trouver une réponse dans ce cadre. Les médecins doivent trouver un intérêt à partager leur savoir avec des profanes, afin que des décisions importantes puissent être prises par des patient-es informés, majeurs et responsables.

Comment des propositions de solutions peuvent-elles être communiquées?

Pour mettre nos idées en pratique au niveau politique, il nous faut des formules positives. Mais au cours de la discussion, on se rendit rapidement compte qu'il est plus facile de trouver un consensus sur ce qu'on ne veut pas, que de formuler positivement ce qu'on

veut. La condition préliminaire est donc l'unanimité sur les messages que l'on veut transmettre. Ces buts doivent être décrits avec clarté. Avant de pouvoir poser des exigences, nous avons quelques pensums à remplir ...

Un moyen important pour communiquer ces messages est le réseau de relations («think global, act local»). Jouer de son influence dans son cercle d'action individuel peut s'avérer plus important que s'efforcer de trouver une oreille attentive au niveau national.

On évoqua aussi la passivité des médecins, l'image qu'ils donnent de ne pas s'intéresser à la politique de la santé publique, à moins d'être concerné-es personnellement, et de faire alors parler d'eux en se plaignant haut et fort et de se perdre dans les querelles.

Nous sommes toutes et tous concernés. Formuler *ensemble* des objectifs et agir *ensemble*, afin que ces objectifs soient perçus aussi bien dans notre cercle qu'au plan national, ce sont les tâches urgentes qui nous reviennent pour résoudre au plus vite les problèmes de la santé publique.

La Société Suisse de Médecine Générale remercie chaleureusement les sponsors de son séminaire des cadres qui s'est déroulé au Bürgenstock du 27 au 29 avril 2001.

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin bedankt sich herzlich bei den Sponsoren ihrer Kadertagung auf dem Bürgenstock vom 27.-29. April 2001.

Menarini	Knoll
Roche Diagnostics	Robapharm
MSD	Doetsch Grether
Merck-Lipha	Inpharzam
Nycomed	SmithKline Beecham
Boehringer	Janssen-Cilag
Novartis	Grünenthal Pharma
Mepha Pharma	Abbott
Bristol-Myers Squibb	Sankyo
Roche	Galenica
Bayer	Solvay Pharma
Spirig	Sigma-Tau Pharma
Sanofi-Synthelabo	UPSA