

Forum



**Praxislabor am Sterben?**

1998 hat Dr. rer. nat. Otto Piller, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV), in der Schweizerischen Ärztezeitung unter dem Titel «Das Praxislabor soll nicht abgeschafft werden» [1] folgende Position des BSV klargestellt:

- Das effiziente und qualifizierte Praxislabor soll nicht abgeschafft werden.
- Die Frage der Genossenschaftslaboratorien muss geklärt werden.
- Die Randregionen sollen besonders berücksichtigt werden.

Während nun die gesamte schweizerische Ärzteschaft nur noch TarMed sieht und liest, scheint das BSV klammheimlich das ganze Praxislaborkonzept auf den Kopf stellen und dem effizienten Praxislabor den Todesstoss versetzen zu wollen.

Uns besorgten Ärzten wurde nämlich die Kopie eines Sitzungsprotokolls vom 27. April 1999 zugespielt, in welchem die Herren F. Britt und P. Koch (BSV), Herr H. P. Siegrist (FAMH) und Herr H. H. Brunner (FMH) folgende Vorschläge machten:

- Es gibt kein Tarifsplitting für die neuen Analysentariife, d.h. es gelten die gleichen Tarife für das Praxislabor wie für das Grosslabor. Die FMH sei bereit, diese Tarife in den GRAT (heute TarMed) zu übernehmen.
- Die Analysen werden als «ex factory»-Preise berechnet (Gestehungskosten).
- Durch das Senken der Analysegebühren soll der Anreiz auf Rückzahlung vermindert werden (Idee: Grundparameter etwa Fr. 5.-).
- Die Bearbeitungsgebühr soll bei Fr. 25.- bis 30.- liegen und darf nur bei Patientenverrechnung erhoben werden, also nicht im Rahmen des Praxislabors.
- Der Zeitplan für das Inkrafttreten ist auf 1. Januar 2001 terminiert.

Ist dem BSV klar, dass eine solche Regelung für das Praxislabor den Todesstoss bedeutet?

Schon heute ist das Praxislabor mit der Analysenliste knapp kostendeckend. Ein weiterer Abbau würde zur Niederlegung der Praxislabortätigkeit führen und damit zur Verschlechterung der Grundversorgung unserer Patienten. Ein Labor nur für Notfälle aufrechtzuerhalten, ist sowohl wirtschaftlich unrealistisch als auch qualitativ ein Unsinn. Ohne Routine keine Qualität. Ohne Praxislabor gäbe es mehr Unsicherheit in Notfallsituationen und damit mehr Spital-

einweisungen. Auch für Einzelanalysen müssten jeweils Fr. 25.- bis 30.- Bearbeitungsgebühr dazugerechnet werden; ob das dann billiger wird?

Der MPA-Beruf verliert sehr viel an Attraktivität und würde sich wohl bald zum reinen Kommunikationsberuf entwickeln.

Wir besorgten Ärzte stehen etwas fassungslos vor dieser neuen Entwicklung, die sich still hinter den Kulissen des TarMed abspielt. Hat sich das BSV entschlossen, das Praxislabor sterben zu lassen?

Wir erwarten natürlich, dass diese geplanten Änderungen offen diskutiert und evaluiert werden, und dass die Delegierten der Ärztekammer über diese Entwicklung vollumfänglich orientiert werden.

*Eine Gruppe besorgter Ärzte:  
Dr. med. H. U. Brack, Mörschwil  
Dr. med. M. Schmuki, St. Gallen  
Dr. med. H. Maurer, St. Gallen  
Dr. med. H.-U. Kull, Küsnacht/ZH*

1 Piller O. «Das Praxislabor soll nicht abgeschafft werden». Schweiz Ärztezeitung 1998;79(44): 2231.

**Replik**

Sie haben zusammen mit den Dres Marcel Schmuki, St. Gallen, Hermann Maurer, St. Gallen und Hans-Ulrich Kull, Küsnacht/ZH am 29. Mai 2000 Herrn Dr. Otto Piller ein Schreiben zukommen lassen, zu welchem wir im folgenden Stellung nehmen.

Sie weisen im erwähnten Brief auf die vom BSV initiierten Arbeiten zur Entwicklung einer neuen Analysenliste (NAL) hin. Die Arbeiten gehen auf einen Auftrag des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) zurück, erstens die Tarifsenkungsmassnahmen für die häufigsten Analysen weiter zu führen und zweitens gegen die Rückvergütungspraxis der Gemeinschaftslaboratorien dezidiert vorzugehen.

Das BSV hat diesen Auftrag mit den Präsidenten der FAMH und der FMH am 27. April 1999 erörtert. Dabei wurde gemeinsam festgestellt, dass sich mit dem heutigen AL-Entschädigungssystem, auch bei einer weiteren linealen Senkung der AL Tarifen, die Praxis der illegalen Rückvergütungen («kick backs») der Genossenschaftslaboratorien nicht verhindern lässt. Die Idee eines Systemwechsels mit einer Änderung der ökonomischen Anreize für die praktizierenden Arztpersonen fand allgemeine Unterstützung. Immerhin zeigt die Tatsache, dass «Kickbacks» in allen möglichen Variationen weit verbreitet sind, auf, dass die Tarife der Analysenliste offensichtlich deutlich überhöht sind. Die Revision der AL (NAL) ist zeitliche mit der Entwicklung des TarMed abgestimmt. Inhaltlich ist es für die Umsetzung der neuen AL wenn

auch nicht zwingend, so doch vorteilhaft, wenn ein gesamtschweizerisch einheitlicher ärztlicher Tarif vorliegt.

Das BSV hat seine beratende Instanz, die Eidgenössische Kommission für Analysen (ALK), am 23. März 2000 über die Zielsetzung der Arbeiten zur Revision der AL orientiert. Das weitere Vorgehen wurde mit den anwesenden Experten der ALK ausgiebig diskutiert und gutgeheissen. Die definitiven Vorschläge werden im Rahmen unserer institutionellen Verfahren ablaufen. Die Ärzteschaft wird durch die FMH vertreten. Vor diesem Hintergrund ist Ihre Bemerkung, dass das BSV (Zitat): «klammheimlich das ganze Praxislabor Konzept auf den Kopf stellen und dem effizienten Praxislabor den Todesstoss versetzen wolle», haltlos.

Das Praxislabor wird mit den revidierten Tarifen zweifelsohne weiterhin effizient arbeiten können. Dass jedoch die Tarife (Einzelleistungstarife wie auch Positivlisten, AL, usw.) der ökonomische Realität etwas angeglichen werden, ist im Ernst wohl kaum zu beanstanden. Wir erachten auch Ihre Angst, dass die NAL eine Gefahr für den Beruf der Medizinischen Praxisassistentinnen darstellt, wie Sie dies in Ihrem Beruf andeuten, als gänzlich unbegründet.

*F. Britt, Vizedirektor  
Kranken- und Unfallversicherung*



**Parlement Européen porte de 2 à 3 ans la formation minimale en médecine générale**

Après des semaines d'intense lobbying de toutes les délégations nationales de l'UEMO auprès des parlementaires Européens respectifs, le Parlement Européen a accepté le 5 juillet 2000, à une écrasante majorité, l'amendement prévoyant de porter de deux à trois ans la formation spécifique minimale en médecine générale.

Si cet amendement est aussi accepté par le Conseil des ministres d'ici la fin de l'année, une nouvelle directive de la Communauté Européenne sera publiée.

Pour avoir aidé les collègues français en contactant personnellement cinq députés européens de leur pays, je puis dire qu'il a été très difficile de les convaincre.

Pour la Suisse, cette très bonne nouvelle pourrait modifier sensiblement l'accord sur la libre circulation des médecins généralistes, si l'exigence des trois ans est introduite rapidement. J'imagine que cela dépendra du travail de nos juristes.

*Dr W. Buss, Fontainemelon*



### TarMed aux soins intensifs ou la saga de l'été

Ce jeudi matin, 22 juin, il y avait comme un petit air d'incompréhension à la Chambre médicale.

En arrivant sur les lieux, nous avons eu, en guise de café-croissant, un article publié dans *Le Temps*, où Mme Ruth Dreifuss fustigeait les parties négociant le TarMed et les sommait d'aboutir! Diable, nous étions avertis. Quelle chance a eu Mme Dreifuss, l'article paraissait le jour même où, en fait de partie, seuls les médecins se réunissaient. S'adressait-elle alors seulement à nous? Non, cela blesserait notre ego ...! Quoique, sachant qu'elle a déjà décidé la valeur du point pour notre futur tarif, on peut affirmer que le reste des négociations devrait aller bon train.

«Allons, un peu de courage dans cette dernière ligne droite», semblait nous dire notre cheffe du DFI, «vous n'avez plus qu'à emballer le cadeau empoisonné que je viens de vous faire.»

Allions-nous faire exploser le colis piégé? Et bien non, notre assemblée, assez sereine malgré les circonstances, a décidé que les négociations devaient continuer. Non pas dans un esprit de bétail mené à l'abattoir, mais avec le désir de mener à terme ce que nous avons voulu et désiré, soit un tarif médical avec une nomenclature digne de ce nom et basée sur des principes d'économie d'entreprise.

On a beaucoup ri dans les milieux informés de ce qu'on a appelé les dissensions du corps médical à propos de son tarif. Ce fut pourtant, entre nous, un débat démocratique, probablement le seul qui ait eu lieu autour de ce problème, n'en déplaise aux assureurs et à Mme Dreifuss. Cette force démocratiquement libre est un avertissement.

Soyons réalistes, aujourd'hui, le corps médical est nu sur la scène de la santé. Pour mener à terme notre TarMed, nous avons été amenés à analyser notre travail, notre revenu et notre chiffre d'affaires, ceci de manière publique et transparente. Nous ne quitterons pas la scène en catimini, comme une effeuilleuse de Clandé. Nous continuerons la discussion et ne nous laisserons pas expulser de la table des négociations.

Nos «partenaires» n'ont aucun intérêt à exercer une pression insupportable qui aboutirait à dénaturer totalement le projet de notre tarif médical. Une valeur de point irréaliste engendrera un tarif inapplicable, tant pour les hôpitaux que pour la médecine privée. Or, l'argument d'un revenu correspondant à quelque chose de normal pour les hôpitaux devrait rendre Mme Dreifuss sensible, en tout cas vis-à-vis des cantons, ceci pour des raisons que la raison politique rend évidente. Hormis le TarMed, d'autres problèmes surgissent à l'horizon. Et ce n'est pas un hasard

s'ils arrivent en même temps, comme l'orage où grêle et foudre sont souvent intimement liées.

A la demande du Conseil national le DFI, avec l'aide de l'OFAS, a concocté, sous la pression des assureurs, avides de pouvoir, un projet bien mal ficelé de non-obligation de contracter. L'OFAS, par la bouche de M. Britt, défend du bout des lèvres ce projet auquel il ne croit pas. Ce qu'en feront nos chambres est une autre histoire, car on y voit des alliances droite-gauche que ne renierait pas un boxeur. La santé publique pourrait ne pas se relever de ce K.O. technique.

Je soupçonne néanmoins le DFI de porter aux fonds baptismaux ce bébé mal dégrossi, afin qu'on le jette avec l'eau du bain qu'il n'aura pas pris. Ceci dans le but de revenir, après une courte gestation de quelques mois, avec le chérubin tant adulé par notre Conseillère fédérale qu'est le budget global pour les soins ambulatoires. C'est cela qu'elle veut et rien d'autre.

Quant à nous, nous continuerons à soigner nos patients, tout en restant vigilants. Les connaissances médicales, indispensables à la population, étant entre nos mains, alors que les pouvoirs financiers sont entre les mains de l'Etat et des assureurs, des arrangements pragmatiques devraient bien voir le jour, ceci d'autant plus que notre désir de collaboration est réel, pour autant que la discussion reste possible.

*Dr R. Nyffeler, Fribourg  
Président SMCF*



### A propos du TarMed

Le moins que l'on puisse dire est que le futur TarMed suscite bien des angoisses et des réactions négatives. Il y a, bien sûr, des revenus qui vont diminuer; mais il est bien normal que certains revenus indécents soient rabaotés, tant ils sont une insulte à de nombreux non-spécialistes.

Il y a une autre réaction, que l'on analyse pas assez: c'est une sorte de dégoût pour le style de pratique que le TarMed va probablement imposer: une pratique parasitée par le facteur «argent».

Il y a quelques années, un article présentant le GRAT commençait ainsi «qu'on le veuille ou non, un cabinet médical fonctionne comme une petite entreprise». C'est le fameux critère de base du futur tarif: «fondé sur les critères d'économie d'entreprise». Cette phrase me laisse dans un profond malaise, car je pense que, en vérité: qu'on le veuille ou non, un cabinet médical ne fonctionne pas comme une petite entreprise. Donc l'inverse. D'ailleurs, nous savons tous, clairement ou confusément que les facteurs humains, psychologiques et affectifs sont trop importants pour que notre pratique

médicale se réduise à une marchandise. Cela a été dit, mais on n'en tient pas compte. S'il en faut une confirmation, on la trouve dans le fait, souvent relevé, que les lois du marché ne s'appliquent pas au secteur de la santé; tout le monde est d'accord avec cette observation, mais tout le monde continue à faire comme si c'était possible.

Le découpage du temps est un bon exemple. Voici comment cela va se passer: puisqu'il n'est évidemment pas question de travailler réellement avec un chronomètre dans la main (une auscultation nécessite déjà deux mains), le nombre de tranches de 5 minutes sera évalué par le médecin après la consultation, de mémoire. Or, on sait bien que la perception du temps ou le souvenir du temps écoulé sont très subjectives et fortement influencées par de nombreux facteurs non quantifiables: fatigue, vigilance, intérêt, ennui, sympathie, distraction. Le nombre de tranches de 5 minutes ne correspondra donc que rarement à la réalité. Et, il est plus facile de se tromper avec des tranches de 5 minutes qu'avec des tranches plus grandes (20 minutes à Genève actuellement). Résultat: la méthode des 5 minutes, apparemment plus précise, donnera des mesures fausses et généralement trop élevées. Une méthode de 20 minutes est, en revanche, moins précise, mais plus juste. Un excès est aussi plus facile à démasquer.

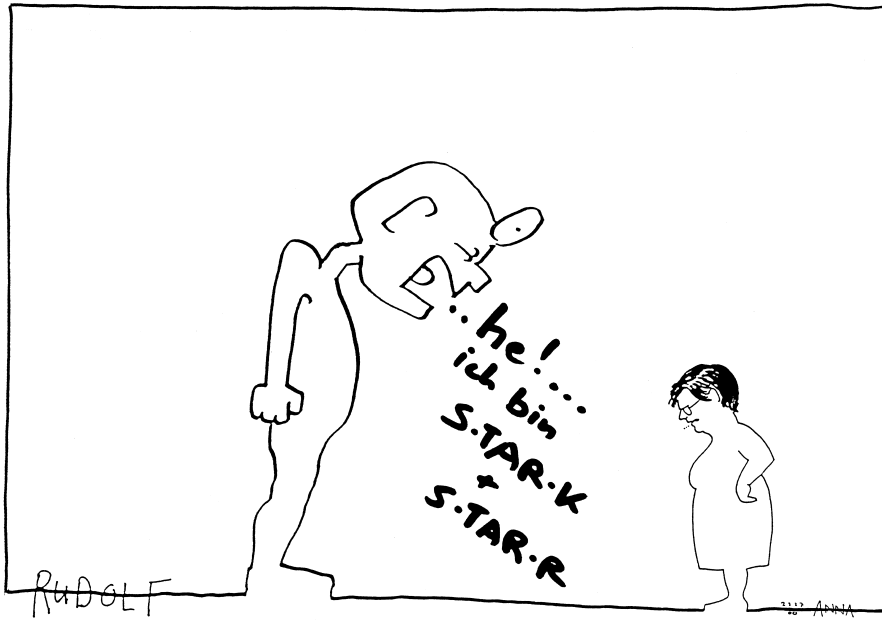
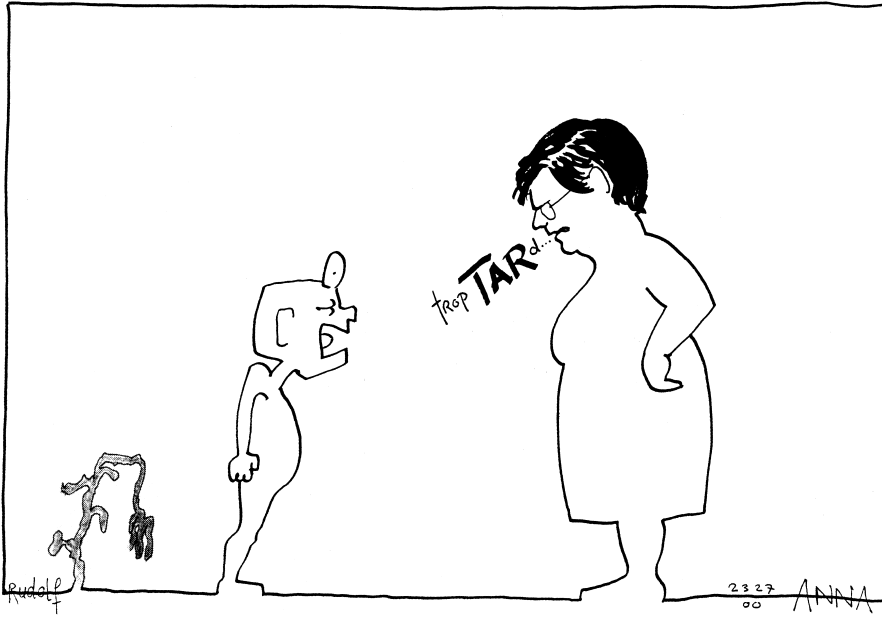
Je rêve d'une profession où le facteur argent serait dissocié de la pratique médicale. Autrefois, les soignants étaient bénévoles et le médecin n'était pas «payé», mais honoré. Aussi archaïque que cela paraisse, cela exprime bien le besoin de soigner en dehors des contingences matérielles. Actuellement, l'omniprésence de l'argent devient intolérable et nuit déjà nettement à la qualité des soins.

Un mot sur la concurrence: la LAMal prévoit un subtil mélange de concurrence et de solidarité. Subtil, mais pervers, et en réalité, cela ne marche pas. Devant la souffrance des malades, je ne peux pas m'imaginer en concurrence avec des confrères dont les mêmes malades ont besoin. Non: lorsqu'il s'agit de soigner, on ne peut pas mélanger les contraires, et la solidarité seule s'impose.

Les difficultés actuelles dans la politique de la santé peuvent donc s'interpréter ainsi: une tentative désespérée d'assimiler la santé à un marché et les soins à des marchandises. Mais les faits sont têtus, cela ne marche pas. Il faudra bien en venir un jour à ce qui est logique: un service public.

En attendant, un point devrait être examiné sérieusement: une pratique médicale incluant une concurrence entre les médecins (pardon: les prestataires de soins) est-elle compatible avec le serment d'Hippocrate et avec le serment de Genève, que nous avons prêté? Je pose la question.

*Dr A. Rouget, Le Lignon*



Prof. R. Ritz, Basel