

## Forum



## TARMED à la trappe ?

Ceux d'entre nous médecins tant soit peu intéressés par la «res publica» et qui essaient de voir la médecine comme une activité sociale et en partenariat d'un système basé sur la solidarité, solidarité entre assurés, solidarité entre membre d'une société humaine responsable du bien commun, donc du bien d'autrui autant que du nôtre, n'ont été qu'à moitié étonnés que la chambre médicale ait fait échec au TARMED basé spécialement sur un principe de solidarité entre nous autres médecins.

Ils s'agissait surtout de rééquilibrer des injustices notoires dans l'évaluation de la rémunération des actes médicaux. On ne voyait en effet pas de raison valable justifiant des différences de revenu horaire de 1 à 20 selon que le praticien soit pédiatre, chirurgien, gastroentérologue ou généraliste. Nous avons en effet tous accompli 5 à 10 ans de formation postgraduée pour accéder à un titre FMH ou à la faculté de pratiquer librement.

Or, que dire, entre nous, d'un minimum d'esprit d'équité que l'on pourrait attendre d'une corporation dont tous les membres ont eu le privilège de recevoir une formation largement subventionnée pendant des années par les pouvoirs publics, donc par le citoyen?

N'est-il pas frustrant pour ceux d'entre nous qui ont un certain idéal professionnel de voir certains de nos confrères tirer la couverture à eux en ne pensant qu'à leurs intérêts pécuniaires alors que précisément ceux qui manifestent, contre le TARMED sont les nantis de notre profession avec des revenus de 400 000 à 1,5 mio imposable par an. Les publications de la presse sont bien en deçà de la réalité avec en tête de liste un revenu de neurochirurgien qui serait de 370 000 fr. alors qu'une enquête interne à Fribourg en 1988 donnaient des valeurs de 400 000 à 660 000 pour les gynécologues du canton de Fribourg, pouvant extrapoler pour Genève et Zurich des revenus impossibles au double c'est à dire voisins du million.

Que penser alors, lorsque certains spécialistes du canton de Zurich menaçaient en l'an 2000 de quitter la FMH si leur revenu devait baisser de seulement 10%. Peut-être nos confrères de Zurich ne savent-ils pas que les pédiatres, généralistes et internistes de Fribourg ont un revenu imposable de 80 000 à 150 000 fr. par an.

Si l'on veut quitter un moment ces basses considérations matérielles indignes de notre position de donneurs de soins, dotes de pouvoir sur la santé de nos concitoyens qui se contentent d'une moyenne de 50 000 fr. par an, essayons de déplacer un peu le débat sur le terrain éthique et moral.

«Éthique», ce mot-là, nous l'avions tous sur les lèvres, dès nos premiers ballancements alors que nous étions sur les bancs des facultés de médecine.

Au fil des ans, nous sommes devenus praticiens, les uns placés dans les plus hautes sphères de la technologie médicale, chercheurs, directeur d'Hôpital, les autres plus «à ras des pâquerettes», médecins de premier recours. Où que nous soyons, nous avons tous eu la chance pendant les études ou au quotidien de notre relation aux malades d'acquiescer les éléments de psychologie relationnelle qui devrait nous permettre un peu d'introspection et d'auto-analyse de notre comportement face à l'argent et à nos intérêts privés.

Nous connaissons tous le mécanisme de l'évacuation de l'angoisse dans les contraintes et le déni de nos patients alcooliques ou cancéreux. N'avons nous pas une tendance également au déni face aux iniquités internes à notre corporation?

Le médecin des années 50 avait encore une relation quasi bipolaire, médecin-malade et le système d'assurance-maladie n'était pas aussi pressé par les impératifs financiers qui ont cours aujourd'hui. La santé, malgré nous ou en partie (osons le reconnaître) à cause de certains abus et d'esprit mercantile est devenu un «marché» où se trouvent en contradiction «morale» soins et profit. Cela est valable pour tous les partenaires de notre système de santé. Nous accusons les malades de trop consommer et d'être trop exigeants. Nous accusons les caisses-maladies de mauvaise gestion et de mauvais choix. Or je ne lis dans cette tribune que rarement un jugement autocritique de notre corporation. «Avant de regarder la paille qui est dans l'oeil de ton voisin ... serait-on tenté de moraliser si nous n'avions pas la prétention de faire la leçon à nos confrères!

Nous avons un autre privilège: celui de suivre et d'accompagner nos malades, leur famille, les cas sociaux, les démunis qui ne peuvent nous régler une facture de 30 fr. parce que ces 30 fr. sont ce qui leur reste dans le porte-monnaie pour s'alimenter à la fin de la dernière semaine précédant leur prochain salaire mensuel de 2500 fr. Nous voyons tous des retraités qui vivent à la limite de la décence.

Ceux d'entre nous qui sont au bas de l'échelle des revenus médicaux sont encore des privilégiés dans la moyenne des citoyens et même parmi ceux qui ont accompli autant d'années universitaires pour exercer une autre profession que la nôtre. Soit, comparaison n'est pas raison, mais ... entre nous, est-il possible de mettre un peu d'ordre ou d'équité? Est-il seulement possible d'en parler sans scandaliser un comité rédactionnel qui pourrait censurer des propos outrageux envers les membres les plus dignes de notre docte confrérie défendant la médecine «libérale».

Notre vie comme celle de nos patients est comptée («vita bevis, ars longa»). Lorsque

nous sommes appelé au chevet d'un de nos patients mourant, est-il scandaleux pour certains d'entre nous de penser que lorsque notre tour sera arrivé, nous n'aurons peut-être laissé que ce que nous avons donné? Il est probablement bien prétentieux pour votre confrère auteur de ces lignes de vouloir donner une leçon de philosophie ou de morale à ses collègues. Pourtant est-il possible de rêver et de croire que nous puissions avoir au minimum la modestie de mettre un peu d'ordre, d'équité et d'éthique entre nous? Nous avons en effet souvent oublié que le magnifique serment d'Hippocrate que nous avons tous prêté, parle de soins gratuits ou du moins adaptés aux indigents.

Dans le système de rémunération actuel des médecins, nous ne pouvons nous soustraire de nos responsabilités de *partenaire*. Comment en effet concilier la position intransigeante de certains collègues face à des négociations tarifaires avec le fait que 30% des citoyens versent près d'un tiers de leur salaire dans les primes d'assurance maladie. Le système a permis que les petits salaires sont mangés à la même sauce que ceux qui ont les moyens, largement, de verser leur cotisation maladie qui ne représente plus que 1%, voire moins de leur budget.

Selon quel principe peut on admettre que 25% des médecins absorbent 50% de la masse des revenus médicaux et qu'un autre 25% est au dessous de 100 000 fr. par année avec une activité à plein temps.

Cela veut dire que si nous avions le courage d'appliquer le serment d'Hippocrate avec toutes ses facettes et pas seulement celles qui concernent nos avantages, nous devrions nous sentir solidaires des malades défavorisés, en ne les imposant pas de manière usurière dans nos tarifs techniques.

Au pire, soyons au moins, entre nous solidaires et enfin libérés des tarifs de bazar qui ont régi jusqu'à présent les différentes spécialités.

Bien sûr, cela ne sera peut-être pas facile de réduire notre train de vie car il y en aura toujours pour gagner plus que nous. Est-ce pourtant normal? Acceptons-nous ce monde où un seul citoyen peut gagner l'équivalent de 100 à 200 familles? Ce qui est légal n'est pas forcément moral. Ce n'est pourtant pas facile de regarder cela en face et d'admettre que peut-être l'ordre économique ne peut continuer ainsi, du moins pour ceux qui ont un brin de conscience, de compassion et d'empathie.

Cela dit, le TARMED doit pourtant corriger les erreurs qui menacent les spécialistes comme la radiologie. Soyons reconnaissants envers nos confrères, qui œuvrent depuis plus de dix ans à ce «TARMED».

Nous ne pouvons pas pour autant nous réfugier constamment derrière la sacro-sainte «médecine libérale». Autrefois, cette façon d'exercer permettait uniquement aux pauvres d'être soignés parce qu'on pouvait demander des honoraires élevés à ceux qui

avaient des moyens. Ces médecins «libéraux» étaient alors vraiment des disciples d'Hippocrate fidèles aux enseignements de Socrate ou du sage Diogène ...

Le TARMED, après toutes ces tergiversations, frustrations, bagarres, polémiques pouvait enfin voir le jour et préface à un peu plus d'«éthique» non seulement envers les disciples d'Hippocrate, mais pourquoi pas à un monde un peu plus équitable pour tous.

*Dr Pierre Gachoud, Marly*

#### Tarifs TARMED

La FMH a donc décidé de reporter d'une année son approbation du TARMED en souhaitant des précisions quant aux tarifs. Il conviendrait cependant de prendre en considération plusieurs autres arguments pour refuser le TARMED tel qu'il est proposé à ce stade.

Tout d'abord la surcharge administrative considérable engendrée par le saucissonnage du temps consacré et des différentes prestations, ainsi que les détails compliqués, inutiles et indiscrets des factures, dont l'application comme la vérification ne peuvent que coûter cher.

Les indiscretions des factures sont particulièrement préoccupantes. Devraient y figurer le diagnostic, les thérapies prescrites (avec indication du fournisseur de prestations et son numéro d'enregistrement!!!) et les médicaments prescrits, sans parler de la durée et de l'étendue de l'arrêt de travail, dont on peut se demander en quoi il concerne les caisses-maladies?

Il nous paraît inacceptable d'avoir à dévoiler les diagnostics des patients surtout dans le contexte de ce projet tentaculaire qu'est le TARMED, qui verra les données ainsi glanées être manipulées par un nombre indéfini de gestionnaires, de contrôleurs et de planificateurs.

Il nous paraît que toutes ces mesures visent en fait à établir, au-delà d'un profil à des fins de contrôle du comportement médical et économique de chaque médecin des guidelines de nos futurs traitements en termes économiques. On se dirige tout droit vers des démarches thérapeutiques imposées en fonction de critères économiques or les expériences de ce genre se sont révélées catastrophiques, par exemple en Angleterre, ou aux États-Unis où les HMO dictent aux médecins ce qu'ils doivent faire, à la grande colère de ceux-ci.

La FMH se doit d'être vigilante et de ne pas accepter ces conditions-là, derrière lesquelles se profilent à la fois Big Brother et un dirigisme de la part de l'Etat ou des assurances difficilement compatible avec un saine exercice de la médecine.

Enfin pour ce qui est des tarifs, outre ceux des radiologues dont on se demande comment on ose leur proposer des rémunérations aussi ridicules, il existe d'autres motifs d'étonnement. Ainsi, comment expliquer les différentes valeurs des CT pour des spécialités ayant des frais généraux identiques, tels les psychiatres et les praticiens en médecine naturelle de formations équivalentes, tels les internistes et les rhumatologues? Ou les similitudes entre les CM de ces mêmes praticiens en médecine naturelle (qui à ce stade n'ont pas de formation de spécialiste reconnue) et les internistes ou encore les différences de ces CM entre les rhumatologues et les internistes?

D'une manière générale, ces découpages assez fantaisistes n'amènent pas grand-chose de positif par rapport aux anciens tarifs; ils ne contribueront guère à réaliser des économies et vont inutilement compliquer le fonctionnement de notre profession. Souhaitons que la FMH réfléchisse à l'aspect pratique de ces tarifs et ne se laisse pas abuser par les technocrates obsessionnels qui les ont concoctés avec une inquiétante déconnexion des réalités de la pratique médicale!

*Dr Pierre Chatelanat, Dr Adrien Chavaz,  
Dr Michel Ribordy, Genève*



#### Titanic an der Ärztekammer

Mit grossem Vergnügen habe ich Beat Meisters Rede an der Ärztekammer vom 12. April 2001 gelesen, in welcher er das TARMED-Projekt mit der Titanic vergleicht, die ungebremst und ohne Kurskorrektur mit dem Eisberg zusammenkrachte. Zwei Dinge gehen mir dabei durch den Kopf:

1. Ich glaube von den Experten gelesen zu haben, dass die Titanic eine Chance gehabt hätte, wenn sie eben kein Ausweichmanöver versucht hätte: Es hätte sich wohl ein Teil des Schiffes mit Wasser gefüllt, aber die fatalen Längsrisse wären nicht entstanden: Folgt man dieser Argumentation, so müsste wohl eher gesagt werden: Beibehalten der ursprünglichen Richtung, nämlich betriebswirtschaftliche Rechnung und Aufwertung der intellektuellen sowie emotionalen ärztlichen Arbeit.
2. Wenn es dann schon zum gefährlichen Crash kommen sollte, so seien die Titanic-Passagiere der ersten Klasse angehalten, diejenigen der dritten Klasse (finanziell definiert sind das z.B. die Psychiater) mit Gittern am Zugang zu den Rettungsbooten zu hindern.

*Peter Leisinger, Malans*



#### Vom Bleichen schwarzer Schafe

Das Bild vom Halbgott in Weiss gehört wohl schon längst der Vergangenheit an. In den Medien und folglich in der Öffentlichkeit bekommt man den Eindruck, dass der heutige Arzt eher ein Halbteufel in Weiss oder zumindest ein schwarzes Schaf sei. Getröstet seien alle schwarzen Schafe, weil es kaum mehr weisse geben soll und noch längst nicht jedes schwarze wirklich schwarz und nicht jedes noch verbliebene weisse in Wirklichkeit doch schwarz sein könnte.

Mit der Verwertung von Medikamentenmustern soll manch einer von uns Ärzten zu einem schwarzen Schaf geworden sein. Durch Teilnahme an Anlässen und Fortbildungen, die von der Pharmaindustrie gefördert werden, wurde es ein weiterer Anteil. Schliesslich schwärzte man den Rest noch an, weil er seine Patienten nicht daran hinderte, die vorhandenen Mittel und Möglichkeiten unserer Medizin zu konsumieren und ohne unser Wissen im Übermass zu beanspruchen. Letzteres wird von den Händlern im Gesundheitswesen, den Krankenkassen, die das ganze Prämienkapital wie eine Bank umsetzen und dafür durch Gebühren und Verwaltungsanteile entschädigt werden, als Überarztung bezeichnet. Dieser Begriff wird dann auch noch dazu verwendet, sich selbst einen Persilschein zu verpassen. Man kann ja nichts dafür, wenn der Umsatz im Gesundheitswesen zunimmt und man dafür noch mehr Gebühren verrechnen muss. Die Werbung für die eigene Krankenkasse und das Sponsoring von Medien, Vereinen, Sportanlässen ist heutzutage schliesslich auch nicht gratis. Auch eine moderne Krankenkasse ist nicht mehr und nicht weniger als ein Geschäft mit einem betriebswirtschaftlichen Ziel. Wenn es also jemanden in unserer Gesellschaft gibt, der sich nicht in irgendeiner Weise an den hohen Gesundheitskosten beteiligt oder gar schuldig gemacht haben will, der soll hervortreten und den ersten Stein gegen uns Ärzte werfen. Nichtsdestotrotz wollen wir Ärzte uns schliesslich bessern, weshalb ich Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, aber auch den Partnern in der Pharmaindustrie eine Idee präsentieren möchte.

Damit Medikamente nirgends mehr als Muster in die Arztpraxen und Spitäler gelangen, soll man die Bemusterung einfach abschaffen. Der Aussendienstmitarbeiter des Medikamentenherstellers oder Vertreibers nimmt unsere Zeit während der Sprechstunde weiterhin in Anspruch, um uns die Präparate vorzustellen, lässt sich von uns dafür eine Rechnung für etwa Fr. 200.- geben. Von ihm erhalten wir dann dafür umgehend einen Gutschein, den wir sofort oder auch später bei seiner Firma einlösen und dafür Medikamente zum Ex-factory-Preis beziehen oder zur Vergünstigung von den oben erwähnten unter der heutigen Situation bald als illegal geltenden Fortbildungen einsetzen können. Selbstverständlich müssten diese Gutscheine als Honorar versteuert werden, womit wir zu Recht dem Staat zur Deckung der Defizite aus unserem Gesundheitswesen und nicht einer einzelnen Krankenkasse geholfen hätten.

*Dr. med. K. Mannhart, Churwalden*



#### Datenschutz bei den Krankenkassen

Vor über einem Monat habe ich für eine meiner Patientinnen beim Vertrauensarzt der INTRAS einen Antrag auf Kostengutsprache bei einem Psychotherapeuten gestellt. Die junge Frau war offensichtlich Anfang dieses Jahres neu in die INTRAS mit Zusatzversicherungen eingetreten. Wie sich herausstellte, hatte sie beim Gesundheitsfragebogen nicht angegeben, dass sie in der Adoleszenz psychotherapeutisch behandelt worden war. In meinem Schreiben hatte ich darauf hingewiesen, dass ein altes Problem wieder aufgetreten war. Dies hat bei der INTRAS zu einer Sofortreaktion geführt: Der Patientin wurden rückwirkend auf den 1. Januar 2001 sämtliche Zusatzversicherungen gekündigt (ohne Prämienrückerstattung). Bis heute warte ich als Hausarzt auf eine Antwort auf mein persönliches Schreiben an den Vertrauensarzt. Ich frage mich, ob er es je gesehen hat.

*Dr. Rudolf Ott, Biel-Benken*



#### Entwicklungszusammenarbeit: ja, aber wie?

*Ein Musterbeispiel:*

*das Spital von Petté Nordkamerun*

Ausserordentlich wertvoll ist der Aufsatz von Dr. med. Ursula Küchler betr. Musterhospital Petté [1] unter schweizerischer Leitung und sehr nötig die Würdigung des beispielhaften Einsatzes von Dr. Anne-Marie Schönenberger und der Fondation Sociale Suisse in Nordkamerun.

Wir möchten aber unterstreichen, dass auch für den 1988 verstorbenen Dr. Giuseppe Maggi Kamerun wie eine zweite Heimat geworden war, mit Erfolgen in Prävention und Therapie. Das hatte auch den zitierten Prof. Dr. Franz Escher, unseren ORL-Lehrer in Bern, begeistert, als er sich dort aufhielt. Giuseppe Maggi, «der Tessiner Albert Schweitzer», wurde 1978 für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen. Dieser Vorschlag, auch von Aussenminister Pierre Aubert unterstützt, fand einen ausserordentlich positiven Anklang.

Sein dreissigjähriges unentgeltliches Wirken als Arzt, welches die ärmsten Bevölkerungskreise zu erreichen versuchte, ist ein vollkommener Fahrplan des praktischen Friedens.

In der Zeitspanne von 30 Jahren, von Südkamerun ausgehend nach Norden hin, hat G. Maggi sechs Spitäler als Meilensteine aufgebaut: Saint-André, Omwan, Tokombéré, Petté, Zinah, Mada. Sein sechstes Spital «in der ärmsten Region der Welt, wo es oft Dürre und Überschwemmungen und nie Frieden gibt», wie er schrieb.

Das Wort Schöpfung ist selten angemessener verwendet worden; denn er hat für alle diese Spitäler die strategische Lage studiert für bisher verlassene und vernachlässigte Zonen, in welche noch nie ein Arzt, ein Lehrer, ein Missionar, ein Baumeister oder ein Industrieführer gelangt war; er hatte für die Verbindung von Karawanenstrassen und für Wasserleitungen gesorgt, um den Transport oder die Überfahrt der Kranken zu erleichtern. Er hatte selber Pläne und statische Berechnungen vorbereitet, Ziegelsteine hergestellt, die Arbeiten geleitet, die verschiedenen Installationen ausgeführt, Mauern gemalt, die Ausstattung am Ort errichtet.

*Prof. Dr. med. Dr. h. c. B. Luban-Plozza,  
Ascona*

- 1 Küchler U. Entwicklungszusammenarbeit: ja aber wie? Ein Musterbeispiel: das Spital von Petté Nordkamerun. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(23):1222-5.