



### **Bienvenue au supermarché de la santé!**

(ou les réflexions d'un médecin installé depuis longtemps à propos de l'introduction du nouveau tarif médical «TARMED»)

Trari Trara, «TARMED» est là! Annoncé comme un outil de justice, de contrôle et de maîtrise des coûts de la santé, je suis prêt à parier qu'il va provoquer exactement le contraire. Tout le monde ne voit pas les problèmes sous le même angle, et il n'est certes pas possible que tout le monde ait le même avis. Mais comment les responsables de «TARMED» ont-ils pu pareillement perdre toute *mesure* et surtout tout *respect* pour ceux qu'ils prétendent vouloir contrôler?

La *mesure*, d'abord. Par la durée de gestation de passé 15 années, les centaines de millions que cela a dû coûter de part et d'autre et les centaines d'heures que chaque médecin a dû (et devra encore) sacrifier à l'introduction de ce système obsessionnel, tracassier et massivement lacunaire malgré ses passé 4500 positions qui ont la prétention dérisoire de résumer tout l'art de la médecine.

Le *respect*, ensuite. En traitant systématiquement tous les médecins comme des malfaiteurs en puissance dont ils faut contrôler chaque geste. En infantilisant des professionnels qui ont étudié et se sont formés pendant 12 années ou plus par l'imposition d'un catalogue de décisions pré-établies en-dehors duquel ils n'ont pas le droit de se mouvoir. En les ridiculisant par l'obligation de consulter chronomètre et réglette en main et à facturer au centième de point près. Et finalement en les humiliant par des termes comme «numéro d'article européen», «bureau de la dignité», «valeur intrinsèque qualitative et quantitative», «prestations à hautes exigences», «accréditation de la salle d'opération», etc. Et, pour couronner le tout, en voulant définitivement leur retirer la garde du secret médical.

Ce n'est donc plus une «note d'honoraires» digne d'une profession libérale que vous recevrez, mais plutôt un «ticket de caisse de supermarché», bien détaillé, pour vous inciter à consommer de plus en plus d'articles à des prix appelés à baisser de plus en plus. Jusqu'à l'écoeurement. Bienvenue au supermarché de la santé et après la «mal-bouffe», voici donc la «mal-médecine» servie par des médecins démotivés et traités comme des employés payés à l'heure, indépendamment de la qualité de leur travail, pourvu qu'ils obéissent. Même si ça n'en a pas tout à fait l'odeur et la couleur, ça en est. De l'étatisation,

peut-être par le biais des caisse, mais de l'étatisation quand-même. Et jusqu'ici, ça n'a réussi nulle part!

Dr André Bodmer, Nyon



### **Die grosse TARMED-Enttäuschung: Grundversorger arbeiten abends und an Wochenenden zum Normaltarif!**

Eine Leitidee der TARMED-Gestaltung war es, die Verfügbarkeit derjenigen Ärzte zu belohnen, welche sich für ihre Patienten Zeit nehmen und besonders zu Unzeiten für sie da sind. Leider haben die ersten Wochen der Einführung des TARMED gezeigt, dass die in der Grundversorgung tätigen Ärzte im Gegensatz zu früher keinen Zuschlag mehr für ihre Bemühungen ausserhalb der Bürozeiten erhalten. Da die Kriterien für die Anwendung des Notfallzuschlags sehr eng gesteckt sind [1], müssen wir Ärzte bei dringenden Beanspruchungen abends und an Wochenenden in den allermeisten Fällen unsere Arbeit zum Normaltarif verrichten. Dass wir durch solche Einsätze in unserer Freizeit beeinträchtigt werden und dazu auch einen unverhältnismässigen Aufwand haben, wird somit in keiner Weise berücksichtigt.

Die fehlenden Tarife für Extraleistungen während der Sprechstunde, an Abenden und an Wochenenden sind wohl *die* grosse TARMED-Enttäuschung für die praktizierenden Ärzte. Hätten sie dem TARMED zugestimmt, wenn sie realisiert hätten, dass sie ihre Sonderdienste zum Normaltarif leisten müssen? Kein Patient erwartet Sonntageinsätze ohne Zuschlag, kein Elektriker oder Sanitärinstallateur wäre in seinem Fach dazu bereit.

Die Tarifgestalter, welche ihre Energien im jahrelangen Feilschen mit Spezialistengruppen verausgabten, haben sich ihre Aufgabe eindeutig zu leicht gemacht in dem Gebiet, in welchem die meisten Taxpunkte erzeugt werden, nämlich in der Tarifierung der Grundversorgerleistungen. Wenn Krankenkassen vermeiden möchten, dass die Versicherten ihre Wochenenden mit stundenlangem Warten in überfüllten Notstationen öffentlicher Spitäler verbringen müssen, dann sollen sie Hand bieten für eine zügige Regelung der Zuschläge für Extraleistungen. Der derzeitige Vorschlag von seiten der Ärzte ist moderat und lautet auf 30 Taxpunkte Zuschlag für Extrakonsultationen während der Sprechstunde und 50 Taxpunkte abends, samstags ab 12.00 Uhr und an Sonn- und Feiertagen. Dass dieselben Zu-

schläge auch für Permanences mit erweiterten Öffnungszeiten Gültigkeit haben müssen, ist nichts als fair. Solche Notfalleinrichtungen entlasten die Hausärzte in den grösseren Städten besonders an Wochenenden und Feiertagen, wofür sie auch höhere Personalkosten zu berappen haben.

Sollte die hier diskutierte wichtige Tariflücke nicht bald korrigiert werden, dann wird der TARMED die Zielrichtung seiner Reformbemühungen um 180 Grad verfehlen, und dies vor allem auch zum Nachteil der betroffenen Patienten.

*Dr. Jürg Müller-Schoop, Zürich*

- 1 Pellaton J. Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten bei den Grundversorgern im UV/MV/IV-Bereich. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):27-8.



#### **Notfall TARMED**

Der TARMED hat, obwohl eine Riesenzahl von Leistungen im Detail erfasst sind, ganz offensichtliche Lücken für den Gebrauch im banalen ärztlichen Alltag einer Allgemeinpraxis. Diese Lücken fallen namentlich im Bereich «Notfall» bzw. «Inkonvenienz» und im Wochenenddienst existentiell ins Gewicht.

Im St. Gallischen Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979 sagt Art. 50 unter dem Titel «Beistandspflicht und Notfalldienst»: Ärzte, Zahnärzte und Apotheker haben in dringenden Fällen Beistand zu leisten und für eine zweckmässige Organisation des Notfalldienstes zu sorgen.

Ähnliche Formulierungen finden sich in anderen kantonalen Gesundheitsgesetzen. Damit verbunden ist de facto ein eigentlicher Leistungsauftrag. Diesen erfüllen die praktizierenden Ärzte seit Jahrzehnten zuverlässig und klaglos. Sie leisten ihren Dienst inklusive der dazu gehörenden Logistik, wie Organisation der Diensterteilung, Sicherstellung bei Ausfällen und Vertretungen in den Ferien, Freistellung vom Dienst von Kolleginnen und Kollegen aus irgendwelchen Gründen (Alter, einseitige Ausbildung bzw. ärztliche Tätigkeit, fehlende technische Infrastruktur) und vieles mehr. Erledigt wird diese Arbeit in Feierabend- bzw. Feiertagsarbeit gratis und franko, ebenso wie das Warten auf die Notfälle im eigentlichen Notfalldienst und das Begleichen der Zusatzkosten für die Bereitschaft der MPA. Was im Notfalldienst so alles läuft, haben wir im letzten Jahr in der Schweizerischen Ärztezeitung in mehreren Beiträgen ganz konkret nachlesen können (z.B. [1]).

Warum ist dieser öffentliche Leistungsauftrag nicht mit einer ausformulierten Leistungsvereinbarung verknüpft? Oder anders gefragt: Wie kommt es, dass eine einseitige gesetzliche Verpflichtung der praktizierenden Ärzte zur Organisation eines Notfalldienstes besteht, ohne dass der verpflichtende Staat dafür eine Gegenleistung vorsieht? Zumal er mit anderen Einrichtungen, namentlich mit solchen, an denen er selber und mit eigenem Risiko beteiligt ist, ganz anders verfährt. Ich nenne als Beispiele aus dem Gesundheitswesen die öffentlichen Spitäler oder die ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste, deren Leistungsaufträge – ganz selbstverständlich – eine Entschädigung der Öffentlichkeit vorsehen, zum Teil sogar ohne Verpflichtung zum Notfalldienst. Im Spital werden für die Inkonvenienzen Lohnzuschläge bezahlt und im Farbprospekt der sozialpsychiatrischen Dienste des Kantons St. Gallen lesen wir ganz am Schluss: Bei Notfällen ausserhalb der Bürozeit wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt bzw. den Notfallarzt Ihrer Region, an die Dargebotene Hand oder den diensthabenden Arzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung...

Im Lichte der bisherigen TARMED-/Notfall-Diskussionen komme ich zum Schluss, dass der Staat bzw. die Kantone aufgerufen sind, die einseitige gesetzliche Verpflichtung der praktizierenden Ärzte bezüglich Notfalldienst aufzulösen und klare Leistungsvereinbarungen mit entsprechenden Entschädigungen vorzusehen.

*Dr. med. Reto Gross, Altstätten*

- 1 Gross R. Notfalldienst, 19. Oktober 2002. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(5):218-24.



#### **Ärger mit TARMED**

In der Schweizerischen Ärztezeitung erscheinen Inserate von Softwarefirmen, die ihre Leistungen zur Anwendung von TARMED in der Arztpraxis anpreisen. Kürzlich war ein derartiges Inserat überschrieben mit «Ärger mit TARMED». Ich schliesse daraus, dass Ärger mit TARMED nicht nur zu meinem Praxisalltag, sondern auch zum Praxisalltag von vielen Schweizer Ärzten gehört. Seit der Einführung von TARMED hatte ich verschiedentlich Telefongespräche mit Exponenten der Versicherer, sowohl von Krankenkassen, von Unfallversicherungen und von Invalidenversicherungen. Dabei stellte ich immer wieder fest, dass auch für diese Personen TARMED eigentlich nur mit viel Ärger verbunden ist.

Ich stelle fest, dass auch die FMH wegen der vielen Unzulänglichkeiten des TARMED und im Zusammenhang mit dessen Einführung völlig überfordert ist. Ich verweise auf die Probleme mit den Radiologen, den Belegärzten, der Dignität, den EAN-Nummern etc. etc. Wahrscheinlich wird diese Überforderung noch Jahre dauern. Soeben lese ich in der Basler Zeitung, dass die Krankenkassen jährlich 1,3 Milliarden für ihre Verwaltungsaufgaben aufwenden. Wenn man berücksichtigt, dass der rein administrative Aufwand (zum grössten Teil für Krankenkassen und Versicherungen) in einer Arztpraxis je nach Fachgebiet bis zu 50% des Zeitaufwandes ausmacht und dass der rein administrative Aufwand in einem Spital auch ein rechter Brocken sein dürfte, so kann man davon ausgehen, dass die 1,3 Milliarden für den Aufwand der Krankenkasse ein Bruchteil von dem sind, was tatsächlich an medizinisch unproduktivem administrativem Aufwand in der Schweiz getrieben wird. Nach meiner bisherigen Erfahrung trägt TARMED ohne Zweifel wesentlich zur Steigerung dieses unnötigen medizinisch unproduktiven Aufwandes bei, sowohl bei den Ärzten wie auch bei den Versicherern.

Die Offerte vom 30. Januar 2003 für eine TARMED-Software für meinem Praxis-Computer (ohne Mehrwertsteuer, ohne Installation der Hardware, ohne Schulung und ohne Wartungsvertrag usw.) betrug Fr. 7735.90. Unter der Annahme, dass in der Schweiz 20000 Ärzte wegen TARMED zwangsläufig eine neue Software haben müssen, ergibt dies einen Betrag von mindestens 155 Millionen Franken ausschliesslich für den Kauf der TARMED-Software in den Arztpraxen. Nutzniesser sind die Softwarelieferanten, die Anbieter von TARMED-Kursen, die Computerfirmen, die TrustCenter, die Ärztekassen, die Rechnungsvalidatoren usw. Ich wage es nicht, mir vorzustellen, wie viele Hundert Millionen oder gar Milliarden die Einführung von TARMED in die EDV-Abteilungen der Spitäler, der Krankenkassen, der Versicherungen usw. bereits verschlungen hat und vor allem weiter verschlingen wird.

Es ist wohl eine Illusion zu glauben, dass ein so unvorstellbar kompliziertes Vertrags- und Tarifwerk wie TARMED je einmal funktionieren, geschweige denn Kosten einsparen wird. Ich denke, es wird höchste Zeit, TARMED zu begraben und zum Beispiel den übersichtlichen und bewährten bisherigen SUVA-Tarif gesamtschweizerisch für den UVG- und den KVG-Bereich einzuführen. Dies wäre in kurzer Zeit möglich, effizient und kostensparend. Es braucht nur den politischen Mut dazu, TARMED sofort zu kündi-

gen, bevor noch weitere Milliarden unnötig verschwendet werden.

*Ich schlage Ihnen deshalb vor, im Rahmen Ihrer Möglichkeiten die Kündigung von TARMED zu veranlassen.* Wahrscheinlich werden Ihnen die meisten Akteure im Gesundheitswesen dafür dankbar sein, ausser allenfalls die paar wenigen, die dadurch ihr Gesicht verlieren würden.

*Dr. med. Claude Mussler, Basel*



### **L'Etat dealer comme réalité**

La première loi sur les stupéfiants a été introduite en Suisse en 1924. L'année suivante, Aragon écrivait ces lignes: «Nous ruinerons cette civilisation qui vous est chère. Monde occidental, tu es condamné à mort. Nous sommes les défaitistes de l'Europe. Que les trafiquants de drogue se jettent sur nos pays terrifiés. Que l'Amérique au loin croule de ses buildings blancs au milieu des prohibitions absurdes. Soulève-toi, monde. Voyez comme cette terre est sèche, et bonne pour tous les incendies».

Ces imprécations sont étonnantes. De là à affirmer que c'est le programme de la «révolution surréaliste» qui est en train de se réaliser, il y a un pas à ne pas franchir.

La révolution à laquelle on assiste n'a rien de «surréaliste». Deux fondations américaines, aujourd'hui fusionnées, ont déclaré la guerre aux législations anti-drogues en décrétant que la répression avait échoué. Dans l'esprit de son fondateur, l'une de ces fondations se veut l'instrument d'une «révolution progressive des idées qui annonce elle-même une révolution du pouvoir politique», révolution appelée à se développer au niveau international. Ladite fondation s'est spécialisée dans la distribution de prix à de petits soldats de la grande révolution libérationniste, distinguant notamment le directeur de l'OFSP et plusieurs autres acteurs de la nouvelle politique suisse de la drogue. On frémit à la pensée que des milliers de dollars liés à ces prix ont peut-être été versés dans les caisses de la Confédération.

Plus inquiétant encore est le fait que le projet de révision de la LStup réalise une grande partie des objectifs de DroLeg, initiative qui a pourtant été balayée par 74% des votants en 1998. Ce projet politique constitue un véritable démantèlement de la législation anti-drogue: dépénalisation de la consommation du cannabis, création d'un marché légal des produits cannabiques (une ordonnance en réglant la production et le commerce et l'Etat prélevant une taxe), application

du principe d'opportunité à la poursuite de la consommation des drogues «dures», ancrage dans la loi de la distribution d'héroïne comme «thérapie reconnue» (l'héroïne étant biffée de la liste des substances interdites) et ancrage, au même titre que la prévention, la thérapie et la répression, de l'«aide à la survie» (qui comprend la mise à disposition de «shootoirs» et d'automates à seringues), avec en prime un renforcement inouï des compétences fédérales dans la politique de la drogue.

Un parlementaire vaudois, le Dr Guisan, a qualifié le projet de «loi scélérate». Avant même d'être soumis aux Chambres, ce projet a suscité l'espoir d'une rapide libéralisation, favorisant du même coup la production et le commerce de chanvre à

drogue dans des proportions encore jamais vues en Europe. Et pendant qu'on prescrit chaque année 200 kilos d'héroïne «pure» à des héroïnomanes, le lobby de la drogue réclame déjà la distribution de cocaïne «pure» aux cocaïnomanes. Les trafiquants de drogue ne chercheront plus à se jeter sur cette terre desséchée décrite par Aragon, où ils y étaient traqués. Ils s'y sont installés et l'on ne voit pas comment on pourra les en déloger lorsque des habitudes de consommation auront été prises, avec une ordonnance dont le contenu échappera au Parlement, donc au peuple, si l'on ne fait pas barrage à la loi elle-même.

*Jean-Philippe Chenaux, Centre Patronal,  
Paudex/Lausanne*