

Courrier au BMS

TARPSY – Wahnsinn oder noch Methode? (mit Replik)

Brief zu: Trezzini B, Meyer B. TARPSY 3.0 mit stärkerem Leistungsbezug. Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(19–20):606–9.

Unter dem Titel: «TARPSY 3.0 mit stärkerem Leistungsbezug» wurde in der SÄZ über die geplante Einführung von CHOP-Codes berichtet. Tatsächlich wurde im revidierten KVG ein Leistungsbezug der Finanzierung gefordert, der bei Einführung des TARPSY kaum zu finden war, er überraschte durch folgende Elemente:

- 1 Schaffung neuer (Fehl-)Anreize:
 - a) durch weniger Leistung für den Patienten können höhere Gewinne erzielt werden. Der Ertrag sinkt unter TARPSY bei mehr Aufwand bzw. Leistung für den Patienten.
 - b) Anreize für die Hospitalisation gesünderer Patienten, weil neu kurze stationäre Aufenthalte besonders hoch vergütet werden. Sehr kurze Hospitalisationen sind in der Psychiatrie vor allem bei Personen möglich, die auch ambulant behandelt werden könnten, unter TARPSY sind beachtliche Gewinne durch kurze zusätzliche Hospitalisationen möglich.
- 2 Die Vergütung pro Tag ergibt sich erst rückwirkend, die Höhe richtet sich nach der Aufenthaltsdauer. Je länger, desto tiefer, und zwar rückwirkend geltend ab dem ersten Tag der Hospitalisation. Je schwerer und langwieriger krank also ein Betroffener ist, desto grösser wird das finanzielle Risiko für die aufnehmende Klinik.
- 3 Durch Multiplikation einer Baserate mit Faktoren wirkten sich Effizienzbemühungen nachteilig aus, die in den Jahren vor Einführung TARPSY geleistet wurden. Die vorbestehende Ungleichheit aufgrund unterschiedlicher Tagespauschalen wird unter TARPSY weiter vergrössert statt verkleinert.

Die unter 1 und 2 geschilderten Mechanismen könnten zu einer Verteuerung der stationären Psychiatrie und zugleich Verschlechterung der Versorgung schwerer Kranker führen. Der unter 2 beschriebene Mechanismus wäre in der Somatik unvorstellbar und sollte daher auch nicht bei psychisch Kranken eingesetzt werden.

Die in der SÄZ vorgestellten CHOP-Codes bringen eine gewisse Gegenregulation zu der unter 1 a) geschilderten Problematik. Sie sind jedoch mit zusätzlichem Aufwand verbunden

und keine grundlegende Lösung. Eine Revision des TARPSY wäre eine Chance, den Aufwand für die Leistungserbringer zu verringern statt zu vergrössern, die Ansprüche des revidierten KVGs angemessener zu verwirklichen und die Fehlanreize durch Anreize zur Verbesserung der Versorgung zu ersetzen. Dabei auch klinische Aspekte und für die Versorgung der Patienten wichtige Elemente – wie unter anderem Personalschlüssel für die Behandlung – zu berücksichtigen wäre sinnvoll.

Dr. med. Magdalena Maria Berkhoff, Zürich

Replik auf: TARPSY – Wahnsinn oder noch Methode?

Wir danken Frau Dr. Berkhoff für ihre Reaktion auf unseren Beitrag «TARPSY 3.0 mit stärkerem Leistungsbezug» in der Ausgabe 19–20 (2020) der *Schweizerischen Ärztezeitung*. Sie benennt die zentralsten Gestaltungselemente der Tarifstruktur und zeigt einige der damit verbundenen problematischen Aspekte auf. Wir gehen mit ihr einig, dass die Umsetzung der Ansprüche des revidierten KVG mit möglichst wenigen Fehlanreizen erfolgen sollte. Die Entwicklung einer Tarifstruktur stellt jedoch immer einen Kompromiss zwischen unterschiedlichen Interessen dar, insbesondere jener der verschiedenen Leistungserbringer und Kostenträger.

Entsprechend handelt es sich auch bei TARPSY um einen Kompromiss. Beispielsweise hat sich die FMH in der Vergangenheit für den Einbezug der Tagespsychiatrie in die Tarifstruktur TARPSY engagiert, um dem beschriebenen Fehlanreiz zu einer vermehrten Hospitalisierung entgegenzuwirken.

Bedauerlicherweise haben die übrigen Partner diesen Lösungsansatz nicht unterstützt. Demgegenüber hat sich die FMH erfolgreich für leistungsbezogene Tagespauschalen und gegen das ursprünglich geplante Fallpauschalenelement eingesetzt, denn Fallpauschalen sind in der Psychiatrie ungeeignet.

TARPSY ist ein lernendes System und entwickelt sich laufend weiter. Eine Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge einzubringen, stellt das Antragsverfahren dar. Hier engagieren sich die Fachgesellschaften mit Unterstützung der FMH tatkräftig. Den Fachgesellschaften war und ist es jeweils wichtig, für die Verstärkung des Leistungsbezugs nur so viele CHOP-Kodes wie nötig bzw. so wenige wie möglich zu beantragen. Dies, damit der administrative Aufwand nicht überbietet. Unnötiger administrativer Aufwand und Doppel-

spurigkeiten könnten jedoch beispielsweise vermieden werden, indem die aufwendig zu erfassenden Funktionseinschränkungen in der Psychiatrie künftig nicht mehr in die Tarifstrukturentwicklung einfließen würden. Dafür setzt sich die FMH zurzeit bei der Swiss-DRG AG mit Nachdruck ein.

*Bruno Trezzini, Dr. phil., Experte, Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH
Beatrix Meyer, Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH*

Das Staatsexamen in Zeiten von COVID: Praktikum statt praktischer Prüfung (mit Replik)

Das praktische Staatsexamen wurde vor einiger Zeit aufwendig umstrukturiert: seit ein paar Jahren durchlaufen die Studentinnen und Studenten einen sog. «Postenlauf», wobei jeder Posten einer anderen Situation im medizinischen Alltag mit Hilfe von Schauspielern nachempfunden ist. Es versteht sich von selbst, dass ein so aufwendiges Examen zu COVID-Zeiten schwierig zu organisieren ist. Die zuständige Prüfungskommission der medizinischen Fakultäten der Schweiz hat dies bereits Ende März 2020 dem BAG mitgeteilt. Im April wurde der jetzt vom Bundesrat genehmigte Vorschlag erstmals an die Präsidentin der fakultären Kommission herangetragen, die umgehend die Probleme aufzeigte, welche diese Regelung hätte. Die fakultäre Kommission schlug in der Folge Alternativen für das praktische Examen vor, welche es erlauben würde, das Examen wie vorgesehen 2020 an der jeweiligen Fakultät abzuschliessen. Trotzdem hat das BAG die denkbar schlechteste Lösung vom Bundesrat genehmigen lassen: ein sechswöchiges Praktikum, währenddem die Kandidatinnen und Kandidaten «evaluiert» werden – gestützt auf ein Raster, das noch nicht existiert. Dabei ist vorgesehen, dass sie erst nach Praktikumsabschluss ihr Diplom erhalten. Die zuständige Präsidentin der Prüfungskommission der medizinischen Fakultäten ist sofort nach dem Entscheid des Bundesrates zurückgetreten.

In diesem Zusammenhang stellen sich fünf, bis jetzt ungeklärte Fragen:

- 1) Weshalb braucht das BAG zwei Monate, um diese Entscheidung fällen zu können, und nimmt somit in Kauf, dass Studentinnen und Studenten im Ungewissen bleiben, ob und in welcher Form das Staatsexamen stattfinden wird?

- 2) Das BAG gibt vor, dass die Studentinnen und Studenten durch diese Ausnahmesituation in ihrem beruflichen Fortkommen nicht beeinträchtigt werden. Das mag wohl für diejenigen stimmen, die in einem Spital ihre Stelle antreten werden; für diejenigen, die ins Ausland gehen oder in die Forschung einsteigen wollen, ist dies klar ein grosses Hindernis (immerhin 180–190 Personen).
- 3) Hat sich das BAG überlegt, wer solche «Praktikumsplätze» für sechs Wochen anbieten soll, wohl wissend, dass es mindestens ein bis zwei Monate braucht, bis eine Praktikantin bzw. ein Praktikant die Abläufe in einem Spital kennt und von Nutzen sein kann? Welche Institution ist bereit, solche Stellen anzubieten? In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welche Anforderungen an die Personen gestellt werden, die während sechs Wochen diese Evaluation vorzunehmen haben.
- 4) Hat sich das BAG überlegt, wie der Mehraufwand einer Institution abgegolten wird? Wer zahlt, und wie viel wird bezahlt?
- 5) Hat sich das BAG überlegt, ob die Kandidatinnen und Kandidaten für ihr Praktikum entschädigt werden und wer haftet, da sie ja offiziell noch nicht diplomierte Ärzte sind?

Zusammenfassend erscheint der Entscheid des BAG deshalb in jeglicher Hinsicht als fragwürdig, unüberlegt, in der Praxis untauglich und ist deshalb unverständlich. Das BAG entscheidet, ohne diejenigen zu berücksichtigen, die von diesem Entscheid direkt betroffen sind oder ihn umsetzen müssen. Weshalb will das BAG die Fakultäten und die jungen Ärztinnen und Ärzte, die in Zukunft nötiger denn je sein werden, vor den Kopf stossen?

*Prof. Emanuel Christ, MD, PhD
Leiter Interdisziplinäre Endokrinologie
Universitätsspital Basel*

Replik auf: Staatsexamen in COVID-19-Zeiten: Praktikum statt praktischer Prüfung

Die Prüfungskommission Humanmedizin hat Ende März dem BAG vorgeschlagen, den praktischen Teil der eidgenössischen Prüfung aufgrund der Covid-19-Krise ersatzlos zu streichen. Dies hätte eine Anpassung des Medizinalberufegesetzes bedingt, da der Nachweis von «Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie über die Verhaltensweisen und sozialen Kompetenzen» [1] im Rahmen der Eidgenössischen Prüfung im MedBG zwingend vorgeschrieben ist.

Eine Gesetzesänderung im Rahmen des Notrechts bedingt sowohl eine sachliche wie zeitliche Dringlichkeit und wird somit nur mit grosser Zurückhaltung vorgenommen. Da die Prüfung erst im September 2020 stattfinden würde, sämtliche auch nicht dringende Ein-

griffe seit dem 27. April 2020 wieder ohne Einschränkungen möglich sind und die Belastung der Medizinerinnen und Mediziner im Rahmen der Pandemiebewältigung sehr unterschiedlich gewesen ist, erachtete der Bundesrat die Voraussetzungen für die Anwendung von Notrecht vorliegend für nicht gegeben. Da eine ersatzlose Streichung somit nicht möglich war, wurden verschiedene Alternativen in Diskussion mit der Prüfungskommission, mit der MEBEKO und dem SIWF geprüft. Bei der Alternative zur praktischen Prüfung sollte einerseits gewährleistet sein, dass die Patientensicherheit und Versorgung durch das Vorgehen nicht eingeschränkt, andererseits das berufliche Fortkommen der Kandidierenden nicht unnötig behindert werden sollte. Zudem sollte der zusätzliche Aufwand möglichst gering gehalten werden.

Anders als in anderen Jahren werden alle Kandidatinnen und Kandidaten unmittelbar nach Bestehen der schriftlichen MC-Prüfung provisorisch [2] ins Medizinalberuferegister eingetragen, was die Weiterbildungsfähigkeit bestätigt und zur Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht berechtigt. Von der aktuellen bundesrätlichen Regelung sind fakultäre Masterabschlüsse nicht berührt, welche für Stellen in Industrie und Forschung vorausgesetzt werden. Es sollte somit aufgrund der bundesrätlichen Regelung niemand in seinem beruflichen Fortkommen behindert werden.

Als Ersatz für die CS-Prüfung stehen zwei Alternativen zur Verfügung: Einerseits kann ein Praxisnachweis erbracht werden, welcher im Rahmen einer praktischen Tätigkeit an einer SIWF-anerkannten Weiterbildungsstätte erlangt werden kann. Für die überwiegende Mehrheit der Kandidatinnen und Kandidatinnen (ca. 85 Prozent) bedeutet dies keinerlei Zusatzaufwand, da die Beurteilung im Rahmen ihrer Assistenzarztstätigkeit ohne zusätzliche Beurteilungssequenz vorgenommen werden kann. Es ist davon auszugehen, dass die Weiterbildungsverantwortlichen die «Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie die Verhaltensweisen und sozialen Kompetenzen» der Assistenzärztinnen und -ärzte zur Ausübung des Berufes beurteilen können. Das IML wird ein Raster zur Verfügung stellen, welches eine rechtsgleiche Beurteilung garantiert. Die Personen, die keinen Facharztstitel anstreben, können (müssen aber nicht) den praktischen Nachweis im Rahmen einer sechswöchigen praktischen Tätigkeit erlangen. Alternativ steht allen die Möglichkeit offen, die CS-Prüfung 2021 zu absolvieren.

Die Covid-19-Krise bedingt viele Kompromisse und Planänderungen. Dass mit der bundesrätlichen Lösung zur Eidgenössischen Prüfung für jeden Fall das Optimum gefunden wurde, wird nicht behauptet. Jedoch kann garantiert werden, dass die Patienten- und Versorgungs-

sicherheit gewährleistet und das berufliche Fortkommen der jungen Medizinerinnen und Mediziner in jedem Fall garantiert ist.

*Bernadette Häfliger Berger,
Leiterin Abteilung Gesundheitsberufe, BAG*

1 Art. 14 MedBG.

2 Bis Ende Oktober 2021.

Revision tut not! (mit Replik)

Brief zu: Marti M. Arbeitszeiten in Spitälern: kein Ende der Missstände. Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(23–24):739–40.

Der Artikel des VSAO über die Einhaltung des gesetzlichen Rahmens und der Befindlichkeit der Assistenz- und OberärztInnen bedarf genauerer Betrachtung:

In Zahlen: 12928 Mitglieder wurden angeschrieben. 2944 (22%) haben ausgefüllt. 62% davon arbeiten nicht im gesetzlichen Rahmen. Das sind 15% von allen. Das heisst auch, 85% arbeiten unter legalen Bedingungen. Dies soll das Problem nicht kleinreden, aber relativieren. Dazu sei die Frage nach einem Selektionsbias mehr als erlaubt.

Als langjährige Kaderärztin kann ich sagen, dass das Perseverieren auf den gesetzlichen Arbeitszeiten heute nicht mehr zielführend ist und die Assistenz- und Oberärztinnen auch nicht vor einem Burnout schützt. Dies bestätigen die Details der Studie auf der VSAO-Website: «Die Resultate signalisieren somit, dass eine Reduktion der Arbeitsbelastung nur aufgrund einer Kürzung der Pensen das persönliche Wohlbefinden nicht nachhaltig verbessern kann».

Die aktuellen Regelungen sind nicht an die reale Situation im Spital angepasst: Ein Spital ist kein Büro – die Arbeitsbelastung fluktuiert von einer Woche zur anderen. Muss zu strengen Zeiten der Assistenzarzt in der Mitte der Woche angehalten werden, seine Abteilung zu übergeben oder Arbeit abzugeben, resultiert daraus ein neuer Stress und Frustration. Ist es einmal ruhiger, ist es erfahrungsgemäss äusserst schwierig, die Mitarbeitenden nach Hause zu schicken.

Ich finde sehr frustrierend, der Assistenzärztin zu verbieten, Angehörigen um 18 Uhr noch Auskunft zu einem ihrer Patienten zu geben. Oder dem Assistenzarzt zu sagen, dass ein Nachlesen eines Problems nun einfach nicht mehr drin liegt. Ich zerstöre so die intrinsische Motivation meiner jungen KollegInnen – was wiederum dem Kapitel des Burnouts näherkommt. Dieses Dilemma resultiert fast allein aus Fixierung der Höchstarbeitszeit innerhalb einer Woche! Dafür haben die jungen Ärztinnen auch nicht viel Verständnis – denn Flexibilität ist in ihrem Leben ein wich-

tiger Punkt: Kompensationstage für Überzeit zusammen zu nehmen in einem verlängerten Wochenende, dafür die Arbeit unter der Woche so zu erledigen, dass es für sie auch befriedigend ist – ein oft geäussertes Wunsch.

Es ist meiner Ansicht nach Zeit, die bestehenden Regelungen noch einmal anzupassen, statt ständig auf der Einhaltung der alten Regelungen zu bestehen:

- eine Verteilung der legalen Arbeitszeit von 50 Stunden/Woche auf 150 Stunden/3 Wochen;
- eine Aufhebung der 140 nicht eliminierbaren Überstunden.

Damit würde eine flexiblere Planung möglich – sehr im Sinne der Assistenz- und OberärztInnen!

Sonia Frick, Chefarzt-Stellvertretung, Zürich

Replik auf: Revision tut not

Die vsao-Mitgliederbefragung 2020 richtete sich wie jene 2017 und 2014 an alle Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, die in der Schweiz arbeiten, dem Verband angehören und dem Arbeitsgesetz unterstehen. Angeschrieben wurden 13112 Personen (und nicht 12928), wovon 2944 geantwortet haben – also mehr als jede/r Fünfte; ein im Benchmark für Umfragen guter Wert, der sich überdies im Rahmen unserer früheren Studien bewegt.

Für die Aussagekraft und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den älteren Erhebungen bürgen nebst der identischen Zielgruppe die identische Befragungsmethode und die – mit Ausnahme des neuen Teils zur Diskriminierung – identischen Fragen. Deshalb sowie wegen des über sechs Jahre nachweisbaren Trends darf man mit Fug und Recht schliessen, dass die Verletzung des Arbeitsgesetzes bei 62 Prozent der Teilnehmenden die Realität in den Schweizer Spitälern widerspiegelt – leider. Wie man sich hingegen zur Behauptung versteigen kann, jene angeschriebenen vsao-Mitglieder, die sich nicht beteiligt haben, würden allesamt rechtskonform arbeiten, um so auf eine 85-prozentige Einhaltung des Arbeitsgesetzes zu kommen, entzieht sich unserer Kenntnis.

Aber nicht nur bei unseren Zahlen sowie dem Einmaleins der Statistik empfiehlt sich ein redlicher Umgang. Das gilt ebenso bei Zitaten. Die Aussage, «die Resultate signalisieren somit, dass eine Reduktion der Arbeitsbelastung nur aufgrund einer Kürzung der Pensen das persönliche Wohlbefinden nicht nachhaltig verbessern kann», muss im richtigen Kontext wiedergegeben werden. Obschon immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit angestellt sind (inzwischen 28 Prozent), wirkt sich

die Entlastung auf dem Papier in der Realität nicht positiv aus. Denn auch bei Mitarbeitenden in Teilpensen bestehen weiterhin grobe Differenzen zwischen der effektiven und der gemeldeten/registrierten Arbeitszeit sowie zwischen der effektiven Arbeitszeit und jener gemäss Arbeitsvertrag. Alles nachzulesen, weil auf der vsao-Website publiziert.

Bei dieser Gelegenheit ist mit einem Missverständnis aufzuräumen – oder müssten wir Fehler sagen? Die 50 Stunden pro Woche sind als Höchst- und nicht als Sollarbeitszeit gedacht. Vielfach rechnen die Dienstpläne in den Spitälern jedoch von vornherein mit 50 oder mehr Stunden. Und da liegt der wahre Grund für die mangelnde Flexibilität der Assistenzärztinnen und -ärzte, die im Übrigen während der Arbeitszeit Anrecht auf wöchentlich vier Stunden explizite und vier Stunden implizite Weiterbildung haben – bzw. hätten. Wenn man das Arbeitsgesetz ernst nimmt und mit weniger als 50 Wochenstunden plant, bleibt auch genügend Zeit, damit eine junge Ärztin oder ein junger Arzt eine Arbeit abschliessen oder bei Bedarf kurzfristig umdisponieren kann.

Schwankungen bei der Arbeitsbelastung gibt es in vielen Berufen und Situationen – sie sind nie ein Argument, um den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmenden abzubauen. Die Forderung, bei den Überstunden auf die Begrenzung zu verzichten, weil sie nicht eliminierbar seien, anerkennt den Wert der geleisteten Arbeit nicht und ist zynisch, wenn man ihr die sich kontinuierlich verschlechternden Werte bei der Befindlichkeit der Befragten gegenüberstellt – und bei den Beobachtungen von Patientengefährdungen. Sie zeigt die Kapitulation gegenüber einem kranken Gesundheitssystem und will vor allem eines nicht zur Kenntnis nehmen: dass die junge Ärztegengeneration nicht mehr, sondern weniger als 50 Stunden pro Woche arbeiten will – sogar sehr deutlich weniger.

Für den Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)

Dr. med. Anja Zyska, Präsidentin

Dr. med. Patrizia Kündig, Vizepräsidentin

Angelo Barrile, Vizepräsident

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide via un formulaire disponible sur notre site internet:

www.bullmed.ch/publier/remettreun-courrier-des-lecteurs-remettre/

Votre courrier pourra ainsi être traité et publié rapidement. Nous nous réjouissons de vous lire!

Zuspitzung von Macht und Ohnmacht des Menschen

Trillings-Schwangerschaft nach In-vitro-Fertilisation. Dies ruft nach Reduktion der Belastung der werdenden Mutter, also Elimination von 1 oder 2 Embryonen. Wenn das 3. Produkt der Bemühungen zu früh auf die Welt kommt, wird in der Neonatologie um sein Leben gekümpft. – Ist es nicht paradox, wenn das Leben des einen vernichtet und das des andern um jeden Preis gerettet wird? Dies ist insofern nicht paradox, als es in beiden Fällen darum geht, die Kontrolle über das Leben zu haben. Im Jahr 2019 war der Klimawandel «Das Thema». Heute ist es COVID-19. Was ist hier das Gemeinsame? Beides entzieht sich unserer Kontrolle. Die Natur zeigt uns, dass wir doch nicht alles kontrollieren können. Oder ist es eine Intelligenz hinter der Natur? Bemüht sich diese, uns zu lehren, von unserem Kontroll- und Machtanspruch zurück zu stehen und sie, diese Intelligenz, mehr zu beachten und zu achten?

Dr. med. Frank Meili, Amden

Droit de réponse à l'article F. Tabin sur l'analyse statistique ANOVA

Lettre concernant: Tabin F. Maîtrise et critique d'une analyse statistique: ANOVA en question. Bull Med Suisses. 2019;100(46):1550–2.

C'est avec beaucoup de surprise, pour ne pas dire de consternation, que nous avons pris connaissance de l'article de M. Tabin au sujet de la méthode ANOVA qui sert de base aux assureurs-maladie pour effectuer les contrôles d'économicité auprès des médecins comme prévue par la loi (art. 56 LAMal). Les propos de cet «expert» sont tellement erronés que nous avons jugés nécessaire d'y apporter une réponse. Il nous importe que vos lecteurs disposent d'informations correctes afin de pouvoir se forger leur propre avis au sujet d'ANOVA et de méthodes statistiques pour contrôler l'économicité.

Selon M. Tabin, la méthode ANOVA ne serait pas reconnue par le Tribunal fédéral. Pourtant, en tant qu'«avocat breveté» M. Tabin aurait dû savoir que le Tribunal fédéral a reconnu la validité de la méthode à plusieurs occasions dans ses arrêts (BGE 9C_267/2017 E. 6.2, BGE 144 V 79 E. 5.3.2).

M. Tabin affirme également à tort que la méthode ANOVA serait une boîte noire, dont seuls les assureurs connaîtraient les détails. C'est oublier que la FMH et les assureurs se sont entendus sur une méthode qui est le développement de la méthode ANOVA (l'analyse de régression). L'analyse de régression a d'ail-

leurs fait l'objet d'une convention entre les faïtières des assurances-maladie, santésuisse, curafutura et la FMH. Les médecins ont d'ailleurs contribué à l'élaboration de cette méthode, ils en connaissent donc aussi parfaitement le fonctionnement (voir à ce sujet l'article «Nouvelle méthode de screening pour les contrôles de l'économicité». Bull Med Suisses. 2018;99(41):1390-1).

Par ailleurs, M. Tabin prétend que les médecins faisant l'objet d'un contrôle ou d'une demande de remboursement n'auraient pas la possibilité de se défendre. C'est évidemment inexact: santésuisse permet à chaque médecin filtré par les contrôles d'économicité d'expliquer les éventuelles particularités de sa patientèle qui serait à l'origine d'un dépassement des coûts par patient. Ces discussions ont notamment lieu dans le cadre des commissions paritaires des sociétés de médecine, où des médecins experts participent aux discussions avec santésuisse où souvent les dépassements d'indices peuvent d'ailleurs être expliqués et justifiés!

M. Tabin base son article sur des références surannées, la plus récente datant d'il y a... 10 ans! Dès lors, on peut raisonnablement douter du sérieux de son entreprise. On a évidemment le droit de remettre en question une méthode statistique qui, comme toute méthode statistique, comporte ses avantages et ses limites. Les lecteurs de votre publication sont toutefois en droit d'attendre que cela se fasse avec un minimum d'honnêteté intellectuelle.

Christophe Kaempf,
porte-parole de santésuisse, Soleure

Article 2 et la plus importante pandémie: le droit de polluer n'existe pas

«La pollution de l'air tue deux fois plus que ce qui était estimé», titre *Le Monde*^{*}. Le journal cite les chercheurs de l'Université de Mayence, selon lesquels les particules fines sont responsables de la mort prématurée de 8,8 millions de personnes par an dans le monde. Leur analyse conclut que le remplacement de l'énergie fossile par des énergies propres et renouvelables permettrait de réduire substantiellement la perte de l'espérance de vie due à la

pollution de l'air. La FAZ^{**}, en pleine pandémie de corona, va plus loin en déclarant que la «pollution de l'air représente de loin la plus grande pandémie» dont «80% des toxiques sont produits par les pays industrialisés».

Dans un rapport intitulé «Pollution de l'air et santé» publié en 2015, l'Office fédéral de l'environnement OFEV conclut que plus de 30 000 années potentielles de vie sont perdues à cause de l'air que nous respirons. C'est-à-dire les pollueurs endommagent la santé de leurs proches et sont responsables d'environ 3000 morts par an en toute légalité.

L'Etat de droit semble remplir sa mission: il légifère sur la pollution de l'air, fixe des valeurs limites, mais le même Etat reconnaît le dépassement fréquent de ces dernières sans sanctionner les responsables, alors que les poumons et les autres organes vitaux des victimes n'échappent pas aux polluants. Même le respect des normes légales nuit à l'intégrité physique.^{***}

L'Etat se contredit lui-même. Le Préambule de sa Constitution – «Au nom de Dieu Tout-Puissant» – l'engage à respecter le commandement: «Tu ne tueras point.» Le même préambule déclare «que seul est libre qui use de sa liberté et que la force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres». Or, toute maladie restreint la liberté et la mort l'en prive. L'article 10 est encore plus clair: «Tout être humain a droit à la vie (et) à l'intégrité physique.»

Toute loi est illicite si son application implique la mort de citoyens. Les citoyens ont l'obligation de défendre le «droit à la vie» inscrit dans la Constitution et dans le Droit humain contre un Etat qui «renonce sciemment à sa responsabilité de protéger ses citoyens» (pour reprendre la formule de la Déclaration de soutien à l'Extinction Rebellion des scientifiques, dont le prix Nobel de chimie J. Dubochet, publiée par *Le Temps*^{****}). S'y ajoute l'article 2 de la Déontologie médicale assignant aux médecins comme première mission *la protection de la vie et de la santé*.

Ces réalités et obligations contestent à l'Etat le droit de légiférer sur la pollution de l'air *aussi longtemps qu'elle tue*. L'évolution n'écrit nulle part que l'air est une propriété humaine ou étatique, une poubelle à leur service. Le droit de polluer n'existe pas.

L'article 2 est incompatible avec le marché des permis de polluer, car le droit de nuire à la santé et de tuer n'existe pas.

Dr Roland Niedermann, médecine interne
généraliste FMH, Genève, membre des Médecins
en faveur de l'environnement

* 13.3.2019.

** Article repris dans la page «Spectrum». Bull Med Suisses. 2020;101(15-16):552.

*** Künzli N. Verschmutzte Luft – Ein Fall für Herz und Lunge? Rev Med Suisse. 2005;1:12-4.

**** 22.10.2019.

Sujets d'actualité en ligne

www.bullmed.ch → tour d'horizon



Interview avec Matthias Egger, chef de la «Swiss National COVID-19 Science Task Force»

Créer un savoir commun

De l'importance d'exploiter au mieux le potentiel de la communauté scientifique suisse.



Bruno Henggi, Responsable Affaires publiques, FMH

Pandémie de coronavirus: une opportunité pour la sécurité de l'approvisionnement?

Ces dernières années, les difficultés d'approvisionnement en médicaments et en vaccins en Suisse et en Europe constituent un défi de plus en plus sérieux.