

# Bericht aus dem Vorstand, April 2001: Zerrbilder

## Hubbles entzerrter Blick

Liebe Kolleginnen,

Ihr kennt alle das Hubble-Teleskop, welches der Wissenschaft phänomenale Bilder aus den tiefsten Tiefen des Weltalls liefert und damit das beobachtbare Wissen der Menschheit über die Entstehung des Alls (und des Lebens) um Äonen erweitert. Ihr alle erinnert euch natürlich auch an die Anfangsschwierigkeiten dieses Milliardenprojektes. Das Herzstück für einen perfekten Datenempfang, der handgeschliffene Hohlspiegel, wies Unregelmässigkeiten auf, und Hubble konnte nur Zerrbilder der eingefangenen Wirklichkeit konstruieren ... eine herbe Enttäuschung für die Wissenschaft, ein politisches Desaster für die NASA und eine gewisse Schadenfreude für alle diejenigen, die nicht so recht an ein solches Unternehmen glauben wollten. Eine weitere Weltraummission mit unserem viel gefeierten Schweizer Astronauten Claude Nicolet korrigierte Hubbles unscharfen Blick durch das Vorschalten einer zusätzlichen Linse – und seither dürfte auch der letzte Skeptiker durch die eindrücklichen Bilder aus dem All von Hubble überzeugt sein, wenigstens was seine technischen Funktionen anbelangt – auch wenn der Sinn dieses Projektes vielleicht nicht von allen gleich beurteilt werden mag.

PhilosophInnen unter Euch werden sofort klarstellen, dass auch der schärfste Blick auf einen zu untersuchenden Gegenstand immer mit Unschärfen verbunden ist – allein schon aufgrund der Tatsache, dass man einen Gegenstand überhaupt beobachtet. Die verzerrungsfreie Objektivität bleibt eine Illusion. Die subjektive Warte und Weltsicht wirken, geprägt durch ein spezifisches kulturelles und weltanschauliches Umfeld, unerbittlich verzerrend auf die Schwingungen aller Frequenzen. Doch dies alles bleibt ohne Bedeutung, solange man sich dessen bewusst ist.

Dr. med. Bruno Kissling  
Effenauweg 6  
CH-Bern  
E-mail: bruno.kissling@hin.ch

Ihr vermutet richtig, dass diese Einleitung mithelfen soll, einige Zerrbilder im aktuellen gesundheitspolitischen Umfeld zu beobachten und die (objektive?) Korrekturlinse der SGAM vorzuschalten.

## TarMed

### *TarMed's verzerrter Blick*

In diesem Thema wünschten wir uns alle langsam eine definitive Entscheidung, da es seit vielen Jahren unsere Kräfte bindet und uns von vielen mindestens so wichtigen Themen abzuhalten droht. Trotzdem vermag der TarMed als Reizwort die Gemüter immer wieder zu erhitzen und zu polarisieren; denn seine Verzerrungen sind so vielfältiger Natur, dass eine einzige Korrekturlinse nicht zu genügen scheint. Die letzten an der ausserordentlichen Ärztekammer vom 12.4.2001 beschlossenen Wendungen könnt Ihr im Editorial dieser Ausgabe von PrimaryCare nachlesen.

### *Die «Blackbox» und die «wild wütenden» Algorithmen*

Durch Verzerrungen im Rechenzentrum (von Insidern liebevoll «Blackbox» genannt), dem Herzen des TarMed, sind zum Teil offensichtliche Fehlberechnungen aufgetreten. Algorithmen stolperten über auf «human errors» beruhende Fehleingaben und multiplizierten diese Fehler mit mathematischer Genauigkeit zu bedrohlichen Fehlkonstrukten. Da die Berechnungsvoraussetzungen in der Blackbox durch eine Vereinbarung unter den Verhandlungspartnern nur wenigen Leuten bekannt waren/sind, was bekanntlich immer wieder zu wilden Phantasien und Gerüchten (ge)führt (hat), kamen diese Fehler mit ihrer teilweise verheerenden Auswirkung auf die Einkommenslage einiger weniger Berufsgruppen erst kürzlich in ihrem vollen Ausmass zum Vorschein und schreien nach einer Korrektur.

### *Die Korrekturlinse(n) heiss(en)t Reengineering*

Ein Reengineering wird heute von allen Partnern als notwendig erachtet, und seine Modalitäten (siehe Editorial) wurden von der a.o. Ärztekammer am 12.4.2001 be-

schlossen. Um den Start des TarMed im UVG-Bereich am 1.1.2002 nicht noch einmal zu gefährden, werden die Korrekturlinsen nach Dringlichkeit gestaffelt eingesetzt werden. Und damit nicht weitere Zerrspiegel vorgeschaltet werden, wird sich ein Gremium mit fünf aus verschiedenen Bereichen stammenden Tarifspezialisten am Reengineering beteiligen.

### *Die Korrekturlinse der SGAM*

Wir Grundversorger – gewohnt an bescheidene Ansprüche – sind grundsätzlich mit dem neuen Tarif recht zufrieden. Insbesondere konnten wir feststellen, dass die Blackbox beim Übergang zur letzten TarMed-Version 1.0 keine wesentlichen Abstriche an unseren Leistungen «hinterrücks» eingebaut hat. Wir sind uns aber klar bewusst, dass eines der ursprünglichen Ziele, eine substantielle Angleichung der Grundversorger-Einkommen an diejenigen der Spezialisten, bisher kaum stattgefunden hat. Unser Reengineering-Delegierter wird seine SGAM-Korrekturlinse immer wieder ganz klar auf diese Verzerrung richten müssen.

Diese Geschichte hat einen tief emotionalen Hintergrund und hat ganz stark mit einer systemimmanenten verzerrten Wertschätzung der hausärztlichen Arbeit zu tun. In weiten (FMS)-Kreisen ist die Meinung – oder vielleicht eher das Gefühl – durchaus immer noch latent (das heisst unausgesprochen) verbreitet, dass ein interventionell tätiger Arzt eine ungemein anspruchsvollere Arbeit verrichte als ein Hausarzt, welcher mit den Patienten «einfach etwas spricht».

Die daraus abgeleiteten finanziell wirksamen Differenz-Vorstellungen können dabei durchaus in einer Höhe von 9:1 ausfallen, wie wir an der a.o. Ärztekammer von einem FMS-Vertreter hören konnten. Wenn zum Beispiel ein Herzchirurg «nur noch» 450 Franken pro Stunde verdienen sollte, wären 50 Fr. ausreichend für die Hausärzte, welche die Eheprobleme ihres Patienten abhören. Die Versicherer seien vor allem deswegen darauf erpicht, die Ansätze für die hohen Spitaldignitäten sehr tief zu halten, damit die mengenmässig viel mehr ins Gewicht fallenden Grundversorgerleistungen – an diesen Spezialisten gemessen – um so

mehr nach unten gedrückt werden könnten ... Also müsse es umgekehrt auch das Anliegen der Grundversorger sein, die Tarife der Spezialisten möglichst hoch zu halten ...

Diese Geschichte verleitet meine Phantasie zu einer karikaturistischen Verzerrung: Da Eheprobleme durchaus mit dem «Herzen» zu tun haben, könnten wir diese PatientInnen künftig dem Herzchirurgen überweisen oder für diese Therapien herzhirurgische Tarife für uns geltend machen?! Für mögliche Folgen dieser natürlich nicht ganz ernst gemeinten Verzerrung wären die Algorithmen in der Blackbox für einmal wirklich nicht verantwortlich.

*Der Zerrspiegel «Kostenneutralität» soll entfernt werden*

Die FMS wolle uns Grundversorgern – nach der Aussage des FMS-Präsidenten R. Tscholl – nichts wegnehmen, sondern sei nur auf die Wahrung ihrer eigenen Interessen bedacht. Dabei ist sie aber höchstens zu einem Zugeständnis von 10% bereit; auch in jenen überbezahlten Bereichen, in welchen nach der ursprünglichen TarMed-Absicht durchaus eine erhebliche Korrektur als entzerrende Massnahme vorgesehen war.

Diese Aussage von R. Tscholl bekäme mit dem unterdessen heiss diskutierten faktischen Wegfall der Kostenneutralität eine realistische Option. Wir müssten regelrecht lernen, die Dinge ohne diesen grössten aller TarMed-Zerrspiegel neu zu sehen. Denn Höherbewertungen von Leistungen in einer Gruppierung wären nunmehr nicht mehr zwingend mit einer Tieferbewertung in einem anderen Bereich verknüpft. In den letzten drei Sätzen habe ich in der Böenlandschaft des TarMed bewusst den Konjunktiv gewählt.

Wir Grundversorger bleiben vorsichtig und werden sehr genau darüber wachen; denn wir sind nicht mehr bereit, unser Einkommen zugunsten der «Interventionellen» oder der Psychiater schmälern zu lassen. Diese Bedingung ist am 12.4.2001 von der a.o. Ärztekammer angenommen worden.

*Korrekturlinsen mit verzerrender Wirkung*

Mit dem TarMed können nicht die Probleme des gesamten Gesundheitswesens gelöst werden. Die unselige Verknüpfung dieser beiden Elemente durch die Kostenneutralitätsidee hat die Verhandlungen sehr lange sehr stark belastet und an ihrem Vorkommen behindert. Glücklicherweise

dürfte diese Zerr-Sicht bald der Vergangenheit angehören.

Frau Bundesrätin R. Dreifuss wird ihren strengen Blick trotzdem weiterhin sehr genau auf mögliche gesundheitspolitisch gefährliche Verzerrungen durch den TarMed richten. Es könnte nämlich durchaus sein, dass im TarMed gewollt stark nach unten korrigierte Leistungen aus dem – technisch grundsätzlich möglichen – ambulanten Bereich in die TarMed-freie und subventionierte Zone der Spitalbehandlungen verschoben werden könnten – und umgekehrt.

Aus diesen Verschiebungen resultierende Neubewertungen dürfen nicht zu Lasten der jeweils anderen Seite vorgenommen werden (Beschluss der a.o. Ärztekammer vom 12.4.2001).

## Das KVG – ein Zerrbild oder eine entzerrende Linse?

Zuerst liegt mir eine vorbemerken Klärung auf der Zunge. Die SGAM ist nicht «die Mutter» des KVG. Dies war ein Abstimmungsentscheid der Schweizer Bevölkerung nach jahrelangen ermüdenden politischen Verhandlungen. Wenn der SGAM von Unzufriedenen ein Vorwurf gemacht werden könnte, dann derjenige, dass sie sich damals nicht aktiv in die Diskussionen um das KVG eingebracht hatte. In ihren damaligen «Jugendjahren» besass sie noch nicht die heutige selbstbewusste politische Power, und umgekehrt wurde sie von den Politikern noch nicht selbstverständlich als ebenbürtige und ernst zu nehmende Diskussions- und Verhandlungspartnerin wahrgenommen. Dies passte übrigens sehr gut in die damalige politische Landschaft, in welcher ein gespanntes Verhältnis zwischen den Ärzten und den politischen Entscheidungsträgern oft einem Stellungskrieg glich und gemeinsamen Lösungen für die Reform des Gesundheitswesens sehr erschwerend im Wege stand.

Das KVG hat unbestritten einige gelinde gesagt schwierige Ecken (die bald korrigiert werden müssten). Seine grösste Bedeutung dürfte nicht in den Detaillösungen liegen, sondern vielmehr in seiner grundsätzlichen Wirkung, «die Dinge auf den Tisch zu bringen», altgewohnte und kaum mehr wahrgenommene Zerrbilder zu entzerren. An allen Ecken und Enden des

Schweizerischen Gesundheitswesens, wo früher oft irgend etwas unter dem Tisch «gemeuschelt» worden war, müssen neue klare Lösungen erarbeitet werden. Diese Wirkung des KVG ist unangenehm und unbequem. Sie vermochte aber die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens bereits nach kürzester Zeit an einen Tisch zu bringen, um miteinander statt gegeneinander nach gangbaren Wegen zu suchen. Eine neue Kommunikations(Streit)kultur – so heisst diese Korrekturlinse – ist eingeläutet worden.

## QualiDoc und SwissPEP

*Qualitätsmessungen entzerren falsche Bilder*

Die künftigen Wege des Gesundheitssystems werden durch die Qualitätssicherungsbestimmungen des KVG sowie mit Fug und Recht auch von allen betroffenen Seiten sehr genau hinterfragt. Wenn schon etwas geändert werden soll, dann soll das Neue nachgewiesenermassen qualitativ besser sein als das Alte.

Aus all diesen Gründen misst die SGAM den Fragen der Qualität eine so grosse Bedeutung zu. Wir sind ganz klar der Meinung, dass wir Grundversorger selber sagen wollen, welche Form von Qualitätsmessung wir für die Bewertung unserer hausärztlichen Tätigkeit als sinnvoll und hilfreich erachten. Solche Massnahmen wollen wir uns nicht einfach überstülpen lassen. Qualitätsmessungen dürfen nicht zur blossen Alibiübung werden.

*QualiDoc, ein Spiegel mit tadellosem Schliff – und das Risiko mit SwissPEP*

Aus diesen wissenschaftlichen und politischen Gründen setzen wir uns so vehement für das Qualitätsförderungs-Instrument QualiDoc ein. Dieses in einer grossen europäischen Studie evaluierte Instrument macht unsere mit dem Nimbus der Unmessbarkeit behaftete ärztliche Kunst und Arbeit erstmals in der Geschichte der Medizin wirklich messbar.

Da die SGAM für das Betreiben von QualiDoc nicht über die nötige Manpower und betriebliche Logistik verfügen würde, hat sie sich – übrigens zusammen mit der FMH – entschieden, zu 30% an SwissPEP zu partizipieren – der Firma, welche QualiDoc anbietet ...

... Mit dieser notwendigen Verknüpfung

fung von QualiDoc und SwissPEP trägt die SGAM (wir alle!) unabdingbar auch das wirtschaftliche Risiko von SwissPEP mit ... Und: Dieses Risiko zwischen Erfolg und Untergang von SwissPEP und QualiDoc ist auf Gedeih und Verderb mit Euren persönlichen Evaluationen verknüpft ... so liegen die Dinge ...

Ein schöner Teil der «Pioniere» der SGAM hat sich bereits evaluieren lassen. QualiDoc kann seine von der SGAM angestrebte politische Dimension aber erst durch die SGAM-Benchmark (400 Evaluationen bis Ende 2001) erhalten. Deswegen sind nun die mutigen und selbstbewussten «early adapters» unter Euch gefragt, ihre Evaluation baldmöglichst zu wagen. Seid keine «late adapters», welche warten würden, bis sie einen Brief vom BSV erhalten werden – und die später sagen würden, dass die Benchmark einen fälschlicherweise zu hohen Qualitätsstandard der Schweizer Hausarztmedizin nachgewiesen hätte, weil sich durch die alleinige oder vorwiegende Teilnahme der Hochmotivierten – und somit

der «Besten» (?) unter uns – eine verzerrte Sicht ergeben hätten ... ;-)

Frau Bundesrätin R. Dreifuss, dem BSV-Direktor O. Piller, dem BAG-Direktor Th. Zeltner und ihren Beratern sowie den PolitikerInnen und Versicherern dürfen wir ruhig einen zerrungsfreien Blick auf unsere Hausarztarbeit ermöglichen. Wir brauchen uns nicht davor zu fürchten!

Und diesen Blick dürfen wir (Ihr und die SGAM als Gesellschaft) uns als Investition in die Zukunft durchaus etwas kosten lassen. Den Vorwurf, in den Fragen der Qualitätsförderung nicht zeitgerecht gehandelt zu haben, möchten wir uns in Analogie zu unserer Nichtpartizipation an der Entstehung des KVG nicht ein zweites Mal machen lassen müssen.

## Die jährliche Kadertagung der SGAM: Hubble auf dem Bürgenstock

Gerade jetzt, da Ihr diese neue Ausgabe von PrimaryCare in Euren Händen haltet, tagen Eure Kader wieder – wie alle Jahre – auf dem Bürgenstock. Unter dem Titel «Welche Medizin? Welche Ärzte? Zu welchem Preis?» suchen wir mit den wichtigsten Persönlichkeiten der Schweizer Gesundheitsszene – erstmals auch mit unserer Gesundheitsministerin R. Dreifuss – nach neuen Wegen und Ansätzen für ein noch besseres und sehr zerrungsarmes Gesundheitssystem der Zukunft.

PrimaryCare wird über die Ergebnisse berichten – mit dem Bestreben, Euch einen zerrungsfreien Blick in die Tiefen der Zukunft des Gesundheitswesens zu gewähren.

Mit einem hornhautverkrümmten Gruss

*B. Kissling*, Sekretär der SGAM

## Apropos

«Die Blackbox ist so blackboxig, dass nicht einmal die Blackbox weiss, was drin ist.»

Ein Teilnehmer der Ärztekammer nach der Rengineering-Diskussion am 12. April 2001

# Nouvelles du Comité central – Avril 2001: Distorsions d'images

## Hubble et ses troubles de la vision

Chers collègues,

Vous avez certainement entendu parler du télescope Hubble qui livre quotidiennement à la science ses images extraordinaires en provenance des derniers recoins de l'espace et qui permet à l'humanité de progresser à pas de géant dans la compréhension des origines de l'Univers et de la vie. Vous vous souvenez certainement aussi des embûches auxquelles ce projet à milliards s'est trouvé confronté à ses débuts. Le cœur de la structure, l'œil duquel dépendait la qualité de réception des images, c'était ce miroir creux poli à la main. Or, la surface de ce miroir a souffert initialement d'irrégularités qui se sont traduites par d'importantes distorsions des images que Hubble renvoyait à la terre ... Grosse déception pour les scientifiques, désastre politique pour la NASA, et ricanements mesquins de la part de ceux qui avaient d'emblée mis en doute le succès de l'entreprise. Pourtant, l'envoi quelque temps plus tard d'une nouvelle mission spatiale, dans laquelle figurait notre compatriote Claude Nicolet, a réussi à corriger les troubles de vision de Hubble grâce à la superposition d'une lentille supplémentaire – les plus sceptiques ont été convaincus depuis lors par la perfection des images que Hubble nous a transmises, du moins en ce qui concerne ses performances techniques, si l'intérêt fondamental du projet ne fait peut-être toujours pas l'unanimité.

Les plus philosophes d'entre vous objecteront immédiatement que même le regard le plus perçant ne peut voir un objet de manière absolument nette et qu'il subsiste forcément quelques zones floues, ne serait-ce que par le fait même de l'observation. L'objectif entièrement dépourvu d'aberrations reste une illusion. En raison de ses spécificités culturelles et circonstancielles, la vision subjective que nous portons sur les multiples facettes du monde qui nous entoure comporte d'inévitables distorsions de la réa-

lité. Tout cela reste cependant sans importance tant que nous restons conscients de l'existence de ces distorsions.

Si vous pensez que mon introduction a pour but d'examiner quelques-unes des distorsions d'images illustrant le paysage de notre politique de la santé et de les redresser au moyen de la lentille correctrice (objective?) de la SSMG, vous ne vous êtes pas trompés!

## TarMed

### *La vision faussée du TarMed*

Sur ce point, nous aimerions certainement toutes et tous que l'on aboutisse enfin à une décision définitive. Il y a trop d'années que ce sujet absorbe l'essentiel de notre énergie et qu'il nous empêche de consacrer nos efforts à la solution d'autres problèmes tout aussi importants. Cependant, le simple mot de TarMed suffit toujours à échauffer les esprits et à polariser les attitudes – il est vrai que ce projet recèle encore suffisamment de zones floues pour qu'une seule lentille ne suffise sûrement pas à les mettre toutes au net. Je vous laisse prendre connaissance dans l'éditorial du présent numéro de PrimaryCare des dernières décisions adoptées en la matière lors de la Chambre médicale extraordinaire du 12.4.2001.

### *La «boîte noire» et les algorithmes «en folie»*

Des distorsions survenues dans le centre de calcul (les «insiders» l'appellent affectueusement «la boîte noire»), le cœur du TarMed, ont entraîné quelques aberrations devenues rapidement criantes. Quelques algorithmes ont d'abord trébuché sur des saisies elles-mêmes faussées à la suite d'erreurs humaines», puis ont multiplié les erreurs avec une précision toute mathématique pour aboutir à des constructions parfois plutôt vacillantes. Seuls peu de gens ont été et sont en mesure de faire la synthèse des innombrables critères qui interviennent dans les calculs de «la boîte noire» et qui doivent tenir compte des différents accords passés entre l'ensemble des partenaires aux négociations, ce qui a régulièrement conduit et conduit toujours aux interprétations et aux

rumeurs les plus fantaisistes. Les conséquences de ces aberrations auraient eu une influence désastreuse sur les revenus de quelques groupes professionnels isolés et ce n'est que très récemment que toute l'importance de ce problème a été reconnue. Il s'agit maintenant évidemment de corriger au plus vite les distorsions encore existantes.

### *La(les) lentille(s) correctrice(s) s'appelle(nt) ré-engineering*

Aujourd'hui, tous les partenaires sont d'accord pour dire que le ré-engineering est indispensable. Les modalités de cette révision (cf. notre éditorial) ont été approuvées par la Chambre médicale extraordinaire du 12.4.2001. Pour ne pas remettre une fois de plus en question l'entrée en vigueur du TarMed dans le domaine de la LAA le 1.1.2002, les lentilles correctrices seront mises en place de manière échelonnée, en tenant compte de leur degré d'urgence. Et pour ne pas rajouter d'autres miroirs déformants, un groupe de cinq spécialistes du tarif issus de spécialités différentes accompagnera ce ré-engineering.

### *La lentille correctrice de la SSMG*

Nous autres médecins de premier recours sommes habitués à avoir des exigences modestes et sommes dans le fond assez satisfaits du nouveau tarif. Nous avons notamment pu constater que la «boîte noire» n'a pas fait de coupes insidieuses sur nos prestations lors du passage à la dernière version TarMed, la version 1.0. Nous sommes néanmoins absolument conscients que l'un de nos objectifs initiaux, qui était de parvenir à un rééquilibrage substantiel des disparités de revenu entre médecins de premier recours et spécialistes opérateurs, n'a guère été traduit dans les faits. Notre délégué au ré-engineering devra vraiment s'attacher à régler la mise au point de son objectif et porter un œil très critique sur cette distorsion-là.

Finalement, toute cette histoire se déroule dans un contexte très émotionnel et qui repose clairement sur une mauvaise appréciation, inhérente au système, de la valeur du travail du médecin de premier recours. L'opinion est encore largement ré-



pandue (notamment dans la FMS) – ou peut-être s’agit-il d’un sentiment toujours latent, c’est-à-dire non exprimé – que l’opérateur fournit une prestation autrement exigeante que le médecin-traitant, dont le travail ne consiste qu’à «parler avec ses patient-es».

Comme nous l’a dit un représentant de la FMS lors de la Chambre médicale extraordinaire, cette distinction justifierait à elle-même des différences financières pouvant allègrement atteindre des rapports de 9:1. En d’autres termes, si un chirurgien cardiaque ne devait plus être rémunéré «que» Fr 450.- /heure, alors Fr 50.- devraient largement suffire aux médecins de premier recours qui ne font que prêter l’oreille aux problèmes conjugaux de leurs patient-es. Dans la foulée, nous avons aussi entendu que les assureurs seraient surtout intéressés à maintenir les tarifs des hauts dignitaires du domaine hospitalier à un niveau aussi faible que possible, afin de pouvoir exercer une pression encore plus forte sur les valeurs de prestations des médecins de premier recours, qui pèsent bien davantage sur les dépenses globales que celles des spécialistes ... Les prestataires de premier recours devraient donc, selon cet orateur, défendre des tarifs de spécialistes aussi élevés que possible ...

Cette intervention m’a suggéré une autre histoire plus caricaturale: comme les problèmes conjugaux sont, chacun le sait, des problèmes de «cœur», nous pourrions dorénavant choisir entre envoyer ces patients au chirurgien cardiaque ou demander des honoraires correspondant à ceux des chirurgiens cardiaques?! Trêve de plaisanterie, on ne pourrait évidemment, une fois n’est pas coutume, tenir les algorithmes de la «boîte noire» pour responsables de ce type de distorsion.

#### *Il faut éliminer le miroir déformant de la «neutralité des coûts»*

Aux dires de R. Tscholl, président de la FMS, il ne serait aucunement dans les intentions de la FMS de retirer quoi que ce soit aux médecins de premier recours. Il s’agirait surtout pour elle de préserver ses propres intérêts. En pratique, elle ne se déclare cependant prête à entrer en matière que jusqu’à des concessions de 10% au maximum, même dans les secteurs surpayés pour lesquels le TarMed initial avait prévu de procéder à des corrections conséquentes.

Cette prise de position de la part de R. Tscholl pourrait se révéler réaliste en cas d’abandon du principe de neutralité des

coûts, dont il est entre-temps de plus en plus question dans le cadre de discussions d’ailleurs animées. Nous devrions vraiment apprendre à regarder les choses sans ce miroir déformant, le plus important du TarMed. En effet, une augmentation de la rémunération de certaines prestations dans l’un des secteurs ne s’accompagnerait alors plus forcément d’une diminution dans un autre secteur. Notez que ce n’est pas par hasard que j’ai choisi le mode conditionnel dans ces trois dernières phrases, vu le climat tourmenté dans lequel évolue le TarMed.

Nous autres médecins de premier recours restons prudents et sommes sur nos gardes; nous ne sommes plus disposés à laisser nos revenus fondre encore au profit des opérateurs et des psychiatres. Cette position a été acceptée par l’ensemble de la Chambre médicale extraordinaire du 12.4.2001.

#### *Certaines lentilles correctrices induisent elles-mêmes des distorsions*

Le TarMed ne permettra pas à lui seul de résoudre tous les problèmes qui se posent au sein de notre système de santé. Le principe de la neutralité des coûts avait lié de manière artificielle de ces deux éléments; elle a pesé pendant longtemps sur les débats et n’a cessé de freiner la progression des négociations. Fort heureusement ce facteur de distorsion devrait n’être bientôt plus qu’un mauvais souvenir.

La Conseillère fédérale R. Dreifuss ne manquera pas de surveiller d’un œil attentif l’évolution du TarMed, à la recherche de toute nouvelle distorsion susceptible de mettre en danger l’équilibre de notre système de santé. Il se pourrait en effet parfaitement que des prestations volontairement dévalorisées dans le cadre du TarMed soient transférées du secteur ambulatoire, dans lequel elles sont techniquement réalisables, vers le secteur hospitalier subventionné et indépendant du TarMed. L’inverse pourrait naturellement aussi se produire.

Les revalorisations résultant de ce genre de transferts ne devront pas se faire au détriment d’un autre secteur (résolution de la Chambre médicale extraordinaire du 12.4.2001).

### **La LAMal – une image déformée ou une lentille correctrice?**

J’aimerais d’abord faire une remarque à ce propos. La SSMG n’est pas la «génitrice» de la LAMal. C’est le peuple suisse qui

l’a acceptée, par votation, après des années d’après négociations politiques. Si certains mécontents pouvaient reprocher quelque chose à la SSMG, ce serait au plus de ne pas s’être jetée dans la mêlée au moment où la future loi a été mise en discussion; au cours de ses «années de jeunesse», la SSMG ne jouissait en effet pas encore de l’assise politique qu’elle connaît aujourd’hui et n’était pas non plus considérée par les politiciens de l’époque comme un interlocuteur valable, ni comme un partenaire de discussions et de négociations à prendre au sérieux. Il faut bien dire que cela cadrerait parfaitement avec le paysage politique d’alors, caractérisé par des relations pour le moins tendues entre les médecins et les décideurs politiques, s’apparentant souvent à une guerre de tranchées et constituant fréquemment un obstacle presque insurmontable à la mise en place d’une réforme du système de santé basée sur un consensus.

La LAMal recèle incontestablement des points faibles, pour employer un doux euphémisme (points faibles qui devraient absolument être corrigés au plus vite). Cependant, sa signification principale ne se situe probablement pas dans des éléments de détails, mais bien plutôt dans des effets généraux qui incitent les différentes parties à «mettre les problèmes sur la table», à apporter les corrections nécessaires à des distorsions auxquelles nous nous étions habitués et dont nous n’étions pratiquement plus conscients. Il faudra faire le ménage dans les moindres recoins du système de santé suisse et trouver des solutions claires à tous les problèmes que l’on s’était auparavant borné à «cacher sous le tapis». Ces effets de la LAMal sont désagréables et inconfortables, mais ils ont pour mérite d’amener les différents protagonistes à la table des négociations en un temps record. La LAMal les a poussés à se mettre ensemble à la recherche de voies nouvelles, plutôt que de se cantonner dans les querelles de clocher. Elle a donc permis à une nouvelle culture de la communication – c’est le nom donné à cette lentille correctrice – de se mettre en place.

### **QualiDoc et SwissPEP**

*Les contrôles de qualité contribuent à corriger les fausses images*

L’évolution future de notre système de santé fera l’objet d’un suivi scrupuleux de la part de toutes les parties concernées, quant aux contrôles de qualité prévus dans la LAMal. Si déjà il faut changer quelque chose au

système, alors que ce changement se fasse au moins dans la bonne direction et apporte des améliorations qualitatives mesurables.

C'est pour ces raisons que la SSMG attache une telle importance au contrôle de qualité. Nous sommes clairement d'avis que nous, médecins de premier recours, devons décider par nous-mêmes de la forme de contrôle de qualité que nous estimons sensée et utile dans notre travail de praticiens. Nous voulons absolument éviter que de telles mesures nous soient finalement imposées. Les contrôles de qualité ne doivent pas tourner à un exercice alibi.

*QualiDoc est un miroir parfaitement poli – et un risque existe avec SwissPEP*

Ce sont ces enjeux scientifiques et politiques qui sont à l'origine de notre profond engagement en faveur de l'instrument de promotion de la qualité que représente QualiDoc. Cet instrument, qui a fait l'objet d'une évaluation dans le cadre d'une grande étude européenne, rend la qualité de notre travail réellement mesurable, pour la première fois dans l'histoire de la médecine, un art considéré traditionnellement comme non-évaluable.

Comme la SSMG ne disposerait en aucun cas des moyens humains ou logistiques nécessaires à faire fonctionner elle-même QualiDoc, elle a pris la décision, en compagnie de la FMH, de prendre une participation de 30% dans SwissPEP, la société qui propose QualiDoc ...

... Cette interconnexion indispensable de QualiDoc et de SwissPEP implique la SSMG (c'est-à-dire à nous toutes et tous!) dans le risque économique inhérent à SwissPEP ... et ... ce risque, qui tient au succès ou à l'échec de SwissPEP et de QualiDoc, est

étroitement lié à votre propre évaluation personnelle ... voilà où nous en sommes ... Une bonne partie des «pionniers» de la SSMG s'est déjà soumise à cette évaluation. QualiDoc ne pourra cependant atteindre la dimension politique que lui promet la SSMG qu'en atteignant la barre fixée par la SSMG de 400 évaluations jusqu'à la fin de l'année 2001. C'est la raison pour laquelle nous faisons maintenant appel aux «early adapters», les plus courageux/-euses et les plus volontaires d'entre vous. Nous avons besoin de tous ceux et de toutes celles qui oseront très rapidement se lancer dans cette évaluation. Ne vous contentez pas d'être des «late adapters», préférant attendre de recevoir une lettre de l'OFAS et prétendant un jour que ce banc d'essai avait donné une image faussement favorable du niveau de qualité de la médecine ambulatoire suisse, en raison de la seule participation des praticiens les plus motivés, donc des «meilleures» (?) d'entre nous ...

Nous devons pouvoir montrer à la Conseillère fédérale R. Dreifuss, au directeur de l'OFAS O. Piller, au directeur de l'OFSP Th. Zeltner, à leurs conseillers, ainsi qu'aux politiciens et aux assureurs, une image limpide, complètement dépourvue d'effets de distorsion, de notre travail de médecins de recours. Nous n'avons rien à craindre de cette ouverture!

Et ce regard vaut bien un petit sacrifice financier de notre part (parlant de nous-mêmes, mais aussi de la SSMG en sa qualité de société). Nous n'aimerions pas faire la même erreur deux fois et nous voir reprocher de ne pas avoir agi à temps dans ce domaine du contrôle de qualité, comme cela avait été le cas au moment de la mise en forme de la LAMal.

## La réunion annuelle des cadres de la SSMG: Hubble sur le Bürgenstock

A l'instant où vous lisez nos lignes dans ce nouveau numéro de PrimaryCare, vos cadres sont en pleine réunion, comme chaque année, au Bürgenstock. Notre séminaire se place cette année sous le thème: «Quelle médecine? Quels médecins? A quel prix?». Nous tentons à cette occasion de trouver de nouvelles voies en compagnie des personnalités les plus marquantes du domaine de la santé en Suisse. Pour la première fois, R. Dreifuss, notre ministre de la santé, sera aussi présente. Notre unique objectif: concevoir un système de santé encore meilleur et au sein duquel les phénomènes de distorsion auront encore davantage valeur de rareté.

PrimaryCare ne manquera bien sûr pas de vous restituer sans distorsion les résultats de cette réunion, pour vous permettre à vous aussi un coup d'œil dans le futur de notre système de santé.

Je vous adresse mes meilleures salutations, de derrière mes lunettes correctrices.

*B. Kissling, Secrétaire de la SSMG*  
(traduction: R. Bielinski)

## Apropos

«Et ce que je pense en fait, c'est que nous n'arriverons à rien si nous essayons chacun de notre côté à être les plus puissants; tant à l'intérieur de la FMH que dans le système de santé en général, les équilibres sont bétonnés par une multitude de garanties, de gens en place, d'habitudes, et la seule solution pour avancer est de s'écouter, de savoir que l'autre ne veut pas de mal pour l'autre mais seulement son propre bien, et de trouver des solutions à mi-chemin.»

Jacques de Haller, Président de la SSMG, après la séance extraordinaire de la Chambre médicale de la FMH du 12. avril 2001