

Bericht aus dem Vorstand

Februar 2002:

Die Zeiten nach TARMED



Liebe KollegInnen

Ich möchte Euch heute einen TARMED-freien Bericht schreiben. Nach der Annahme des TARMED – Ihr werdet ihn doch hoffentlich annehmen – werden wir unsere Kräfte wieder vermehrt grundsätzlichen Fragen zur Allgemeinmedizin und zur Medizin im Allgemeinen in ihrem Verhältnis zu unserem Gesundheitswesen widmen können.

Ihr wisst, dass sich die Grundversorgergesellschaften seit geraumer Zeit regelmässig mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) treffen. Die letzte Zusammenkunft vom 29.11.2001 hat sich zu einem regelrechten Seminar entwickelt. In einer sehr offenen Atmosphäre haben wir einige grundsätzliche Fragen diskutiert, welche sich uns in naher Zukunft stellen werden. Es geht nun darum, für diese Probleme nach optimalen Lösungen zu suchen. Ihr sollt auf den Weg dieser intensiven Entscheidungsprozesse aktiv mitgenommen werden.

Die Inhalte der drei Themen, die in den kommenden Abschnitten abgehandelt werden, sind zum Teil Resultat aus dieser letzten Besprechung mit dem BAG – aber bei weitem nicht ausschliesslich. Es fliessen Gedanken aus vielen anderen Gesprächen im Vorstand, mit KollegInnen und aus Zeitungsberichten mit ein. Es handelt sich also über weite Strecken um ein «freies Assoziieren». Also bitte nicht einschnappen und Primary-Care nicht in die Ecke schmeissen, wenn diese Assoziationen in Euch Dissonanzen auslösen sollten. Wenn Euch etwas stören sollte – und das möchte ich doch hoffen – Ruhe bewahren, tief durchatmen, das Schreibzeug zur Hand nehmen und Eure Meinung in einem Leserbrief an Primary-Care einsenden.

Qualitätssicherung

Bezüglich der Qualitätssicherungs-Systeme besteht in der Schweiz – im internationalen Vergleich – ein enormer Aufholbedarf.

Eine Taskforce arbeitet an einem Vorprojekt zur Erhöhung der Patientensicherheit mittels eines «*Incident Reporting*», das ab 2002 gemeinsam mit interessierten ÄrztInnen aufgebaut werden soll.

Während Gruppierungen wie die Anästhesisten, Intensivmediziner und Chirurgen bereits heute auf diesem Gebiet recht aktiv sind, müssen andere noch ihre Angst überwinden ...

... nicht zu Unrecht, denn medizinische Fehler gelten in der Schweiz als Offizialdelikt. Wenn nun durch ein Leck in der grundsätzlich anonymisierten Meldekette ein gemeldeter Fehler an die Öffentlichkeit gelangen würde, so müssten die betroffenen KollegInnen infolgedessen strafrechtlich verfolgt werden. Somit muss auch die heutige Gesetzgebung angepasst werden, wenn eine neue Fehlermeldekultur entstehen soll.

Der SGAM-Kongress 2002 mit dem Thema «*Imparare dagli errori*» steht somit in einem ausgezeichneten nationalen Kontext. Die SGAM überlegt sich, nach dem Kongress weiter aktiv an diesem Thema zu bleiben – wobei selbstverständlich all die Bemühungen auf verschiedenen Ebenen unbedingt in ein Gesamtkonzept eingebunden werden müssen.

«Exception médicale»

Im Zusammenhang mit der neuen Gesetzgebung für die Medizinalberufe stellt sich die Frage, inwiefern sich das Medizinstudium von anderen Studienrichtungen unterscheidet («*exception médicale*»), dass eine Sonderregelung mit einem eigenem Gesetz und einer eidgenössischen Prüfung gerechtfertigt ist. Was denkt Ihr dazu?

Kennt Ihr den *Bologna-Prozess*? – Ich will ihn Euch erklären! Auf europäischer Ebene wird diskutiert, dass alle Studien in zwei Stufen abgeschlossen werden können sollen: als «Bachelor» mit einem Zwischenabschluss nach in der Regel 3 Studienjahren und als «Master» mit dem regulären Abschluss nach in der Regel 5 Jahren.

Soll die Medizin gleich behandelt werden, oder soll auch hier die «*exception médicale*» gelten? Für die Einführung des «Bachelor» in der Medizin würde sprechen, dass jemand, der nach 3 Jahren aus dem Studium aussteigt, sich doch schon einiges an Wissen und Fertigkeiten angeeignet hat. Dies sollte

nicht einfach «weggeworfen» werden, wie es heute der Fall ist. Der «Bachelor» ist in den USA bestens eingeführt und wird dort positiv aufgenommen.

Als Nachteil könnte sich aus dem Bologna-Prozess eine Eskalation der Zulassungsbedingungen für Berufe wie z.B. die Physiotherapie und Pflegeberufe usw. ergeben. Welche diagnostischen, therapeutischen und präventiven Aufgaben, die heute von ÄrztInnen ausgeführt werden, und welche Funktionen des Gesundheitswesens könnten sinnvollerweise an «Bachelors» delegiert werden? Wäre es von Nutzen oder eher ein Schaden für die Medizin und das Gesundheitswesen? Was denkt Ihr dazu?

Pharmawerbung und Kostensteigerung durch die Medikamente

Ein weiteres delikates Thema, zu dem wir uns nach TARMED grundsätzliche Gedanken machen wollen, sind die verschiedenen Probleme rund um die Medikamente. Es wird «Tolggen» bei uns ÄrztInnen und der Pharmaindustrie absetzen, über die wir ernsthaft nachdenken wollen.

Wir stehen in einer grundsätzlich positiven Beziehung zur Pharmaindustrie – dies sei vorweg festgehalten. Sie produziert die Medikamente, die wir brauchen, und durch ihre Werbung trägt sie auch ganz wesentlich zur wirtschaftlichen Basis des Unternehmens PrimaryCare bei. In einer guten Partnerschaft muss es möglich sein, dass augenfällige Probleme unter gegenseitigem Respekt – und in gegenseitigem Verständnis für die unterschiedlichen Sichtweisen und Bedürfnisse – diskutiert werden können.

Billigere Medikamentenpreise und höhere Kosten: Die Preise vieler Medikamente sind in den letzten Jahren billiger geworden, und trotzdem steigen die Gesamtkosten für die Medikamente stetig weiter an. 2001 sollen sie sogar die gesamten Kosten für alle ambulanten ärztlichen Behandlungen überholt haben. Das ist ein schwierig zu verstehender Vorgang.

Die Gesundheitsmagistraten sind darob begreiflicherweise frustriert. Wir ÄrztInnen sind beunruhigt, weil die Verantwortung für diese paradoxe Kostensteigerung, welche einerseits durch Mehrverschreibungen infolge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse begründet ist und andererseits aus den – durch

Werbung und Informationen der Superlative in den Medien – angekurbelten Bedürfnissen der Bevölkerung resultiert, uns ÄrztInnen allein zugeschoben werden könnte. Immerhin haben wir die Medikamente ja verordnet – meistens jedoch ohne auf den eigenen Vorteil bedacht zu sein, da wir die Medikamente bekanntlich in weiten Teilen der Schweiz nicht selber verkaufen dürfen. Sorry, dies war ein sehr komplizierter Satz zum Versuch einer Kürzestdarstellung eines sehr komplizierten Problems. Zögert nicht, ihn noch einmal zu lesen. Wer analysiert diese Situation neutral und entscheidet über die richtigen Schlüsse? Habt Ihr Euch schon eine Meinung dazu gebildet?

Im **Dreieck Pharmaindustrie – Arzt – Patient** zielt die Werbung der Pharmaindustrie heute in erster Linie auf die Ärzte. Die Ärzteschaft könnte hier leicht einer kollektiven Korruptierbarkeit verfallen, wie immer wieder auftauchende Beispiele zeigen. Ärzte lassen sich zur Durchführung von Pseudostudien «kaufen». Opinion leaders aus den Spitälern sorgen für das Wachstum von Marktanteilen. Vielen Ärzten scheint die nötige Sensibilität in dieser Frage zu fehlen; möglicherweise zum Teil infolge ihrer Einkommenslage oder vielleicht wegen der Abhängigkeit der forschenden ÄrztInnen von der Industrie.

Aus der Annahme, dass «alle es tun», darf keinesfalls eine neue Normalität abgeleitet werden. Unser ärztliches Verantwortungsgefühl muss in dieser Frage unbedingt stark bleiben und – wo nötig – gestärkt werden. Wir ÄrztInnen müssen uns selbstverständlich aktiv gegen unethische Kooperationen stellen. Neutrale Informationen und Fortbildungen ohne Interessenskonflikte – oder, wo vorhanden, unter konsequenter Offenlegung der sich konkurrierenden Interessen – könnten in uns ein neues Bewusstsein bewirken.

So moralisch gestärkt läge es dann in unserer Hand, die Pharmaindustrie bezüglich ihrer zunehmenden *Direktwerbung zu den Patienten* auf die ethischen Grenzen zu verweisen. Die Pharmaindustrie kann sicher verantwortungsvollere Strategien finden, um sich auf dem internationalen Markt erfolgreich zu behaupten, damit sie ihre Verantwortung als wichtiger einheimischer Arbeitgeber in einem massiven internationalen kompetitiven Umfeld auch in Zukunft wahrnehmen kann.

Die Pharmaindustrie arbeitet, wie soeben gesagt, intensiv daran, die PatientInnen direkt bewerben zu können. Durch eine Steigerung der Begehrlichkeit und konsekutiv durch den Druck der Patienten auf ihre ÄrztInnen sollen die Medikamentenumsätze gesteigert werden. Oft wissen die Patienten früher als wir Ärzte von neuesten Hits gegen welchen Krankheitszustand oder welche Befindlichkeitsstörung auch immer. Die offizielle Schweiz hat sich bisher sehr hartnäckig und mit weitgehendem Erfolg gegen diese Entwicklung behaupten können. Auf dem Umweg über die EU könnte die Pharmaindustrie jetzt aber eine Lockerung des direkten Werbeverbotes erreichen. Die EU will nämlich für die Medikamente der drei wichtigsten Krankheitsgruppen (Rheuma, Psychiatrie und AIDS) öffentliche Werbung zulassen. Unter dem Begriff des «consumer choice» würde so ein gigantischer Werbedruck eröffnet. Wären die PatientInnen dann «more empowered» oder «mehr verwirrt»? Wem hülfe diese «Öffnung» wirklich? Was denkt Ihr?

Die *Werbung im Internet* ist eine weitere hoch potente neue Strategie zur Absatzförderung von Medikamenten. Hier kann fast alles – unkontrolliert – behauptet werden. Es besteht ein dringender Bedarf nach einem Qualitäts-Siegel für medizinische Laien-Informationen im Internet. Wir ÄrztInnen müssten deshalb auch selber im Internet auftreten, um unsere Vorgehensweisen und Empfehlungen z.B. betreffend die Anwendung von Generika vorzustellen. Wer ist hier bereits aktiv?

Viele Patienten holen sich im Internet bereits vor dem Arztbesuch Informationen über ihre Krankheit und deren Behandlung – mit mehr oder weniger guter Treffsicherheit. Dies stellt eine neue Herausforderung für uns ÄrztInnen dar. Eine gute medizinische Fortbildung und Kommunikationsfähigkeit – diese ist lernbar – sind die Voraussetzungen, damit wir ÄrztInnen konstruktiv mit diesen neuen Begebenheiten umgehen können und das so bezugte Interesse der Patienten positiv zu Gunsten des Behandlungsprozesses umlenken können.

Die *hohen Medikamentenkosten sollen sich zu etwa 60% aus Marketingauslagen und Gewinnanteilen zusammensetzen*, während der Aufwand für die Forschung deutlich unter 20% liege. Was hält denn die Schweiz ab, wie Südafrika für vernünftige Medikamentenpreise zu kämpfen, könnten wir Ärzte ganz provokativ fragen. Offenbar seien die tiefgründigen und schwer verständlichen Zusammenhänge für die fast unüberwindliche Hochpreis-Strategie in der sehr strengen Haltung der Schweiz – wie sie sonst weltweit nur noch in Singapur und Japan zu finden ist – im Patentschutz zu suchen ... Versteht Ihr das?

Natürlich wird es noch viele weitere Themen geben, über die wir in den Zeiten nach TARMED vertieft nachdenken wollen. Im nächsten Heft werde ich Euch über Reflexionen zum «guten» Arzt berichten.

Mit «post-TARMED-fragendem» Gruss
Bruno Kissling
Sekretär der SGAM

Apropos

Die Weihnachtsnummer des BMJ ist Kult.

Es soll Spitalabteilungen geben, in denen erbittert darum gestritten wird, wer sie zuerst lesen darf. Das ist aber gar nicht nötig, denn das Heft ist komplett online zugänglich – ein Leckerbissen nach dem anderen.

Zum Beispiel ein enorm kostensparender Vorschlag für ein alternatives Orchidometer (S. 1486) oder die Vorschläge für korrekte Formulierungen einer Anfrage für ein «Informed consent to treatment» (S. 1464). Über die Wirkungen von Rosenkranzgebet oder Yoga auf Atmung und Herzrhythmus wollten wir auch schon immer mehr wissen ... Auf den ersten Blick ein normales BMJ-Heft, auf den zweiten Blick feinste Ironie. Dringend zu empfehlen!

<http://bmj.com/content/vol323/issue7327/>

Nouvelles du Comité central

Février 2002:

L'après-TARMED



Chers collègues,
J'aimerais vous écrire aujourd'hui des Nouvelles libres de toute référence au TARMED. En effet, une fois que vous l'aurez accepté – et j'ose espérer que vous le ferez – nous pourrions enfin nous concentrer à nouveau sur les questions de fond relatives à la Médecine générale et à la Médecine en général dans ses rapports avec le système de santé.

Vous n'êtes pas sans savoir que les différentes Sociétés de Médecine de Premier recours rencontrent régulièrement, depuis plusieurs années, des représentants de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Or la dernière réunion, qui a eu lieu le 29.11.2001, a pris la forme d'un véritable séminaire. Nous avons ainsi pu discuter ensemble en toute franchise de certaines questions fondamentales qui vont se poser à nous dans un avenir très proche. Il s'agit de chercher dès maintenant des solutions concrètes aux problèmes soulevés, et nous tenons à vous associer au processus de décision qui vont se mettre en route.

Le contenu des trois thèmes qui font l'objet des paragraphes ci-dessous est en partie le fruit des récentes discussions avec l'OFSP, mais émane aussi d'autres réflexions faisant suite à des discussions au sein du Comité, à des entretiens avec de nombreux autres collègues, ainsi qu'à des lectures d'articles ayant paru dans divers journaux. Parlons donc plutôt de démarches de type «association libre». Si ces associations ont tendance à déclencher chez vous une urticaire aiguë, ne vous braquez quand même pas tout de suite et ne jetez pas trop vite votre numéro de Primary-Care dans un coin. J'espère bien qu'elles vous dérangeront quelque peu. Gardez cependant votre calme, prenez une bonne bouffée d'air et mettez plutôt la main à la plume pour exprimer votre avis dans une lettre de lecteur bien sentie que nous ne manquerons pas de publier dans le prochain numéro de Primary-Care.

Contrôle de qualité

En ce qui concerne les systèmes d'assurance de qualité, nous accusons en Suisse, en comparaison internationale, un retard considérable.

Un groupe de travail planche actuellement sur un avant-projet destiné à améliorer la sécurité des patients par un système d'annonce d'erreurs. Ce mode de faire sera testé dans le courant de l'année 2002 auprès d'un certain nombre de confrères intéressés.

Si certains groupements de la profession, en particulier les anesthésistes, les spécialistes de médecine intensive et les chirurgiens, ont déjà bien avancé dans ce domaine, d'autres peinent encore à se défaire de leurs craintes ...

... non sans raisons, car les erreurs médicales sont considérées en Suisse comme des délits. En d'autres termes, si le principe d'anonymat qui est censé prévaloir dans la chaîne de transmission de l'annonce d'erreur venait à être pris en défaut, le collègue impliqué serait susceptible d'être poursuivi pénalement. Donc, toute modification de culture en matière d'annonce d'erreurs médicales, doit aller de pair avec une adaptation du cadre légal.

Le congrès 2002 de la SSMG aura pour thème «Imparare dagli errori» et tombera donc à pic dans ce contexte national. Après ce congrès, la SSMG envisage de poursuivre son action dans ce domaine, tout en plaçant naturellement toutes ces démarches dans un concept global.

«Exception médicale»

Les nouvelles dispositions légales sur les professions médicales posent la question de savoir dans quelle mesure les études de médecine se différencient des autres branches d'études («exception médicale»), et donc dans quelle mesure l'examen fédéral doit être soumis à une réglementation spéciale justifiant une loi propre. Qu'en pensez-vous?

Savez-vous ce qu'est le *Processus de Bologna*? – Laissez-moi vous l'expliquer! On envisage au niveau européen de conférer à tous les parcours d'études une structure à deux phases: un premier niveau («Bachelor») sanctionné d'un examen intermédiaire placé en règle générale après 3 ans d'études et un second niveau («Master») ponctué d'un examen final placé normalement après 5 ans.

Doit-on faire entrer les études de médecine dans ce schéma ou faut-il leur appliquer l'«exception médicale»? Ce qui parle en faveur de la création d'un «Bachelor» en médecine, c'est le fait qu'un-e étudiant-e interrompant son parcours après 3 ans a acquis un certain savoir et des compétences qu'il serait faux de jeter tout simplement aux orties, comme c'est encore le cas aujourd'hui. Le «Bachelor» existe d'ailleurs déjà aux Etats-Unis et y rencontre un tout à fait écho favorable.

Le Processus de Bologne pourrait en revanche aussi entraîner certains inconvénients, notamment une escalade dans les conditions d'admission à certaines formations comme la physiothérapie ou d'autres professions paramédicales. Quelles activités diagnostiques, thérapeutiques et préventives réalisées aujourd'hui par les médecins, ou quelles fonctions dans le système de santé, pourrait-on déléguer à des «Bachelors»? Une telle démarche constituerait-elle un bénéfice ou au contraire une perte pour la médecine et le système de santé? Qu'en pensez-vous?

La publicité pharmaceutique et l'augmentation des coûts dus aux médicaments

Une autre problématique délicate que nous serons appelés à examiner en détail une fois que le TARMED aura été introduit sera celle des médicaments. Nous devons nous pencher sérieusement sur quelques aspects obscurs des relations entre nous, médecins, et l'industrie pharmaceutique.

Fondamentalement, nos rapports avec l'industrie pharmaceutique sont bons – c'est un fait. L'industrie fabrique des médicaments dont nous avons besoin et ses apports publicitaires contribuent de façon essentielle à l'existence d'un journal tel que PrimaryCare. Mais ce partenariat ne doit pas nous empêcher de poser les problèmes soulevés par cette relation, dans le respect des uns et des autres et en sachant comprendre que les points de vue et les besoins peuvent être différents.

Des prix qui baissent et des coûts plus élevés: les prix de nombreux médicaments ont baissé au cours des dernières années, mais cela n'a pas empêché les dépenses globales dues aux médicaments d'augmenter sans discontinuer. En 2001, les coûts engendrés par ce secteur devraient même avoir dépassé les

dépenses totales liées aux traitements médicaux ambulatoires. Voilà qui est assez incompréhensible.

Les responsables de la santé en ressentent une frustration bien compréhensible. Nous médecins avons de bonnes raisons de nous sentir visés. On aurait en effet beau jeu de nous faire porter le chapeau de cette situation paradoxale et de nous reprocher d'augmenter nos prescriptions, non seulement pour faire suite aux nouveaux développements scientifiques, mais aussi pour répondre aux besoins nouveaux suscités dans la population par une publicité tapageuse et une médiatisation à outrance. Même si ce n'était nullement à notre profit, exception faite peut-être de certaines régions du pays où la vente des médicaments par les médecins est autorisée, nous ne pouvons nier avoir fait ces prescriptions. D'accord, c'est un peu compliqué et je vous prie de m'en excuser; il s'agit en fait d'une tentative maladroite de présenter en quelques mots un problème extraordinairement complexe. N'hésitez pas à relire ça si vous en avez perdu le fil en cours de route. Qui donc sera en mesure d'analyser cette situation de façon neutre et sera ensuite capable de prendre les décisions appropriées? Avez-vous déjà une idée là-dessus?

Dans le *triangle formé par l'industrie pharmaceutique, les médecins et les patient-es*, la publicité vise aujourd'hui essentiellement le médecin. Rien n'empêcherait le monde médical de succomber à une forme de corruption collective, comme l'illustrent d'ailleurs certains exemples. Les médecins se laissent par exemple «acheter» en participant à certaines pseudo-études. Des faiseurs d'opinion du milieu hospitalier travaillent à la croissance des parts de marché. Décidément, les confrères qui manquent de feeling dans ce domaine ne sont pas rares – peut-être en raison de leur situation financière ou à cause de la dépendance des chercheurs vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Il ne faut en aucun cas que cet état de fait devienne la norme, sous prétexte que «tout le monde fait pareil». Notre sens des responsabilités en tant que médecins doit absolument rester solide, dans ce domaine, et même renforcé si nécessaire. Nous devons, comme médecins, c'est évident, nous élever contre toute collaboration discutable au plan éthique. Une information neutre et une formation continue libre de conflits d'intérêts – ou avec

une mention claire des intérêts liés – pourraient nous aider à prendre conscience du problème.

Le retour à une certaine moralité en la matière pourrait ensuite nous permettre d'attirer l'attention de l'industrie pharmaceutique sur les limites éthiques à respecter alors que son action publicitaire vise toujours davantage les patients. Je suis certain que l'industrie pharmaceutique pourrait faire preuve de plus de responsabilité et qu'elle pourrait mettre en place des stratégies plus adéquates sans sacrifier ses parts de marché dans l'environnement international très concurrentiel, ni compromettre pour autant sa place d'employeur très important dans notre paysage économique.

Comme je l'ai dit précédemment, l'industrie pharmaceutique consacre d'importants efforts pour pouvoir, par la publicité, toucher directement les patients et susciter des besoins, puis les amener à faire pression sur leur médecin – tout ça évidemment pour augmenter le chiffre d'affaires des médicaments. Il n'est ainsi pas rare que les patients soient informés avant leur médecin des dernières nouveautés contre telle ou telle pathologie. Jusqu'ici, la Suisse officielle a su se défendre contre cette tendance avec un certain succès. Mais l'industrie pharmaceutique pourrait parvenir à un assouplissement de la situation en se servant de l'UE. L'UE veut en effet autoriser la publicité directe pour les médicaments utilisés contre trois groupes de maladies très fréquentes (les affections rhumatismales, les affections psychiatriques et le SIDA). Ce concept dit du «Consumer Choice» ouvrirait la porte à une gigantesque pression publicitaire. Les patients en seraient-ils «more empowered» ou «plus désorientés»? A qui une telle «ouverture» profiterait-elle réellement? Qu'en pensez-vous?

La *publicité sur Internet* est une autre nouvelle stratégie qui recèle un énorme potentiel en termes d'augmentation des chiffres d'affaire pour les ventes de médicaments. Sur le Net, on peut affirmer tout et n'importe, en

échappant pratiquement à tout contrôle. Il y a un besoin urgent de créer un label de qualité pour les informations médicales destinées aux profanes sur Internet. Nous autres médecins devrions donc aussi nous manifester sur Internet, afin de faire mieux connaître nos idées et nos recommandations, par exemple pour l'utilisation des génériques. Qui donc agit déjà dans ce secteur?

Avant même d'arriver à la consultation, de nombreux patients cherchent sur Internet, avec plus ou moins de bonheur, des renseignements sur leur maladie et son traitement. Voilà encore un nouveau défi que les médecins se doivent de relever. Une bonne formation continue et une bonne capacité de communication – cela s'apprend – sont indispensables pour réagir de manière positive à cette nouvelle situation et pour tirer profit, au bénéfice des processus de soin, de cet intérêt nouveau manifesté par les patient-es.

Les prix de nos médicaments se composeraient à environ 60% des coûts de marketing et des marges bénéficiaires, tandis que les dépenses pour la recherche compteraient pour moins de 20%. Qu'est-ce qui empêche donc la Suisse d'engager une bataille pour obtenir des prix raisonnables pour les médicaments, comme l'a fait l'Afrique du Sud? Voilà une question provocatrice que nous, médecins, pourrions poser. Les causes profondes et obscures de la presque invincible stratégie des prix élevés pratiquée en Suisse seraient à trouver, paraît-il, dans une très stricte protection des brevets, telle qu'on ne la retrouve qu'à Singapour et au Japon. Pouvez-vous comprendre cela?

Il va sans dire qu'il y aura encore de nombreux autres thèmes sur lesquels nous devons réfléchir dans l'après-TARMED. J'aurai l'occasion dans le prochain numéro de vous livrer quelques-unes de mes pensées sur le «bon» médecin.

Avec mes salutations «post-TARMED»,

Bruno Kissling

Secrétaire de la SSMG