

Bericht aus dem Vorstand, September 2002: «laboriöse»¹ Tage ...

Liebe KollegInnen,
in einigen Tagen werden wir uns in Lugano treffen. Darauf freut sich der SGAM-Vorstand, wie unser Präsident J. de Haller am Schluss seines Jahresberichtes sagt. Ihr findet den Präsidentenbericht zusammen mit den Jahresberichten aller ArbeitsgruppenleiterInnen in der Broschüre, welche dieser Ausgabe von PrimaryCare beiliegt. Diese Beilage ist dick und zeugt von der reichhaltigen Arbeit, welche von vielen aktiven KollegInnen mit viel Enthusiasmus in «laboriösen» Tagen und teilweise auch Nächten erfüllt, ja erfüllt – nicht einfach erledigt – wird.

... für die Hausarztmedizin ... Mit all diesen Aktivitäten setzen wir uns ein für die Förderung der Hausarztmedizin in der Schweiz. Die wiederholten Willensäusserungen der PolitikerInnen, die Hausarztmedizin ins Zentrum des ärztlichen Netzwerkes zu stellen, bleiben hohle Worte, wenn wir sie nicht selber in die Tat umsetzen. Die vielen in allen Bereichen der Aus-, Weiter- und Fortbildung anstehenden, oft einschneidenden Veränderungen lösen bei vielen PolitikerInnen, Behörden, Verantwortlichen der Universitäten, bei welchen es sich durchgehend um SpezialistInnen handelt, und wohl selbst bei uns Hausärztinnen «Angst vor ...» aus. Dies führt nicht selten zu regressiven Blockaden. Ich habe Euch bereits hinlänglich darüber berichtet. Ihr wisst, dass wir niemandem böse Absichten unterschieben, sondern lediglich ein tief verankertes menschliches Verhalten dahinter sehen. Für die meisten Menschen ist es eine ausserordentliche Herausforderung, den «Schritt zu tun» vom sicheren altbewährten und -vertrauten Standpunkt auf neuen Boden mit seinen nicht bekannten und kaum vorhersehbaren Auswirkungen. Zu hoffen ist, und daran arbeiten wir, dass nicht zu viel Energie und Ressourcen im Widerstand verpuffen, denn die Veränderung ist dem Leben inliegend, und sich dagegen zu wehren, macht letztlich krank.

... aus besitzstandförderndem Eigen-

nutz? ... Dass die SGAM alle die Hausarztmedizin fördernden politischen Absichten unterstützt, dürfte von einigen Partnern im Gesundheitswesen nicht wirklich als uneigennützig betrachtet werden – sondern als das Ergreifen einer besitzstandfördernden Gelegenheit, um die Hausarztmedizin aus ihrem Aschenputtel-Dasein zu führen. Schliesslich sind es die Spezialitäten der modernen Medizin – und nicht die Hausarztmedizin –, welche die Gesundheit der Bevölkerung durch eine grosse Zahl von medikamentösen und chirurgischen Massnahmen namhaft verbessern konnten. Abertausend wissenschaftliche Studien können dies für fast jeden einzelnen Fort-Schritt «eindeutig beweisen»; auch wenn es immer wieder vorkommt, dass einige Jahre später das genaue Gegenteil zur offiziellen Meinung erkürt wird; und auch wenn in diesen Studien die Komplexität von Gesund- und Kranksein (ich werde nächstens in PrimaryCare einen Artikel über die «Komplexität» publizieren) kaum je erfasst werden dürfte. Der Anteil der HausärztInnen an diesem grossen Erfolg könnte – und ich meine dies durchaus provozierend – bestenfalls darin bestehen, dass sie mit ihrem recht breiten Wissen und ihrer bevölkerungsnahen Struktur als gutes Steuerungsinstrument wirken.

... oder aus wissenschaftlicher Neugier und Notwendigkeit! Dass dieses hausärztliche Bild bis heute immer noch so dasteht, ist nicht ohne unsere eigene «Schuld». Der medizinische Nutzen der Hausarztmedizin als «therapeutisches Instrument an sich» ist bisher nicht oder nur ansatzweise bewiesen worden. Auch fehlte bis vor kurzem² eine hinlänglich ausreichende wissenschaftliche Definition, welche als Basis zur Erhebung der hausärztlichen Tätigkeit zu einer eigenständigen Spezialität und akademischen Disziplin hätte dienen können. Erschwerend ist, dass wir alle, sowohl die bereits in der Praxis tätigen HausärztInnen als auch die sich noch in Weiterbildung befindenden KollegInnen, fast ausschliesslich von SpezialistInnen aus- und weitergebildet worden sind und uns auch heute noch mehrheitlich von Spezialisten fortbilden lassen. Durch den mangelnden Kontakt zu praktizierenden HausärztInnen konnten wir alle kein genügend tragfähiges Bild von der Spezialität und Spezifität der Hausarztmedizin erfahren und somit bis vor kurzem kein genügend starkes

¹ Wortspiel von P. Klauser anlässlich der Praxislaborsitzung mit dem BSV vom 15.8.2002. «Une journée laborieuse» hat er gesagt. «Laborieux» – mit seinem Wortstamm «labor» – heisst gemäss dem Wörterbuch «mühsam», «langwierig» und «arbeitsam», «arbeitsreich».

² Dies hat sich 2002 geändert mit der «European Definition of General Practice / Family Medicine» der WONCA-Europe – www.sgam.ch.

Selbstverständnis entwickeln. So müssen wir die inzwischen – weltweit – aufgetauchte «Vermutung», dass die Hausarztmedizin eine eigene Entität im Sinne des «>Σ aller Spezialitäten» sei, aus eigener Kraft mit neu erwachtem Selbstbewusstsein in die Tat umsetzen.

Anders ausgedrückt, wir müssen die «Wirksamkeit» der Hausarztmedizin wissenschaftlich beweisen – und mit «wir» meine ich Euch alle, uns alle! Dieses Forschungsfeld kann nur in unseren Praxen, an und mit unseren ambulanten PatientInnen erforscht werden. Dies ganz allein zu schaffen, dürfte bei der Komplexität der Materie und einer in der Schweiz bis heute – im Vergleich zu den nordeuropäischen Ländern – wenig ausgebildeten Forschungskultur der HausärztInnen schwierig sein. Um Synergien im Bereich der technischen Fähigkeiten und Ressourcen zu nutzen, schliessen sich deshalb die Forschungsgruppen des KHM und aller Grundversorger-Fachgesellschaften sowie der FI(H)AMs und der SAMW zu einem Forschungsnetzwerk zusammen.

Die künftigen Forschungsergebnisse werden in die Qualitätsförderung unserer Praxistätigkeit sowie die Lehre in allen Bereichen der Aus-, Weiter- und Fortbildung einfließen – und sie werden die Hausarztmedizin zur akademischen Disziplin erheben – als eigenes Fach der medizinischen Fakultäten, mit eigenen Professoren, eigener Lehre und Forschung und genügendem finanziellem Etat.

Glaubwürdigkeit ... braucht transparente Strukturen und nachprüfbar Bedingungen. Da die geschilderten Ziele ein neues Anliegen mit hohem Veränderungspotential darstellen, dürfte unser Handeln an eher noch strengeren Massstäben gemessen werden als altbewährtes Tun. Dies gilt selbst beim Boxen; der alte Weltmeister kann nicht so leicht durch einen Punktesieg entthront werden. Doch seid getrost, wir beabsichtigen nicht, die Spezialfächer k.o. zu schlagen, sondern wir suchen auch in diesen wissenschaftlichen – genau wie in allen unseren politischen – Unternehmungen eine gleichwertige Partnerschaft. Moderne Medizin kann in einem umfassenden Gesundheitswesen nur von allen Disziplinen gemeinsam zum Nutzen der PatientInnen umgesetzt werden. Der soeben eingeflochtene «Gedankenschlung» soll die Notwendigkeit der Bemühungen der SGAM um ein transparentes Sponsoring ver-

deutlichen. Eine Sponsoring-Charta soll dafür sorgen, dass unsere Forschung und Fortbildung nicht zum Spielball der Pharmaindustrie werden könnten.

Szenenwechsel von diesen zukunfts-schweifenden Gedanken zurück zu knallharten Fakten der Gegenwart des Praxislabors.

... beginnt im Alltäglichen, ... Grosse Worte bisher aus meinem Mund, gut geblökt, kurz und bündig, unsere Sache motzend auf den Punkt gebracht! Doch jetzt dreht sich die Hand; das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) will auch Worte – gemeint sind die kostenwirksamen Artikel des Krankenversicherungsgesetzes – in die Tat umsetzen. Konkret denkt es unter anderem an die Begebenheiten im Bereich der Labortätigkeit. Was früher – das BSV denkt dabei besonders an die Genossenschaftslabors und Kickback-Zahlungen – normale Usanz war, sich allenfalls im Grauzonenbereich des Gesetzes bewegt hatte, ist nach dem Willen des KVG grundsätzlich abgeschafft worden. Die Umsetzung der betreffenden Gesetzesartikel hinkt aber wesentlich nach, so dass das BSV zunehmend Sanktionen in Erwägung zu ziehen beginnt.

... zum Beispiel im ärztlichen Praxislabor ... Ursprünglich wollte das BSV, vor allem mit dem Ziel der Beseitigung der Genossenschaftslaboratorien, das gesamte ärztliche Praxislabor – im Alleingang – vernichten. Dank der von der SGAM mitgestalteten «Schweizerischen Praxislaborstudie 1998–2000» von Th. Szucs konnte die kosteneffiziente Wirksamkeit des Praxislabors wissenschaftlich bewiesen und das BSV zum Umdenken bewegt werden. In der Folge hat das BSV die Zusammenarbeit mit allen Laborkreisen gesucht, um gemeinsam die bestmögliche Lösung zu finden; was bei den sehr unterschiedlichen Interessenlagen der Quadratur des Kreises nahe kommen dürfte. Eine intensive und auseinandersetzungreiche Arbeit konnte neue Bedingungen und Wege für den Erhalt eines für die Grundversorger-Praxis sinnvollen ärztlichen Praxislabors aufzeigen.

... sprich Präsenzdiagnostik ... – so heisst das Zauberwort, welches uns praktizierenden Ärztinnen die weitere Durchführung der etwa 52 häufigsten und wichtigsten Laboranalysen vor Ort ermöglichen soll. Die Präsenzdiagnostik ist definiert als «labor-

analytische Diagnostik im ärztlichen Praxislaboratorium in Anwesenheit des Patienten/der Patientin, so dass die Resultate noch während des Konsultationsablaufes vorliegen». Die Definition enthält neben der «inhaltlichen Festlegung der Analysen im Rahmen der Grundversorgung» auch eine «räumliche und zeitliche Komponente». Durch die «sofortige Verfügbarkeit der Analysenresultate zwecks Besprechung mit dem Patienten/der Patientin soll eine teilweise Vermeidung von Zweitkonsultationen ermöglicht werden».

... und Fertigkeit ausweis Praxislabor (FAPL). Ihr alle – oder fast alle – habt den FAPL beim KHM bereits angefordert und – im Sinne des besitzstandwährenden Übergangsrechts – ohne weiteres Dazutun erhalten, gegen einen kleinen Verwaltungs-Unkostenbeitrag. Die jungen KollegInnen müssen künftig einen in die Weiterbildung eingebauten, mehrtägigen spezifischen Praxislaborkurs absolvieren. Mit dessen Durchführung ist das KHM von der FMH betraut worden. Die rechtliche Notwendigkeit des FAPL ist nicht unbestritten. Trotzdem hat der KHM-Präsident M. Müller Euch alle aufgerufen, den FAPL wegen nicht vorhersehbarer, künftiger gesetzlicher Veränderungen sicherheits halber zu erwerben.

Rechtlich verordnete oder freiwillige Transparenz ... stehen im Brennpunkt der nachfolgend dargestellten Diskussion. Da alle diese heiklen Fragen im Konsens besser und energieärmer zu lösen sein dürften, hat das BSV am 15.8.2002 Delegierte aller Institutionen, die Laboranalysen durchführen, zu einer Aussprache eingeladen – zu einem weiteren «laboriösen» Tag.

... mittels einer Selbstdeklaration ... Dem BSV genügt der FAPL nicht als Prävention gegen die Genossenschaftslabors, welchen es ungerechtfertigtes Gewinnstreben anlastet. Mit einer Selbstdeklaration sollen alle LaborbetreiberInnen bestätigen, «dass sie die in Rechnung gestellten Laboranalysen in ihrem eigenen Praxislabor angefertigt haben». Diese Forderung löste eine kontroverse Debatte aus. Daraus ergäbe sich eine verzerrte öffentliche Darstellung aller Ärztinnen, die sich korrekt verhalten, während die 5% in Genossenschaftslabors involvierten Ärztinnen diese Autodeklaration vorläufig sanktionslos verweigern könnten. Im Gegenteil, diese sei ein aktiver Selbstschutz und

eine positive Selbstdarstellung der 95% vernünftig Arbeitenden in einem Umfeld von zunehmendem öffentlichem Druck.

Schliesslich konnten sich die meisten Anwesenden hinter die Idee einer solchen Selbstdeklaration stellen. Der Text müsse gemeinsam ausgearbeitet und der Zweck der Deklaration sehr gut kommuniziert werden. Zudem seien die möglichen Strukturen des ärztlichen Praxislaboratoriums so zu definieren, dass ein kostenoptimierter Einsatz der Präsenzdiagnostik auch in den zunehmend sich entwickelnden Praxisnetzwerken möglich sei. Die Verwaltung der Selbstdeklarationen müsste bei der FMH angegliedert sein. Allfällige Sanktionen wären eindeutig Aufgabe des Staates.

... und dem Wegfall der Kickback-Zahlungen. Die prozentuale Gewinnbeteiligung, die von einigen Grosslabors zur Kundenanbindung an die ärztlichen AuftraggeberInnen erstattet wird, war/ist eine althergebrachte Usanz von nicht bekanntem Ausmass. Der Vizedirektor des BSV, F. Britt, nennt «kühne» Zahlen von 70% des Gewinns der Grosslaboratorien und leitet daraus ab, dass deren Gewinnmargen überhöht seien. Auch die Kickback-Zahlungen seien gemäss Artikel 56 KVG eindeutig gesetzeswidrig und somit strafbar geworden. Die Weitergabepflicht aller geldwerten Vorteile sei auch auf die Labor-Gewinnbeteiligungen der zuweisenden ÄrztInnen anwendbar.

Eine Tarif-Splitting-Idee mit einer nicht lustigen Prozentrechnung und einem Minus von 10% ... Alle Laboranalysen, die in Praxis- und Grosslabors durchgeführt werden, sollen um 22% abgesenkt werden. Den ärztlichen Praxislaboratorien soll für jede Blutentnahme eine kompensierende Laborpauschale in Höhe von CHF 3.– bis 4.– – umgekehrt proportional zur Anzahl der durchgeführten Proben – bezahlt werden. Am Schluss soll eine Einsparung von 10% resultieren.

Dieser akrobatischen Rechnung liegen drei Überlegungen zugrunde. Erstens könne aus der Praxis der Kickback-Zahlungen geschlossen werden, dass eine Umverteilung der Gelder von den Grosslabors zu den ärztlichen Praxislaboratorien problemlos möglich sei. Die Vertreter der Grosslabors werfen ein, dass eine anerkannte Benchmarking-Studie die Tarife in der heutigen Höhe als gerechtfertigt bestätige. Eine Absenkung der

Analysenpreise würde viele Grosslaboratorien ökonomisch vernichtend treffen und diese unter Umständen aus Überlebensgründen veranlassen, die «Befolgung der Qualitätsbestimmungen zu minimalisieren – mit verheerenden Folgen für die Patientensicherheit».

Die zweite Überlegung räumt ein, dass ein ärztliches Praxislabor die präsenzdiagnostischen Analysen weniger ökonomisch erstellen könne als die vollautomatischen Grosslabors. Diese sollen deshalb zu Ungunsten der Grosslabors höher vergütet werden. Gegen diese zweite Annahme haben wir GrundversorgerInnen und die anderen Gruppierungen nichts einzuwenden.

Zum dritten will das BSV mit diesen Massnahmen insgesamt eine Einsparung von 10% im Laborbereich anzielen. Die Grundversorger-Delegierten sprechen sich vehement und klar gegen eine solche Reduktion aus. Unter anderem würde diese die Ärzteschaft genau in der vulnerablen Phase der kostenneutralen Einführung des TarMed treffen. Auch wenn der Laborbereich ausserhalb des Einflusses des TarMed liege, könnte sich ein solch einschneidender 10%-Abstrich – zusätzlich zu den grossen Unsicherheiten im Medikamentenbereich – verheerend auswirken.

... setzt eine Patt-Situation ... Dies sind starke Njets von allen Seiten des missmutig gewordenen Plenums; doch F. Britt bleibt beharrlich, mit einem drohenden Unterton. Entweder würde freiwillig mittels eines Tarifsplittings auf 10% der Laboreinnahmen verzichtet oder diese Kürzung würde per Bundesbeschluss verordnet.

... und verlangt die gemeinsame Suche nach komplexen Lösungen. F. Britt fordert neue Ideen aus den Reihen der Labor-Leute. Es gelte ganz klar, mit gemeinsamer Überzeugung und mit Lösungen, die von allen mitgetragen werden, die Kultur der Abrechnung zu fördern, um staatlich sanktionierten linearen Kürzungen vorzugreifen. Für die Umsetzung der Selbstdeklaration müsse insbesondere auch die FMH Hand bieten. Ihre Möglichkeiten sind allerdings heute eingeschränkter als früher, denn eine FMH-Mitgliedschaft ist als Folge des Freizügigkeitsgesetzes nicht mehr obligatorisch. Dies stellt keine leichte Herausforderung für die FMH dar

«Laboriöse» Tage – wie Ihr seht. Doch es sind auch sehr interessante Tage. Unsere personellen Ressourcen zur Bewältigung all dieser Aufgaben sind beschränkt. In vielen von Euch schlummern bisher unerkannte Fähigkeiten zur Mitarbeit. Der Einsatz lohnt sich; er ist sehr bereichernd für die KollegInnen, die aktiv mitarbeiten, denn alle Arbeiten wickeln sich in kollegialer Zusammenarbeit in animierenden Teams ab. Somit wird die Mehrbeschäftigung, das mag paradox tönen, nicht zur Belastung, sondern zu einem vortrefflichen Mittel gegen den Burn-out, der uns Ärztinnen immer droht.

Mit «laboriösem» Gruss

Bruno Kissling,
Sekretär der SGAM

Nouvelles du Comité central de la SSMG, septembre 2002: Des journées «laborieuses»¹...

Chers Collègues,

Dans quelques jours, nous allons nous retrouver à Lugano et le Comité de la SSMG, son Président J. de Haller en tête, se réjouit d'ores et déjà de cet événement. Vous trouverez le rapport du Président et l'ensemble des rapports annuels des différents responsables des groupes de travail dans la brochure jointe au présent numéro de PrimaryCare. Cette annexe est assez volumineuse et témoigne de la quantité de travail accompli – accompli et pas simplement liquidé – par de nombreux Collègues aussi actifs qu'enthousiastes durant des journées et parfois des nuits fort «laborieuses».

... pour la Médecine de famille ... Ces nombreuses tâches traduisent notre engagement sans réserve en faveur de la Médecine de famille en Suisse. La volonté maintes fois exprimée par les politiciens et les politiciennes du pays de placer la Médecine de famille au centre de notre système de soins restera lettre morte, si nous ne la traduisons pas nous-mêmes dans les faits. Les changements parfois décisifs qui nous attendent dans tous les domaines de la formation de base, de la formation post-graduée et de la formation continue, suscitent chez de nombreux politiciens et politiciennes, représentant-es des autorités, responsables universitaires – qui sont le plus souvent des spécialistes – et même chez nous, des craintes (la «peur de ...»!) voire de véritables blocages plus ou moins régressifs. Je vous en ai déjà abondamment parlé. Vous savez bien que nous ne voulons faire de procès d'intention à quiconque et que nous ne voulons voir dans ces résistances que des attitudes profondément humaines et bien enracinées. Pour la majorité des gens, «faire le pas» de quitter le cocon de l'acquis et s'aventurer en terrain inconnu, constitue un sérieux défi, plein de risques et d'incertitudes. Il ne reste guère qu'à espérer, et nous y travaillons dur, que nous n'allons pas gaspiller trop d'énergie et de ressources pour vaincre ces résistances, car le changement est indissociable de la vie

et les combats incessants pour s'y opposer finissent par rendre malade.

... par soucis d'intérêts particuliers? ... Que la SSMG soutienne toutes les bonnes intentions politiques manifestées en faveur de la Médecine de famille pourrait être vu par certains partenaires du système de santé comme un acte intéressé. Or, il ne s'agit que de saisir la chance d'améliorer enfin la position de la Médecine de Premier recours et la sortir de son état d'éternel parent pauvre. Après tout, ne seraient-ce pas les différentes spécialités de la médecine moderne et non la Médecine de famille qui ont réussi à améliorer l'état de santé de la population, grâce au développement de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques chirurgicales? Des milliers d'études scientifiques sont là pour le prouver à chacune des étapes de ces progrès; même s'il arrive régulièrement que l'on démontre quelques années plus tard exactement l'opposé de telle ou telle thèse officielle; et même si ces études ne saisiront vraisemblablement jamais vraiment la complexité de l'état de bonne santé et de l'état de maladie (je vais d'ailleurs prochainement publier dans PrimaryCare un article consacré à la «complexité»). La part que les Médecins de Premier recours ont prise dans ce succès remarquable – et je le dis volontairement avec un soupçon de provocation – réside peut-être dans le fait qu'ils peuvent jouer le rôle de régulateurs du système, grâce à leurs connaissances généralistes et à leur situation de proximité au sein de la population.

... ou par curiosité scientifique et nécessité économique!

Que cette image de la Médecine de famille ait pu se perpétuer jusqu'à aujourd'hui n'est pas uniquement de notre «faute». Le bien-fondé de l'existence d'une Médecine de famille au sens d'un «instrument thérapeutique» n'avait toujours pas été démontré, ou alors très partiellement. Il manquait également jusqu'il y a peu² une définition scientifique suffisante, pouvant servir de base pour élever l'activité du Médecin de famille au rang d'une spécialité à part entière et d'une discipline académique. Ce qui rend la situation encore plus difficile, c'est que nous tous, tant les praticien-nes généralistes que les Collègues se trouvant encore en formation post-graduée, ont été formé-es ou sont formé-es aujourd'hui encore presque exclusivement par des spécialistes. Le peu de contact avec les

¹ Jeu de mots de P. Klauser lors de la séance consacrée au laboratoire du praticien avec l'OFAS le 15.8.2002.

² Cela a changé en 2002 avec la «European Definition of General Practice / Family Medicine» de la WONCA-Europe – www.sgam.ch.

praticien-nes de terrain ne nous a pas permis, lors de notre formation, de nous faire une idée concrète de ce que représente la spécialité de Médecine de Premier recours, ni de ce qu'elle a de spécifique. Pas étonnant que nous n'ayons pas pu nous construire une véritable identité. Nous devons ainsi nous la fabriquer nous-mêmes et la traduire dans la réalité, au moment où émerge un peu partout dans le monde le concept d'une Médecine de famille, «>Σ de toutes les spécialités».

En d'autres termes, nous allons devoir démontrer scientifiquement l'«efficacité» de la Médecine de famille – et en disant «nous», je veux bien dire nous, toutes et tous! Ce travail de recherche ne peut se faire que dans nos cabinets, sur et avec nos patient-es ambulatoires. Mais y parvenir seuls serait toutefois trop difficile, compte tenu de la complexité des problèmes et du retard pris en Suisse en matière de recherche appliquée et de «culture de la recherche», par rapport aux pays de l'Europe du Nord. Pour tirer profit de synergies entre les compétences et les ressources techniques de chacun, les Groupes de travail pour la recherche du Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR) et de toutes les Sociétés de Médecine de Premier recours, ainsi que des FI(H)AMs et de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, se sont unies pour former un réseau pour la recherche.

Les résultats et les enseignements tirés des études à venir vont être intégrés progressivement dans la promotion de la qualité, dans notre activité quotidienne au cabinet, et dans les programmes de formation de base, de formation post-graduée et de formation continue. Ils feront de la Médecine de famille une discipline académique – une branche à part entière dans les facultés de Médecine avec ses propres professeurs, son propre cursus et ses propres axes de recherche, sans oublier le soutien financier de l'Etat qui lui sied.

La crédibilité ... suppose des structures transparentes et des conditions reconnues. Comme les objectifs mentionnés ouvrent de nouvelles perspectives, avec un important potentiel de changement, nos actes médicaux pourraient avoir à se mesurer à des critères plus sévères que nous n'en avons l'habitude. C'est comme dans la boxe; le champion du monde n'est pas facilement déchu de son titre aux points. Mais soyez rassurés, ... nous n'avons nullement l'intention de mettre les spécialistes KO. Notre démarche scientifique,

comme d'ailleurs toutes nos croisades politiques, visent plutôt à établir un partenariat respectueux. La médecine moderne ne peut apporter d'aide efficace aux patients que dans le cadre d'un système de santé faisant appel à toutes les disciplines qui la composent. Cela m'amène à penser à quel point les efforts de la SSMG en faveur d'un sponsoring transparent sont justifiés. Une charte du sponsoring devra veiller à éviter que notre recherche et notre formation continue ne deviennent un terrain de jeu pour l'industrie pharmaceutique.

Mais changeons de sujet et laissons là nos visions d'avenir pour nous pencher quelques instants sur les réalités bien tangibles du présent: le laboratoire du praticien, par exemple!

... cela commence au quotidien ... Voilà de belles paroles, bien senties, courtes et précises, bien dans la ligne! Mais là, on n'en est plus au stade des palabres; l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) ne se contentera plus de mots – j'entends par là les articles sur l'économicité figurant dans la Loi sur l'assurance maladie –, il veut maintenant des actes. Concrètement, les représentants de l'OFAS font référence aux pratiques actuelles dans le secteur du laboratoire médical. Ce qui était autrefois d'usage courant ou se trouvait tout au plus dans la zone grise du cadre légal – l'OFAS pense aux laboratoires communautaires et surtout aux systèmes de rétrocession – a été clairement interdit par la LAMal. La prise en compte de l'article de loi correspondant traîne cependant encore passablement les pieds, si bien que l'OFAS envisage maintenant de recourir à des sanctions.

... par exemple dans le laboratoire du praticien ... A l'origine, l'OFAS avait l'intention de signer purement et simplement l'arrêt de mort du laboratoire du praticien dans son ensemble. Il y voyait surtout un moyen de se débarrasser une fois pour toutes des laboratoires communautaires. L'«Etude suisse sur le laboratoire du praticien 1998–2000» réalisée sous la conduite de Th. Szucs, en collaboration avec la SSMG, a permis de démontrer scientifiquement l'intérêt du laboratoire du praticien en termes d'économicité, ce qui a fait revenir l'OFAS sur ses positions. Celui-ci a ensuite ouvert la discussion avec des représentants de tous les milieux impliqués dans le laboratoire clinique. La recherche d'une solution satisfaisante relève

toutefois de la quadrature du cercle, si l'on songe à la multitude des intérêts en jeu. Un travail intense et très interactif a permis de définir les conditions et de dessiner les contours d'un projet permettant de préserver l'existence d'un laboratoire adapté au cabinet du praticien.

... en particulier, le «diagnostic en présence du patient» ... – c'est l'expression consacrée qui est censée nous permettre à nous praticien-nes de continuer à réaliser dans notre propre laboratoire quelque 52 analyses parmi les plus fréquentes et les plus importantes. Le diagnostic en présence du patient est défini par «un examen de laboratoire réalisé au laboratoire du cabinet en présence du patient/de la patiente, de manière à permettre la transmission des résultats au cours de la même consultation». Cette définition contient donc, outre «la liste des analyses justifiées dans le cadre de la Médecine de Premier recours», une «composante spatio-temporelle». «La disponibilité immédiate des résultats d'analyse en vue d'une discussion avec le patient/la patiente doit permettre d'éviter en partie une deuxième consultation.»

... et un certificat d'aptitude technique pour le laboratoire du praticien (CATLP). Vous toutes et tous, ou presque, avez sûrement déjà demandé et reçu votre CATLP auprès du CMPR, en application – dans cette phase transitoire – du principe des droits acquis, et contre le versement d'une modique somme à titre de frais administratifs. Nos jeunes Collègues devront dorénavant suivre, dans le cadre de leur formation post-graduée, un cours de laboratoire spécifique de plusieurs jours; c'est le CMPR qui a été mandaté par la FMH pour la mise sur pied de ces cours. L'obligation légale faite aux praticiens d'acquiescer un CATLP est parfois contestée, mais le Président du CMPR, Marc Müller, vous a malgré tout recommandé, par mesure de sécurité, de le demander en prévision de modifications éventuelles imprévisibles des dispositions légales.

Une transparence exigée par la loi ou fournie volontairement ... C'est le thème central de la discussion relatée ci-dessous. Comme toutes ses questions seront évidemment plus faciles à résoudre par consensus, l'OFAS a invité pour une discussion, le 15 août 2002, des délégués de toutes les institutions faisant des analyses de laboratoires – encore une journée «laborieuse».

... au moyen d'une «auto-déclaration» ... L'OFAS ne se contentera pas du CATLP comme prévention contre les laboratoires communautaires, auxquels il prête un appétit excessif. Il demande que tou-tes les responsables de laboratoire fassent une déclaration clarifiant leurs pratiques: «Ils/Elles certifient que les factures établies concernent exclusivement des analyses réalisées dans le laboratoire du cabinet.» Cette exigence a déclenché un débat animé. Elle suppose en effet une suspicion officielle envers les 95% des Médecins qui ont un comportement irréprochable, alors que les 5% de Médecins impliqués dans des laboratoires communautaires auraient pour l'instant beau jeu de refuser de fournir la déclaration demandée, sans encourir une quelconque sanction. En fait, elle constituerait au contraire une «auto-protection» et donnerait une image positive des 95% de Médecins travaillant de manière raisonnable, dans un contexte de pression publique croissante.

Enfin, la majorité des délégués présents ont pu se rallier à l'idée d'une telle déclaration. Le texte devrait cependant en être élaboré en commun, et l'objectif de cette déclaration devrait être communiqué au public avec le plus grand soin. De plus, le laboratoire du praticien devrait être défini de façon à rendre aussi possible son utilisation rationnelle dans le cadre des futurs réseaux de cabinets médicaux. L'administration des déclarations devra inclure la FMH et les sanctions éventuelles devraient évidemment être du ressort de l'Etat.

... et de l'abolition des ristournes. La participation aux bénéfices reversée aux Médecins par certains grands laboratoires cherchant à fidéliser leur clientèle était/est d'usage. On ne connaît d'ailleurs pas avec précision l'importance de ces pratiques. Le Directeur-adjoint de l'OFAS, Fritz Britt, avance le chiffre un peu «osé» de 70% du bénéfice des grands laboratoires et en déduit que leurs marges sont excessives. Les paiements de type kickback sont à son avis devenus clairement illégaux et donc punissables, selon l'art. 56 de la LAMal; l'obligation de répercuter tous les avantages matériels serait aussi applicable aux participations aux bénéfices des laboratoires.

L'idée d'un splitting du tarif avec un calcul de pourcentage peu réjouissant impliquant une moins-value de 10% ... Toutes les analyses réalisées dans les labora-

toires de cabinets et les grands laboratoires devraient être réduites de 22%. Les laboratoires de cabinets médicaux devraient bénéficier d'un montant forfaitaire compensatoire de Frs. 3.- à 4.- pour chaque prise de sang, de façon inversement proportionnelle au nombre d'analyses effectuées. L'économie de coûts devrait en définitive atteindre les 10%.

Cette gymnastique arithmétique repose sur trois réflexions. Premièrement, on pourrait conclure du paiement des ristournes qu'un transfert d'argent des grands laboratoires vers les laboratoires de praticiens pourrait être réalisé sans grande difficulté. Les représentants des grands laboratoires ont contré cet argument en se fondant sur une étude de «benchmarking» reconnue, qui a conclu que les tarifs des analyses de laboratoire actuels sont justifiés. Une réduction des prix des analyses aurait des conséquences dramatiques et économiquement catastrophiques pour de nombreux laboratoires, qui seraient conduits le cas échéant, pour des raisons de survie, à «minimiser leurs efforts pour le maintien d'un standard de qualité élevé – avec des conséquences extrêmement négatives au plan de la sécurité des patients».

La seconde réflexion touchait à l'économicité des analyses au cabinet médical. Les analyses en présence du patient seraient forcément moins économiques que celles des grands laboratoires complètement automatisés. Elles devraient donc être mieux rémunérées, au détriment des grands laboratoires. En tant que généralistes et autres praticiens de Premier recours, nous n'avons évidemment pas eu grand-chose à redire à cette seconde réflexion.

Troisièmement, l'OFAS a pour objectif, par ces mesures, d'obtenir des économies de l'ordre de 10% dans le secteur du laboratoire. Les délégués des Médecins de Premier recours se sont opposés avec véhémence à une telle réduction. Elle toucherait les Médecins dans la phase où ils sont le plus vulnérables, c'est-à-dire au moment de l'introduction du TarMed et de la neutralité des coûts. Même si le domaine du laboratoire se situe en dehors de la zone d'influence du TarMed, une réduction brutale de 10% pourrait avoir des conséquences désastreuses – sans compter, déjà, les incertitudes concernant la distribution des médicaments.

... mène à une situation bloquée ...

Voilà donc des fins de non recevoir claires et

nettes de tous les côtés d'une assemblée devenue soudainement d'humeur maussade; Fritz Britt n'en est pas moins resté inflexible, avec un ton assez menaçant. Soit nous acceptons volontairement une réduction de 10% des recettes du laboratoire au travers d'un splitting tarifaire, soit cette réduction nous sera imposée par voie d'ordonnance fédérale.

... ou comment chercher ensemble des solutions compliquées. Fritz Britt demande de nouvelles idées de la part de tous les responsables de laboratoire. Ce qui importe le plus, selon lui, c'est de parvenir à des solutions et à une culture économique communes, de façon à prévenir des réductions linéaires «punitives» ordonnées par l'Etat. La FMH a été appelée à prêter son concours pour la mise en application de cette déclaration; malheureusement, ses moyens sont actuellement plus limités que par le passé, car il n'est plus obligatoire d'être membre de la FMH depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur le libre passage. Ça n'est pas un mince défi à relever pour la FMH.

Des journées «laborieuses» – comme vous pouvez le constater. Mais aussi très intéressantes. Pour maîtriser tous ces problèmes, nous ne disposons que de ressources limitées. Chez nombre d'entre vous sommeillent à coup sûr des compétences insoupçonnées. Vous êtes certainement la personne de la situation dans l'un ou l'autre domaine. Votre engagement serait précieux et en vaudrait certainement la peine; les Collègues qui apportent une participation active en retirent toujours quelque chose d'enrichissant, car tout se passe dans une atmosphère très collégiale au sein d'équipes motivées. Même si cela semble paradoxal, le surplus de travail n'est pas automatiquement une surcharge de travail! Cela deviendrait plutôt une sorte de prévention contre le burn-out qui nous menace toutes et tous à chaque instant.

Avec mes salutations «laborieuses»

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