

Bericht aus dem Vorstand, Dezember 2002: Kooperationen 2002 – 2003 ff.

Liebe KollegInnen,

die SGAM pflegt eine offene Politik der Kommunikation und Kooperation. Sie ist bereit, mit allen PartnerInnen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten und nach Lösungen für die bestehenden Probleme zu suchen. Sie hält sich dabei an den Grundsatz, der auch in unserem Fortbildungsprogramm verankert ist, dass sie von Beginn weg in die Projekte einbezogen werden will, damit sie bei der gesamten Entwicklung aktiv mitwirken kann. Eine Information im nachhinein entspricht nicht ihren Vorstellungen von guter Kommunikation.

Unter diesem Gesichtspunkt möchte ich Euch über einige positive und weniger positive aktuelle Begebenheiten berichten.

Beginnen wir mit den guten Beispielen.

«Guter Arzt / gute Ärztin»

Dieses sich in Planung befindende wissenschaftliche Projekt der SGAM und des KHM mit vorerst einem Versicherungspartner soll zu einer echten «bestehende Grenzen überschreitenden» Kooperation ausgebaut werden, in welcher alle Grundversorger-Gesellschaften mit mehreren Versicherern partnerschaftlich zusammenarbeiten werden. Die für diese umfassende Forschungsarbeit nötigen politischen Entscheide wirken sich aktuell etwas entschleunigend auf die Projektentwicklung aus. Doch wir bleiben dran.

Worum es in diesem Projekt geht, sei hier «stenographisch» skizziert. Auffällige Arzt-Patienten-Konstellationen sollen in Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Versicherern erkannt und analysiert werden; einerseits, um besser zu verstehen, wie hohe Kosten zustande kommen, und andererseits, um den betroffenen ÄrztInnen, wo nötig und erwünscht, gezielten Support zur persönlichen Fortbildung geben zu können. Qualitative Überlegungen stehen im Vordergrund und nicht ökonomische.

Disease Management der Helsana

Ja, dieselbe Helsana wie beim Rating ist auf den SGAM-Vorstand zugekommen, um eine Zusammenarbeit im Rahmen eines flächendeckenden Disease Managements für chronisch Kranke – beispielsweise mit Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und COPD – auszuloten.

Das Ziel wäre es, die Behandlungs- und Lebensqualität der Patienten zu steigern und die hohen Kosten, welche diese Krankheiten verursachen, zu optimieren. Dabei steht die Förderung des Empowerment der betroffenen PatientInnen im Vordergrund. Durch ein verbessertes Wissen über ihre Krankheit soll die Compliance der PatientInnen verbessert werden. Sie sollen befähigt werden, frühzeitig und richtig auf gefährliche Veränderungen zu reagieren. Dadurch sollen Hospitalisationen vermindert und entsprechend Kosten gesenkt werden.

Diese Ziele sollen in Zusammenarbeit mit den HausärztInnen – ob in Einzelpraxen oder Netzwerken – mit entsprechend ausgebildeten Gesundheitsschwestern erreicht werden. Die entstehenden Kosten würden den PatientInnen analog zu allen anderen Leistungen einzeln verrechnet und rückerstattet.

Dieses Projekt klingt für uns grundsätzlich interessant. Es befindet sich in einem Stadium, in welchem wir noch von Anfang an aktiv mitwirken können. Wenn es tatsächlich zu einer Kooperation kommen sollte, wäre es für uns von zentraler Bedeutung, dass das Projekt wissenschaftlich begleitet würde und einen pragmatischen Weg verfolgen würde, dass es – da unsere chronisch kranken PatientInnen bei verschiedenen Krankenkassen versichert sind – versicherungsübergreifend wäre, dass die Qualitätsfrage über den ökonomischen Interessen stünde.

Förderung der Forschung in ambulanter Medizin

Ein Schweizer Forschungsnetzwerk in Kooperation von GV – KHM – SAMW – FI(H)AMs – Universitäten – Bundesämtern etc. ...

Die SGAM fördert seit der GV 2001 in Zürich die Forschung in Hausarztmedizin aktiv durch das Sponsoring der Teilnahme an WONCA-Kongressen – gegen einen Bericht in PrimaryCare über einen Aspekt des be-

suchten Kongresses oder die Präsentation eines Beitrages am Kongress. Aktuell kann man sich beim SGAM-Sekretariat für das Sponsoring des WONCA Europe Kongresses in Ljubljana (18.–21. Juni 2003)¹ anmelden!

Das grosse Ziel der Förderung der Forschung kann nur in einem Netzwerk mit anderen an der Forschung interessierten Gruppierungen, insbesondere unter Zusammenarbeit mit universitären Strukturen, erreicht werden. Dies ist auch aus internationalen Erfahrungen hinlänglich bekannt.

Die SGAM wirkt deshalb im Rahmen der Arbeitsgruppe des KHM – der GRCA (Groupe de recherche clinique en ambulatoire) – in Zusammenarbeit mit der SGIM, SGP, SAMW, den FI(H)AMs, der UMG/UEMG², IUMSP³, GREPA⁴, IFOB⁵, dem BSV und BAG sowie RRMA⁶ und SME-DREG⁷ – ouffff – aktiv am Aufbau eines nationalen Netzwerkes für ambulante klinische Forschung mit.

Dieses Netzwerk will durch eine respektvolle Zusammenarbeit von frei praktizierenden und universitären ÄrztInnen eine Synergie der Kräfte bewirken. Forschungs-Know-how, das sich vor allem in den Universitäten befindet, soll zur Förderung der Forschung in der gesamten ambulanten Medizin, schwergewichtig aber in der Hausarztmedizin, eingesetzt werden können.

Der SGAM ist es ein wichtiges Anliegen, dass die kreativen Forschungsideen weitestgehend von den praktizierenden ÄrztInnen aus kommen müssen, damit wir HausärztInnen valable Antworten auf unsere spezifischen Fragen, die sich in unserem komplexen Arbeitsfeld stellen, finden. Die Hausarztmedizin soll dadurch als eigene berufliche Entität auf den wissenschaftlichen Boden einer akademischen Disziplin zu stehen kommen.

Basisnahe ModeratorInnen mit vertieften Kenntnissen im wissenschaftlichen Arbeiten, möglicherweise mit einem entsprechenden Master-Titel (der geschaffen werden müsste), würden als Mittlerpersonen zwischen den aktiven peripheren Forschungsgruppen und einer zentralen Struktur wirken.

Die zentrale Einheit der Netzwerkstruktur, welche die Wissenschaftlichkeit nach innen und aussen garantiert, soll mit zunehmendem Bedarf angemessen wachsen können. Die anfallenden Aufgaben sollen durch KollegInnen in Teil- und Vollzeitpensen wahrgenommen werden.

Das Netzwerk verfolgt mehrere Ziele – von der allgemeinen Promotion der ambulanten und hausärztlichen Forschung über die Instruktion in wissenschaftlichem Arbeiten bis hin zum Support bei der Durchführung, Auswertung und Publikation von Forschungsarbeiten. Mit dieser Unterstützung soll der dringend nötige Kulturwandel, «unser tägliches Tun wissenschaftlich zu begleiten und dessen additiven Wert nachzuweisen»⁸, in einem angemessenen Tempo beschleunigt werden.

Das Wichtigste bei all unseren Bemühungen wird aber sein, dass wir HausärztInnen Lust am Forschen finden werden. Fragen haben wir alle, das ist ganz sicher – und die Antworten dazu liegen bei unseren PatientInnen!

KPTwin.win oder das Medgate Compliance System (MCS)⁹

Die KPT hat ihren Versicherten das Medgate Compliance System unter dem Namen «KPTwin.win» als Ersatz für ihr einseitig aufgehobenes Hausarztmodell angeboten.

Das MCS will den Spagat zwischen der Freiwilligkeit von Managed-Care-Versicherungsmodellen und der Systemtreue der eingeschriebenen Versicherten schaffen. Es funktioniert so: Vor jeder Konsultation – Ausnahmen sind eine Konsultation pro Jahr beim Frauen- und Augenarzt sowie gewisse Notfallsituationen – müssen die Versicherten Medgate anrufen. Dabei werden sie je nachdem angewiesen, eine Selbstbehandlung durchzuführen, zum Hausarzt, auf die Notfallstation oder direkt ins Spital zu gehen. Vor jeder Folgekonsultation beim eigenen Hausarzt, vor Überweisungen zu Spezialisten, zu diagnostischen Untersuchungen oder zu weiteren Therapien müssen die PatientInnen wiederum Medgate anrufen. Es handelt sich also im wesentlichen um ein Prä-Gatekeeping-System. Gemessen und belohnt wird die Systemtreue anhand der lückenlosen telefonischen Rückmeldungen, nicht am Befolgen der Ratschläge von Medgate.

Das hochgesteckte Ziel von Medgate ist es, bis in wenigen Jahren 150 000(!) Versicherte in dieses System eingebunden zu haben. Die PatientInnen, welche dieses Angebot bis jetzt erhalten haben, und wir HausärztInnen sind befremdet über dieses Modell, das von den Medgate-Ärzten ohne Mittun praktizierender ÄrztInnen kreiert worden ist.

¹ www.sgam.ch

² Unité de Médecine générale, Lausanne/Genève

³ Institut universitaire de Médecine sociale et préventive

⁴ Groupe de recherche en pédiatrie ambulatoire

⁵ Institut für evaluative Forschung in der Orthopädie Bern (früher MEM; Maurice Muller Institut)

⁶ Recherche et réalisations en médecine appliquée; eine Arbeitsgruppe der SAMW

⁷ Swiss medical rescue and emergency conference

⁸ Zitat von E. Battegay an der SAMW-Tagung zur «Förderung der Forschung im Bereich der Grundversorgung in der Schweiz» vom 15.11.2002

⁹ Das Medgate Compliance System als Alternative zum Hausarzt-system? SAEZ 2002;83:2578–80

Die BEGAM ist brüskiert, dass ihre Partnerin KPT, mit welcher sie das Hausarztmodell UNIMEDES gemeinsam kreierte hatte, den UNIMEDES-Versicherten nach einer einseitigen Vertragskündigung das MCS-System – wiederum ohne partnerschaftliche Absprache – anbietet. Sie hat bei der KPT entsprechend interveniert.

Der SGAM-Vorstand hat sich mit Vertretern von Medgate getroffen, um sich das Compliance-System und die von Medgate verfolgten Ziele genau erklären zu lassen.

Medgate will ihren anrufenden Patienten, die keinen Hausarzt haben, künftig nicht mehr eine Auswahl irgendwelcher ÄrztInnen in der Wohngegend des Patienten angeben, sondern diese an ÄrztInnen weiterweisen, die mit Medgate zusammenarbeiten, die sich an definierte Rahmenbedingungen halten, beispielsweise an einem CIRS-System teilnehmen. Dabei will Medgate auf Dignitäts- und Qualitätskriterien, für deren Beurteilung es ohnehin keine reproduzierbaren Kriterien gebe, verzichten.

Wir finden, dass das MCS- respektive KPTwin.win-System aus mehreren Gründen ungeeignet ist. Die Hausarztposition als erste Anlaufstelle bei allen gesundheitlichen Problemen wird auf eine rein technische Ebene gestellt. Das MCS mit seiner Anonymität verstösst mehrfach gegen grundsätzliche Aspekte der Hausarztmedizin. Das MCS untergräbt die auf Vertrauen basierende Arzt-Patienten-Beziehung, indem sich ein anonymer Telefonberater permanent zwischen die HausärztIn und ihren Patienten stellt. Die patientenbezogene kreative Arbeit des Hausarztes wird zu einer rein symptombezogenen Tätigkeit, welche zwar auf EBM-gestützten Informationen beruht, dem Patienten in seiner individuellen *komplexen* Situation aber nicht gerecht werden kann. Den ÄrztInnen in den anonymen Call Centers wird immer der psychosoziale Kontext fehlen, der für richtige Entscheidungen in der hausärztlichen Beratung unabdingbar wichtig ist. Daraus könnten falsche Entscheide bis hin zu unnötigen kostenintensiven Spitaleinweisungen resultieren. Auch die geographischen oder sozio-

kulturellen Umstände gewisser Landesteile dürften den Medgate-Ärzten in Basel gefährlich unbekannt sein. Schliesslich vermuten wir, dass sich vor allem Ärzte mit unausgelasteter Praxis, bei welchen die ökonomische Motivation vor der Qualität stehen dürfte, als Netzärzte bei Medgate melden dürften.

Der SGAM-Vorstand und Medgate haben sich nicht gefunden. Dabei ist nicht die Konkurrenz das Problem; gewisse Dienstleistungen zu Unzeiten könnten wir ja sogar durchaus schätzen. Es ist vielmehr die oben geschilderte völlig unterschiedliche Mentalität.

[Klammer: Interessant ist, dass die heute bei Medgate täglich eingehenden 200 Telefonate vor allem aus städtischen Zentren stammen. Sie fallen überwiegend tagsüber zu Bürozeiten und über Mittag an, zu Zeiten also, da auch wir praktizierenden ÄrztInnen üblicherweise gut erreichbar sind. Offenbar kommunizieren wir den Leuten unsere Bereitschaft zu dieser telefonischen Dienstleistung nicht genügend gut. Das Bedürfnis nach telefonischer Beratung sei zweifelsohne eine gegebene Tatsache, meint Medgate. Klammer geschlossen.]

Eine künftige Kooperation mit Medgate wäre allenfalls dann möglich, wenn wir von Anfang an konstruktiv an einem System mitarbeiten könnten, welches die Telemedizin als sinnvolle Ergänzung komplementär zu unserer Praxistätigkeit einsetzen liesse.

Helsana-Rating

In PrimaryCare ist ausgiebig über diese Angelegenheit diskutiert worden. Das Rating stösst bei der Ärzteschaft unisono auf Ablehnung. Dieses Konzept der Helsana, das ohne Kommunikation mit den Hausärzten entstanden ist, lässt keine Kooperation zu. Die Untauglichkeit des Projektes ist ausserdem auch vom Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten bestätigt worden.

Mit kooperierenden Grüßen

Bruno Kissling,
Sekretär der SGAM

Nouvelles du Comité central, Décembre 2002: Coopérations 2002 – 2003 sqq.

Cher-es collègues,

La SSMG a pour habitude de mener une politique ouverte en matière de communication et de coopération. Elle est prête à collaborer avec tous les partenaires du système de santé et à rechercher avec eux des solutions aux divers problèmes qu'il s'agit d'affronter aujourd'hui. Elle s'en tient aussi à un principe – il figure d'ailleurs aussi dans notre Programme de formation continue – qui est d'être associée dès le début aux projets qui la concernent, afin de pouvoir prendre une part active à chaque étape du processus de mise en œuvre. Être informée après coup ne correspond certainement pas à l'idée que la SSMG se fait d'une politique constructive en matière de communication.

Permettez-moi d'étayer ce propos à l'aide de quelques exemples actuels, certains plutôt positifs, d'autres un peu moins ...

Commençons par les bons exemples.

«Le bon médecin»

Ce projet scientifique de la SSMG et du Collège de Médecine de Premier Recours, actuellement en phase d'élaboration avec le concours d'un assureur, devrait donner lieu à un partenariat dans le vrai sens du terme, auquel – au-delà des frontières établies – participeront toutes les sociétés de médecine de premier recours et plusieurs assureurs. Les démarches politiques indispensables à la réalisation de cet important projet de recherche ont pour l'instant tendance à freiner son avancement. Mais nous ne relâchons pas nos efforts!

Voici en quelques mots de quoi il retourne: il s'agit de mettre en évidence certaines constellations médecins/patients sortant des normes, pour les soumettre à une analyse approfondie par les soins d'un groupe de médecins et d'assureurs; nous voulons d'une part mieux comprendre ce qui se cache derrière les pratiques d'une médecine chère et d'autre part fournir aux confrères concernés un soutien adapté à chaque situation lorsque cela s'avère nécessaire et que c'est souhaité. Ce ne seront pas des considérations économiques, mais bien des réflexions qualitatives qui se situeront au premier plan dans ce projet.

Disease Management de l'Helsana

Eh oui! Cette même Helsana qui a commis le fameux «rating» a approché le Comité de la SSMG, proposant de mettre sur pied une collaboration dans le domaine d'un Disease Management à grande échelle chez les patient-es atteints de maladies chroniques, telles qu'un diabète, une insuffisance cardiaque ou une BPCO.

Le but serait d'améliorer les modalités du traitement et la qualité de vie des patient-es et d'optimiser les dépenses importantes engendrées par ces pathologies. Ce projet serait essentiellement axé sur «l'empowerment» des patient-es. Une amélioration de l'information des patient-es sur la maladie qui les touche devrait permettre d'augmenter la compliance thérapeutique, notamment en suscitant de leur part des réactions rapides et correctes dans les situations à risque. Il devrait ainsi être possible de diminuer le nombre d'hospitalisations et les dépenses qui leur sont liées.

Pour atteindre cet objectif, l'assureur table sur une collaboration avec les médecins de premier recours, qu'ils aient leur propre cabinet ou qu'ils travaillent dans le cadre d'un réseau, et sur des infirmières de santé. Les coûts occasionnés par ce type de prise en charge seraient facturés et remboursés au même titre que les autres prestations médicales.

Voilà un projet qui nous semble à priori intéressant, d'autant plus qu'il se trouve actuellement dans une phase préliminaire et qu'il nous permettrait donc encore de participer à son élaboration. S'il devait vraiment déboucher sur une collaboration concrète, il serait essentiel d'obtenir un accompagnement scientifique, et de lui donner une forme empreinte de pragmatisme; la participation de plusieurs assureurs nous semble également essentielle, puisque nos patients chroniques sont forcément affiliés à différentes caisses-maladie; enfin, la préséance des critères de qualité sur les intérêts économiques serait aussi un aspect primordial.

Encouragement à la recherche en médecine ambulatoire

Un réseau suisse de recherche mené dans le cadre d'une collaboration MPR – CMPR – ASSM-FI(H)AMs – Universités – Offices fédéraux etc. ... Depuis son Assemblée générale 2001 de Zürich, la SSMG encourage activement la recherche dans le domaine de la médecine de premier recours, en proposant aux intéressé-es un soutien financier pour leur participation à l'un des congrès de la WONCA – avec pour

contrepartie la publication d'un compte-rendu dans PrimaryCare. J'en profite d'ailleurs pour vous inviter à vous inscrire dès aujourd'hui auprès du secrétariat de la SSMG si vous souhaitez bénéficier d'un soutien financier en vue du prochain congrès de la WONCA Europe, qui aura lieu à Ljubljana du 18 au 21 juin 2003!¹

Nous n'atteindrons les objectifs de cet encouragement à la recherche que si nous agissons dans le cadre d'un réseau réunissant l'ensemble des organismes concernés par la recherche, en particulier les structures universitaires. Les expériences faites à l'étranger l'ont largement démontré.

C'est pourquoi la SSMG participe, en même temps que la SSMI, la SSPed, l'ASSM, les FI(H)AMs, l'UMG/ l'UEMG², IUMSP³, GREPA⁴, IFOB⁵, l'OFAS et l'OFSP, ainsi que la RRMA⁶ et la SMEDREG⁷ (ouf ...), au groupe de travail du CMPR, le GRCA (Groupe de recherche clinique en ambulatoire), en vue de la mise sur pied à l'échelle nationale d'un réseau de recherche dans le domaine de la médecine ambulatoire.

Ce réseau a pour but de tirer profit des synergies qui résulteront de la mise en commun, dans un esprit de respect mutuel, des efforts des praticiens de terrain et des médecins hospitaliers – les connaissances en matière de méthodologie de la recherche se trouvent essentiellement dans les structures universitaires; ce réseau doit soutenir la recherche en médecine ambulatoire d'une manière générale et en médecine de premier recours en particulier.

La SSMG est convaincue que les idées de recherche devraient provenir en grande majorité des rangs des médecins praticiens, afin que nous trouvions, en tant que médecins de terrain, les réponses aux problèmes complexes propres à notre champ d'activité. Cela donnera enfin à la médecine de premier recours un rang de discipline académique, avec la légitimité scientifique que cela sous-entend.

Des modérateurs/modératrices proches de la base, possédant des connaissances approfondies sur la méthodologie de la recherche et peut-être même porteurs d'un master (un cursus de formation restant à définir et à mettre sur pied) serviraient de liens entre les groupes de recherche actifs sur le terrain et un organisme central.

L'unité centrale de cette structure en réseau, dont la fonction sera de garantir le caractère scientifique des démarches aussi bien vers l'intérieur que vers l'extérieur, devrait être suffisamment flexible pour s'agrandir en fonction des besoins futurs. Des collègues engagés à temps partiel ou complet seraient

chargés de remplir les missions découlant de ce projet.

Un tel réseau poursuivrait des objectifs tels que la promotion générale de la recherche ambulatoire et en médecine de premier recours, l'assistance pour le déroulement, l'évaluation et la publication des travaux de recherche ou l'enseignement méthodologique proprement dit. Cette structure serait de nature à favoriser une mutation devenue nécessaire et urgente de notre culture médicale: «accompagner nos activités quotidiennes sur le plan scientifique et en démontrer la valeur ajoutée»⁸.

L'essentiel sera cependant sans aucun doute de nous donner le goût de la recherche, à nous autres médecins de premier recours. Les questions ne manquent pas, nous en avons toutes et tous, ... et ce sont les patient-es qui en détiennent les réponses!

KPTwin.win ou le Medgate Compliance System (MCS)⁹

La CPT a proposé à ses assurés le «Medgate Compliance System», appelé en l'espèce «KPTwin.win», pour remplacer le réseau de soins qu'elle a supprimé unilatéralement.

Le MCS souhaite concilier un système de type Managed Care fondé sur le volontariat, avec la fidélisation des assuré-es. Cela fonctionne de la manière suivante: avant toute consultation, à l'exception d'une consultation par année chez le/la gynécologue et l'ophtalmologue ou dans des situations d'urgence bien définies, les assuré-es sont tenu-es de contacter Medgate par téléphone. On leur conseillera, suivant le cas, une automédication, une visite chez leur médecin-traitant, une consultation dans un centre d'urgences, ou directement une hospitalisation. Avant chaque consultation de contrôle chez le médecin-traitant, avant tout envoi chez un-e spécialiste, avant tout examen complémentaire ou tout traitement délégué, les patients et patientes doivent à nouveau appeler Medgate. Il s'agit donc pour l'essentiel d'un système de «pré-gatekeeping». Le respect systématique du principe des appels téléphoniques est contrôlé et fait l'objet d'une récompense, que les conseils prodigués par Medgate aient réellement été suivis ou non.

Medgate poursuit un objectif ambitieux: s'être attaché d'ici quelques années quelque 150'000 (!) assuré-es. Tant les patients qui ont reçu cette offre que nous-mêmes comme médecins, sommes plus qu'étonnés par ce système qui a été élaboré par les médecins de

¹ www.ssmg.ch

² Unité de Médecine générale, Lausanne

³ Institut universitaire de Médecine sociale et préventive

⁴ Groupe de recherche en pédiatrie ambulatoire

⁵ Institut für evaluative Forschung in der Orthopädie Bern (a MEM; Maurice Muller Institut)

⁶ Recherche et réalisations en médecine appliquée; un groupe de travail de l'ASSM.

⁷ Swiss medical rescue and emergencies conference

⁸ Citation de E. Battagay au congrès de l'ASSM sur le thème «Förderung der Forschung im Bereich der Grundversorgung in der Schweiz» du 15.11.2002

⁹ Das Medgate Compliance System als Alternative zum Hausarzt-system? BMS 2002;83:2578-80

Medgate sans aucune discussion avec les médecins praticiens.

La BEGAM (les généralistes bernois) a été choquée par le fait que la CPT, avec laquelle elle avait pourtant collaboré pour la mise sur pied de son modèle de médecin de premier recours UNIMEDES, se soit permise de résilier unilatéralement le contrat UNIMEDES pour proposer à ses assuré-es, toujours sans concertation, une entrée dans le système MCS. La BEGAM est évidemment intervenue auprès de la CPT.

Le comité de la SSMG s'est réuni avec des représentants de Medgate, pour recevoir des explications détaillées sur le fonctionnement du Compliance System et sur les objectifs poursuivis par Medgate.

Lorsqu'un-e patient-e n'ayant pas de médecin-traitant appelle le centre, Medgate ne proposera dorénavant plus une liste de médecins établis dans la région du domicile. Elle le dirigera vers l'un des médecins collaborant avec Medgate et s'étant engagé à respecter des conditions cadres bien définies, en participant par exemple à un système CIRIS d'annonce d'erreurs médicales. Medgate a l'intention de travailler sans tous les critères liés à la «dignité» et aux contrôles de qualité, l'évaluation de ces critères ne pouvant se faire de manière reproductible.

Nous pensons pour toute une série de raisons que le système MCS, respectivement KPTwin.win, est inadéquat. La position du médecin-traitant comme point d'entrée pour la prise en charge des divers problèmes de santé est ramenée à un niveau strictement technique. Le caractère impersonnel du système MCS est en opposition évidente avec plusieurs des principes fondamentaux de la médecine de premier recours. Le système MCS mine la relation médecin/patient-e, qui repose sur la confiance réciproque, en interposant constamment entre le médecin-traitant et le/la patient-e un-e conseiller-e téléphonique anonyme. Le travail créatif du médecin de famille, centré sur les patient-es, se réduit ainsi à une activité centrée purement et simplement sur des symptômes, certes fondée sur l'EBM mais ne pouvant tenir aucun compte de la *complexité* de chaque individu et de son environnement. Les médecins officiant dans des «Call Centers» anonymes n'auront jamais le contexte psychosocial ni la vision d'ensemble indispensables à une prise de décision en médecine de famille. Il y a là incontestablement des risques d'erreurs graves et d'hospitalisations aussi inutiles que dispendieuses. La situation géographique et les

conditions socioculturelles de certaines régions du pays pourraient aussi échapper complètement aux médecins de Medgate à Bâle – un danger bien réel. Enfin, nous craignons aussi que ce système Medgate n'attire avant tout des médecins dont la consultation est quelque peu désertée, et dont les motivations économiques passeraient alors loin devant le souci de qualité.

Les membres du comité de la SSMG et les responsables de Medgate n'ont pas réussi à se rejoindre vraiment. Il ne s'agit pas d'une question de concurrence ; après tout, nous pourrions même nous réjouir que certaines prestations soient offertes hors des heures habituelles ; par contre, comme vous aurez pu le constater à la lecture de ce qui précède, il s'agit beaucoup plus d'une incompatibilité sur le plan des mentalités.

Petite parenthèse: il est intéressant de savoir que les 200 appels téléphoniques qui parviennent chaque jour à Medgate proviennent essentiellement des milieux urbains. Ils se font surtout de jour, durant les heures de bureau et la pause de midi – et donc à des moments où nous, médecin-traitants, sommes atteignables sans trop de difficulté. Il faut donc croire que nous ne faisons pas assez bien savoir à nos patient-es que nous sommes à leur disposition lorsqu'ils ont besoin d'un conseil téléphonique. Selon Medgate, il existerait indéniablement un besoin sur ce plan. Fin de la parenthèse.

Une coopération future avec Medgate ne sera en fait envisageable que si nous avons la possibilité de participer de manière constructive, dès le début, à l'élaboration d'un système intégrant cette forme de télémédecine comme un complément vraiment utile à notre travail en cabinet.

«Helsana-Rating»

Ce point a déjà été abondamment abordé dans PrimaryCare. Le «rating» a fait l'unanimité contre lui dans le corps médical. Ce concept, imaginé par l'Helsana sans aucune consultation des médecins de premier recours, ne laisse aucune place à la coopération. Le préposé fédéral à la protection des données a d'ailleurs confirmé que ce projet était totalement inadéquat.

Avec mes salutations coopératives,
B. Kissling, Secrétariat de la SSMG
(trad. R. Bielski)