Leserbriefe

An mediKUSS

Lieber mediKUSS,
Danke für Deine PrimaryScare-Kolumnen, immer wieder mit Vergnügen gelesen, ganz besonders die letzte: «Glaube, Hiebe, Hoffnung»! Es gibt also doch noch Hoffnung … alles Gute weiterhin in den Irrungen und Wirrungen des Praxisalltags, des Lebens wünscht herzlich

Dr. med. Alexander Erlach, 8400 Winterthur

Valeur du point différente selon la situation du médecin

Réaction à l'article de Bruno Kissling et Hans-Werner Leibundgut: «Un an déjà depuis l'introduction du TARMED»

Dans l'article susmentionné [1], Hans-Werner Leibundgut parle à deux reprises d'une valeur de point tarifaire différente selon que l'on se trouve à la ville ou à la campagne. Cette suggestion avait déjà été évoquée par le président de la FMH, le Dr Jacques de Haller, dans un article paru dans le journal *Le Matin* en 2004.

Cette idée est tout à fait louable si l'on sait que le médecin de campagne a plus de frais généraux qu'un confrère en ville (plus d'heures de présence de l'assistante, plus de matériel et d'installations techniques, un véhicule toujours disponible et un investissement immobilier plus important qu'en ville où l'on peut plus facilement trouver un cabinet à louer). Cependant, il ne me paraît pas opportun d'envisager une valeur du point différente, ce qui rendrait le médecin isolé «plus cher» que pour les patients qui iraient consulter en ville. La solution idoine pour maintenir des médecins en périphérie serait une péréquation financière entre les confrères installés en ville et les médecins isolés d'une part et une péréquation et/ou une valeur différente du point pour les confrères d'autres spécialités qui peuvent travailler dans un petit cabinet avec peu de frais d'assistante et pas d'installation technique.

Toute proportion gardée, il faut signaler qu'au Canada les médecins installés en milieu non urbain bénéficient d'un revenu de l'ordre de 140% de celui de leurs collègues installés en ville sans que les patients payent plus.

Dans ma situation par exemple, médecin de montagne avec de nombreuses gardes, un temps de travail d'assistantes important (1,3 postes; en ville moins de 1,0 poste) en raison d'interventions extérieures fréquentes, j'ai dû, pour des raisons financières, abandonner la radiologie sous-utilisée, donc trop chère, et consulter régulièrement le samedi matin pour équilibrer le budget; ceci déjà avant l'introduction du TARMED, qui n'a d'ailleurs pas amélioré la situation.

Abstraction faite des questions relevées ci-dessus, la disponibilité et le temps de travail dans une telle situation conduit à un risque non négligeable d'atteinte à la santé du praticien comme cela nous a été rappelé au Congrès de Montana en janvier 2005 (atelier du Dr François Pilet).

Cette situation est non seulement préoccupante mais urgente à résoudre; elle devrait figurer dans les premières préoccupations non seulement du comité de la SSMG mais également de celui de la FMH.

Dr Stéphane Reymond, 2316 Les Ponts-de-Martel

1 Kissling B, Leibundgut HW. Un an déjà depuis l'introduction du TARMED – bilan intermédiaire et regard vers l'avenir. PrimaryCare 2005;5:122–4.

Unterschiedlicher Taxpunktwert

Reaktion auf den Artikel: «Ein Jahr TARMED» von Bruno Kissling und Hans-Peter Leibundgut

Im oben genannten Artikel [1] spricht Hans-Werner Leibundgut zweimal von einem unterschiedlichen Taxpunktwert, der davon abhängt, ob man in der Stadt oder auf dem Land niedergelassen ist. Dieser Vorschlag wurde schon vom Präsidenten der FMH Dr. Jacques De Haller in einem 2004 erschienenen Artikel im «Le Matin» erwähnt.

Diese Idee ist durchaus lobenswert, wenn man bedenkt, dass auf dem Land niedergelassene Ärzte höhere Unkosten als Kollegen in der Stadt haben (prozentual höhere Beschäftigungszeit der Arzthelferinnen, mehr Kosten an Material und technischen Einrichtungen, ein immer zur Verfügung stehendes Fahrzeug und höhere Investitionskosten in Immobilien als in der Stadt, wo man leichter eine Praxis mieten kann). Mir scheint ein anderer Taxpunktwert aber nicht angebracht, denn dies würde die in entlegenen Gegenden praktizierenden Ärzte für die Patienten teurer machen als die in der Stadt. Die geeignete Lösung, um Ärzte in der Peripherie zu halten, wäre ein Ausgleich und/oder ein niedrigerer Taxpunktwert für die Kollegen anderer Fachrichtungen, die in einer kleinen Praxis mit weniger Personalkosten und technischen Einrichtungen arbeiten können.

Ich möchte noch darauf hinweisen, dass in Kanada, auch wenn man die Proportionen berücksichtigt, die in ausserstädtischen Regionen niedergelassenen Ärzte über ein 140prozentiges Einkommen im Vergleich mit ihren Kollegen in der Stadt verfügen, ohne dass die Patienten mehr bezahlen.

Als Arzt im Neuenburger Jura auf dem Land mit zahlreichen Bereitschaftsdiensten, einer Personalarbeitszeit, die 1,3 Posten entspricht (in der Stadt hingegen weniger als 1,0), musste ich aufgrund häufiger Arbeit ausserhalb der Praxis (Hausbesuche, Altersheim, Schule, Notfälle) das zu wenig benutzte, somit wenig rentable Röntgengerät aufgeben. Ich halte ausserdem samstagmorgens Sprechstunde, um das Budget auszugleichen, was schon vor der Einführung des TARMED der Fall war und die Situation übrigens nicht verbessert hat.

Wenn man von den hier aufgeworfenen Fragen absieht, kann die Verfügbarkeit und die Arbeitszeit in einer solchen Lage zu einem nicht geringfügigen Gesundheitsrisiko für den praktischen Arzt führen, wie es auf dem Kongress in Montana im Januar 2005 (Workshop von Dr. François Pilet) dargestellt wurde.

Diese Situation ist nicht nur besorgniserregend, sondern sollte möglichst schnell eine Lösung finden und auf der Liste des Vorstandes der SGAM sowie der FMH oben stehen.

Übersetzung: Birgit Reymond

Dr Stéphane Reymond, 2316 Les Ponts-de-Martel

1 Kissling B, Leibundgut HW. Ein Jahr TARMED – Rückblick und Ausblick. PrimaryCare 2005;5:41–3.