

Bericht aus dem Vorstand, Oktober 2002: 25 Jahre SGAM

Liebe KollegInnen,

Die SGAM kann am 15. Oktober 2002 ihren 25. Geburtstag feiern. In unserer Bescheidenheit und Geschäftigkeit ging die Würdigung dieses freudigen Anlasses am Kongress in Lugano ganz vergessen. So möchte ich in dieser Ausgabe von PrimaryCare einen kurzen feierlichen Halt einschalten. R. L. Meyer, unser Bibliothekar und Archivar seit der ersten Stunde, wird in einer der nächsten Ausgaben von PrimaryCare einen historischen Abriss über die 25jährige SGAM-Geschichte publizieren. Ich freue mich auf diesen Beitrag. Und freuen würde ich mich natürlich auch, wenn sich weitere KollegInnen der Gründerzeit zu Wort melden würden, namentlich die Mitglieder des ersten SGAM-Vorstandes¹ J. R. Hug, A. Geiger, R. Böni, A. Fornerod, W. Irniger, G. C. Simona und F. Simon, sowie die ersten Arbeitsgruppenleiter wie J. Flück, R. Böni und M. Röthlisberger. Ganz besonders denke ich dabei an einen Bericht aus der Sicht von Jürg Flück, der auch nach seiner schicksalsschweren Erblindung das Geschehen der SGAM weiterhin intensiv beobachtet und begleitet – und sich alle zwei Wochen PrimaryCare vorlesen lässt. Ihm sei stellvertretend für alle nicht namentlich aufgeführten Mitglieder der Anfangszeit ein herzlicher SGAM-Gruss übermittelt.

Die SGAM feiert Geburtstag, und als Geburtstagskind darf sie heute ihre Meinung «narren»frei² sagen – und hat einige Wünsche und Angebote offen.

Ein Zitat von 1987 ...

«Seit der Überhandnahme der Spezialisierung in der Medizin fühlt sich der Arzt für allgemeine Medizin immer mehr allein. Alle Spezialfächer sind an der Fakultät vertreten, haben ihren Lehrstuhl und ihr Institut. Der Student lernt die Spezialfächer, legt dort seine Prüfungen ab, sieht aber bisher während seiner Studienzeit nichts von der Allgemeinmedizin. Der zukünftige Arzt für allge-

meine Medizin absolviert seine Assistenten-Jahre in Spezialkliniken und kennt folglich, wenn er sich niederlässt, die Allgemeinmedizin nicht. Die Fortbildung wird oft von Spezialisten für Spezialisten organisiert. So kommt es, dass der Allgemeinarzt seine «Spezialität» nach der Niederlassung als Autodidakt erlernen muss und sich allein und isoliert fühlt. Infolge dieser Tatsache haben sich die Allgemeinärzte verschiedener Kantone vereinigt, um sich gegenseitig zu unterstützen, um ihre Bedürfnisse in Sachen Fortbildung zu definieren und zu organisieren, um ihre Lücken in der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung den Fakultäten und anderen Institutionen nahelegen. Sie wollen damit einen Beitrag leisten zur adäquaten Ausbildung kommender Generationen von Allgemein- und Familienärzten.»³

... und 2002?

Diese Gedanken aus dem Jahr 1987, als die SGAM gerade 10 Jahre alt geworden war, standen am Anfang einer grossen Entwicklung zur Förderung von Lehre, Praxis und Forschung in Allgemeinmedizin. Sie klingen heute immer noch ganz aktuell; die SGAM arbeitet weiterhin unter enthusiastischem Einsatz vieler KollegInnen an diesen Zielen, die erst – oder schon!? – teilweise umgesetzt werden konnten. Veränderungen brauchen eben Zeit.

Ich wünsche der SGAM viel Energie und viele KollegInnen, die mithelfen, die Ideen der SGAM enthusiastisch weiter zu entwickeln und in die Tat umzusetzen.

Veränderungen in einem sich wandelnden gesellschaftspolitischen Umfeld

Veränderung braucht immer Zeit, bis eine Idee in die Tat umgesetzt ist; und noch mehr Zeit ist nötig, wenn die Veränderung in einem sehr komplexen Umfeld, das sich selber in einem rasanten Veränderungsprozess befindet, stattfinden soll.

Dieser Bericht ist eine kritische Schau auf das Schweizer Gesundheitswesen in seinem aktuellen gesellschaftspolitischen Umfeld und

¹ Der erste SGAM-Präsident

J. Trippet ist bereits verstorben.

² Der Narr war der einzige, der dem König die Wahrheit sagen durfte, ohne dass ihm dafür der Kopf abgeschlagen wurde.

³ «Entstehungsgeschichte der SGAM» (anlässlich des 10. Geburtstages der SGAM), Dr. R. Neumann, *Medicina Generalis Helvetica* – Jahrgang 7, Heft 3 / 1987.

dessen Auswirkungen auf die Interessen und Ziele der SGAM. Jeder Abschnitt kann – in beliebiger Reihenfolge – als in sich geschlossener Teil – gelesen werden.

Qualität oder Kosten oder was ... ? – und mit welchem Ziel?

In einem Umfeld von schier (un)ermesslichen medizinischen Möglichkeiten, die in immer verquickterer Abhängigkeit zu immer komplexeren gesellschaftspolitischen, ökonomischen und demographischen Begebenheiten stehen, scheinen die Finanzen – als «endliche» Ressource – die einzige greifbare Möglichkeit zur Steuerung der Leistungen und der Qualität im Gesundheitswesen zu sein.

Der Teufelskreis einer «Pflasterlipolitik» und «Sankt-Florians-Philosophie»⁴. Wie kann aber über Finanzen – Preise und Kosten – entschieden werden, wenn bis anhin weder die Ziele des Gesundheitswesens noch die angestrebte Qualität der medizinischen Versorgung umfassend definiert worden sind?⁵ Und wie weit sind wir, das ärztliche und nichtärztliche Fussvolk sowie alle EntscheidungsträgerInnen, überhaupt in der Lage, einschneidende Entscheide zu treffen, da wir alle wissen, dass sich unsere Erwartungen und Wünsche an das Gesundheitswesen wandeln, sobald wir vom solidaritätsgeprüften Versicherten oder gesunden Politiker und Administrator selber plötzlich zum bedrohten Patienten werden?! So palavern wir an Änderungsmassnahmen herum, die letztlich nichts verändern, sicher keinen Verzicht einläuten sollen; und wir träumen weiterhin den Traum von mehr, moderneren und innovativeren – sprich teureren –, jederzeit für alle uneingeschränkt verfügbaren, massgeschneiderten, vom Chef persönlich ausgeführten Leistungen zu noch besserer Qualität ... und das alles zu tieferen Kosten. Gespart werden soll anderswo, hat die kürzliche Umfrage von Claude Longchamp⁶ ergeben.

Der Geburtstagswunsch der SGAM: Sprechen wir künftig ehrlich über die Probleme; nämlich über Qualitätsförderung, wenn wir die Qualität meinen, und blenden wir dabei den damit verbundenen, meist erhöhten Finanzbedarf nicht aus; sprechen wir von Geld, wenn wir

Kostensenkung meinen, und gaukeln wir uns nicht vor, dass dies ohne Einschränkungen an Leistungen oder Qualität möglich sein wird.

WZW im Spannungsfeld von Linearität und Komplexität

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit stehen als weise, gleichwertige, ineinander übergreifende Begriffe im Krankenversicherungsgesetz. Bei ausgeglichener Betrachtung stellen diese drei Worte eine gute Basis für komplexe Lösungsansätze dar.

Lineare Wirtschaftlichkeit ...

Kunstvoll ist die Galerie der wirtschaftlich «Kosten vor Nutzen»-dominierten Massnahmen, welche die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der medizinischen Handlungen beeinflussen sollen. In ihrer linearen «Ursache-Wirkung»-Sicht kommen sie meistens als gewaltsam übergestülpte Lösungsansätze daher – ohne Rücksicht auf die Folgen.

Die Jagd nach «guten Risiken», die von den Versicherern mit Prämienverschwenderischem Werbebudget geführt wird, blendet aus, dass dadurch die Gesamtmenge medizinischer Leistungen nicht beeinflusst wird.

Mit Spitalschliessungen setzen die Kantonsregierungen durch einen finanziell motivierten Federstrich die Bettenzahl spekulativ fest. Rationalisierung nennen sie das und lassen uns Ärztinnen mit der darin versteckten Rationierung einfach allein.

Der Numerus clausus «vergisst» grosszügig, dass bei einem immer grösser werdenden weiblichen Ärztenachwuchs und der damit verbundenen, voraussehbar steigenden Tendenz zu Teilzeittätigkeit ein vorprogrammierter ÄrztInnenmangel produziert wird.

Der Niederlassungsstopp für fertig weitergebildete JungärztInnen gefährdet das Vertrauen in einen Staat, der seine Spielregeln nach dem Wind richtet.

Die Globalbudgetierungsgelüste beim Übergang zum TarMed blockieren viele Lösungsansätze.

Ein Rating niedergelassener Ärztinnen soll die mögliche Aufhebung des Kontrahierungszwangs vorbereiten; beides sind völlig untaugliche Methoden, welche ausser einer Verunsicherung aller Beteiligten keinen Nutzen erkennen lassen ...

⁴ «... Oh heiliger Sankt Florian, verschone unsre Häuser, zünd lieber andere an ...»

⁵ An der Bürgerstock-Tagung 2002 haben die SGAM-Kader unter dem Titel «Ziele des Gesundheitswesens – wer entscheidet was?» mit verschiedenen Partnern des Gesundheitswesens – der Politik, Verwaltung, Versicherer, Patienten, Industrie und Medien – die Diskussion über eine gemeinsame Zieldefinition eröffnet.

⁶ Der Bund, Donnerstag, 26. September 2002; «Man denkt mehr an die Kosten»; shz.

... komplexe Zweckmässigkeit und Wirksamkeit

Managed-care-Modelle, Evidence Based Medicine und Guidelines beruhen auf einer komplexeren Sichtweise. Doch es fehlt immer noch das nötige Vertrauen in diese Hilfsmittel: dass sie die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit tatsächlich vor den Wirtschaftlichkeitsgedanken stellen, dass sie Krankheit und Kranksein wirklich als komplexes Geschehen betrachten lassen, dass sie Abklärungsstrategien, Behandlungs- und Präventionsmassnahmen in einer freien kreativen Arzt-Patienten-Beziehung und unter Berücksichtigung der Wertesysteme der PatientInnen zulassen.

Spitalambulante Therapien sind Leistungsverlagerungen vom spitalinternen in den spitalambulanten oder praxisambulanten Bereich. Sie wurden durch neue interventionelle und medikamentöse Möglichkeiten möglich und stellen einen organischen Prozess zur Spitalbettenreduktion dar. Wirksamkeit und Zweckmässigkeit stünden hier an erster Stelle; doch diese potente Entwicklungsmöglichkeit wird leider durch wirtschaftliche, versicherungstechnische und Kostenverteilungsgeplänkel in arge Bedrängnis gebracht.

Die SGAM wünscht sich Lösungen, die den Menschen und der ganzen Komplexität des Gesund- und Krankseins gerecht werden. Sie bietet in Fortsetzung zur Bürgerstocktagung 2002 weiterhin ihre aktive Mitarbeit an, die Ziele des Gesundheitswesens in einer gemeinsamen, dringend zu erstellenden, nationalen Kommission – unter Mitwirkung aller Interessengruppierungen – zu definieren.

Kosten des Gesundheitswesens – Investition statt Schaden

Die Gesundheitspolitik starrt wie ein «schlechter Arzt» vorwiegend auf den «Schaden», gemeint sind die Kosten, anstatt auf die Wertschöpfungen des Gesundheitswesens als «Investition» in die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen und auch des Staates. Ausgeblendet wird der volkswirtschaftliche Nutzen, der durch den Verdienst von Hunderttausenden, die durch eine – direkte oder indirekte – Arbeit für das Gesundheitswesen ihr finanzielles steuerbares Auskommen finden, entsteht.

Die Wertschöpfung aus dem Gesundheitswesen wird privatisiert. Schnell und gut wiederhergestellte Gesundheitsqualität und Funktionstüchtigkeit mehr – im Unterschied zur Wirtschaft – nicht den Firmenwert des Gesundheitswesens, sondern kommt anderen Institutionen zugute, z.B. den Betrieben, deren MitarbeiterInnen ihre Arbeit schneller wieder aufnehmen können, den Taggeldversicherern, welche weniger Ausfalltage begleichen müssen, oder der Invalidenversicherung durch rekonstruktive Behandlungen.

Die «Kollateralschäden» der heutigen schwierigen Wirtschaftslage werden «sozialisiert»! Die vom Gesundheitswesen generierte Wertschöpfung wird leider durch die sozioökonomische Entwicklung der letzten 10 Jahre mehr als «aufgefressen». Die unsichere Wirtschaftslage mit ihrem Psychostress (denken wir nur an die konstante Arbeitsplatzbedrohung infolge von sogenannten Firmenrestrukturierungen; an die Arbeitslosigkeit einerseits und die chronische Überforderung der verbliebenen Kräfte andererseits) hat ein gesellschaftspolitisches Umfeld geschaffen, welches invalidisierende seelische Krankheiten auslöst mit der neuen, (noch) nicht offiziell anerkannten Invaliditäts-Diagnose «Nicht-mehrwettbewerbstauglichseinundkeinezukunftsperspektivehaben». Der «blaue» Weg lässt die Kosten der Kranken-, Unfall-, Taggeld- und Invalidenversicherung aus allen Nähten platzen.

Alte Menschen rentieren! Die demographische Entwicklung mit ihrer zunehmenden Zahl älterer Menschen wird immer wieder als Ursache für die hohen Kosten, sprich Schaden, des Gesundheitswesens angeführt. Der Nutzen aus den oft kostspieligen Therapien ist jedoch nicht minder beträchtlich. Die modernen Behandlungen ermöglichen gerade den älteren Menschen ein in der Regel sehr lange selbstbestimmtes Leben bei hoher Gesundheitsqualität. In diesen – seit den alttestamentarischen «Methusalems» – menscheitsgeschichtlich gesehen einmaligen Jahren reisen unsere SeniorInnen, besuchen Konzerte und Restaurants und beleben alle Fazetten des Marktes. Auch wenn SeniorInnen eines Tages hilfs- und pflegebedürftig werden und zum Teil sehr intensiver Betreuung bedürfen, entsteht dadurch wiederum Arbeit und Lebensunterhalt für viele BetreuerInnen.⁷

Heroische SeniorInnen als «Pioniere der Forschung»? Wer weiss – es ist allerdings ein «nä-

⁷ Santésuisse sieht das offensichtlich anders und will alle über 50-jährigen wegen stark erhöhten Risikos stark erhöhte Prämien zahlen lassen; Presseinformationen vom 2.10.2002.

rischer» Gedanke –, ob all die modernen Therapiemethoden, welche sehr oft an den heroischen alten Menschen angewendet werden, entwickelt würden, wenn sich der Bedarf ausschliesslich nach den jungen Menschen, die diese Methoden relativ selten brauchen, jedoch in der Not besonders stark davon profitieren können, richten würde? Es soll jetzt bitte niemand sagen, die SGAM betrachte die alten Menschen als Versuchskaninchen!

Die SGAM wünscht sich eine Nutzen-vor-Kosten-orientierte, ziel- und sinnbestimmte, «salutogenetische» Sichtweise auf das Gesundheitswesen und bietet ihre aktive Mitarbeit an.

Arbeitsfrieden und Arbeitsfreude

Der Arzt als Sündenbock? Viele der oben genannten Umstände, vor allem die «Kosten-vor-Nutzen»-orientierten Massnahmen, führen zu einer enorm gehässigen Grundstimmung im Umfeld des Gesundheitswesens. Der Ärzteschaft wird gerne die volle Verantwortung für die Kosten, die sich aus der Summe aller gesellschaftspolitischen Elemente ergeben, alleine angelastet. In allgemeiner Ratlosigkeit soll deshalb der Sparhebel in erster Linie bei den Leistungserbringern angesetzt werden. Eine Elimination von 20% der praktizierenden ÄrztInnen soll die Kostenentwicklung bremsen. Sollten nicht besser 20% der Versicherer, Arbeitgeber oder Kantone von der Sozialversicherung ausgeschlossen werden – oder gar die kostenintensiven PatientInnen? Ob so oder so, das alles sind untaugliche und kräftezehrende Unterfangen, welche Unfriede und Zwist – mit kostenintensiven gerichtlichen Nachspielen – selbstverständlich und kritiklos, letztlich verantwortungslos in Kauf nehmen.

Der Hausarztmedizin den Garaus machen? Ein jüngstes Beispiel der Gegenwart ist die Absicht des BSV, nachdem es das Praxis-Präsenzlabor nach hartem Kampf jetzt am Leben lässt, den Praxislabortarif zu senken. Diese millionenschwere Sparmassnahme, die vor allem die GrundversorgerInnen trifft, könnte sich leicht als Bumerang auswirken. Der Hausarztberuf, der immer wieder als Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitswesens

hochgelobt wird, dürfte mit jeder solchen wirtschaftlichen Beeinträchtigung noch ein bisschen weniger attraktiv werden. Der HausärztInnen-Nachwuchs, der jetzt bereits bedrohlich abnimmt, dürfte langfristig gefährdet werden – mit allen negativen Auswirkungen auf die Qualität des Gesundheitswesens. Ob die alten Ärzte künftig noch zeitgerecht in Pension gehen dürfen, sei dahingestellt. Die SGAM kämpft wie eine Löwin um eine angemessene Lösung.

Es ist der Wunsch der SGAM, dass im Schweizer Gesundheitswesen eine Arbeit für und mit den PatientInnen in einem friedlichen, von gegenseitigem Respekt getragenen gesundheitspolitischen Umfeld, mit einem Quentchen Grosszügigkeit und Weitsicht möglich bleibt – immer mit dem ersten Blick auf die qualitätsbestimmende Wirksamkeit und Zweckmässigkeit. Die (haus)ärztliche Tätigkeit zum Wohl der PatientInnen soll mit Freude möglich bleiben. Dabei wird sich jene Wirtschaftlichkeit ergeben, welche in diesem komplexen Bereich eben möglich ist. Die SGAM wiederholt ihr Angebot, in einer nationalen Kommission, in welcher alle Interessengruppierungen vertreten sind, an einer Definition der Ziele des Gesundheitswesens kreativ mitzuarbeiten.

Mit einem Geburtstagsgruss

B. Kissling

Sekretär der SGAM

Rapport du Comité central de la Société Suisse de Médecine Générale, octobre 2002: La SSMG a 25 ans!

Cher-es Collègues,

La SSMG fêtera ses 25 ans le 15 octobre 2002. Ce fait nous a, à vrai dire, complètement échappé, modestes que nous sommes et tout occupés que nous étions à veiller au bon déroulement de notre récent Congrès de Lugano. Permettez-moi donc de réparer cet oubli regrettable en célébrant brièvement l'événement dans le présent numéro de PrimaryCare. R. L. Meyer, notre bibliothécaire et archiviste de la première heure, fera un historique un peu plus détaillé de ces 25 ans d'Histoire de la SSMG dans une prochaine édition de notre journal; je me réjouis d'ores et déjà de le lire. Je serais évidemment encore plus heureux si d'autres confrères ou consœurs ayant connu les temps mémorables de la naissance de notre société se manifestaient à cette occasion – je pense en particulier aux membres du premier comité de la SSMG¹, J. R. Hug, A. Geiger, R. Böni, A. Fornerod, W. Irniger, G. C. Simona et F. Simon, ainsi qu'aux premiers animateurs des groupes de travail, notamment J. Flück, R. Böni et M. Röthlisberger. Je pense tout particulièrement, dans ce sens, à un texte de Jürg Flück, qui continue à s'intéresser de très près aux affaires de la SSMG, malgré la cécité qui l'a frappé entre-temps, et qui se fait lire les nouveaux numéros de PrimaryCare toutes les deux semaines. Je salue à travers lui toutes les membres de la SSMG des débuts qui n'ont pas été cités ci-dessus.

La SSMG fête son anniversaire et peut aujourd'hui se permettre de jouer au fou du roi: dire tout ce qu'elle pense², tout en exprimant quelques vœux et en faisant quelques propositions.

Une citation de 1987 ...

«Depuis que la spécialisation a pris le dessus en médecine, le généraliste se sent de plus en plus seul. Toutes les spécialités sont repré-

sentées à la Faculté, ont leur chaire et leur institut. L'étudiant apprend les spécialités, prépare ses examens pour les spécialités mais ne voit jamais la médecine générale pendant ses études. Le futur généraliste acquiert sa formation dans les différentes cliniques mais ne connaît pas la médecine générale quand il s'installe. La formation continue du généraliste est faite par des spécialistes pour les spécialistes. Donc une fois installé, le généraliste doit apprendre sa «spécialité» en autodidacte et il est seul et isolé. Conscients de ce fait, des généralistes de divers cantons ont ressenti le besoin de se réunir, de se soutenir mutuellement, de définir leurs besoins en formation prégraduée, postgraduée et continue, et de s'organiser pour faire des propositions aux facultés et à d'autres institutions. Ils espèrent ainsi pouvoir contribuer à une formation adéquate pour les futurs généralistes et médecins de familles.»³

... et 2002?

Ces réflexions de 1987, alors que la SSMG venait à peine de fêter ses 10 ans d'existence, ont donné un signal important d'encouragement à la formation, à la pratique, et à la recherche en Médecine générale. Elles n'ont d'ailleurs rien perdu de leur caractère d'actualité, puisque la SSMG continue à travailler aux mêmes objectifs, dont certains, sous l'impulsion enthousiaste de nombreux collègues, ont déjà – ou enfin – été finalement atteints. Il est vrai que les changements nécessitent du temps ...

Je souhaite à la SSMG beaucoup d'énergie, et également que de nombreux collègues participent avec enthousiasme au développement et à la mise en pratique des idées de la SSMG.

Des changements dans un environnement sociopolitique en constante mutation

Un changement implique toujours du temps pour qu'une idée soit traduite dans les faits. Et ce temps est encore plus long lorsque le changement en question est censé intervenir dans un environnement complexe et se trouvant lui-même en phase de mutation accélérée.

Ces Nouvelles sont un regard critique sur le système de santé suisse dans son environnement sociopolitique actuel et sur ses implications pour les préoccupations et les objectifs

¹ Le premier président de la SSMG, J. Trippet, est décédé.

² Le fou du roi est le seul qui était autorisé à dire la vérité au souverain, sans qu'il ne lui en coûte sa tête.

³ «Histoire de la naissance de la SSMG» (à l'occasion du 10^e anniversaire de la SSMG), Dr. Rolf Neumann, Medicina Generalis Helvetica – 7^{ème} année, volume 3 / 1987

de la SSMG. Chaque chapitre peut être pris et lu pour lui-même, dans l'ordre qu'on voudra.

La qualité, le prix ou alors quoi ... ? – et dans quel but ?

Dans un contexte où les possibilités de la médecine paraissent presque infinies, mais où elles sont aussi de plus en plus dépendantes de données sociopolitiques, économiques et démographiques toujours plus complexes, l'aspect financier semble, en tant que ressource limitée, le seul moyen tangible qui nous reste pour tenter de maintenir le cap au niveau de la quantité et de la qualité des prestations fournies par notre système de santé.

Le cercle vicieux d'une «politique à la petite semaine» et d'une «philosophie de Saint Florian»⁴. Mais comment peut-on prendre des décisions d'ordre financier – prix et coûts –, lorsque ni les objectifs du système de santé, ni la qualité des soins médicaux souhaités n'ont été véritablement définis?⁵ Sommes-nous d'ailleurs vraiment en mesure, nous autres simples péquins de la population médicale et non médicale de ce pays ou décideurs dans ce domaine, de prendre des décisions fondées, puisque nous savons tous que nos attentes et nos souhaits en matière de santé changent, dès que nous passons de notre statut d'assuré dans un système de solidarité ou encore de politicien ou d'administrateur en bonne santé, à celui de patient menacé dans sa chair?! Nous ne cessons de palabrer autour de mesures de changement qui ne vont en définitive rien changer du tout et ne conduiront de toute manière pas à un quelconque renoncement; et nous continuons à rêver à des prestations plus nombreuses, plus modernes et plus novatrices, évidemment plus coûteuses, accessibles à tous et à toutes à tout moment, taillées sur mesure, de préférence exécutées par le chef en personne et de qualité encore meilleure ... et tout ça à moindre prix. Pour les économies, circulez et allez voir ailleurs – c'est ce qu'a montré la récente enquête de Claude Longchamp⁶.

Pour son anniversaire, la SSMG formule le vœu suivant: parlons désormais franchement des problèmes; parlons de la promotion de la qualité lorsque nous voulons dire qualité, et ne nous cachons pas que cela impliquera sans doute une augmentation des coûts; parlons

d'argent, lorsque nous discutons à propos de diminution des coûts, et ne faisons pas comme si cela pouvait être réalisé sans réductions des prestations ni sacrifices sur la qualité.

Efficacité, adéquation et économicité, entre linéarité et complexité

Efficacité, adéquation et économicité suggèrent sagesse, équilibre et complémentarité et sont les maîtres mots de la Loi sur l'Assurance-maladie. Si l'on y jette un regard neutre, ces trois mots constituent une excellente base de discussion pour trouver des solutions à des problèmes complexes.

Economicité linéaire ...

Le principe purement économique «les coûts avant l'indication» se retrouve dans de nombreuses mesures censées influencer l'efficacité et l'adéquation des actes médicaux. Dans cette vision linéaire simpliste – «cause-effet» –, les mesures prises sont souvent des solutions complètement déraisonnables et violentes, sans soucis des conséquences effectives.

La chasse aux «bons risques», à laquelle se livrent les assureurs avec des budgets publicitaires absolument dispendieux, occulte totalement le fait que cela n'a aucun effet sur le volume global des prestations médicales.

En fermant des hôpitaux, les gouvernements cantonaux fixent arbitrairement le nombre de lits d'un coup de plume motivé par des considérations exclusivement financières. Ils appellent cela rationalisation et nous abandonnent, nous autres médecins, au rationnement que cela cache en réalité.

Le numerus clausus «oublie» sans scrupules que la proportion toujours plus importante de femmes médecins parmi les jeunes en formation sous-entend pour l'avenir une tendance croissante au travail à temps partiel, ce qui prépare immanquablement un manque de médecins.

Le moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux imposé aux jeunes médecins en formation post-graduée met en péril la confiance dans un Etat qui se permet de changer les règles du jeu à sa guise.

Les velléités concernant une enveloppe budgétaire au moment du passage au TarMed bloquent de nombreuses démarches à la recherche de solutions sensées.

Un «rating» des médecins établis a pour objectif de préparer la suppression de l'obli-

⁴ «...Oh Saint Florian, épargne nos maisons, mets le feu plutôt à d'autres ...»

⁵ Au séminaire 2002 du Bürgenstock, les cadres de la SSMG ont ouvert avec différents interlocuteurs du système de santé, du monde politique, des administrations, des assureurs, des patients, de l'industrie et des médias une discussion sur le thème «Objectifs du système de santé – qui décide de quoi?», au cours de laquelle il s'agissait de définir des objectifs communs.

⁶ «Der Bund», édition du jeudi 26 septembre 2002; «Man denkt mehr an die Kosten»; shz.

gation de contracter; or, ces deux mesures sont totalement inadéquates, puisqu'elles n'apportent aucun avantage, tout en déséquilibrant tous les protagonistes ...

... adéquation et efficacité complexes

Les modèles de type Managed Care, l'Evidence Based Medicine et les Guidelines reposent sur une vision complexe des problèmes. Il leur manque cependant toujours la confiance indispensable: placent-ils effectivement l'adéquation et l'efficacité avant les considérations économiques? Permettent-ils réellement de considérer la maladie et le fait d'être malade comme une situation complexe? Autorisent-ils vraiment des stratégies d'investigation et des mesures thérapeutiques et préventives dans le cadre d'une relation médecin-patient libre, créative, et tenant compte de l'échelle de valeur des patient-es?

Les traitements en «hospitalisation ambulatoire» sont de simples transferts de prestations du secteur hospitalier au secteur hospitalier ambulatoire ou ambulatoire proprement dit. Ce transfert a été rendu possible par les progrès réalisés au niveau des techniques d'intervention et des méthodes de traitement médicamenteuses. C'est un processus organique destiné à réduire le nombre de lits d'hôpitaux. Les soucis d'efficacité et d'adéquation seraient au premier plan, paraît-il; pourtant, cette évolution, qui pourrait avoir des effets extrêmement importants, est entièrement remise en question par des contraintes économiques et asséculoologiques, sans parler des discussions incessantes à propos de la répartition des coûts.

La SSMG souhaite des solutions tenant compte de l'être humain et de toute la complexité de l'état de santé et de l'état de maladie. Elle continue à proposer sa collaboration active, en droite ligne du séminaire du Bürgenstock 2002, pour définir ensemble les objectifs de notre système de santé dans le cadre d'une commission englobant tous les groupes d'intérêts à l'échelle nationale, et qu'il est aujourd'hui urgent de mettre en place.

Les coûts du système de santé – Investir plutôt que traumatiser

La politique de santé de ce pays fixe son regard, comme un mauvais médecin, sur les blessures, en

d'autres termes sur les coûts du système de santé, au lieu de voir les richesses qu'il crée, au niveau de la santé et la qualité de vie des gens, et du fonctionnement de l'Etat. L'utilité au plan socio-économique, c'est-à-dire les postes de centaines de milliers de personnes travaillant directement ou indirectement dans le système de santé, passe complètement inaperçue et l'on ignore totalement les recettes fiscales que cela suppose.

Les richesses produites par le système de santé sont privatisées. Le rétablissement rapide de la santé et des capacités fonctionnelles des patient-es ne profite pas directement au système de santé, au contraire de ce qui se passe dans le monde économique; cela profite à d'autres institutions, comme les entreprises dans lesquels les collaborateurs pourront reprendre le travail plus vite, les assureurs qui devront moins payer d'indemnités journalières, ou l'Assurance invalidité qui dépensera moins, grâce à des traitements réparateurs.

Les «dommages collatéraux» dus à la situation économique difficile que nous vivons actuellement sont «socialisés»! Les richesses générées par le système de santé sont malheureusement plus que «dévorées» par l'évolution socio-économique de ces dix dernières années. L'incertitude de la situation économique avec le stress psychologique qui lui est associé (pensons seulement à la menace permanente qui plane sur les places de travail par suite des soi-disant restructurations d'entreprises, au chômage d'un côté et au surmenage chronique de ceux qui ont conservé leur emploi de l'autre côté) a créé un environnement socio-politique qui donne naissance à des maladies psychiques invalidantes et à un nouveau diagnostic d'invalidité connu sous le terme, s'il n'est pas (encore) admis officiellement, de «Etreinapteàlaconcurrence dumarchédutraitement complètement sans perspectives d'avenir». La «voie bleue» fait exploser les coûts de l'assurance maladie, accident, indemnités journalières et invalidité.

Les personnes âgées à la retraite! L'évolution démographique, avec son nombre sans cesse croissant de personnes âgées, est continuellement invoquée pour expliquer l'augmentation des coûts, c'est-à-dire les problèmes, du système de santé. Le bénéfice tiré des thérapies souvent très chères n'est pourtant pas moins important. Les traitements modernes permettent en règle générale justement aux personnes âgées de prolonger leur indépen-

dance et de conserver une meilleure qualité de vie. Nos seniors ne voyagent-ils pas régulièrement, ne vont-ils pas au concert et au restaurant, n'animent-ils pas la vie économique à tous niveaux jusqu'à un âge plus que respectable? Voilà bien une situation qui ne s'est jamais produite dans l'histoire de l'humanité, du moins depuis le «Mathusalem» de l'Ancien Testament! Même si ces aînés devaient un jour avoir besoin d'aide et de soins, parfois même de soins intensifs, cela ne ferait que générer à nouveau du travail pour de nombreux/-ses soignant-es.⁷

Des seniors héroïques en tant que «Pionniers de la recherche»? Qui sait – mais voilà sans doute encore une de ces pensées dignes d'un fou du roi – si toutes ces méthodes thérapeutiques modernes, si souvent utilisées chez des personnes héroïques, auraient été développées si elles n'avaient dû être utilisées que chez des sujets jeunes? S'ils en ont relativement rarement besoin, ce sont pourtant bien eux qui en profitent le plus en cas de besoin. Bon, que personne ne vienne maintenant me dire que la SSMG considère les personnes âgées comme des cobayes!

La SSMG souhaite une vision du système de santé basée sur la priorité des bénéfiques sur les coûts, centrée sur les objectifs, raisonnable et équilibrée, promouvant la santé. Elle est prête à collaborer dans ce sens.

La paix du travail et le plaisir au travail

Le médecin bouc émissaire? Beaucoup des éléments évoqués ci-dessus, en particulier les mesures basées sur le principe du «coût prioritaire sur les bénéfiques», conduisent à une ambiance détestable dans le système de santé. On attribue volontiers aux médecins la responsabilité de l'ensemble des coûts résultant des circonstances socio-politiques. Ne sachant à quel saint se vouer, la tendance qui prévaut actuellement est de mettre la pression sur le levier économique chez les prestataires. L'élimination de 20% des médecins pratiquants est destinée à freiner l'augmentation des dépenses; ne vaudrait-il pas mieux exclure des assurances sociales 20% des assureurs, des employeurs ou des cantons, ou alors plutôt des patient-es, qui coûtent si cher? Quoi qu'il en soit, il ne s'agit là que de questions inutiles et destructrices, suscitant

frustration et colère, avec les conséquences juridiques coûteuses que cela peut entraîner, simplistes, dépourvues de sens critique et en définitive d'esprit de responsabilité.

La fin de la Médecine de Premier recours? Le dernier exemple en date est l'intention manifestée par l'OFAS, après que nous ayons obtenu de haute lutte le maintien du laboratoire du praticien, d'abaisser les tarifs des analyses de laboratoire. Cette mesure d'économie, qui porterait sur des dizaines de millions de francs, serait essentiellement supportée par les Médecins de Premier recours et pourrait facilement agir comme un boomerang. La profession de médecin de famille, que l'on loue pourtant régulièrement comme étant la pierre angulaire du système de santé, va encore perdre un peu plus de son attractivité en raison de mesures économiques de ce type. La relève des médecins de famille, qui commence déjà à faire défaut, pourrait en être sérieusement menacée, avec toutes les conséquences négatives que cela pourrait avoir sur la qualité des soins dans le système de santé. On peut légitimement se poser la question de savoir si les vieux médecins de demain pourront encore prendre leur retraite à un âge décent. La SSMG se bat comme une lionne pour trouver des solutions adaptées à ces problèmes.

La SSMG exprime le vœu qu'il reste possible à l'avenir, dans le système de santé suisse, de travailler avec et pour les patient-es dans une atmosphère paisible et dans un esprit de respect mutuel et de générosité, avec le souci de la vision à long terme, et toujours dans une perspective de qualité, d'efficacité et d'adéquation. Elle espère ardemment que les médecins, en particulier les médecins de famille, puissent encore pratiquer demain leur métier pour le bien-être des patient-es et avec plaisir. Il en découlera toute l'économicité qu'on peut espérer dans un tel système complexe. La SSMG réitère son offre de participer dans un esprit constructif à une commission nationale, dans laquelle seraient représentés tous les différents groupes d'intérêts, pour définir les objectifs de notre système de santé.

Avec mes meilleurs vœux d'anniversaire

B. Kissling,
Secrétaire de la SSMG
(Trad. R. Bielinski)

⁷ Santésuisse voit ceci de toute évidence d'un autre oeil et veut faire passer à la caisse toutes les personnes de plus de 50 ans, les considérant comme à haut risque, et leur faire payer des primes plus élevées (information à la presse du 2.10.2002).