

Forum CC



Vaccination HPV: rémunération totalement inacceptable

Les programmes de vaccination HPV ont été publiés récemment.

Outre les charges administratives complètement inhabituelles pour une vaccination et la rupture du secret professionnel par l'obligation de communiquer le nom de la personne vaccinée dans notre canton, la rémunération du médecin nous a choqués.

En effet, une rémunération de 15 francs est prévue pour le médecin qui conseille une jeune fille et la vaccine. Cette somme ne couvre de loin pas les coûts de vaccination au cabinet médical. En outre, la gestion des vaccins (commande, stockage, tenue des stocks avec coûts de locaux et de personnel) n'est plus du tout indemnisée, car le paiement a lieu directement par le canton sans que le médecin exécutant ne soit indemnisé.

Ce montant ne couvre même pas les coûts du cabinet médical pour une consultation normale, et cette vaccination devient une véritable «*affaire à perte*». Ou pour le chiffrer autrement: nos charges de cabinet s'élèvent de 200 à 250 francs par heure. Pour pouvoir les couvrir, avant même de gagner un franc, nous devrions effectuer 12 à 15 vaccinations par heure. Cette façon de procéder ne correspond pas à l'idée que je me fais d'une consultation et de vaccinations menées avec soin.

Apparemment, les coûts élevés de fabrication du vaccin doivent être compensés par des pertes chez les médecins exécutants. *C'est inacceptable!* Soit cette vaccination est appropriée, efficace sur le plan médico-financier, et vaut son prix, y compris la fabrication du vaccin et tous les coûts supplémentaires qui en découlent, et elle doit alors être incluse dans le programme normal de vaccination. Soit elle *ne l'est pas*, et quelqu'un devrait se lever et dire: non, ces coûts et la charge administrative sont trop élevés pour les années de vie gagnées, la vaccination n'est pas offerte à grande échelle.

De ce fait, je me fais beaucoup de soucis pour l'avenir du cabinet médical pédiatrique, si cette forme de rémunération devait faire école pour les vaccinations futures ou même existantes. C'est donc maintenant que nous nous devons nous défendre et nous opposer avec véhémence à cette situation!

Dr S. Schneider,
spécialiste en pédiatrie,
Kreuzlingen

Réponse

Cher Collègue,

La Commission fédérale des prestations, y compris les représentant-e-s du corps médical, a décidé l'an dernier de n'admettre le vaccin HPV que dans le cadre de programmes cantonaux de vaccination; le motif de cette décision, qui est et doit rester exceptionnelle, était le prix exigé par le fabricant, que nous avons jugé inacceptable et que seuls des achats groupés par des collectivités publiques permettaient de faire baisser. La possibilité pour les cantons d'associer les médecins privés à ces programmes de vaccination fait partie de cette décision.

La prestation «vaccination HPV» est donc une prestation dont le prix est décidé dans le cadre du programme cantonal, et les médecins qui le souhaitent peuvent demander à s'y associer – le gros des vaccinations devrait avoir lieu dans les écoles, en fait (à 12 ans, en trois fois; il est probablement difficile d'attendre de la majorité des adolescentes de cet âge qu'elles viennent spontanément trois fois à la consultation ...).

Le prix de la vaccination (trois fois Fr. 15.– à 18.– selon les cantons, soit au total Fr. 45.– à 54.–) comprend la totalité de la prestation (explications, contrindications, injection, etc.); le vaccin lui-même est fourni par le canton. Il est clair que Fr. 15.– pour la première vaccination est trop peu; cela se tempère un peu si l'on considère que les deuxième et troisième vaccinations ne demandent plus que l'intervention de l'assistante médicale, en principe.

Il est clair aussi que tout ce qui, lors de la visite de la patiente au cabinet, déborde de la vaccina-

tion HPV doit être facturé en conséquence, selon le tarif habituel: si l'on procède à une mise-à-jour de l'anamnèse intermédiaire, à un tour d'horizon médico-social comme il est souvent nécessaire à cet âge, ou à toute autre prestation que l'on juge indiquée, cela doit être facturé.

Tout ceci, associé au fait qu'il s'agit d'une situation qui doit absolument rester exceptionnelle, devrait lever un peu de vos inquiétudes; c'est du moins ce que j'espère!

*Dr Jacques de Haller,
président de la FMH*

Courrier au BMS



Objection de conscience: déontologie et service à la population

J'aimerais réagir ici à l'article de J. Martin sur l'objection de conscience dans le n° 24 [1]. Notre confrère dit son inquiétude d'une loi qui voudrait renforcer et protéger ce principe. Il met le doigt sur un problème connu depuis longtemps dans les services de gynécologie et qui risque de s'étendre assez largement avec l'acceptation croissante d'un «droit à sa propre mort» que de plus en plus de patients vont vouloir transformer en une exigibilité d'un acte euthanasique.

Contrairement à ce qu'il prétend, le problème n'est pas marginal. Il interpelle à plusieurs niveaux. On a déjà beaucoup parlé de celui de la mise de côté des récalcitrants, amenant la constitution d'un corps professionnel qui ne suit plus l'éthos de la profession mais la *vox populi*. On l'a vu avec l'avortement, il y aura bientôt l'euthanasie. Si les réfractaires au premier évitent la formation de gynécologue, les réfractaires à la seconde auront beaucoup plus de peine à se recaser. Il leur faudra trouver une discipline ou l'on ne meurt pas ou peu.

Pour ma part je poserai deux questions qui ne peuvent pas trouver réponse ici mais sur lesquelles je vous invite à réfléchir.

1. *Est-ce que refuser certaines prestations est équivalent à «refuser de donner des soins»?* Si oui, cela voudrait dire que soigner consiste à mettre sur le marché les produits correspondant à la demande. N'est-ce pas là une sérieuse distorsion de la notion de soins. Sans retomber dans le paternalisme il faut dire haut et fort son refus du soin comme élément d'un sys-

tème contractuel marchand. Ce serait pauvre et triste! Plutôt que de vendre des prestations médicales je préférerais alors vendre des livres ou des salades au marché. Mais si soigner dans un sens large c'est aider l'autre à rester en vie le mieux possible, la responsabilité du soignant alors ne passe-t-elle pas parfois par le refus de certaines demandes mortifères?

2. *Est-ce qu'il existe des valeurs qu'il vaut la peine de défendre même si elles ne sont pas votées à la majorité?* C'est un problème récurrent en éthique de savoir s'il existe des valeurs universelles ou si chaque société construit les siennes par consensus. Se référer à la première hypothèse c'est alors donner, face à l'opinion du moment, un poids de contre-pouvoir critique aux traditions qui ont cru découvrir ou recevoir certaines de ces valeurs et ont cherché à les cultiver et à les préserver au cours du temps. Je pense à l'éthos soignant qui répugne à amener la mort ou à l'éthos chrétien.

J. Martin s'inquiète de savoir ce qui se passerait «si tous les prestataires adoptaient la même position». Ne serait-ce pas là un avertissement qu'il faudrait prendre très au sérieux plutôt qu'un déni de justice face à des patients frustrés dans leurs revendications? Pour éviter les dérives de la pensée unique une société démocratique doit garantir qu'on ne fasse pas taire toutes ces voix critiques.

Question subsidiaire: ce que la loi ne fait que tolérer en le déclarant «non punissable» (avortement, suicide assisté) peut-il être considéré comme une prestation exigible que la collectivité publique serait tenue de mettre à disposition de manière uniforme sur tout le territoire à la manière des bureaux de poste?

*Dr Thierry Collaud,
Bevaix*

1 Martin J. Objection de conscience: déontologie et service à la population. Bull Méd Suisses. 2008; 89(24):1104.

Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen

In der Rubrik «Zu guter Letzt» unterstützt Jean Martin «das deontologische Prinzip der Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen» [1]. Gleichzeitig führt er aber aus, «dass der Arzt keine beruflichen Verpflichtungen eingehen sollte, bei denen er in solche Gewissensnöte kommt». Indem der Autor auf diese Weise einem Segment von Ärzten und Pflegenden ein faktisches Berufsverbot auferlegt, hebt er das Recht auf die Anwendung der Gewissensklausel auf. Das Recht auf die Anwendung der Gewissensklausel beinhaltet den Schutz vor jeglichem Schaden auf beruflicher, gesetzlicher, disziplinarischer und wirtschaftlicher Ebene, und dies sowohl während der Ausbildung als auch bei der Berufsausübung.

Ein solcher aus Art 8.2 der BV ableitbarer Schutz ist auch Ausdruck des in unserem Land hochgehaltenen Minderheitenschutzes. Dieser Schutz soll auch den Frauen und Familien zugutekommen, die sich mit Vorliebe von Ärzten und Pflegenden behandeln lassen wollen, die aus Gewissensgründen bestimmte Vorgehensweisen ablehnen. Das Recht auf Gewissensfreiheit nimmt unter den Menschenrechten eine zentrale Stellung ein, weil damit das Recht auf die moralische Integrität einer Person geschützt wird. Nicht umsonst wurde in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UNO von 1948 der Anspruch eines jeden Menschen auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit festgeschrieben (Art. 18). In unserer Bundesverfassung ist in Art. 15, Abs. 1 «die Glaubens- und Gewissensfreiheit gewährleistet».

Das Gewissen gründet auf der freien Selbstbestimmung [2]. Entsprechend den beiden Aspekten des Grundrechts auf Gewissensfreiheit (freie Gewissensbildung und freie Gewissensbetätigung) ist nicht nur der staatliche Zwang als Einflussnahme auf den inneren Entscheidungsvorgang, sondern jegliches Zwingen zu äusseren Handlungen, für die der Gezwungene direkte Verantwortung trägt, ausnahmslos untersagt [3].

Martin spricht von «gesetzlich zulässigen Leistungen» im Rahmen der Fristenlösung. Ein Recht auf einen solchen Eingriff oder gar eine flächendeckende Versorgung existiert aber nicht. Aus der am 2. Juni 2002 von einer Mehrheit des Schweizer Stimmvolkes gutgeheissenen Strafflosigkeit kann kein Recht abgeleitet werden.

Der Autor postuliert, die Verweigerung ärztlicher Leistungen sei nur «unter gewissen Voraussetzungen» zulässig. Nicht zulässig sei sie in einer Notsituation, «in der das Ausbleiben einer Behandlung oder deren Verzögerung negative Konsequenzen für den Patienten hätte». Dass aber in einer echten Notsituation, z. B. vorzeitige Plazen-

talösung mit unstillbarer Blutung, ein sofortiges Handeln nötig ist, ist selbstverständlich und fällt auch gar nicht in den Bereich «Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen». Verweigerer aus Gewissensgründen folgen ihrem Heilungsauftrag genau so wie alle anderen Kollegen, lehnen aber die direkte und bewusste Schadenszufügung gegenüber andern (insbesondere den Ungeborenen) ab.

Für die Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Ärztinnen und Ärzte der Schweiz (AGEAS):

Dr. med. Hans-Rudolf Pfeifer, Präsident
Dr. med. Daniel Beutler-Hohenberger, Generalsekretär

Für die Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz (VKAS):

Dr. med. Nikolaus Zwicky-Aeberhard, Präsident
Dr. med. Rahel Gürber, Vizepräsidentin

Réponse

L'objection de conscience du professionnel de soins est un sujet à plusieurs dimensions

Merci à nos cinq confrères de leurs courriers à propos d'objection de conscience. Les considérations qu'ils font valoir ont mon respect et doivent être examinées. Sans vouloir en aucune manière être polémique, j'apporte quelques précisions.

En ce qui concerne l'affirmation de H.-R. Pfeifer et coll. selon quoi mon propos va dans le sens d'un «Berufsverbot», j'ai écrit: «Etant entendu aussi que le praticien peut être attentif à ne pas accepter de mandats où il se trouverait ainsi contraint.» Peut-être le texte allemand donne-t-il une impression de «Verbot»? NB: j'ai l'occasion de relire les traductions avant publication et les trouve généralement excellentes, mais il se peut que je ne «diagnostique» pas une formule qui va au-delà de ce que je veux dire. Ce que je dis, c'est que, comme professionnel qui assume ses responsabilités, le médecin qui ne peut pratiquer des interruptions de grossesse (IG) devrait éviter d'accepter une fonction où il se trouverait de manière récurrente en conflit de conscience.

A cet égard, je réalise que l'éventualité évoquée par T. Collaud au deuxième paragraphe de son point 2 existe. Cela étant, véritablement, est-il aisé aujourd'hui d'envisager la pratique de la gynécologie-obstétrique en s'opposant totalement à l'IG? Je ne crois pas qu'il s'agisse de céder à la *vox populi*; dans un cadre légal général et éthique incluant des valeurs libérales et d'autonomie du patient qui sont largement partagées, il s'agit du respect de l'attente – légitime – de femmes qui pensent choisir un professionnel réalisant l'ensemble des gestes liés à une discipline donnée. Élément de bon sens, me semble-t-il, qui n'empêche absolument pas, si on informe sa clientèle à temps et

1 Martin J. Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(24):1104.

2 Witschen D. Grenzen der Gewissensfreiheit aus ethischer Sicht. Trierer Theologische Zeitschrift. 2003;102:189.

3 Schockenhoff E. Wie gewiss ist das Gewissen? Eine ethische Orientierung. Freiburg: Herder; 2003.

exactement, de vouloir être gynécologue tout en refusant de pratiquer l'IG.

Savoir si un acte admis par la loi (*gesetzlich zulässige Leistung*) a pour corollaire un droit à bénéficier de la prestation en question est un point tout à fait intéressant. Peut-être la réponse juridique académique est-elle négative, je ne sais? Mais la réponse pratique, de terrain, s'agissant de la responsabilité de ceux qui doivent garantir l'accès aux soins dans une collectivité (cantonale par exemple), cette réponse est claire: la prestation doit être disponible sans difficultés indues et l'autorité sanitaire doit faire en sorte de l'assurer, par des professionnels qui acceptent de la donner – il n'est donc *pas question de forcer qui que ce soit* à le faire. C'est une dimension d'éthique sociale et d'égalité devant la loi, qui a toute son importance *aux côtés* du respect de la conscience des individus (le lecteur aura compris que je parle du système médico-hospitalier d'intérêt public, la situation peut être différente pour les cliniques privées). J'ai été mal compris par T. Collaud (ou me suis mal exprimé) sur un point. Je ne dis pas que le problème en soi est marginal; je relève que, durant les trente dernières années (au moins), le médecin cantonal vaudois (qui aurait sans doute été contacté) n'a pas eu à connaître de problèmes à ce sujet dans les institutions sanitaires du canton. Ce qui semble être un fait pertinent à considérer. Personnellement, je n'aime pas l'interruption de grossesse et ne suis en rien son avocat dogmatique/idéologique; simplement, une longue expérience, notamment au contact de situations médico-légales et médico-éthiques lourdes, m'a convaincu que le régime du délai qui est le nôtre depuis 2002 est (*mit Abstand*, comme disent les germanophones) le moins mauvais si on entend tenir compte des besoins et des intérêts de l'ensemble des membres d'une collectivité. Ceci dans le respect une fois encore d'autres positions; mais œuvrer à la santé d'une communauté oblige parfois à se référer aux options/décisions de la majorité et à agir en conséquence, c'est vrai.

Dernière remarque (mon style n'est pas la provocation et je souhaite que ce qui suit ne soit pas perçu comme provocant): au cours des dernières années, j'ai été interpellé par l'affirmation suivante: «Dans la pratique de la médecine et des soins, ce n'est pas la morale – ou la religion – du professionnel qui doit être déterminante, c'est la morale ou les convictions spirituelles du/de la patient(e).» Surprenant (voire choquant?) pour les médecins de ma génération ... Néanmoins: sans préjudice à la possibilité de refuser en conscience de pratiquer certains actes, cette phrase ne mérite-t-elle pas attention et réflexion?

Jean Martin, Echandens



Protest der Hausärzte in Managed-Care-Modellen gegen die Kürzungen der Laborleistungen in der Analyseliste

Sehr geehrter Herr Zeltner

In unseren Verbänden arbeiten Hausärzte in freier Praxis sowohl als eigene Unternehmer wie auch als Mitglieder von Managed-Care(MC)-Modellen in der Schweizer Grundversorgung engagiert mit. Unsere Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ist eng und basiert auf gegenseitigem Vertrauen und klar definierten Leistungszielen. Finanziell sind wir in diesen MC-Modellen mit Capitationverträgen mit unserem persönlichen Vermögen eingebunden und damit hochmotiviert, die Qualität der Grundversorgung zu verbessern und die Kosten im ambulanten wie auch im stationären Bereich zu vermindern.

Das Präsenzlabor in der ärztlichen Praxis ist ein wesentlicher Faktor, um medizinische Entscheide auf der Ebene der Grundversorger rasch und unkompliziert fällen zu können. Ihr Departement hat einen massiven Leistungsabbau der Analyseliste vorgeschlagen. Dieser Leistungsabbau gefährdet das Präsenzlabor sehr stark und wird bei seiner Verwirklichung zu einer massiven Reduktion der ärztlichen Laborleistungen in der freien Praxis führen.

Ihre Aussage «Die Labors dürfen keine Cashcows der Praxis sein» (Zitate aus Ihrem Interview in der NZZ vom 22.8.2008) unterstellt, dass mit dem Präsenzlabor unnötige und teure Untersuchungen gemacht werden. Aus unserer Erfahrung mit Managed Care in unseren Hausarztnetzwerken ist dies aber überhaupt nicht der Fall. Wir finden Ihre Aussage irreführend, weil sie impliziert, dass Geldverdienen mit Laboruntersuchungen unrechtmässig erfolgt. Von dieser Aussage möchten wir uns dezidiert distanzieren.

Die Attraktivität des Berufes Hausarzt wird durch die Einschränkung von in der Praxis erbrachten Leistungen, sei dies im Labor, im Röntgen oder bei der Selbstdispensation, massiv vermindert. Es mutet absurd an, wenn Sie im oben zitierten Interview aussagen, dass Sie die Attraktivität des Hausarztberufes erhöhen möchten, gleichzeitig aber auch eine Korrektur auf der Einkommenseite machen möchten.

Wir glauben nicht daran, dass staatlich verordnete und gelenkte Massnahmen im Giesskannenprinzip auf der Ebene von Einschränkungen unserer in der Praxis erbrachten Leistungen wie auch die Regulierung unseres Einkommens durch das Bundesamt für Gesundheitswesen wirksam,

effizient und für das Gesundheitswesen zweckmässig sind.

Vielmehr setzen wir auf die bereits bewährte und weiter sich dynamisch entwickelnde enge Zusammenarbeit zwischen uns Hausärzten in einem MC-Modell, den Krankenkassen und den Behörden. In diesem System bestehen gute finanzielle Anreize, Leistungen günstiger und besser zu erbringen.

Die Mitarbeit in einem Hausarzt-MC-Modell steigert außerdem auch die Attraktivität der Praxis sowohl für Patienten wie auch für potenzielle Nachfolger und verhindert den Burnout der Praxisinhaber.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, von der beabsichtigten Leistungskürzung Abstand zu nehmen und damit die Attraktivität der Arbeit in der hausärztlichen Grundversorgung zu stärken. Die Unterschriften für diesen Brief wurden per E-Mail eingeholt und von folgenden Personen bestätigt:

Ärztetz Nordwest (BS, BL, SO): VRP Dr. med. Philipp Tschopp

LimmiMed (ZH): VRP Dr. med. René Schmid

LuMed (LU): VRP Dr. med. Christian Studer

mediX bern (BE): VRP Dr. med. Adrian Wirthner

mediX zürich (ZH): VRP Dr. med. Felix Huber

Pizolcare (SG): VRP Dr. med. Urs Keller

säntiMed (SG, AR): VRP Dr. med. Hansueli Schläpfer

Wintimed (ZH): VRP Dr. med. Oskar Denzler



Wollen die Politiker kranke und unglückliche Menschen?

Unsere Parlamentarier wollen offenbar unser Gesundheitswesen systematisch kaputt machen, weil es nichts kosten darf. Die Gesundheit hat nicht mehr erste Priorität. Wollen die Politiker kranke und unglückliche Menschen? Kann sich die «reiche» Schweiz keine eigenen Ärzte mehr leisten? Bei uns werden schon die meisten Allgemeinpraxen altershalber Ausländern übergeben. Die Devise heisst: die Anzahl Ärzte muss reduziert werden, denn sie sind die Kostenverursacher, nicht etwa die Patienten. Also sollen unsere Patienten einfach weniger behandelt werden, dann kostet es weniger. Das kann es doch nicht sein! Dazu kommen noch zwei andere Schlagwörter, mit denen man Kosten einsparen will, nämlich mit der Konkurrenz und Qualität. Darum hat man jetzt für ein Zwei-Klassen-Grundversicherungsan-

gebot plädiert, bei welchem das billigere die freie Arztwahl nicht mehr gewährt, also absolut *keine* Konkurrenz mehr. Für die «Qualität», sprich Administration, haben wir schon zu viel Unsinn auf uns genommen. Auf der einen Seite müssen wir so viel Fortbildung machen, um «Qualität» zu haben, aber Gesundheitsschwestern sollten dann unseren Job machen! Mit solchen Widersprüchen findet man sicher nie eine Lösung im Gesundheitswesen, und vor allem ist es ersichtlich, dass es nur ums Geld geht. Es gibt kein gutes Gesundheitswesen, das nichts kostet. Das Schweizer Volk will aber ein gutes Gesundheitswesen und die freie Arztwahl. Aber es will nicht dauernd steigende Prämien.

Meine Vorschläge wären:

Kurzfristig

Administration bei Ärzten und Kassen abspecken. Kassen müssten bei ihrem Kerngeschäft bleiben. Da könnte man schon viel einsparen. Der Bund müsste das Defizit der Krankenkassen übernehmen. Dann würde der unsinnige und unproduktive «Krieg» zwischen Krankenkassen und Ärzten aufhören. Seit der Bund dies nicht mehr macht, hat die Misere angefangen. Wir müssen doch einfach ehrlich sein, wir können kein gutes Gesundheitswesen haben, das nichts kostet.

Langfristig

Langfristig müssten wir eine intensive Gesundheitserziehung betreiben, die schon in der Primarschule Pflichtfach sein müsste. Dabei müssten die neuen Erkenntnisse, die wir aus der Zellbiologie, Epigenetik, Neurobiologie, Psychologie und Spiritualität haben, angewendet werden. Es ist heute bewiesen, dass unsere Gefühle und Gedanken sich auf die Zellen auswirken und einen Einfluss auf die Expression der Gene haben. Es genügt nicht, einfach das Rauchen zu verbieten. Das heisst, je mehr soziale Kompetenz und Harmonie wir herstellen können, desto gesünder und glücklicher sind wir. Gewalt und Mobbing, falsche Denkmuster, Suchtmittel etc. führen zu Krankheit. In neuen Unterrichtsprogrammen müssten die Kinder Methoden lernen, wie sie Harmonie wiederherstellen können, ohne dass sie Suchtmittel brauchen oder Gewalt, so dass ihnen mehr Energie in allen Lebensbereichen zur Verfügung steht. Dass ein gesunder und zufriedener Mensch leistungsfähiger und glücklicher ist, wird wohl niemand bestreiten. Immer mehr Menschen fragen nach dem Sinn des Lebens, suchen überall Bestätigung, nur nicht bei sich selbst, setzen sich daher unter einen krankmachenden Druck. Mehr Selbstwertgefühl, mehr Liebe und Toleranz macht gesund. Nicht Konkurrenz und andere heruntermachen.

Dr. med. H. Meierhans,
Psychiatrie und Psychotherapie, Kaltbrunn