

Die Ausbildung der künftigen ÄrztInnen – welche Rolle könnten die Versicherungsnetzwerke spielen?

Table-ronde-Gespräch an der Bürgenstock-Kadertagung der SGAM vom 3.5.2003

Am Table-ronde-Gespräch auf dem Bürgenstock wurden immer wieder die Versicherungsnetzwerke ins Feld geführt. Vor allem die PolitikerInnen scheinen hohe Erwartungen in diese Organisationsform, welche in der 2. KVG-Revision im Zusammenhang mit der diskutierten Aufhebung des Kontrahierungszwangs gesetzlich gefordert werden soll, zu setzen. Die ÄrztInnen reagieren jedoch häufig mit grosser Zurückhaltung. Dieses Thema hat die Emotionen am Table-ronde-Gespräch immer wieder aufwallen lassen.

Bruno Kissling

Philippe Lehmann¹ fragt sich, welchen Einfluss die Versicherungsnetzwerke auf die Aus-, Weiter- und Fortbildung, die Kompetenz und Qualität der medizinischen Grundversorgung ausüben könnten. Wenn in der 2. KVG-Revision die Ärztenetzwerke für obligatorisch erklärt werden sollten, bräuchte es hausärztliche Gatekeeper, die in den entsprechenden Kompetenzen qualitativ einwandfrei ausgebildet sein müssten.

«Netzwerk» sei ein sehr viel verwendeter Begriff mit einem magischen Klang, trotzdem aber kaum mehr als eine leere Worthülle, provoziert Werner Bauer². Ob die Ärzte in Netzwerken Minikrankenversicherer sein sollen? Marc André Giger³ versteht darunter ganz klar ein Gatekeeper-System, welches die Wirtschaftlichkeit durch einen verbindlichen Vertrag sicherstellt.

Für Toni Bortoluzzi⁴, als Unternehmer, sind die Netzwerke Wettbewerbseinheiten, die allerdings nur dann richtig zum Tragen kommen können, wenn die unternehmerische Freiheit der Ärzte nicht durch allzu grosse staatliche dirigistische Eingriffe geschmälert werde. Er stelle mit Bedauern fest, dass heute nie davon gesprochen worden sei,

dass die Ökonomie in die Ausbildungsgrundsätze aufgenommen werden sollte.

Ph. Fontaine erörtert, dass die Arbeit in Netzwerken ein selbstverständlicher Grundsatz der Allgemeinmedizin sei, jeder Hausarzt arbeite mit einem persönlich geflochtenen Netz von Spezialisten zusammen, die er kennt und zu denen er ein Vertrauensverhältnis habe. Das genügt M. A. Giger nicht. Ein Netzwerk müsse auch eine vertraglich vereinbarte Behandlungsökonomie beinhalten.

Das Ziel der Versicherungsnetzwerke sei das Sparen, das weiss Ph. Fontaine, doch es habe sich gezeigt, dass dies nur durch eine Selektion «guter Risiken», also gesunder Versicherter, habe erreicht werden können. Viele kranke Versicherte würden hingegen ein normales Versicherungssystem mit mehr Freiheiten vorziehen. Interessant sei auch, dass die Netzwerkkategorie bei einem grossen Teil der HausärztInnen auf keine Gegenliebe stosse, bemerkt A. Buchli. Diese wollen nicht als «Polizisten» fungieren und in einem administrativen Sumpf versinken.

Mit der Vertragsfreiheit wäre es den Ärzten ohnehin freiwillig überlassen, so M. A. Giger, sich auf ein Versicherungsnetzwerk einzulassen. M. Müller will diese Aussage nicht gelten lassen; ohne gesetzliche Verpflichtung zu den Netzwerken scheine es offensichtlich nicht zu klappen. Dies zeige sich auch daran, dass die Versicherungsnetze rückläufig seien, dass nur gerade noch zirka 15% der Versicherten eingeschrieben seien und dass sich auch einzelne Krankenversicherer wegen fehlender Rendite aus diesen Modellen zurückzögen.

Zur reziproken Freiheit gehöre eben nicht nur die Freiwilligkeit der Netzwerkteilnahme für die Ärzte, ergänzt M. A. Giger; auch die Versicherer sollen darauf verzichten können, an Orten, wo es finanziell nicht interessant sei, Netzwerk-Versicherungsmodelle zu betreiben. Auch für T. Bortoluzzi ist es keineswegs das Ziel, alle Ärzte gesetzlich in Netzwerke zu zwingen, denn durch eine solche Angleichung würde der Wettbewerb gerade wiederum verhindert.

J. de Haller erklärt, dass es nicht angehe, die therapeutische Arzt-Patienten-Beziehung zu liberalistischen ökonomischen Zwecken zu missbrauchen. Das Gesundheitswesen müsse sicher und sozial sein.

T. Bortoluzzi wünscht sich Ärzte, welche

¹ Philippe Lehmann, Projektleiter Nationale Gesundheitspolitik
² Werner Bauer, Präsident der SGIM
³ Marc André Giger, Direktor von santésuisse
⁴ Toni Bortoluzzi, Präsident der nationalrätlichen Gesundheitskommission

– durch eine nicht eng korsettierte Budgetverantwortung – vermehrt ärztliche Verantwortung *für* die Patienten übernehmen. R. Naegeli weist darauf hin, dass sich die Patienten dadurch aus der Kostenmitverantwortung stehlen können, während die ÄrztInnen durch eine Netzwerkverpflichtung das volle Risiko übernehmen müssten. Eine Budgeteinbindung des Arztes müsse natürlich auch eine vertragliche Verpflichtung für den Patienten beinhalten, antwortet T. Bortoluzzi; durch einen tieferen Selbstbehalt könne die freiwillige Teilnahme der Versicherten an Versicherungsnetzwerken gefördert werden. Und für die Ärzte könnte allenfalls ein Anreiz durch separate Entschädigungsformen, die über den TARMED hinausgingen, geschaffen werden, ergänzt M. A. Giger.

B. Rindlisbacher weiss aus diversen internationalen Studien, dass PatientInnen von Hausärzten mit Budgetverantwortung weniger zufrieden seien, weil sie nie sicher seien, ob sich ihr Arzt bei seinen Entscheidungen allenfalls durch Sparüberlegungen leiten lasse.

Gemäss der von C. Goehring vorgestellten Befindlichkeitsstudie der Schweizer Ärzte 2002, zitiert B. Kissling, scheinen die Schweizer ÄrztInnen vor allem an der zunehmenden administrativen Belastung zu leiden. Der staatliche Zwang zur Teilnahme an Versicherungsnetzwerken dürfte durch die damit verbundene administrative Zusatzbeanspruchung die Freude am Arztberuf weiter

schmälern, und die Rekrutierung neuer ÄrztInnen – im Hinblick auf den drohenden Ärztemangel – zusätzlich erschweren. Ein freipraktizierender Arzt sei nun einmal ein Gewerbetreibender, kontert Fritz Britt⁵; dazu gehöre unweigerlich auch eine gewisse Freude an den dafür nötigen administrativen Belangen. Öffentlich darüber zu jammern, dürfte für die Nachwuchsförderung wohl schädlicher sein als der Inhalt des Jammerns selber.

Wenn es F. Britt gelingen würde, die Freude an der Hausarztmedizin zu fördern, würde ihm Hu. Späth an der Bürgenstocktagung 2004 gerne durch 2000 ÄrztInnen zujubeln lassen. Wenn es F. Britt zusätzlich gelingen würde, universitäre Strukturen für Allgemeinmedizin zu schaffen, werde er ihm unverzüglich 10 ausgezeichnete ÄrztInnen präsentieren, welche an einem 50%- bis 70%-Lehrstuhl interessiert wären.

C. Cina fragt alle jene, welche die Netzwerke – offensichtlich ohne eine klare Vorstellung darüber zu haben – als «heilige Kuh» preisen, ob sie denn die Vorstellung der SGAM über die Netzwerke kennen?

Colette Nova⁶ fasst zusammen, dass auch sie in dieser ganzen Diskussion eine klare Definition der Netzwerke vermisse. Sie fordert die Ärzte auf, die Definitionsmacht über die Netzwerke zu übernehmen, solange diese noch ungenügend definiert sind – bevor dies von den Politikern für die Ärzte gemacht werde.

⁵ Fritz Britt, Vizedirektor des Bundesamtes für Sozialversicherungen

⁶ Colette Nova, Sekretärin des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

La formation des futurs médecins – quel rôle les réseaux de soins pourraient-ils jouer?

Table ronde lors du séminaire des cadres de la SSMG au Bürgenstock, le 3 mai 2003

Lors de la table ronde du Bürgenstock, le sujet des réseaux de soins est sans cesse revenu sur le tapis. Les politicien-nes surtout semblent attendre beaucoup de cette forme d'organisation, encouragée législativement dans la 2^e révision de la LAMal en relation avec la discussion sur la suppression de l'obligation de contracter, alors que les médecins réagissent souvent avec une grande réserve. Ce thème a soulevé beaucoup d'émotions lors de la table ronde.

Bruno Kissling

Philippe Lehmann¹ se demande quelle influence les réseaux d'assurances pourraient jouer dans la formation prégraduée, postgraduée et continue, dans la compétence et la qualité des soins médicaux de premier recours. Si les réseaux de médecins deviennent obligatoires dans la 2^e révision de la LAMal, il faudra des médecins généralistes jouant le rôle de «gatekeepers», avec des compétences adéquates et un haut niveau de formation.

«Réseau» est un terme très utilisé, avec une connotation de solution magique, mais n'est guère plus qu'un mot vide de sens, dit Werner Bauer² sur un ton provocateur. Les médecins en réseaux doivent-ils/elles être des mini-assureurs maladie? Marc André Giger³ entend très nettement par là un système de «gatekeepers» assurant l'équilibre économique selon un contrat obligatoire.

Pour Toni Bortoluzzi⁴, parlant en tant qu'entrepreneur, les réseaux sont des unités concurrentielles ne pouvant apporter de soutien que si la liberté d'entreprise des médecins n'est pas amoindrie par des interventions dirigistes de l'Etat. Il constate avec regret qu'il n'est jamais dit aujourd'hui que l'économie doit figurer dans la formation de base.

Ph. Fontaine réplique que le travail en réseaux est un principe évident de la médecine

générale. Chaque médecin travaille avec un réseau de spécialistes qu'il a tissé lui-même, qu'il connaît et avec lesquels il a une relation de confiance. Ce qui ne suffit pas à M. A. Giger. Un contrat de réseau doit également comprendre un volet sur l'économie des traitements.

Le but des réseaux de soins est d'économiser, et Ph. Fontaine le sait bien, mais il s'est avéré que ce but ne peut être atteint qu'en sélectionnant les «bons risques», à savoir des assurés-es en bonne santé. De nombreux malades préféreraient par contre un système d'assurance normal, avec davantage de liberté. Il est également intéressant que l'idée de réseau ne soit pas accueillie favorablement par une grande partie des médecins généralistes, comme le remarque A. Buchli. Ils ne veulent pas fonctionner comme «policiers», ni sombrer dans un marécage administratif.

Avec la liberté de contracter, les médecins auraient toujours la possibilité de s'engager à leur gré dans un réseau de soins, selon M. A. Giger. M. Müller n'est pas d'accord; sans obligation légale, cela ne marche pas. Cela se voit aussi dans le fait que les réseaux de soins sont en régression, que 15% seulement des assurés-es y sont inscrits, et que certains assureurs maladie se sont retirés de ces modèles parce qu'ils ne sont pas rentables.

Dans la liberté réciproque, il n'y a pas que le libre choix des médecins de participer à des réseaux, ajoute M. A. Giger; les assureurs doivent eux aussi renoncer à exploiter des modèles de réseaux de soins là où ce n'est pas intéressant financièrement. Pour T. Bortoluzzi, l'objectif n'est absolument pas de forcer législativement les médecins à entrer dans des réseaux, car un tel nivellement diminuerait la concurrence.

J. de Haller explique qu'il n'est pas question d'abuser de la relation thérapeutique patient-médecin à des fins de libéralisme économique. La santé publique doit rester accessible et sociale.

T. Bortoluzzi souhaite que les médecins assument une plus grande responsabilité médicale POUR les patient-e, sans que leur responsabilité budgétaire ne soit trop corsetée. R. Naegeli précise que les patient-es pourraient ainsi échapper à la coresponsabilité des coûts, alors que, en étant obligés de travailler en réseaux, les médecins devraient assumer tout le risque. L'implication du méde-

¹ Philippe Lehmann, directeur de projet Politique de la santé nationale

² Werner Bauer, Président de la SSMI

³ Marc André Giger, directeur de santésuisse

⁴ Toni Bortoluzzi, président de la Commission de la santé du Conseil national

cin dans le budget devrait naturellement signifier une obligation contractuelle pour les patient-es, répond T. Bortoluzzi; une franchise plus basse pourrait encourager la participation volontaire des assuré-es aux réseaux de soins. Et, en ce qui concerne les médecins, il serait possible de les encourager par des formes d'honoraires différentes, en dehors du TARMED, selon M. A. Giger.

B. Rindlisbacher indique que, selon plusieurs études internationales, les patient-es de médecins ayant une responsabilité budgétaire sont moins satisfaits car ils ne sont jamais sûrs que leur médecin ne se laisse pas influencer dans ses décisions par des réflexions d'ordre économique.

Selon l'étude de C. Goehring sur le bien-être des médecins suisses 2002, citée par B. Kissling, les médecins suisses semblent surtout souffrir du travail administratif toujours plus lourd. L'obligation étatique de participer à des réseaux de soins, avec les exigences administratives que cela implique, va émousser davantage encore le plaisir de travailler comme médecin, et rendre encore plus difficile le recrutement de nouveaux médecins, en plus de la carence médicale qui menace. Un médecin en pratique libérale est en fait un

entrepreneur, réplique Fritz Britt⁵; donc il lui faut inéluctablement prendre un certain plaisir aux tâches administratives indispensables. Se lamenter publiquement serait bien plus négatif pour l'encouragement de la relève que le contenu même des lamentations.

Si F. Britt arrivait à augmenter le plaisir à pratiquer la médecine de famille, Hu. Späth le ferait volontiers ovationner par 2000 médecins lors du séminaire du Bürgenstock 2004. Et si, en plus, il parvenait à créer des structures universitaires pour la médecine générale, il lui présenterait de suite 10 excellent-es médecins intéressé-es par une chaire à 50–70%.

C. Cina demande à tous ceux qui prônent les réseaux comme une «vache sacrée» – manifestement sans avoir une idée très claire de la chose – s'ils connaissent la position de la SSMG sur ces réseaux.

Colette Nova⁶ résume en disant que dans toute cette discussion, elle n'a pas une définition claire des réseaux. Elle encourage les médecins à décider eux-mêmes de la définition des réseaux, tant que c'est possible, c'est-à-dire avant que les politiciens ne le fassent à leur place.

⁵ Fritz Britt, Vice-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales

⁶ Colette Nova, secrétaire de l'Union Syndicale Suisse