

# Die Spirale dreht sich oder: Weshalb wir immer «billiger» werden müssen

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Sie alle kennen die santésuisse-Statistik. Wer von Ihnen öffnet die jeweilige Post nicht mit einiger Spannung. Trifft es diesmal vielleicht mich ...?

Im Juni dieses Jahres wurde ein Solothurner Arzt vom Schweizerischen Versicherungsgericht zur Rückzahlung von 380 000.– Franken verurteilt. Eine Rekurs-Möglichkeit besteht für diesen Kollegen nicht. «Er hat wohl wirklich nicht wirtschaftlich gearbeitet», werden viele von Ihnen nun denken. Ich weiss es nicht und kann dies auch nicht beurteilen. Dass dieses Urteil Folgen für uns alle haben kann, möchte ich nun aufzeigen. Aufgrund eines Gerichtsurteils aus dem Jahre 1992 können Rückforderungen bereits ab einem Kostenindex von 120% verlangt werden. Nehmen wir nun an, dass unser Kollege einen Kostenindex von 180% hatte. Er hat nun verschiedene Möglichkeiten, eine Korrektur herbeizuführen: Er ändert seine Praxisgewohnheiten dahingehend, dass er beispielsweise nur noch Generika verschreibt (was von mir aus gesehen die einfachste Möglichkeit ist, um die Kosten zu senken); er kann sich auch an die von diversen Stellen vorgeschlagenen Massnahmen halten, indem er zum Beispiel mehr Stellvertretungen während Ferienabwesenheiten macht, an gewöhnlichen Wochentagen (ohne Verrechnung der Notfallpauschalen) mehr Notfalldienst leistet, alte und schwerkranke Patienten nicht mehr behandelt usw., was den Durchschnitt der einzelnen Patienten-Fallkosten sicher senken würde. Er kann aber auch seine Praxistätigkeit aufgeben. All diese Massnahmen führen jedoch für uns alle im folgenden Jahr zu einer Veränderung in der santésuisse-Statistik: Der durchschnittliche Arzt ist billiger. Das heisst, dass der Kostenindex von 100% in Franken ausgedrückt tiefer liegen wird und dass gleichzeitig der Kollege oder die Kollegin, welche im letzten Jahr bei 118%, also noch im erlaubten Bereich war, ohne Kostensteigerung nun bei vielleicht 121% ist und eventuell von santésuisse einen Brief bekommen wird, dass er/sie bei unveränderter Praxis im

kommenden Jahr zu einer Rückzahlung verpflichtet würde. Auch diese Kollegen/diese Kolleginnen werden nun ihre Praxistätigkeit ändern und irgendwo einsparen müssen; und im nächsten Jahr sind es diejenigen Kolleginnen, welche primär «nur» bei 115% waren, die plötzlich >120% sind ... Die Spirale beginnt sich also zu drehen, und der Durchschnitt, das heisst 100%, wird immer tiefer zu liegen kommen.

Wer wird in Zukunft noch unsere schwerkranken und polymorbiden Patienten nach WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) behandeln? Wer wird zum Beispiel einem Diabetiker noch einen ACE-Hemmer und ein Statin verschreiben können? Die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit scheinen bei der santésuisse-Statistik ja keine Rolle zu spielen. Es geht hier nur um die Kosten.

Doch wie das Urteil des Versicherungsgerichts bei unserem Kollegen zeigt, geht es nicht nur um die direkten Kosten. Im Urteil ist nämlich folgendes zu lesen: «Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstreckt sich auf sämtliche Teile der ärztlichen Behandlung und findet für alle gesetzlichen Leistungen und damit insbesondere auch in bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln, Analysen sowie Mitteln und Gegenständen oder die Anordnung von Leistungen anderer Leistungserbringer Anwendung.» Das heisst, es können alle veranlassen, das heisst auch die indirekten Kosten, die über einem Index von 120% liegen, zurückgefordert werden. Wer von Ihnen weiss, wie hohe Kosten er für Medikamente, Spitex, Labor, Physiotherapie, Röntgen usw. erzeugt? Wer weiss, was zum Beispiel ein TSH oder ein MRI des Oberschenkels kostet? Was eine Spitex-Betreuung kostet? Auch wenn wir die direkten Kosten täglich auf Knopfdruck in unserem Computer kontrollieren und unsere direkten Kosten mit Hilfe der Zahlen, die wir von den Trust-Centers erhalten, mit den Zahlen der Kollegen vergleichen können, so sind wir nicht gefeit gegen Kostenüberschreitungen bei den veranlassenden Kosten. Über diese Kosten haben wir keine Kontrolle. Häufig

sind auch nicht wir es, die diese Kosten auslösen: Die teuren Medikamente werden vom Spezialisten empfohlen, z.B. Interferon bei MS-Patienten, ACE-Hemmer, Statine, Betablocker bei Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit usw., um nur einige zu erwähnen. Wir unterschreiben nur die Dauerrezepte. Die Physiotherapie wird vom Rheumatologen oder Orthopäden empfohlen, und wir kommen nicht umhin, die Verordnung zu schreiben, da der Patient bereits entsprechend informiert wurde und nun mit Fug und Recht auf diese Therapieoption pocht. Die Spitex wird vom Spital organisiert, und wir füllen die Verordnungen aus – aber letztlich sind wir es, die für die Kostenüberschreitung verantwortlich gemacht werden!

Leider haben wir es bis jetzt verpasst, für die santésuisse und damit auch für die Gerichte brauchbare WZW-Kriterien aufzustellen. Obwohl bereits vor einigen Jahren kantonale Ärztesellschaften den FMH-Präsidenten auf diese Tatsache aufmerksam gemacht haben, wurde bis jetzt von der FMH keine Initiative ergriffen, anwendbare Kriterien aufzustellen. Es ist allerhöchste Zeit, dass sich die FMH und die einzelnen Fachorganisationen für eine sinnvolle und praktikable Definition dieser Kriterien einsetzen und dass sie sich dafür einsetzen, dass diese Kriterien von santésuisse und den Gerichten schliesslich auch akzeptiert werden. Hoffen wir nun, dass dies dem neuen FMH-Präsidenten zusammen mit dem Zentralvorstand gelingen wird. Denn die Leidtragenden in dieser Geschichte sind nicht nur wir Ärzte, sondern vor allem alle unsere polymorbiden und schwerkranken Patienten.



Brigitte Saner,  
Sekretärin der SGAM

# Pris dans la spirale infernale ... ou pourquoi nous sommes condamnés à devenir sans cesse «meilleur marché»

Chers et chères collègues,

Vous connaissez tous les statistiques de santé-suisse. Qui d'entre vous n'a pas un petit sentiment d'appréhension en ouvrant un courrier de cette provenance? Vais-je moi aussi y passer cette fois ...?

En juin dernier, un médecin de Soleure a été condamné par le Tribunal suisse des assurances à rembourser aux caisses le montant de 380000 CHF, sans possibilité de recours. «En voilà un qui ne devait vraiment pas travailler façon très économique», allez-vous vous dire. Je n'en sais rien et ne peux donc porter un jugement objectif sur ce point, mais laissez-moi vous expliquer dans quelle mesure ce jugement peut avoir des conséquences pour chacune et chacun d'entre nous.

En référence à un jugement datant de 1992, les assureurs peuvent exiger un remboursement d'honoraires dès que les coûts d'un cabinet dépassent 120% de l'indice moyen. Supposons un instant que notre collègue a un indice de 180%. Pour remédier à la situation, il aura donc maintenant différentes possibilités: il peut modifier ses habitudes en ne prescrivant par exemple plus que des génériques (ce qui serait à mon avis la manière la plus simple de faire baisser ses coûts); il peut également s'en tenir aux propositions faites par diverses instances, en faisant par exemple davantage de remplacements pendant les vacances, en faisant plus de services de garde les jours ouvrables (sans facturer les suppléments pour prestations urgentes), en renonçant à soigner des patients âgés et/ou gravement malades, etc. Tout cela contribuerait naturellement à abaisser le coût par cas dans son collectif de patients. Une autre alternative serait la fermeture pure et simple de son cabinet. Mais toutes ces mesures de correction auraient pour nous la même conséquence, l'année suivante, sous forme de modification des statistiques de santé-suisse: l'indice moyen de l'ensemble des médecins sera abaissé. En d'autres termes, l'indice des coûts de 100% sera plus bas en valeur absolue. Le ou la collègue qui présentait l'année précédente un indice de 118%, donc dans les limites admises, va peut-être se retrouver à 121%, alors même qu'il ou elle n'a en rien augmenté ses coûts entre-temps, et recevoir une lettre de santé-suisse, l'enjoignant de modifier sa pratique, sous peine de recevoir une demande de remboursement d'honoraires l'an-

née suivante. Ce ou cette collègue sera donc à son tour forcé/e à changer ses habitudes de travail et à tenter d'économiser quelque part ... et l'année suivante, ceux dont l'indice n'était initialement «que» de 115% vont tout à coup se retrouver avec un indice éventuellement supérieur à 120% ... Et voilà comment nous nous trouvons engagé dans une véritable spirale infernale, où l'indice moyen de référence de 100% ne peut que baisser de façon continue. Alors qui d'entre nous acceptera encore de soigner les patients gravement atteints ou souffrant de polymorbidités selon les critères de l'EAE (efficacité, adéquation et économie)? Qui par exemple pourra encore prescrire à un patient diabétique un inhibiteur de l'ECA et une statine? L'adéquation et l'efficacité ne semblent jouer aucun rôle dans la statistique de santé-suisse. Il n'y est question que des coûts.

Mais il y a plus: comme le montre le jugement du Tribunal des assurances dans le cas de notre collègue, il ne s'agit pas uniquement des coûts directs que nous occasionnons. On peut en effet lire ce qui suit dans les considérants du jugement porté par le tribunal: *«Le devoir d'économie s'étend à tous les éléments du traitement médical et il est donc applicable à toutes les prestations légales, en particulier les prescriptions de médicaments, d'analyses et de moyens et appareils ou encore aux prestations fournies par d'autres prestataires à la demande de l'intéressé.»* Cela signifie qu'il est aussi possible d'exiger le remboursement de toutes les dépenses occasionnées de manière indirecte et dépassant l'indice de 120%. Qui d'entre vous sait combien il engendre de coûts par l'intermédiaire de prescriptions médicamenteuses, de soins Spitex, d'examen de laboratoire, de prestations de physiothérapie, d'examen radiologiques, etc.? Qui sait vraiment ce que coûte une TSH ou une IRM du membre inférieur? ... Ce que coûte un suivi Spitex? Si nous sommes capables de vérifier au quotidien les coûts directs occasionnés par nos propres prestations, au moyen d'une simple pression sur une touche du clavier de notre ordinateur, et de les comparer à ceux de nos confrères sur la base des chiffres fournis par nos Trust-Centers, nous ne sommes absolument pas armés pour repérer les éventuels dépassements que nous pourrions engendrer au niveau des coûts indirects. Nous n'avons aucun contrôle dans ce domaine. Souvent,

nous ne sommes d'ailleurs pas les véritables responsables du déclenchement de ces dépenses. Les médicaments coûteux sont souvent recommandés par nos consultants spécialistes: pensons par exemple à l'interféron chez les patients atteints de sclérose en plaque, aux inhibiteurs de l'ECA, aux statines et aux bêtabloquants chez les patients coronariens, etc., pour n'en citer que quelques-uns. Nous ne faisons dans ce cas que signer des renouvellements d'ordonnances. La physiothérapie est recommandée par les rhumatologues et les orthopédistes et nous ne pouvons évidemment pas refuser l'ordonnance pour ces soins, puisque le patient a déjà été informé de la nécessité de s'y soumettre et qu'il tient alors forcément à en bénéficier. Le suivi en Spitex est organisé par l'hôpital et on nous demande simplement de compléter la demande. Il n'empêche que c'est tout de même nous qu'on rendra en définitive responsables des dépassements de coûts que cela pourrait engendrer!

Nous n'avons malheureusement pas réussi jusqu'ici à fournir des critères d'EAE utilisables à santé-suisse, ni à plus forte raison aux instances juridiques. Bien que plusieurs sociétés médicales cantonales aient essayé par le passé d'attirer l'attention du président de la FMH sur ce fait, notre association faïtière n'a pris à ce jour aucune mesure pour mettre en place des critères mieux adaptés. Il est vraiment grand temps que la FMH et nos différentes organisations professionnelles définissent des critères mieux adaptés à la réalité du terrain, pour pouvoir ensuite les faire accepter par santé-suisse et les tribunaux compétents. Espérons que le nouveau président de la FMH et les membres de son comité vont y parvenir. Car finalement, nous les médecins ne sommes pas les seuls pré-térités dans cette histoire. Ce seront aussi et surtout nos patients les plus malades et ceux qui souffrent de polymorbidités qui seront les victimes de cette sinistre farce.



Brigitte Saner,  
Secrétaire de la SSMG