



Les mystères de la LAMal ou les milliards baladeurs

Le RAS (Rassemblement des Assurés et des Soignants) continue à suivre de très près l'évolution des coûts et des primes en se basant sur les chiffres donnés officiellement par l'OFAS.

On peut constater que dans tous les débats publics concernant la Santé, et la prestation du président de la Confédération dans l'émission Droit de Cité du dimanche 12 janvier 2003 n'y fait pas exception, on passe chaque fois comme chat sur braise sur la gestion des caisses-maladie: elles font admirablement leur travail et l'OFAS est capable de les contrôler parfaitement. Circulez, il n'y a rien à voir!

Eh bien, précisément, il y a à voir. Les téléspectateurs ne s'y sont pas trompés. Leur première réaction a été d'exiger la transparence des caisses-maladie. En effet, les résultats publiés suscitent quelques gigantesques points d'interrogation, auxquels, malgré nos demandes répétées, l'OFAS refuse systématiquement de répondre.

Nous avons fait les constatations suivantes:

Pour l'OFAS et l'OCDE, les dépenses de santé ont augmenté depuis 1990 au rythme de 4 % par an. Ce taux a même fléchi depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Il était de 2,75 % en 1999 et de 3,6 % en 2002 (dernier chiffre disponible). Dans l'assurance obligatoire des soins, les coûts ont augmenté de 5,6 % l'an. D'après l'OFAS, les primes ont augmenté de 9 % l'an. En effet, les primes moyennes ont passé de Fr. 169.- par mois à Fr. 223.- de 1996 à 2001. *Cela représente une hausse de 31,95 %.*

Pour la même période, les encaissements de primes ont passé de 11,131 milliards à 13,997 milliards, le nombre des assurés et des franchises étant resté pratiquement constant. *C'est une hausse de 25,75 %.*

Il est inconcevable qu'il puisse exister une telle différence de taux entre la hausse des primes que paient effectivement les assurés: 31,95 % et l'accroissement de l'encaissement des primes annoncées par les assureurs: 25,75 %. Rien que pour 2001, cette différence représente une somme de 690 millions. La prime moyenne pour 2003 de Fr. 269.- par mois représente une augmentation de 97,8 % par rapport à celle de 1995 qui était de Fr. 136.- par mois. On peut donc facilement prévoir que l'écart des taux sera encore plus grand. On assiste de ce fait à des dérapages en cascades qui augmentent d'année en année les excédents des caisses, et qui, additionnés, ont gonflé de plusieurs milliards la charge des assurés. On

couvre le tout en détournant l'attention sur les autres partenaires de la Santé, en accusant les professionnels et les assurés «ces pelés, ces galeux d'où viendrait tout le mal», de provoquer une explosion des coûts.

Interpharma, dans son dossier thématique III/2002 «politique de la Santé: six années de LAMal – la politique de la Santé à la croisée des chemins», fait les mêmes constatations que nous en titrant son premier chapitre: «le système de santé suisse: explosion des primes ou explosion des coûts?» Tout cela, avec en point de mire pour les caisses-maladie, non pas de provoquer des économies, mais de prendre les pleins pouvoirs sur les autres partenaires de la Santé.

De plus, quand on sait que les parlementaires du lobby des caisses-maladie arrivent à toucher Fr. 300 000.- par an ou Fr. 20 000.- pour un conseil d'administration d'un jour, et cela dix fois dans l'année, de la part d'une assurance sociale, alors que beaucoup de familles sont jetées dans la précarité par la charge des primes, il y a de quoi ressentir des sentiments d'écœurement et de révolte.

N'oublions pas, pour faire bonne mesure, le budget de santé suisse de 2001, qui annonçait 23 millions par an pour son seul fonctionnement et entre autres, 1,2 million pour ses relations avec le Parlement!

Le conseiller fédéral peut bien rejeter d'une chiquenaude le projet de Caisse unique, on ne peut s'empêcher de se dire que cela ne peut plus durer et qu'il faut soustraire l'argent des assurés aux appétits de ceux, nombreux, qui s'assurent de gros revenus sur le compte des dépenses de santé. Pour finir, le véritable assassinat de la petite caisse-maladie Accorda, créée par les professionnels de la santé, perpétré par le chef du Département de l'intérieur dans son intervention télévisée du 5 septembre 2003, a suscité un véritable tollé et soulevé de graves questions. Alors qu'Accorda n'est de loin pas en état de cessation de paiements et qu'elle est certaine de rétablir sa situation pour la fin de l'année, pourquoi d'autres caisses, qui ont connu des difficultés de trésorerie bien pires et qui ont dû augmenter leurs primes en cours d'année (Supra, Intras, etc.) n'ont-elles pas été inquiétées? Pire encore, la KVB de Winterthur, qui est accusée d'avoir escroqué la Centrale de compensation en falsifiant l'âge de certains de ses assurés, est encore opérationnelle, semble-t-il.

De plus, affirmer comme l'a fait M. Couchepin que le recours d'Accorda auprès du Tribunal Fédéral des Assurances n'aura pas d'effet suspensif, constitue un pur déni de justice, difficilement pardonnable de la part d'un avocat. Quoiqu'en

pensent certains et qui sont nombreux, nous n'irons certainement pas jusqu'à évoquer l'idée de complot ou de copinage. Nous sommes dans un état de droit, n'est-il pas vrai!

Il n'empêche que la FMH, au lieu de continuer à avaler des couleuvres en faisant le gros dos, ferait bien, pour une fois, de mettre les pieds au mur et de poser les bonnes questions. Dans tous les cas, lancer un référendum nous paraît être le strict minimum qu'elle puisse faire dans la situation actuelle.

Dr Jean-Paul Rubin, Dr Gianni Moretti, Lausanne



Die FMH auf der Anklagebank

Zehntausende von Franken Prozesskosten an Mitgliederbeiträgen, eine Minorität, die eine klare Majorität majorisieren will, durchsichtige Motive und die FMH mit der Schweizerischen Eidgenossenschaft auf der Anklagebank charakterisieren die durchaus berechtigten Sorgen unseres Präsidenten [1].

Krasses Nichteinhalten der anlässlich der Urabstimmung unterbreiteten Vorgaben, fehlende Betriebswirtschaftlichkeit für die Belegärzte, Nichteinhalten der Weiterbildungsordnung im Bereich der qualitativen Dignität, Verdrängen einer unabsehbaren Fehlerliste aus sämtlichen invasiven Fachdisziplinen, Gefährdung der Qualität der medizinischen Versorgung durch versteckte Rationierung mit Unterschreiten internationaler Sicherheitsstandards und diktatorische Vorgaben der Versicherer in fachärztlichen Entscheiden ohne Übernahme einer Verantwortung für die absehbaren Folgen kennzeichnen die Sorgen der klagenden Ärzte, von denen einige Hunderte von Stunden unbezahlter Tarifarbeit geleistet haben und sich jetzt aus fachlicher Sicht vom aufgezwungenen resultierenden Tarifwerk distanzieren.

Eine masslose Übertreibung aus durchsichtigen Motiven? Bilden Sie sich selbst eine eigene Meinung an einem konkreten Beispiel eines von über 2000 aufgelisteten Fehlern, nachvollziehbar für jedermann, ob Arzt oder Patient, Journalist oder Politiker.

Öffnen Sie Kapitel 07.04 Spaltchirurgie. Das Kapitel beginnt mit Kumulationseinschränkungen, die verbieten, dass Tarifpositionen aus dem Kapitel 07.04. mit Tarifpositionen aus den Kapiteln 07.02 bis 07.12 (Ausnahme 07.06) kumuliert werden können.

Diese Kumulationssperren würden eine Spaltchirurgie in der Schweiz gravierend beeinträchtigen bis verunmöglichen, da das Wesen der Spaltchirurgie im wesentlichen darauf beruht, dass individuell bei jedem dieser Kinder gemäss internationalen Standards eine optimale Kombination genau solcher gesperrter Operationschritte geplant wird, also beispielsweise zusammen mit einer Operation im Bereich der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (07.04) eine Bissanomalie (07.05), eine Zahndystopie (07.07), ein Knochenaufbau ausserhalb des Spaltbereichs (07.09), eine Kiefergelenksbehandlung (07.10), ein vorbereitender Eingriff für einen Zahnersatz (07.11) oder eine Korrektur im Bereich der Orbita bei einer grösseren Missbildung (07.12).

Keinem, der solche Sperren von geradezu die Regel darstellenden Eingriffen verbrochen hat, kann auch nur das geringste Verständnis für diesen Fachbereich zugebilligt werden, ganz zu schweigen von der Verunsicherung der Patienten und den unübersehbaren Kostenfolgen. Dennoch steht so etwas schwarz auf weiss im TARMED.

Dagegen klagen wir. Dies sind wir unseren Patienten, unserm Fach und unserem Gesundheitswesen schuldig. Wir hoffen auf Richter, die vor Inkraftsetzung des TARMED entsprechende Korrekturen erzwingen. Dies wird unendlich kostengünstiger sein als die obgenannten Prozesskosten.

Dr. med. Roland R. Schmoker, Bern

1 Brunner HH. Die FMH auf der Anklagebank. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(37):1879.



Dignität: Eine kostentreibende, taxpunktwerterenkende Politik?

Mit dem neuen Vertrag TARMED ist auch die Dignität gekommen. Der TARMED bietet einige Probleme, welche häufig in dieser Zeitschrift diskutiert werden. Meinerseits ist die Dignität jedoch das viel grössere Problem, was ich in diesem Artikel beleuchten möchte.

Herr Moser von der MTK der SUVA hat mir gegenüber telefonisch erklärt, dass ich einen Neurostatus B (partieller Neurostatus/problembezogener Neurostatus) als Grundversorger gar nicht verrechnen darf, auch wenn ich es in der Besitzstandwahrung angegeben habe. Er werde dies ausnahmsweise jetzt noch bezahlen. Sobald die Dignität jedoch in Kraft sei, werde dies von meiner Liste (Allgemeinpraktiker) gestrichen.

Herr Moser als Kommissionsmitglied hat somit deutlich die Haltung der MTK gezeigt. Die zugesicherte Absicht, dass jeder Arzt in Zukunft abrechnen darf, was er gelernt hat, wird von den Versicherern zunichte gemacht. Sie werden mit Sicherheit auf den dreijährigen Wiederholungskursen in jedem Fachgebiet bestehen. Dass dies jedoch aus zeitlichen Gründen nicht gemacht werden kann, ist allseits bekannt. Grundsätzlich sollte aber jeder Arzt das, was er schon jahrelang macht, abrechnen dürfen. Mit Sicherheit wird jemand das, was er gerne macht, auch seriös durchführen. Dies auch ohne einen Wiederholungskurs alle drei Jahre. Warum sollte man das, was man gewissenhaft und gut durchführt, nicht abrechnen dürfen? Eine Verrechnung via Zeitfaktor ist auch nicht möglich, da die Zeit auf 20 Minuten beschränkt ist. Eine Ausnahme bildet die elektronische Abrechnung, welche jegliche Geschäftsdaten der eigenen Praxis direkt den Versicherern zur Verfügung stellt. Geht es hier vielleicht nur um kostentreibende Gärtchenpolitik?

Zukunft

Falls die korrekte Abrechnung der geleisteten Dienste von den TARMED-Partnern verunmöglicht wird, werden die Kosten im Gesundheitswesen ins Unermessliche steigen, oder der Taxpunkt wird wegen der Kostenneutralität (wie in Deutschland) massiv sinken. Jeder Arzt wird seine Patienten für diverse Untersuchungen und Therapien, welche er in den letzten 10 Jahren täglich mit grosser Routine und Seriosität durchgeführt hat, an «spezialisierte» Kollegen weiterweisen müssen. Dies verteuert die Untersuchungen mit Sicherheit massiv. Beispiele gibt es deren viele. Gipse dürfen nicht mehr angelegt werden. Somit werden nicht nur die komplizierten, sondern auch die einfachen Gipse an die nächste Klinik überwiesen. Dort wird selbstverständlich nicht nur vom Gipser der Gips angelegt. Zuerst werden neue Bilder angefertigt und die ganze Fraktur ein zweites Mal beurteilt: sicherlich auch nicht gratis.

Die Dignität im TARMED ist vielleicht gut gemeint, aber letztlich lediglich kostentreibend und folglich taxpunktwerthsenkend. Es führt zu Unstimmigkeiten zwischen Versicherern und Ärzten sowie der Ärzte untereinander und verbessert mit Sicherheit die Qualitäten der medizinischen Versorgung nicht.

Dr. med. Rudolf Horn, Samnaun



Unterschiedliche Taxpunktwerte und Verzögerungstaktik des Bundesrates

Erstens

Die Diskussionen über den Starttaxpunkt des TARMED für die ambulante Versorgung bereitet uns zunehmend Mühe. Soll tatsächlich im staatlich subventionierten Bereich ein höherer Taxpunkt gelten als im privat unternehmerisch getragenen Teil? (Bei unterschiedlichen Taxpunktwerten wird der Staat im übrigen weiterhin seinen Einrichtungen den Teuerungsausgleich zugestehen, den frei praktizierenden Ärzten aber verweigern.)

Offenbar wird im staatlich subventionierten Teil betriebswirtschaftlich begründet ein Taxpunkt von mindestens Fr. 1.30 anvisiert. Im privatwirtschaftlichen Teil gilt die Chimäre Kostenneutralität mit massiven «Opfern» der sogenannten Leistungserbringer. Diese sollen zwar leisten, jedoch nicht leistungsgerecht entlohnt werden. Für unseren Kanton im Gespräch ist ein TP deutlich unter Fr. 1.–. Bekanntlich wurde der TARMED betriebswirtschaftlich mit einem Taxpunkt von Fr. 1.– berechnet. Dieser Wert entstand aus dem «Paritätslohn» und den betriebswirtschaftlich berechneten Unkosten.

Sollte der politisch-soziale Kuhhandel mit einem überhöhten TP für die staatlichen Einrichtungen und einem Discount-TP für die freien Praxen zustande kommen, wäre das System definitiv entlarvt, was aber für uns kein Trost ist.

Wir fordern den gleichen Taxpunkt im ambulanten Bereich der Arztpraxen in den staatlichen und privaten Spitälern.

Zweitens

Im Kanton Aargau und anderswo hat der Bundesrat den aktuellen Taxpunkt mit aufschiebender Wirkung herabgesetzt. Unseres Wissens ist im Gesetz eine Frist von 4 Monaten vorgesehen für den bundesrätlichen Entscheid. Gilt das Gesetz nur für die Ärzte, steht der Bundesrat darüber? Müssen wir uns das gefallen lassen? Gibt es keine Reaktionen von Ärzteseite: Protest? Ziviler Ungehorsam? Klage gegen den Bundesrat wegen Rechtsverzögerung?

Wir erwarten eine dezidierte Haltung der FMH gegenüber der Zumutung von unterschiedlichen Taxpunktwerten privat/staatlich und eine von der FMH unterstützte Aktion der betroffenen Kantone gegen die Verzögerungstaktik des Bundesrates.

*Im Namen des Vorstandes
des Hausärztereins Fricktal,
der Präsident M. Rickenbacher*

Replik

Ich kann nur Stellung nehmen zu Ihrem Punkt 1: Dort ist festzuhalten, dass der TPW ambulant Spital noch nicht festgelegt ist; Sie werden von den publikumswirksamen Demarchen von H-gehört haben. Von den Versicherern weiss ich, dass sie nicht mehr als Fr. 1.– bezahlen wollen, tendenziell tiefer. Sollte dies der Fall sein, so sehe ich keinen Grund zu intervenieren. Fr. 1.30 ist eine Wunschvorstellung der (Privat-)Kliniken, nicht mehr.

Dr. med. H. H. Brunner, Präsident FMH



Kann das Qualitätsmanagement das Jahr 2004 erleben?

Der sehr emotional abgefasste, engagierte Artikel von Dr. M. Derron über Qualitätsmanagement (QM) [1] kann so nicht unbeantwortet bleiben. Es ist die Rede von «Formalismus ungeahnten Ausmasses behindertem Handeln», von «Hohepriestern des Qualitätsmanagements», von «Sektenführern» und «hungrigen Löwen». Sehr interessant wäre zu erfahren, welche Erfahrungen mit QM Kollege Derron derart verärgert haben, dass sie in erwähntem Artikel münden mussten. Davon könnten wir lernen. Meiner Meinung nach wäre mit Verlaub etwas mehr Objektivität angesagt.

Was den Artikel in meinen Augen ehrt und rettet, sind drei Aussagen:

1. dass er die Qualität überhaupt zum Thema macht;
2. dass er sich im dritten Abschnitt zur Qualität bekennt;
3. dass er mit dem Ausdruck «ISO-Star» zeigt, dass der Autor den Humor nicht verloren hat.

Ich denke, man müsste das «Was» und das «Wie» im Artikel unterscheiden. Dass Qualität wichtig ist, da scheinen sich alle einig zu sein. Ein erstklassiges Gesundheitswesen ist zwingend mit dem Qualitätsbegriff verbunden.

Wenn ich Kollege Derron richtig verstehe, geht es ihm um das «Wie». Aber von eigenen Vorschlägen lesen wir sehr wenig in seinen Zeilen. Wie würde er Qualität sichern? Weiss er, wie viele ärztliche Fehler in unseren Institutionen und Praxen geschehen, die potentiell vermeidbar wären? Leider müssen wir in diesem Zusammenhang häufig auf ausländische Studien (z. B. [2]) zurückgreifen, weshalb eigentlich? Kennt er die Prozesse und logistischen Abläufe im Spital

und wo Redunzen vorhanden sind? Wie würde er diese reduzieren, um Kosten zu senken und reibungslose Prozessabläufe zu garantieren? Wenn nicht, wer soll sich darum kümmern?

Das alles soll nicht heissen, und da bin ich ganz mit Kollege Derron einverstanden, dass QM damit die Lizenz zur Ablaufsbehinderung im klinischen Alltag und zum «unverhältnismässigen Overhead» bekommen soll oder dass nur geldorientierte Beraterfirmen etwas von dieser Materie verstehen. Ob man die Fragestellung nun mit QM oder mit Qualitätssicherung bezeichnet, ist meiner Meinung nach irrelevant. Zusammenfassend glaube ich überhaupt nicht an den «vorprogrammierten Tod» des Qualitätsmanagements, ganz im Gegenteil. Wir sollten uns von seiten der Ärzteschaft weiterhin aktiv um die Qualität in unserer Arbeit kümmern, sei es bei der Weiter- und Fortbildung, beim Erfassen von Behandlungsfehlern und den Abläufen im Spitalwesen, bei welchen die Ärzteschaft wertvolle Mitarbeit leisten kann.

Ich möchte mit dem Votum schliessen, dass sich die Ärzteschaft nicht in die Verweigerung ziehen lässt, sondern sich vermehrt mit Qualitätsfragen auseinandersetzt, sich proaktiv einmischt und Vorschläge zur Verbesserung kreiert und nicht wartet, bis Ökonomie und Politik im Alleingang entschieden haben. Davon gibt es in jüngster Zeit bereits genügend schmerzhaft Beispiele.

Dr. B. Hug, Basel

- 1 Derron M. Kann das Qualitätsmanagement das Jahr 2004 erleben? Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(32/33):1702-3.
- 2 To err is human: Building a safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 1999.