



### Le TARMED® est-il basé sur des évidences?

Une étude parue en 2002 sur un nouveau neuroleptique – le TARMED® – montre que 63 % des patients ont répondu positivement parmi les 50 % de questionnaires retournés aux auteurs.

Ceux-ci refusent de publier leurs résultats détaillés?! On ne sait donc pas quel(s) groupe(s) de patients ont réagi positivement au TARMED® ni quel(s) groupe(s) ont renvoyé leur questionnaire: l'étude statistique n'est pas disponible.

Dans le cadre d'une médecine basée sur des évidences (EBM), je pensais qu'une telle étude finirait directement à la poubelle et qu'aucun médecin conscient de ses responsabilités utiliserait ce nouveau médicament!

Eh bien non! Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 20000 médecins vont utiliser celui-ci d'une façon généralisée...

Une cinquantaine de *médecins* (parmi eux le Président de la FMH et les auteurs de l'étude), en fait ceux qui détiennent les résultats détaillés (par spécialités médicales, par cantons, en séparant les salariés des indépendants, etc.) *ne vont pas utiliser* le TARMED® car il y a bien longtemps qu'ils n'ont plus de patients et leurs salaires assurés par nos cotisations!

Bonne Année 2004!

*Dr Pierre Py, Villars-sur-Glâne*

### Beruhet der TARMED® auf «Evidence-based medicine»?

Eine im Jahre 2002 erschienene Studie über ein neues «Neuroleptikum» – TARMED® – zeigt, dass von den 50 % der Patienten, die den Fragebogen zurückgesandt haben, deren 63 % eine positive Beurteilung abgegeben haben.

Die Autoren der Studie weigern sich aber, die detaillierten Angaben zu veröffentlichen. Es ist daher unbekannt, welche Patientengruppe(n) sich positiv zum TARMED® geäußert hat/haben und welche Patientengruppe(n) den Fragebogen beantwortet hat/haben. Diese statistischen Angaben sind nicht verfügbar.

Ich vermute, dass im Rahmen einer «Evidence-based medicine» eine derartige Studie direkt im Papierkorb landen würde, da kein verantwortungsbewusster Arzt dieses Medikament verschreiben würde.

Weit gefehlt!! Ab dem 1. Januar 2004 werden 20000 Ärzte dieses Medikament generell verschreiben.

Etwa 50 Ärzte (unter ihnen der Präsident der FMH und die Autoren der Studie), d.h. jene, die die detaillierten Statistiken nach medizinischer Spezialausbildung, Kantonszugehörigkeit, Angestellten oder Selbständigerwerbenden unter Kontrolle behalten, *werden den TARMED® nicht benutzen*, da sie schon längst keine Patienten mehr betreuen, aber dank unserer Jahresbeiträge trotzdem über ein gesichertes Einkommen verfügen.

Ich wünsche Ihnen ein gutes Jahr!

*Dr. med. Pierre Py, Villars-sur-Glâne*



### TARMED et la neutralité des coûts

Le 1<sup>er</sup> janvier 2004 verra l'entrée en vigueur du nouveau tarif médical unifié – TARMED – dans le domaine de l'assurance maladie.

Ce tarif est déjà en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2003 en ce qui concerne les accidents.

Selon le vœu formulé par les instances politiques, sous la pression des assureurs, l'introduction de ce nouveau tarif ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires, d'où le principe de la neutralité des coûts.

Certains prestataires de soins verront leurs prestations mieux rémunérées tandis que d'autres, surtout les spécialistes, verront leurs revenus baisser, parfois assez fortement.

La mise en application de ce nouveau tarif aura coûté des centaines de millions de francs aux acteurs de la santé, prestataires de soins, assureurs et hôpitaux pour adapter leurs structures, leurs administrations et leurs parcs informatiques et entraînera encore chaque année des frais généraux supplémentaires.

Les investissements et les frais supportés par les assureurs seront fatalement reportés sur les assurés par le biais des augmentations des primes et on constatera effectivement qu'au niveau des assureurs le principe de neutralité des coûts sera respecté.

Il en va tout autrement pour les prestataires de soins, qui non seulement voient pour leur grande majorité baisser leurs revenus, mais doivent en plus supporter les coûts entraînés par ces changements. La FMH a dans ce contexte, très mal, voire pas du tout défendu ses membres. La neutralité des coûts est donc sélective.

*Gabriel Marthe, Cheseaux*



### Ärzte mit Verantwortung

Herr Sommer [1] stellt uns Ärzte an der Front als völlig weltfremde ausgabenfreudige Mediziner ohne wirtschaftliche und soziale Verantwortung dar. Müssen wir diese Vorwürfe annehmen? Ich glaube kaum. Schon während des Studiums und später in der Assistentenzeit werden wir auf eine möglichst effiziente und kostengünstige Medizin getrimmt und müssen in vielen öffentlichen Spitälern schon seit Jahren mit einem Globalbudget arbeiten. Die meisten Ärzte tragen diese wirtschaftliche Verantwortung im Alltag mit Erfolg und müssen nicht durch einen fragwürdigen finanziellen Anreiz eines Netzwerks dazu angehalten werden.

Dass leider nicht alle Ärzte diesen Prinzipien nachleben, sei nicht bestritten. Dies berechtigt jedoch nicht, das ganze System des «fee for service» durch das «capitation system» zu ersetzen, welches andere und gefährlichere Auswüchse zulässt.

Einige Korrekturen zu den Aussagen von Herrn Sommer sind angebracht:

1. Es trifft nicht zu, dass in den USA der Arbeitgeber die Krankenkassenprämien allein zahlt und der Patient von Einsparungen durch HMO und «capitation» nichts merkt. Er kann sehr wohl verschiedene «health plans» wählen und muss sich daran finanziell beteiligen [2].
2. Es ist wohl etwas blauäugig zu behaupten, unsere Krankenkassen könnten keinen Gewinn machen. Als Ökonom muss Herr Sommer besser wissen, wie man das macht, als wir Mediziner.

Die beiden Richtigstellungen zeigen, dass die negativen Erfahrungen in den USA mit dem «capitation system» sehr wohl auf die Schweiz

anwendbar sind und die von namhaften Ärzten wie dem ehemaligen Chefredaktor des «New England Journal of Medicine» über Jahre geäußerten Befürchtungen und Einwände gelten auch für unser Land [3]. Sie sind durch den Artikel von Herrn Sommer nicht entkräftet worden und seien noch einmal kurz zusammengefasst: Die «capitation» entspricht einer verdeckten unklar definierten Rationierung, welche den einzelnen Arzt und seinen Patienten direkt betrifft. Die Gefahr der Unterversorgung ist durchaus real. Der Arzt ist in diesem System gleichzeitig Mediziner und Versicherer und erwirbt sich durch das Nichterbringen einer medizinischen Leistung persönliche finanzielle Vorteile. Dies ist ein ethisches Problem, welches das Arzt-Patienten-Verhältnis schwer belasten kann und welches auch ein Ökonom anerkennen sollte. Dazu ist kein neues medizinisch ethisches Verständnis nötig. Herr Sommer braucht nur die neue breitabgestützte ethische Charta im Heft 45 der Schweizerischen Ärztezeitung zu konsultieren [4]. Darin sind wir aufgerufen, unsere vorhandenen medizinischen Mittel gerecht zu verteilen. Wir sind aber in derselben Charta auch angehalten, das Arzt-Patienten-Verhältnis gegen ökonomische Interessen, gesellschaftlichen Druck und zunehmende administrative Anforderungen zu verteidigen und die traditionelle Verpflichtung für das Wohl des Patienten nicht zu verlassen.

*Prof. H. R. Baur, Bern*

- 1 Sommer JH. Ärzte ohne finanzielle Verantwortung? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(40):283-4.
- 2 Sandy LG. Homeostatis without reserve – the risk of health system collapse. N Engl J Med 2002; 347:1971-5.
- 3 Kassirer JP. Managed care and the morality of the marketplace. N Engl J Med 1995;333:50-2.
- 4 Charta zur ärztlichen Berufsethik. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(45):2347-9.

### Replik

Wenn die Ärzte – wie es Herr Baur behauptet – tatsächlich «schon während des Studiums und später in der Assistenzzeit auf eine möglichst effiziente und kostengünstige Medizin getrimmt» werden, dann müsste es ihnen ja leichtfallen, im Rahmen von Managed-Care-Organisationen Budgetverantwortung zu übernehmen.

Es ist in der Tat so, dass in jüngster Zeit in den USA (endlich) die Arbeitnehmer vermehrt an den von Managed-Care-Organisationen erzielten Einsparungen beteiligt werden. Dies ist aber für die betroffenen Arbeitnehmer positiv und nicht etwas Schlechtes, wie es Herr Baur zu suggerieren versucht. Jetzt können sie zwischen konkurrierenden Versicherungsmodellen wählen und werden für die Wahl von kostengünstigeren Versicherungen mit niedrigeren Beiträgen belohnt.

Nach Herr Baur ist es «blauäugig», zu behaupten, unsere Krankenkassen könnten keinen Gewinn machen. Offenbar sind für ihn die von Kassen (nur im Zusatzversicherungsbereich zugelassenen) Gewinne «schlechte» Gewinne, während die von Ärzten als Betreiber von Praxen, diagnostischen Zentren, Kliniken usw. erzielten Einnahmen wohl «gute» (weil der Ärzteschaft zukommende) Gewinne darstellen.

Herr Baur warnt einmal mehr vor der Gefahr der (angeblichen) Unterversorgung bei einer Abkehr von der Einzelleistungshonorierung. Er unterschlägt aber, dass bei Einzelleistungshonorierung ein finanzieller Anreiz besteht, überflüssige oder ineffiziente medizinische Leistungen zu erbringen. Ist aber dieser Fall der Überversorgung nicht ein mindestens gleich grosses Problem wie der Fall der Unterversorgung? Die Überversorgung, aber auch die Fehlversorgung, haben nachteilige Folgen für die Gesundheit (und das Portemonnaie) der gesamten Bevölkerung, die Unterversorgung hingegen betrifft den individuellen Patienten, mit dem der Arzt direkt konfrontiert ist. Ist es nun ethisch vertretbar und medizinisch sinnvoll, wenn Ärzte ausschliesslich die Interessen des Individuums berücksichtigen und die Interessen des Kollektivs ausser acht lassen? In der von Baur zitierten Charta zur ärztlichen Berufsethik [1] ist auch zu lesen: «Der Einsatz überflüssiger Massnahmen setzt nicht nur den Patienten einer vermeidbaren Gefährdung

aus, sondern verhindert auch die für andere Patienten zur Verfügung stehenden Mittel.» Und an anderer Stelle: «Die Ärzteschaft ist aufgerufen, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Dies schliesst die faire Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel ein.» Ärzte haben demnach nicht nur für den Patienten, sondern auch gegenüber der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen. Vereinfacht heisst dies: die finanziellen Anreize sind so zu setzen, dass sie weder eine Über- noch eine Unterversorgung begünstigen.

Herr Baur irrt, wenn er meint, ich wolle das ganze System des «fee for service» durch das «capitation system» ersetzen. Seit Jahren setze ich mich für ein System konkurrierender Versicherungsmodelle innerhalb genau definierter Rahmenbedingungen ein. Dann kann der (mündige) Bürger selbst wählen und auch den Ärzten steht es selbstverständlich frei, sich einer Managed-Care-Organisation anzuschliessen oder im traditionellen System zu bleiben. Die besten Lösungen sollen sich am Markt durchsetzen.

Nach all den Zuschriften, die ich auf meine Ausführungen erhalten habe, lehnen offenbar viele Ärzte marktwirtschaftliche Lösungen vehement ab. Sie glauben, es genüge, einfach unbesehen den Status Quo und bestehende Privilegien zu verteidigen. Dies könnte sich vor dem Hintergrund der sich im Staat und Sozialwesen auftürmenden Defizite als fataler Irrtum erweisen. Wenn sich die Ärzte weigern, die in einer Welt knapper Mittel unumgänglichen Kosten-Nutzen-Abwägungen in Zusammenarbeit mit ihren Versicherten/Patienten und den Krankenversicherern vorzunehmen, dann wird wohl oder übel der mit stark steigenden Gesundheits- und Sozialausgaben konfrontierte und durch Defizite in Milliardenhöhe gebeutelte Staat diese Aufgabe übernehmen müssen. Der bereits hörbare Ruf nach einer Einheitskasse und nach der Vorgabe verbindlicher Globalbudgets wird sich verschärfen. Ist dieser Marsch in die völlige Verstaatlichung des Gesundheitswesens mit entsprechenden Freiheitsverlusten für alle Beteiligten wirklich das, was die Ärzte wollen?

*Prof. Jürg H. Sommer, Basel*

1 Charta zur ärztlichen Berufsethik. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(45):2347-9.