



**Une nouvelle méthode statistique, utilisée dans le cadre de la procédure d'économicité, libère partiellement les médecins de la charge de la preuve**

C'est avec intérêt que j'ai lu l'article précité [1] et les efforts que font les assurances pour essayer d'affiner leurs statistiques, mais est-ce bien utile sans une remise en question plus globale.

Je passe sur le fait que la «nouvelle» méthode statistique n'est pas des plus récentes, qu'elle n'est qu'une comparaison par mise à niveau de deux courbes incluant les critères du canton, de l'âge et du sexe, et qu'elle ne prend pas en compte l'importance du cas, soit le patient coûtant, ce qui va à l'encontre des conclusions d'un grand assureur demandant d'intégrer ce paramètre (mais il est vrai dans ce cas la demande était pour leur intérêt personnel dans le cadre de la compensation des risques entre caisses). Tant qu'il n'y aura pas de prise en considération de ce paramètre et d'analyse des extrêmes, toute comparaison des coûts de pratique médicale sera sujette à discussion.

Il reste néanmoins que le biais le plus grave est que, quelque soient les moyens statistiques, il n'y aura jamais de conclusion fiable si la base de données ne l'est pas. Or, dans l'article, il est encore bien mentionné que «la statistique des factureurs a fait ses preuves». J'en suis moins sûr:

Voici un cas réel ayant échappé à tout contrôle de qualité, soit un montant de Fr. 3714.80 inscrit pour 1 consultation ambulatoire (oui, 1 seule consultation TARMED!) dans la base de données d'un assureur. Chez ce médecin, le coût par consultation se montait à Fr. 75.-. Donc, sans méthode statistique bien compliquée, il en ressort que, pour revenir dans une norme de 30% supérieur au coût par consultation il faut avoir 161 consultations au coût moyen. Pour n'avoir plus qu'une augmentation de 10% du coût par consultation, il faut 484 consultations. Pour arriver au coût de départ, il faut tendre à l'infini.

A ma connaissance, de telles erreurs ne sauraient être détectées par cette «nouvelle» méthode statistique, car d'ailleurs tel n'est pas son but. Une base de données contenant d'aussi flagrantes erreurs ne peut être considérée comme fiable et il faut utiliser d'autres outils statistiques qui permettent d'éliminer des extrêmes aberrants (quitte bien sûr faire une analyse directe de ces extrêmes après contrôle).

Mais cela n'est vraisemblablement qu'un vœu pieux, malheureusement dans beaucoup de domaines, pour préparer une décision ou une stra-

tégie on part d'un postulat qui arrange et qui n'est jamais remis en question. Ne dit-on pas «qui veut noyer son chien l'accuse de la rage»...

*Dr P. Jacquat, Lausanne*



**Une nouvelle méthode statistique, utilisée dans le cadre de la procédure d'économicité, libère partiellement les médecins de la charge de la preuve**

Je souhaiterais par ces lignes réagir à un article de l'organisme «santésuisse», paru dans le Bulletin des Médecins Suisses n° 31 du 3 août 2005 [1]. Cet article soulève plusieurs points délicats.

En premier lieu, mentionnons brièvement l'usage de ce terme si dégradant de «fournisseur de prestations»: nous avons à plusieurs reprises, dénoncé la tournure dépréciative de cette dénomination de notre profession de médecin. Elle équivaut à une forme de désymbolisation de notre art (et s'accompagne souvent d'ailleurs d'une même attaque de l'identité des patients dénaturée en «consommateurs de soins»).

Outre la prémisse qui voudrait que tous les médecins doivent par définition être contrôlés, c'est surtout le concept, nouveau, de «fournisseur de prestations *statistiquement suspect*» qui requiert toute notre attention. Plusieurs confrères ont déjà dénoncé la démarche in tolérable qui veut que des assureurs utilisent les 10% extrêmes d'une quelconque courbe de Gauss pour légitimer des tracasseries honteuses (étant donné qu'il y aura évidemment toujours 10% de confrères à persécuter). Le terme de «suspect» a l'odeur nauséabonde propre à tous les totalitarismes, y compris bureaucratiques. Pour un psychiatre, il évoque la tentative de distiller une ambiance paranoïde dans un groupe (cf. «moutons noirs», brebis galeuses et autres boucs émissaires). Enfin, il fait apparaître crûment la prétention ridicule de certains bureaucrates à s'ériger en juges objectifs d'une réalité médicale dont ils n'ont au mieux qu'une perception statistique. Faut-il citer, une énième fois, l'adage de Churchill sur «les mensonges, les gros mensonges et les mensonges statistiques»? Quelle dose d'aveuglement ou de mauvaise foi faut-il pour prétendre évaluer une activité médicale, par définition complexe, au seul moyen de statistiques, fussent-elles «standardisées par âge, sexe et canton»?

Ensuite, l'article mentionne l'intention des auteurs de «libérer partiellement les médecins de la charge de la preuve». Nous serions touchés

1 D'Angelo M, Kraft P, Amstutz R. Une nouvelle méthode statistique, utilisée dans le cadre de la procédure d'économicité, libère partiellement les médecins de la charge de la preuve. Bull Méd Suisses 2006;86(31):1851-2.

de cette délicate attention, même «partielle», si dans la réalité ce vœu ne s'avérait être qu'un mensonge éhonté, ou une ironie malvenue, le médecin se voyant au contraire, grâce à l'usage de statistiques de plus en plus élaborées, de plus en plus cerne dans les moindres détails de son activité. Pour un psychiatre, cette façon de chercher persécuter l'autre puis de transformer son acte hostile en geste bienveillant contre lequel la victime serait malvenue de protester, évoque indéniablement une certaine perversité.

Cet article soulève aussi certains problèmes juridiques de fond. Comment en est-on arrivés à déroger à un principe fondamental du droit et à mettre d'office les médecins en position de devoir, eux, prouver qu'ils ne sont pas coupables? (Un peu comme si on pouvait accuser n'importe qui d'un délit et qu'il incombait ensuite à cette personne ne faire la preuve qu'il est innocent). Et puis, comment se fait-il qu'un organisme privé, *santésuisse*, occupe une position si importante et surtout si ambiguë, de toute évidence à la fois juge et partie? Il n'est pas normal dans une démocratie qu'un organisme élabore ses propres outils ses données et ses propres analyses qui vont servir ensuite à incriminer puis à juger la personne par eux désignée.

On voit par là la nécessité d'une institution tierce, neutre, qui puisse le cas échéant recevoir les plaintes des assureurs, mais qui les évalue selon ses catégories, indépendantes de toute pression ou idéologie, qui établisse si elles sont recevables et qui, si nécessaire, décide de poursuivre. Ces «rétrocessions» d'honoraires qui semblent devenues fréquentes posent d'ailleurs plusieurs problèmes. Ou va l'argent ainsi rétrocédé? Les patients par exemple, reçoivent-ils leur part de l'argent soi-disant versé en trop au médecin? Depuis maintenant trop longtemps, notre organisme faitier semble faire trop confiance à ces partenaires et soit leur obéit aimablement, soit ne fait que réagir ponctuellement à leurs attaques qui mettent pourtant gravement en danger notre profession. Sous des dehors de légitimité d'économies, cet harcèlement bureaucratique coûte en réalité bien plus qu'il ne rapporte si l'on veut bien inclure les frais que coûtent l'armada de ces zélés technocrates (coûts aujourd'hui supérieurs à ceux de toute la médecine ambulatoire!) et les troubles qu'ils sèment dans notre profession progressivement exaspérée ou démolisée (comme l'ont montré plusieurs enquêtes récentes, dont celle de la SVM). Nous estimons qu'il serait aujourd'hui indiqué d'adopter une attitude générale beaucoup plus offensive, «proactive» plutôt que réactive. Dans ce sens, la FMH pourrait non seulement prendre activement la

défense de ses membres, mais surtout assumer elle ce rôle de surveillance de ses membres. Elle pourrait le faire avec une approche médicale et serait autrement plus crédible.

Enfin, en bonne logique de réciprocité démocratique, pourquoi n'introduirait-on pas le concept de caisse-maladie *financièrement (ou moralement)* suspecte? Après tout, pourquoi ces dirigeants qui roulent en Ferrari, qui aiment tellement notre conseiller fédéral Couchepin, qui glissent de temps en temps une petite enveloppe sous les assiettes des députés ou qui les invitent si aimablement à leurs conseils d'administration seraient-ils par définition au dessus de tout soupçon?

Dr M. Hurni, Lausanne



#### Elektronische Abrechnung unter TARMED

FMH und G7 sind der Auffassung: dass alle Ärztinnen und Ärzte, welche ihre Daten in einem TrustCenter oder bei einem anderen Intermediär «bereitstellen», die Bedingungen für die elektronische Abrechnung über die minimale Bereitstellung hinaus erfüllen.

Das BAG (H. H. Brunner) teilt mit: Der Aufwand für diese Kernleistung wurde mit TL-Grundleistungen abgegolten. Beauftragen die Ärztinnen und Ärzte einen Intermediär, so müssen sie ihm die Summe für die übermittelte Rechnung bezahlen, die aber sicher nicht Fr. 2.-/Rechnung betragen kann, sondern maximal (volumenkorrigiert) wenige Rappen pro Rechnung. Es ist nicht Sache des Versicherers, sondern des Leistungserbringers, den Betrag zu entrichten.

FMH und G7 stellen fest: Aufgrund der kantonalen Anschlussverträge ist ein Wechsel vom «tiers garant» zum «tiers payant» für die einzelne Ärztin / den einzelnen Arzt nur nach einer Kündigung oder Änderung der Anschlussverträge möglich.

J. de Haller war in der DRS1-Espresso-Sendung (Freitag, 22. Juli 2005, um 8.15 Uhr) wie folgt zu hören: Ab 1. Januar 2006 könne jeder Arzt frei wählen, ob er im «tiers payant» (TP) oder «tiers garant» (TG) abrechnen wolle. (Im 2005 sei dies wegen Kostenneutralität nicht möglich gewesen.)

Dies wirft weitere Fragen über die Informationspolitik der FMH an uns Ärzte auf:

- Wer bezahlt den elektronischen Rechnungstransfer vom Intermediär zur Krankenkasse? Arzt oder Versicherer? Zumindest über den Mediport-Kanal ist es für den Arzt gratis.

- Verschiedene (zumindest der bernische) kantonale Anschlussverträge wurden von der santésuisse am 30. Juni 2005 auf Ende dieses Jahres gekündigt. Warum werden wir über diese Tatsache und die damit verbundenen Implikationen auf das Abrechnungswesen nicht orientiert?
- Inwieweit hat das Abrechnungsverhalten (TG oder TP) der einzelnen Ärzte für die Kostenneutralität in der 2. Hälfte des Jahres 2005 eine Bedeutung (siehe Espresso-Aussage JdH)?

*Daniel Brügger, daniel.bruegger@hin.ch*



### **CSS: Arztrechnungen nicht mehr vorfinanzieren**

Sowohl CSS wie kürzlich Helsana fordern Ärzte und Patienten unverhohlen zum Wechsel ins Tiers-payant-System und damit zum Vertragsbruch auf. Es gilt in vielen Kantonen der «tiers garant», so auch in Baselland. Gemäss immer

noch gültigem Vertrag ist dies klar und eindeutig – u. a. auf ausdrücklichen Wunsch der damaligen Verhandlungspartner auf Kassenseite! – so geregelt worden. Nun soll plötzlich alles anders sein. Jetzt ist «tiers payant» Trumpf.

Nehmen wir kein Blatt vor den Mund: Die Kassen wollen mit allen Mitteln ihr eigenes hochnotteures Verrechnungszentrum medidata retten, weil sie angesichts der kostengünstigen, einfachen und datensicheren TrustCenter ihre Felle davonschwimmen sehen. Lassen wir uns nicht beirren. Die TrustCenter erfüllen die in sie gesetzten Anforderungen in bester Weise – auch im Tiers-garant-System.

Extrem stossend ist die Tatsache, dass am Ende der Kostenneutralitätsphase hektisch nach einer Nachfolgeregelung gerufen wurde, weil santésuisse befürchtete, wir würden massiv über die Schnur hauen. CSS und Helsana schämen sich nun nicht, ihrerseits im Interesse der eigenen Sache gar zum Vertragsbruch aufzufordern. Und mit solchen Partnern sollen wir neue Verträge abschliessen?

*Dr. med. Lukas Wagner,  
Präsident Ärztesgesellschaft Baselland, Birsfelden*

### **Réplique**

Des points de vue contrastés sur cette question qui fait, vous l'aurez vu, l'objet de plusieurs articles importants dans ce numéro du BMS.

Que dire de plus, d'ailleurs? Juste trois éléments en réponse à notre collègue D. Brügger:

- d'abord, des changements de système pendant la période de neutralité des coûts auraient complètement brouillé les données nécessaires;
- ensuite, on ne doit en aucun cas imaginer que Mediport serait «gratuit» – c'est un système payé par les assurés, via leurs primes; est-ce éthique?
- enfin, j'ai dans l'émission «Espresso» de juillet évoqué l'incertitude qui existait alors sur les futurs contrats cantonaux TARMED; actuellement, ces documents sont disponibles, en consultation dans les cantons, et prévoient toujours et encore l'obligation du tiers garant – la question est donc réglée, et rien ne changera le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Certes, la contrainte n'est pas la meilleure manière de gouverner et le but doit plutôt d'être assez bon et compétitif pour attirer les clients, au lieu de devoir les forcer; mais chacun sait qu'une fois signé, un contrat est un contrat, et qu'on doit s'y tenir ... des deux côtés!

*Jacques de Haller, président de la FMH*

### **Replik**

Wie Sie sehen, gibt es unterschiedliche Ansichten bei dieser Frage, zu der mehrere wichtige Artikel in dieser Ausgabe der SÄZ erscheinen.

Was gibt es sonst noch dazu zu sagen? Nachfolgend drei Gedanken als Antwort an unseren Kollegen D. Brügger:

- Systemänderungen während der Periode der Kostenneutralität hätten die notwendigen Daten völlig verzerrt.
- Man darf sich auf keinen Fall der Vorstellung hingeben, Mediport sei «gratis». Es handelt sich um ein von den Versicherten über ihre Prämien bezahltes System. Ist das ethisch?
- In der Sendung «Espresso» vom Juli habe ich die damals bestehende Unsicherheit über die künftigen TARMED-Anschlussverträge angesprochen. Nun liegen diese Dokumente in den Kantonen zur Konsultation vor und enthalten auch weiterhin die Pflicht zum «tiers garant». Diese Frage ist also beantwortet, und am 1. Januar 2006 wird sich nichts ändern.

Zwang ist gewiss nicht die beste Methode, um zu regieren, und wir sollten eher das Ziel verfolgen, genügend gut und wettbewerbsfähig zu sein, um Kunden zu gewinnen, anstatt sie zu zwingen. Jeder weiss aber auch: Ein Vertrag ist ein Vertrag, und wenn man ihn unterzeichnet hat, muss man sich daran halten – und das gilt für beide Seiten!

*Jacques de Haller, Präsident der FMH*