

Bericht aus dem Vorstand – September 2001

LOA ... LOA

Liebe KollegInnen,

während vieler Wochen hat Funkstille rund um die Geschehnisse bezüglich der LOA¹ geherrscht – und zunehmender Unmut wurde von vielen KollegInnen – vor allem aus den SD²-Kantonen – an den SGAM-Vorstand getragen. Es war uns leider nicht möglich, über etwas zu informieren, worüber wir selbst nicht informiert sein konnten.

Am 1. Juli ist die LOA planmässig eingeführt worden, ohne dass die vor allem von den SD-ÄrztInnen wiederholt und nachdrücklich angemeldeten Probleme zeitgerecht gelöst worden wären.

Die neu eingeführte Beratungstaxe wird von den Apothekern sehr uneinheitlich gehandhabt. Während sich die einen klar ans neue Gesetz halten, genieren sich andere, die ganz billigen Medikamente mit dieser Massnahme – für die Patienten unverständlich – zu verteuern; und in der Westschweiz hat eine ganze Apothekenkette mit grosser Publizität auf die Erhebung dieses Anteils des Medikamentenabgabepreises verzichtet – sprich – die Medikamente implizit verbilligt.

Die PatientInnen tun uns gegenüber – in der Sprechstunde – ihre Verwunderung kund über ihre neue Pflicht, sich für – ihnen altvertraute – Medikamente in der Apotheke beraten lassen zu müssen. Sie äussern uns gegenüber ihre Verärgerung, dass sie während der ganzen Diskussion über die Einführung der LOA überhaupt nicht informiert worden waren ... dass sie am 1.7.2001 beim Bezug ihrer Medikamente «wie immer» schlicht und einfach ... und staunend ... vor der Tatsache der LOA gestanden sind ...

Der LOA-Delegierte der SGAM Th. Schneider³, ein «emeritiertes» Mitglied des SGAM-Vorstandes, berichtet nachfolgend in klaren und deutlichen Statements über das Neueste, was es zum jetzigen Zeitpunkt – nach der kürzlichen Aufhebung des Informationsstops der FMH – über die LOA zu wissen gibt, und interpretiert die grossen Zusammenhänge zwischen LOA und TarMed.

Bruno Kissling

Sekretär der SGAM

LOA – Die GrundversorgerInnen und ihre Grundsorgen mit der SD

zugestellt wurde. Wie die LOA umgesetzt werden soll, scheint niemanden zu interessieren. Haderer und Zweifler werden auf das Internet verwiesen. Doch haben wirklich alle Zugang zu diesem Medium? Eine Spezialitätenliste in gedruckter Form gibt es bis heute noch nicht.

Was kümmert uns die LOA?

Die LOA betrifft vor allem die selbst dispensierenden ÄrztInnen. Was sollen sich die rezeptierenden ÄrztInnen darum kümmern?

LOA – ein Reizwort

Ein Reizwort, das allerdings nicht alle gleich trifft. Für betroffene SD-Ärzte aber ist das neue Arzneimittelgesetz ein emotional geladenes Thema, das viel Galle fliessen lässt. Es stösst bitter auf, wenn das BSV ein Gesetz wie die LOA einführt – mit Folgen, die bis zuletzt nicht abschätzbar waren. Was die LOA betreffende Vorinformation angeht, entbehrt jeden Anstandes unter Partnern. Es blieb bei einer «Last minute CD», die uns zwei Tage vor dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes

Der 1. Juli war – das Heilmittel ist!

Übergangsfristen gibt es keine. Alte Medikamente erhalten keine Ausverkaufsfrist. Rabatte und Vergütungen müssen weitergegeben werden, sonst handelte es sich um ein Offizialdelikt. Die Medikamentenabgabepreise, die nicht mehr auf den Packungen aufgedruckt sind, sollen wir vor der Abgabe wieder draufschreiben. Von seiten der Versicherer kommt man uns vordergründig grosszügig entgegen, indem die offenen Rechnungen nicht auf den 1. Juli abgerechnet werden müssen. Sie gewähren uns eine gewisse Toleranz beim Übergang zu den neuen Preisen. Aber trotzdem wurden schon etwelche Kollegen getadelt wegen angeblich falscher Verrechnung der neuen Medikamentenpreise.

¹ LOA: leistungsorientierte Medikamentenabgabe

² SD: Selbstdispensation

³ Thomas Schneider ist Verwaltungsrat in der ärzteigenen Apotheke «zur Rose» und Mitglied des Vorstands der Thurgauer Ärztegesellschaft, zuständig für die Ressorts Tarif und Medikamente.

Und dann? – Ganz einfach, im Zweifelsfall greift das Gesetz! Also handelt es sich lediglich um eine scheinbare Grosszügigkeit, die bisher weder definiert noch eingehalten wird.

Wo liegt denn die Logik für das neue Arzneimittelgesetz?

Die Medikamentenkosten sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Sicher sind daran zu einem bedeutenden Teil die neuen Medikamentengruppen zur Behandlung der Hypertonie, Hypercholesterinämie und des Diabetes mellitus usw. mitschuldig.

Haben wir Alternativen? Wenn wir Therapiequalität liefern wollen, müssen wir diese Medikamente ohne wenn und aber einsetzen. Generika sind hier kein Zauberwort, da die Patente für diese meist neuen Stoffklassen noch nicht abgelaufen sind.

Mit einem neuen Gesetz hingegen kann man diese Kosten senken. Medikamente der Liste A und B über Fr. 45.– werden billiger, unter Fr. 45.– teurer. Die üblichen Margen verschwinden; Boni sind jetzt strafbar und man kann nur noch risikoreich und kapitalbindend mit grossem administrativem Aufwand legal bei den Firmen direkt bestellen. Diese Kostenumlagerung bringt in einem ersten Schritt eine Ersparnis von etwa 7%. Längerfristig werden die Preise aber weiter fallen, besonders, wenn für den Ex-factory-Preis der Auslandvergleich herangezogen werden wird.

Wer sind die Gewinner – wer sind die Verlierer?

Mit den Apothekern wurde jahrelang über das neue Abgeltungsmodell verhandelt. Die Abgabe eines 3%igen Stabilisierungsbeitrages wurde ausgehandelt. Zudem wurde eine Apotheker- und Patiententaxe vereinbart, welche zusammen zirka 10% des Gesamtumsatzes ausmachen. So werden die Mindereinnahmen des Apothekers vergütet mit Fr. 4.20 pro Medikament und Rezept, mit Fr. 7.35 pro Quartal für die Kontoführung und mit Fr. 10.– als Notfalltaxe, sowie mit einer Gewinn-Verlust-Ersatztaxe beim Einsatz von Generika. Den Apothekern gibt man also mehr als man nimmt.

Wer hat *mit uns Ärzten* gesprochen? Nach der TarMed-Tarifstruktur stellt die Medika-

mentenabgabe unter dem Kapitel Grundleistungen einen integrierten Bestandteil der Konsultation dar. Also braucht es für uns Ärzte keine Beratungstaxe und somit auch keine Verhandlungsgespräche.

Die SD-Kantone und die SD-Grundversorger sind somit die Verlierer. Eine SD-Praxis wird durch die generelle Reduktion der Medikamentenpreise künftig zirka Fr. 30 000.– bis 40 000.– / Jahr an Gewinn verlieren. Dies kann nicht schmerzlos sein, wenn wir die stetige Steigerung der laufenden Unkosten (Qualitätssicherung im Labor und Röntgen, MPA-Ausbildung, Fortbildungskosten usw.) und die seit 1992 nicht mehr ausgeglichene Teuerung bedenken. Schon seit langem werden wir getröstet, dass unter TarMed alles geregelt werde. Geregelt wurden für uns bis heute allerdings nur die Mehrkosten und die Verluste. Der Diskussion um einen Teuerungsausgleich ist man bisher immer ausgewichen. Was für andere Berufsgruppen selbstverständlich ist, gilt für uns nicht. Vielmehr soll mit der «Kostenneutralität» zusätzlich plafoniert und egalisiert werden, was war.

Dem SD-Arzt wird ab dem 1. Juli ein integrierter Bestandteil seines Einkommens entzogen. Das empfinden wir als ungerecht, sind doch die gesamten Medikamenten- und Arztkosten in den SD-Regionen seit Jahren diskussionslos günstiger als in den übrigen Gebieten. Das Ost-West-Gefälle wird noch brisanter werden, als es schon vor der LOA war. Kolleginnen und Kollegen, die sich schon bisher für ein kostengünstiges Gesundheitssystem eingesetzt haben, werden zusätzlich bestraft. Noch nebenbei ... den Obolus für die Stabilisierung der Medikamentenkosten, wie ihn die Apotheker mit 3% geleistet haben, haben wir mit der seit 1992 nicht ausgeglichenen Teuerung längstens und mehrfach entrichtet.

So nicht! – Was geschieht?

Für SD-Kollegen ist die Schmerzgrenze nicht nur erreicht, sondern überschritten. Die seit Jahren erduldeten Einkommensverluste sind substantiell und schnellen mit der LOA noch einmal extrem nach oben. Das hat die SD-Kantone veranlasst, bei den kantonalen Krankenkassenkonkordaten den Wunsch nach Verhandlungen anzumelden. Auf diese Forderungen wurde wegen Kompetenzman-

gels und einem Verbot des damaligen Schweizerischen Konkordats der Krankenkassen (heute «santésuisse») nicht eingetreten. Durch eine gemeinsame Aktion der SD-Kantone konnte der Zentralvorstand der FMH von der Brisanz und Dringlichkeit der LOA-Problematik überzeugt werden. So hat eine Delegation der FMH mit der «santésuisse» (vormals Schweizerisches Konkordat der Krankenkassen) Verhandlungen aufgenommen. Diese laufen zur Zeit auf Hochtouren.

Folgende Verhandlungsziele werden verfolgt:

1. Es muss eine Lösung gefunden werden, wie die durch den Wegfall der Pharmaverkäufe erwirkten Einkommensverluste der SD-ÄrztInnen stabilisiert werden können.
2. Die Einkommensverluste durch den Wegfall der Pharmaverkäufe müssen auf den Tarif der ärztlichen Leistungen umgelagert werden – unter TarMed durch eine Überwälzung auf den Taxpunktwert.

Nur durch die Erfüllung dieser Forderungen kann die Zufriedenheit der SD-ÄrztInnen wieder hergestellt werden. Nur so kann langfristig vermieden werden, dass ein weiterer Keil zwischen die SD- und Nicht-SD-Kantone geschlagen wird. So könnte wieder ein entspannteres Verhältnis zu den Apotheken hergestellt werden. So könnten die SD-Ärzt-

tInnen vom ungerechten Vorwurf, aus den Medikamentenverkäufen Profit zu schlagen, freigesprochen werden. So könnte unser Einkommen unabhängig vom Medikamentenverkauf gestaltet werden. So kämen wir dem schweizerischen Einheitstarif (der einzig vernünftigen Lösung) sehr nahe.

Wie weiter, wenn nicht?

Mit Hochspannung warten wir auf die Resultate der Verhandlungen, deren Ende noch nicht absehbar ist. Gemäss Informationen von der Verhandlungsdelegation verlaufen die Gespräche in einem konstruktiven Rahmen. Die Ergebnisse werden darüber entscheiden, ob weitere Kampfmassnahmen ergriffen werden müssen, denn die «Billigsten im System» sind es überdrüssig, noch zusätzliche Verluste einzustecken.

In jedem Wirtschaftszweig sind wirtschaftliche Erfolge und wachsende Umsatzzahlen von Lob und Begeisterung begleitet – wie steht es im Gesundheitswesen damit?

Hier ist ein grundsätzliches Umdenken angebracht, immerhin unterhalten wir mit unserem ärztlichen Wirken ein Gesundheitssystem, das weltweit seinesgleichen sucht. Die SGAM bleibt am Ball.

Thomas Schneider
Tägerwilen, 1. 9. 2001

Nouvelles du Comité central – Septembre 2001

Remèdes, remèdes ...

Chères Collègues, chers Collègues,

Comme vous l'aurez peut-être remarqué, il y a eu pendant de nombreuses semaines un véritable silence radio à propos de la RBP¹ – ce qui n'a pas manqué de susciter de la part de nombreux/-ses Collègues, en particulier de celles et ceux pratiquant dans des cantons autorisant la propharmacie, des questions pressantes, si ce n'est irritées, à l'endroit du Comité central de la SSMG. Malheureusement, il ne nous était pas possible de fournir des informations que nous ne pouvions obtenir nous-mêmes. La RBP a donc été introduite, comme prévu, au 1^{er} juillet dernier, sans que les problèmes pourtant clairement annoncés en maintes occasions par les Médecins dispensants n'aient été abordés.

La nouvelle taxe «de conseil» n'est appliquée par les pharmaciens que de manière très disparate. Si les uns s'en tiennent rigoureusement aux prescriptions de la nouvelle loi, d'autres sont plus réticents et renoncent à appliquer une mesure qui renchérit les médicaments les moins coûteux de manière souvent incompréhensible pour les patientes; en Suisse romande, une grande chaîne de pharmacies a même déclaré à grands renforts de publicité qu'elle n'entendait pas facturer cette partie du prix de vente de ses médicaments, sous-entendant en pratique une baisse du prix de ces derniers.

Quant à nos patientes, ils et elles nous font part de leur étonnement d'avoir à prendre conseil auprès du pharmacien pour des médicaments qu'ils et elles ont l'habitude de prendre depuis des années. Ils/elles expriment souvent leur surprise et leur indignation de n'avoir jamais été tenu-es informé-es des discussions qui ont précédé l'introduction de la RBP ... d'avoir été, comme toujours, mis devant le fait accompli en découvrant la réalité de la RBP le 1^{er} juillet 2001 ...

Le délégué de la SSMG à la RBP, Thomas Schneider², un membre «émérite» de notre Comité central, nous rapporte ci-dessous sans détours ce qu'il faut savoir sur la RBP, après la toute récente levée de l'embargo qui a été pratiqué par la FMH sur l'information, et tout en brossant un tableau des relations existant entre la RBP et le TarMed.

Bruno Kissling

Secrétaire de la SSMG

Propharmacie: Médecine générale – inquiétude générale!

Que nous importe la rémunération basée sur les prestations?

La RBP concerne tout particulièrement les Médecins dispensants. Pourquoi les Médecins uniquement prescripteurs s'en soucieraient-ils?

La RBP – un sujet chaud

Un sujet chaud qui ne touche à vrai dire pas tout le monde de la même façon. Pour les Médecins dispensants, la nouvelle loi sur les médicaments a provoqué de fortes émotions et fait couler beaucoup de bile. L'introduction par l'OFAS d'une disposition comme la RBP suscite en effet passablement d'amertume,

dans la mesure où cette dernière a des répercussions très importantes dont l'étendue n'a jamais été sérieusement prise en compte. Quant à l'information préalable, elle est tout simplement restée inexistante, ce qui dénote l'absence totale de la correction qui sied entre partenaires. En fait, cette information s'est limitée à un «Last-minute CD» qui nous a été remis deux jours avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. La manière dont la RBP doit être mise en vigueur ne semble intéresser personne. Les contradicteurs et les sceptiques sont simplement renvoyés sur l'internet. Mais ont-ils vraiment tous accès à ce nouvel outil d'information? Il n'existe aujourd'hui toujours pas de liste imprimée des spécialités.

Le 1^{er} juillet a vécu – vive le médicament!

Il n'y eut aucune période de transition. Les anciens médicaments n'ont eu droit à aucun délai de liquidation. Les rabais et les bonus doivent être repercutés, sous peine de pour-

¹ RBP: Rémunération des médicaments Basée sur les Prestations; il s'agit du nouveau mode de facturation des activités de pharmacie.

² Thomas Schneider est membre du conseil d'administration de «zur Rose», centrale d'achats de médicaments des Médecins, et membre du Comité des Médecins thurgoviens, délégué aux questions de tarif et de médicaments.

suites pour délit pénal. Avant de remettre les médicaments aux patient-es, nous sommes censés en réinscrire le prix sur les emballages, où il ne figure plus. Du côté des assureurs, on fait mine de faire preuve de générosité en renonçant à exiger la clôture des factures ouvertes au 1^{er} juillet. Ils nous accordent une certaine tolérance pour passer vers les nouveaux prix. Pourtant, plusieurs collègues ont d'ores et déjà reçu entre-temps des remontrances pour de soi-disant erreurs de facturation des médicaments. Et alors? – C'est simple. En cas de doute, c'est la loi qui fait foi! Il s'agit donc d'une générosité qui n'en a que l'apparence, puisqu'elle n'a toujours pas été définie à l'heure actuelle et que personne ne semble s'y tenir réellement.

Mais quelle est donc la logique de cette nouvelle Loi sur les médicaments?

Les dépenses pour les médicaments ont fortement augmenté au cours des dernières années. Il va sans dire que les nouvelles classes de substances utilisées dans le traitement de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie, du diabète, etc. comptent pour une grande part dans cette évolution.

Mais avons-nous vraiment le choix? Si nous voulons assurer une qualité de traitement optimale, nous ne pouvons en aucun cas renoncer à ces nouveaux principes thérapeutiques. Les génériques ne sont pas une solution magique, puisque les brevets des médicaments de ces nouvelles classes ne sont en général pas encore échus.

La nouvelle loi permet en revanche d'abaisser ces coûts. Les médicaments des listes A et B coûtant plus de Fr. 45.– seront dorénavant moins chers, et ceux dont le prix se situe au-dessous de Fr. 45.– seront plus chers. Les marges habituelles disparaissent et les bonus sont maintenant punissables; on ne peut plus commander des médicaments, légalement, directement auprès des firmes pharmaceutiques sans devoir en supporter les risques importants, sans immobiliser un capital précieux et sans sacrifier à un travail administratif considérable. Ce transfert des coûts permet d'obtenir dans un premier temps des économies d'environ 7%. A plus long terme, les prix vont cependant continuer à chuter, surtout lorsqu'il sera tenu compte des prix à l'étranger pour l'établissement du prix «ex factory».

Qui sont les gagnants – qui sont les perdants?

Le modèle de rémunération a fait l'objet de tractations avec *les pharmaciennes* qui ont duré des années. Les négociations ont finalement abouti à un accord prévoyant une contribution de stabilisation de 3%. Il a également été convenu de l'introduction d'une taxe de pharmacienne et de patient-e correspondant au total à environ 10% du chiffre d'affaires global. La diminution des recettes du/de la pharmacienne est ainsi compensée par un montant de Fr. 4.20 par médicament et par ordonnance, par un montant de Fr. 7.35 par trimestre et par patient-e pour les frais administratifs, et par un montant de Fr. 10.– comme taxe d'urgence, ainsi enfin que par un montant de compensation en cas de remise de générique. On donne ainsi aux pharmaciennes plus qu'on ne leur prend.

Qui a parlé avec nous *les Médecins* de ces problèmes? Dans la structure tarifaire du Tar-Med, la dispensation de médicaments fait partie intégrante de la consultation dans le chapitre des prestations de base. Il n'est donc nul besoin d'une taxe de conseil pour nous autres Médecins, ... et par conséquent pas besoin non plus de négociations.

Les cantons connaissant la propharmacie et les Médecins dispensants sont donc les perdants. Un cabinet pratiquant la dispensation perdra à l'avenir entre Fr. 30000.– et Fr. 40000.– de revenu annuel par la diminution généralisée des prix des médicaments. Cela ne peut être que douloureux, surtout connaissant l'augmentation incessante des frais généraux (contrôles de qualité du laboratoire et de la radiologie, formation des assistantes, frais de formation continue, etc.) et tenant compte de la non-compensation du renchérissement qui perdure depuis 1992. Il y a belle lurette que l'on nous rassure en nous disant que le Tar-Med résoudra tous ces problèmes. Or, à ce jour, seuls les coûts supplémentaires et les pertes de revenu ont pu être réglés ... On n'a cessé d'éviter soigneusement toute discussion à propos de la compensation du renchérissement. Ce qui va de soi pour les autres groupes professionnels ne vaut pas pour nous. Au contraire, sous le terme de «neutralité des coûts», il est question de plafonnement et de blocage à des niveaux antérieurs.

Dès le 1^{er} juillet, on a retiré au Médecin dispensant une partie substantielle de ses re-

venus. Nous estimons qu'il s'agit d'une injustice manifeste, puisque les dépenses dues aux médicaments et aux prestations médicales sont incontestablement inférieures dans les régions où exercent des Médecins dispensants par rapport aux autres régions du pays. Le fossé est-ouest va encore se creuser après l'introduction de la RBP. Les Collègues qui se sont déjà largement engagés pour un système de santé à moindre coût seront ainsi doublement punis. Soit dit en passant ... nous ne sommes certainement pas en reste en ce qui concerne l'obole de 3% concédée par les pharmaciens au titre de contribution à la stabilisation des coûts: n'avons-nous pas contribué infiniment plus en sacrifiant la compensation du renchérissement depuis 1992?

Pas comme ça! – Que va-t-il se passer?

Pour nos collègues dispensants, la limite de tolérance est désormais dépassée. Les pertes de revenu endurées depuis des années sont substantielles et subissent encore un coup d'accélérateur avec la nouvelle RBP. Cela a incité les cantons reconnaissant les Médecins dispensants à demander l'engagement de négociations avec les Concordats cantonaux des Caisses-maladie. Les caisses ne sont pas entrées en matière, prétextant leur non-compétence en la matière et se référant à une interdiction émise en son temps par le Concordat suisse des Caisses maladie (appelé aujourd'hui «santésuisse»). L'action concertée des cantons à propharmacie a finalement permis de convaincre le Comité central de la FMH du caractère essentiel et urgent des problèmes inhérents à la mise en application de la RBP. Une délégation de la FMH a ainsi entamé des négociations avec «santésuisse». Les discussions entre ces deux parties sont aujourd'hui très activement en cours.

Les objectifs poursuivis au cours de cette négociation sont les suivants:

1. Il faut trouver une solution qui permette de stabiliser, pour les Médecins dispensants, les pertes de revenu liées à la remise des médicaments.

2. Les pertes de revenu provenant de la diminution du volume des ventes de produits pharmaceutiques doivent être compensées par l'intermédiaire du tarif des prestations médicales – dans le TarMed, cela passera par une adaptation de la valeur du point.

Ce n'est qu'en satisfaisant ces deux exigences que l'on pourra regagner la confiance des Médecins dispensants. C'est le seul moyen pour éviter à long terme de voir se creuser encore davantage le fossé entre cantons avec et sans propharmacie. Cela serait aussi l'occasion de détendre quelque peu l'atmosphère entre les Médecins et les pharmaciennes. Les Médecins dispensants, accusés injustement de retirer des profits illégitimes de la vente de médicaments, pourraient ainsi se voir «réhabilités». Nos revenus pourraient ainsi être définitivement «découplés» de la vente des médicaments et nous ferions un pas de plus en direction de l'uniformité des tarifs au niveau suisse (qui est la seule solution raisonnable).

Et sinon?

Nous attendons avec impatience les résultats de ces négociations encore pleines d'incertitude. Les quelques nouvelles qui nous parviennent des membres de la délégation parlent de discussions constructives. Des résultats de ces pourparlers va dépendre la mise sur pieds d'éventuelles mesures de combat supplémentaires, car «le maillon le meilleur marché du système» en a assez, et il n'a pas l'intention de supporter encore davantage de pertes.

Dans toutes les branches de l'économie, les succès commerciaux et la croissance des chiffres d'affaires suscitent l'approbation et les félicitations – et dans le système de santé?

Il est temps d'opérer un changement radical dans la manière de penser. Après tout, n'entretenons-nous pas par notre action médicale un système de soins qui n'a pas son pareil dans le monde?

La SSMG est et reste dans la partie!

Thomas Schneider

Tägerwilten, le 1.9.2001

(Traduction: Rainer Bielinski)